



ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจ  
ล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่  
Illness Experiences and Care Needs Among Persons with Advanced-  
Stage Heart Failure in the Era of New Normal

รัตนาภรณ์ สังข์ทอง  
Rattana-orn Sungthong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial of the Requirements for the  
Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological  
Nursing

Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจ  
ล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

ผู้เขียน นางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมั่นศรี)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกกิง วงศ์ศิริโชติ)  
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลการวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล  
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง)

นักศึกษา

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

**ผู้เขียน** นางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง

**สาขาวิชา** การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

**ปีการศึกษา** 2565

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ความเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ มากกว่า 1 ครั้งใน 6 เดือน ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบกึ่งโครงสร้าง พร้อมทั้งบันทึกเทปเสียง การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์ตามวิธีการของโคไลซี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยในภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ เป็น 4 ลักษณะ คือ 1. ความเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยว 2. ความเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ 3. ความเจ็บป่วยที่ต้องยอมทนกับความทรมานเพื่อให้มีชีวิตต่อ และ 4. ความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับการขึ้นลงของอาการ ผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการกับการเจ็บป่วยเป็น 2 ลักษณะ คือ 1. อยู่อย่างมีกำลังใจ และ 2. ปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อบรรเทาอาการ โดยมีการปรับน้ำและอาหาร การปรับยา การใช้ทางเลือก และการรีบไปพบแพทย์ นอกจากนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการการดูแล 4 ลักษณะ คือ 1. ความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล 2. การติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน 3. การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกายและ 4. การรับรู้การพยากรณ์ของโรค

ผลการศึกษานี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ และสามารถเป็นแนวทางให้แพทย์และพยาบาลในการช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าให้ได้รับการดูแลตามที่ปรารถนาและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลมากขึ้น

คำสำคัญ: ประสบการณ์ความเจ็บป่วย, ความต้องการการดูแล, ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า, ยุควิถีใหม่, วิจัยเชิงคุณภาพ

<b>Thesis title</b>	Illness Experiences and Care Needs Among Persons with Advanced Stage Heart Failure in the Era of New Normal
<b>Author</b>	Miss Rattanaorn Sunghong
<b>Major Programme</b>	Adult and Gerontological Nursing
<b>Academic Year</b>	2022

## ABSTRACT

The purpose of this study was to describe the illness experience and care needs of individuals with advanced heart failure in the new normal era. A qualitative research methodology based on the concept of descriptive phenomenology was used. The participants were 12 patients who had been admitted to the cardiology intensive care units of a southern Thailand university hospital more than once in 6 months, from the years 2020 to 2022. Data were collected between April and August 2022. Semi-structured interviews and audio recording were used to collect the data. The data were analyzed according to the Colaizzi method. The findings revealed that illness experience of persons with advanced heart failure in the new normal era could be classified into four themes: 1. lonely illness; 2. illness that depends on the doctor's decision; 3. illness with which one must be patient with the sufferings in order to be alive; and 4. illness with fluctuation of symptoms. The participants described their illness management in two ways: 1. living with encouragement; and 2. adjusting their own behaviors to alleviate symptoms by controlling water and food, adjusting medication, using alternatives, and urgently seeing a doctor. In addition, the data reflected the care needs of people with advanced heart failure in four themes: 1. need for convenience and fast access to hospital services; 2. need for monitoring and continuing care through a phone call or mobile application; 3. need for family support to live conventionally with the disease; and 4. need for recognition of the progression of the disease. The findings in this study provide understanding of the experiences of illness and needs of person with advanced heart failure in the new normal era. The findings can help physicians and nurses to assist and support people with advanced heart failure in meeting their needs and becoming more involved in their care plan.

Keywords: Illness Experiences, Care Needs, Advanced Stage Heart Failure, New Normal, qualitative research

## กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รศ.ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ และ ดร.ชูลีพร พรหมพาหกุล ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ชี้แนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ถ่ายทอดความรู้ และให้กำลังใจอย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อนำไปใช้แก้ไข ปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้คำชี้แนะ และให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีตลอดมา ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัย

ขอขอบคุณหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้เปิดโอกาสให้ได้ศึกษาต่อเพื่อนร่วมงานและเพื่อนร่วมรุ่นปี 63 ทุกท่านที่คอยสนับสนุน และให้กำลังใจตลอดการเรียนจนถึงการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาต่อ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมถึงบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนวิจัย

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่และครอบครัว ที่มอบความรักความห่วงใย ด้วยใจยิ่ง และ ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจด้วยความจริงใจและห่วงใยเสมอมา จนทำให้งานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี คุณงามความดีและประโยชน์แห่งวิจัยเล่มนี้ขอมอบแต่ครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยครั้งนี้ ให้ประสบความสำเร็จ

รัตนาภรณ์ สังข์ทอง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
Abstract	(6)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
สารบัญตาราง	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามการวิจัย	5
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	6
นิยามศัพท์	6
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	9
ภาวะหัวใจล้มเหลว	10
ความหมาย	10
อาการและอาการแสดง	11
ลักษณะการดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว	13
ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว	13
สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	15
ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า	16
เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยในระยะก้าวหน้าของโรค	18
การรักษาผู้ป่วยในระยะก้าวหน้าของโรค	18
ผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า	21
ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	24
ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า	25
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยในยุควิถีใหม่	26
ความหมาย	26
ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุควิถีใหม่	27
ผลกระทบต่อผู้ป่วยในยุควิถีใหม่	31
แนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา	33
ประเภทของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา	34



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย	35
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	36
การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
สรุป	39
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	40
ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล	40
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล	40
จริยธรรมในการวิจัย	43
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	44
ภูมิหลังของผู้วิจัย	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	46
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	51
ผลการวิจัย	51
อภิปรายผล	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	89
สรุปผลการวิจัย	89
ข้อจำกัดการวิจัย	90
ข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม	92

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	100
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	101
ข. แบบเก็บข้อมูลในการทำวิจัย	102
ค. ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการวิจัย	103
ง. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (เพื่อประกอบการตัดสินใจ)	105
จ. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (คำพูด ชี้แจงรายละเอียดโครงการกับอาสาสมัครทางโทรศัพท์)	112
ฉ. หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	114
ช. ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	116
ประวัติผู้เขียน	119

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	53
ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (ต่อ)	55
ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลรอง	56
ตารางที่ 4 แสดงตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการวิจัย	103
ตารางที่ 5 แสดงตารางวิเคราะห์ข้อมูล	119

## บทที่ 1 บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นกลุ่มอาการชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติในการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติที่โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของโครงสร้าง โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติที่แสดงให้เห็นจากความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหัวใจ อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขนขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และภาวะน้ำท่วมปอด (Atherton et al., 2018; Meer et al., 2019; Phrommintikul et al., 2019; Ponikowsk et al., 2016) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง จะเริ่มไม่ตอบสนองต่อการรักษาแม้ว่าการรักษาจะเหมาะสมแล้ว เรียกอาการเหล่านี้ว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า (advanced-stage heart failure) คือ บุคคลที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยังดำเนินต่อ แม้ว่าจะรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น จำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยและนานขึ้นในแต่ละครั้ง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ จนเสียหายอย่างถาวร (Atherton et al., 2018; Meer et al., 2019; Phrommintikul et al., 2019; Ponikowsk et al., 2016) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว และมีปัจจัยเกี่ยวข้องของหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการกำเริบของโรค และเข้าออกโรงพยาบาลซ้ำ ๆ เพื่อบรรเทาอาการของโรค (Phrommintikul et al., 2019) ซึ่งพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560) และภาวะซึมเศร้า (อัฉริยา พวงแก้ว และคณะ, 2560) ด้านร่างกาย เป็นผลกระทบโดยตรง ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นบ่อยและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย (วาสนา สุวรรณรัตน์และคณะ, 2557) เป็นผลมาจากหัวใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหัวใจ ทำให้การทำหน้าที่ของหัวใจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเกิดการตอบสนองทางด้านร่างกายและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ด้านจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (รพี

พรรณ อภิรมรัตน์, 2560) ด้านครอบครัว เกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ขาดรายได้ และขาดความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต (สมฤดี ตีนวนพะเนาและคณะ, 2557) ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ลดลง รบกวนการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด และมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560; วาสนา สุวรรณศรีและคณะ, 2557; สมฤดี ตีนวนพะเนาและคณะ, 2557) ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตสูง

อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกเกิดขึ้นในประชากร 38 ล้านคน และมีความเสี่ยงการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป โดยจะเกิดขึ้นในเพศหญิง ร้อยละ 29 เพศชายร้อยละ 33 นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 10 (Atherton et al., 2018) ความชุกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อยู่ที่ร้อยละ 5-7 ส่วนความชุกในประเทศไทยยังไม่ชัดเจน แต่มีรายงานอัตราการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 อัตราตายในหอผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 5.5 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.5 วัน และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ (Phrommintikul et al., 2019)

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 1 ใน 5 โรคหลักที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 17.2 และ ร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น อาการรุนแรงขึ้น และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า และเข้าออกโรงพยาบาลซ้ำ ๆ ตามรายงานในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันร้อยละ 20 และ 17 ตามลำดับ แม้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 ลดลง แต่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลใกล้บ้านมากขึ้น จากร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่เกิดอาการเหนื่อยและต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเป็นครั้งคราวทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในประเทศไทยที่รุนแรงขึ้นและไม่สามารถควบคุมได้ตลอดปี พ.ศ. 2564 เช่นเดียวกับจังหวัดสงขลาที่อัตราการติดเชื้อ 315 คน/วัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ, 2563)

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ในประเทศไทย จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 3,162,061 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมากจากวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยสะสม จำนวน 490,152 ราย (สำนักงานสถิติ

แห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ, 2563) จะเห็นได้ว่าการระบาดของเชื้อโควิด 19 ในประเทศไทยมีความรุนแรงและแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อ ย่อมส่งผลกระทบต่อการจัดการและการดูแลผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั่วไปด้วยเช่นกัน ปัจจุบันสถานพยาบาลแต่ละพื้นที่ได้หามาตรการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามอาการตามระยะเวลาที่ควรมาพบแพทย์ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2020) แม้โรงพยาบาลจะนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาใช้ในการติดตามอาการของผู้ป่วย การส่งยาไปให้ที่บ้าน หรือให้รับยาใกล้บ้านเพื่อลดความแออัดตามการบริการวิถีใหม่ แต่ผู้ป่วยบางกลุ่มขาดความเชื่อมั่นที่จะรับยาจากโรงพยาบาลอื่น บางส่วนไม่ได้รับยาทางไปรษณีย์หรือเกิดความล่าช้าในการส่ง ส่วนการติดตามอาการผ่านเทคโนโลยีนั้นผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุบางคนไม่ถนัดในการใช้เทคโนโลยี ทำให้มีผู้ป่วยบางส่วนขาดการติดตามอาการ รวมทั้งผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยเช่นกัน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ก็มีการปรับนโยบายการดูแลผู้ป่วยทั้งคลินิกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกัน คือ การติดตามอาการของคลินิกผู้ป่วยนอกนั้นมีการปิดชั่วคราวในช่วงที่เกิดการระบาดหนัก ต่อมามีการเปิดให้บริการโดยจำกัดจำนวนของผู้มารับบริการแต่ละคลินิกเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย นำระบบการจัดแบ่งกลุ่มผู้มารับบริการตามระดับความรุนแรง และความจำเป็นในการรักษา มีระบบนัดหมายผ่านทางออนไลน์ และโครงการรับยาร้านยาใกล้บ้าน ผู้ป่วยจะได้ปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ตามนัดหมาย และผู้ป่วยจะได้รับยาผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้ รับยานอกเวลา รับยาที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการ และรับยาทางไปรษณีย์ จากสัมภาษณ์พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า จากการโทรติดตามอาการของพยาบาลทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจบางรายเลือกที่จะรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งได้รับยาที่ต่างออกไปและต้องปรับขนาดยาที่ใช้รักษาใหม่ บางรายได้รับยาล่าช้าจึงโทรมาปรึกษาที่หอผู้ป่วยเพื่อหาวิธีในการช่วยเหลือและแก้ไข ส่วนในหอผู้ป่วยในมีการตรวจเชื้อโควิด 19 ในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาทุกรายเพื่อคัดแยกโรค หากผู้ป่วยติดเชื้อจะมีหอผู้ป่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโดยเฉพาะ แต่หากไม่พบเชื้อจะให้รักษาในหอผู้ป่วยปกติ นอกจากนี้ยังมีนโยบายงดเยี่ยมทุกกรณีเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ เมื่อมีนโยบายดังกล่าวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเกิดการแพร่ระบาดของโรคจะเกิดอาการเหงา อายากลับบ้าน และคิดถึงญาติและครอบครัว จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้ำวหน้าบางส่วนในยุควิถีใหม่ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์และความต้องการของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้ำวหน้าในยุควิถีใหม่ให้มากขึ้นเพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในระยะก้ำวหน้า โดยการศึกษาดังกล่าวเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 14 บทความ ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะก้ำวหน้าออกเป็น 3 ส่วน คือ การดูแลโรค การวางแผนในระยะท้าย และแรงสนับสนุนของสังคม (Hopp et al., 2010) อย่างไรก็ตามบทความ

วิจัยในการทบทวนวรรณกรรมนี้ไม่ได้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว แต่พบว่าบางการศึกษาได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งปอด และโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นการศึกษาตั้งแต่ปี 1997-2007 ซึ่งเป็นการศึกษาที่ทำไว้ค่อนข้างนานและปัจจุบันสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวได้มีการพัฒนา มีการนำเทคโนโลยีการรักษามีความทันสมัยมากขึ้นมาใช้ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้นานขึ้น

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาที่กล่าวว่าบุคคลกลุ่มนี้การพยากรณ์โรคไม่ชัดเจนและผู้ป่วยมักเสียชีวิตอย่างกะทันหันทำให้ไม่ได้รับการวางแผนในช่วงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า (Barclay et al., 2011) จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในประเทศเคนยา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยอธิบายประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าว่าเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และทางการเงิน ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค และการดูแลตนเอง รวมถึงการป้องกันการกำเริบของโรคมามากที่สุด ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความคาดหวังที่จะได้รับการรักษาให้หายจากโรค และรู้สึกสิ้นหวังเมื่ออาการของโรคกำเริบและทรุดลง หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา

(Kimani et al., 2018) และพบว่าในช่วงที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีความต้องการ 5 ประการคือ 1. การรับรู้การวินิจฉัย การรักษา และแรงสนับสนุนทางการแพทย์ 2. การรับรู้เรื่องการพยากรณ์ของโรค 3. การเผชิญกับการเข้าสู่ระยะท้าย 4. ทางเลือกในการรักษา 5. แรงสนับสนุนทางสังคม (Gonzalez-Jaramillo et al., 2022; Ryandini, 2020)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ และการจัดการกับอาการ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อาการที่เกิดขึ้นบ่อยและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย (วาสนา สุวรรณรัตน์และคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560) และภาวะซึมเศร้า (อัจฉริยา พวงแก้ว และคณะ, 2560) แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยแล้วก็ตาม แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 และยังไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้า ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การปรับรูปแบบบริการวิถีใหม่ของโรงพยาบาล รวมทั้งข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ย่อมส่งผลกระทบต่อประสบการณ์การเจ็บป่วย และความต้องการของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีสำคัญในการทำความเข้าใจความต้องการของบุคคลให้ได้มากที่สุด

ดังนั้นเพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ให้มีความลึกซึ้งมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) ที่มุ่งเน้น การบรรยายความหมายและหาข้อสรุปที่เป็นสาระสำคัญจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล ตามการรับรู้และประสบการณ์ของบุคคล และเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปอย่างมีแบบแผนและเข้าใจได้ง่าย ผู้วิจัยจึงใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคลไลซี (Colaizzi's method) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การจัดการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคลมีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ต่อไป

### **วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ความเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

### **คำถามการวิจัยหลัก**

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีประสบการณ์ความเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลในยุควิถีใหม่อย่างไร

### **คำถามวิจัยรอง**

1. บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีความรู้สึกกับความเจ็บป่วยในยุควิถีใหม่อย่างไร
2. บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีการจัดการกับการเจ็บป่วยในยุควิถีใหม่อย่างไร
3. บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีความต้องการการดูแลในยุควิถีใหม่อย่างไร



## กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ โดยใช้ศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มาอธิบายและบรรยายประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วยที่ผ่านมา โดยใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) ตามแนวคิดเชิงปรัชญาของฮัสเซิล (Husserl) โดยหลักสำคัญของแนวคิดนี้คือ การบรรยายความหมายและหาข้อสรุปที่เป็นสาระสำคัญจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล ตามการรับรู้และประสบการณ์ของบุคคลที่สนใจจะศึกษา โดยไม่นำประสบการณ์หรือความคิดเห็นของผู้ศึกษาเข้ามาตัดสินหรือมีส่วนร่วมในการศึกษา ภายใต้ความเชื่อที่ว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้ของตนเอง ศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้วยการค้นหาโดยตรง วิเคราะห์ และบรรยายอย่างอิสระ เป็นการบรรยายที่เฉพาะเจาะจงไม่มีการตั้งสมมติฐานและทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ โดยใช้การหยั่งรู้ในการนำเสนอข้อค้นพบ เน้นความเข้มข้นของข้อมูล ความกว้าง และความลึกของประสบการณ์ ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 3 กระบวนการ คือ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ และการบรรยายปรากฏการณ์ (Husserl, 1965) และเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปอย่างมีแบบแผนและเข้าใจได้ง่าย ผู้วิจัยจึงใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี (Colaizzi's method) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลเนื่องจากเป็นแนวทางที่ให้ความสำคัญกับการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษากลับไปยังผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งนิยมใช้ในการศึกษาที่เกี่ยวกับประสบการณ์ทางด้านสุขภาพ (Colaizzi, 1978)

## นิยามศัพท์

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า หมายถึง บุคคลที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะที่ยาวมาก่อนแต่สามารถรักษาและประคองอาการให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้ โดยใช้ข้อบ่งชี้ลักษณะของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายข้อใดข้อหนึ่งตามที่สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้กำหนดไว้ใน ปี พ.ศ. 2562 (Phrommintikul et al., 2019) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ 3 และ 4 ตามการแบ่งระยะของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA functional class III-IV) มีอาการหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เช่น อาบน้ำ กินอาหาร พุด หรือนั่งพัก, ไม่สามารถออกนอกที่พักอาศัยด้วยตนเองได้
2. เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในช่วง 6 เดือน
3. ไม่สามารถใช้ยาขนาดเดิมในการรักษาได้เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง
4. จำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะขนาดสูง (furosemide > 240 มิลลิกรัมต่อวัน) และ/หรือ ต้องใช้ยาขับปัสสาวะมากกว่า 1 ชนิด

5. เกิดผลกระทบต่ออวัยวะอื่นนอกเหนือระบบหัวใจและหลอดเลือด (เช่น ภาวะผอมแห้ง หั้มกระดูก (cachexia) หรือดัชนีมวลกาย (BMI) < 19 กก./ม<sup>2</sup>, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5, ระดับไนโตรเจนยูเรียในเลือด (Blood urea nitrogen : BUN) และ/หรือค่าการทำงานของไต (creatinine) สูงขึ้นเป็นลำดับ, ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ต่ำแข็งเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว (cardiac cirrhosis), ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) ความดันหลอดเลือดปอดสูงเนื่องจากความดันหัวใจห้องซ้ายสูง)

6. เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติชนิดถาวร (Automated Implantable Cardioverter-Defibrillator; AICD) ทำงานหลายครั้ง

7. ไม่ตอบสนองต่อการช่วยรักษาโดยใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Cardiac Resynchronization Therapy; CRT)

8. จำเป็นต้องใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต (inotrope) ทางหลอดเลือดดำเพื่อพยุงอาการ

การดูแลในยุควิถีใหม่ (new normal) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามนโยบายลดความแออัดของผู้ป่วย เว้นระยะห่างของบุคคล และการปรับเปลี่ยนการให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 โดยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้มีรูปแบบการบริการ ดังนี้

1. การติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก โดยแบ่งตามระดับความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษา ผู้ป่วยจะได้ปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ตามนัดหมาย และรับยาร้านยาใกล้บ้าน และผู้ป่วยสามารถรับยาผ่าน 3 ช่องทาง คือ รับยานอกเวลา รับยาที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการ หรือ รับยาทางไปรษณีย์ ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาคนเข้าใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน

2. มีนโยบายงดเยี่ยมทุกกรณี ในผู้ป่วยที่รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีการสื่อสารผ่านวิดีโอ และไลน์กลุ่มประจำหอผู้ป่วย

3. หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะได้รับการติดตามอาการและให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือไลน์แอปพลิเคชัน

## ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลที่มีหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิธีใหม่ โดยทำการศึกษาในบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ใน 6 เดือน ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากวิจัย

1. พยาบาลสามารถเข้าใจบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิธีใหม่ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น
2. พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปใช้วางแผนในการดูแลบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ปรัชญา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้า
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 อาการและอาการแสดง
  - 1.3 ลักษณะการดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - 1.4 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว
  - 1.5 สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
  - 1.6 ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า
  - 1.7 เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยในระยะก้าวหน้าของโรค
  - 1.8 การรักษาผู้ป่วยในระยะก้าวหน้าของโรค
  - 1.9 ผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า
  - 1.10 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
  - 1.11 ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า
2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่
  - 2.1 ความหมาย
  - 2.2 ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุควิถีใหม่
  - 2.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในยุควิถีใหม่
3. แนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา
  - 3.1 ประเภทของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา
  - 3.2 การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย
  - 3.3 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล
4. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. สรุป

## 1. ภาวะหัวใจล้มเหลว

### 1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นกลุ่มอาการที่มักมีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งระดับโครงสร้างหรือการทำงานของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เป็นความผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขนขาบวม และภาวะน้ำท่วมปอด อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวจะค่อย ๆ แสดงอาการขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการน้อย ๆ ค่อยข้างคงที่ เป็นระยะเวลานาน เรียกว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure) แต่เมื่อติดตามอาการต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ เรียกว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute heart failure) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด (Atherton et al., 2018; Meer et al., 2019; Phrommintikul et al., 2019; Ponikowsk et al., 2016)

ความรุนแรงของอาการอาจไม่สัมพันธ์กับระดับความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ซึ่งอาการเหล่านั้นไม่เพียงส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดแต่ยังกระทบต่อการทำงานของระบบอื่น ๆ ด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการของความผิดปกติในภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้ความดันโลหิตในห้องหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (elevated filling pressure) ทำให้การไหลเวียนเลือดในระบบหัวใจและหลอดเลือดไม่เพียงพอ (decreased cardiac output) อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ได้รับเลือดไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ร่างกายขาดความสมดุลจะเกิดการปรับตัว โดยการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบฮอร์โมนและไซโตไคน์ (cytokine) ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายเกิดการกระตุ้นให้บีบตัวเพิ่มมากขึ้น เมื่อเกิดขึ้นระยะยาวจะมีผลต่อเนื่องทำให้หัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง และส่งผลเสียในระยะยาว (maladaptive remodeling) ทั้งนี้จำแนกความผิดปกติเป็นความผิดปกติระยะบีบตัวและคลายตัว ดังนั้นภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ร่างกายไม่สามารถเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตโดยรวม (cardiac output) ได้เพียงพอ (Atherton et al., 2018; Meer et al., 2019; Phrommintikul et al., 2019; Ponikowsk et al., 2016)

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวจะดูจากข้อมูลอาการ และอาการแสดงทางคลินิก หากผู้ป่วยมีอาการบ่งชี้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวแพทย์จะให้การรักษา ไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเหมือนโรคทั่วไป ส่วนการส่งตรวจเพิ่มเติมอื่นเป็นเพียงการช่วยยืนยันการวินิจฉัยแยกโรคอื่น สืบหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การส่งเลือดตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิก การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพ (diagnostic imaging) ทั้งการส่งภาพเอกซเรย์ หรือการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อประเมินว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีลักษณะเฉพาะอย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อการวาง

แผนการรักษาในระยะยาว (Atherton et al., 2018; Meer et al., 2019; Phrommintikul et al., 2019; Ponikowsk et al., 2016)

## 1.2 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอาการที่เกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ไม่เพียงพอ และมีอาการบ่งบอกภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตามอาการและอาการแสดงทั้งหมดนี้สามารถพบได้ในโรคหรือภาวะอื่น ไม่ได้เป็นอาการที่จำเพาะต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงอย่างเดียว โดยอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นมีดังต่อไปนี้ (Phrommintikul et al., 2019)

1. ออกแรงหรือออกกำลังกายได้น้อยลง
2. นอนราบไม่ได้ (orthopnea) อาการหายใจเหนื่อยขณะนอนราบ ประเมินความรุนแรงโดยการซักประวัติ ว่านอนหนุนหมอนกี่ใบ นอนหัวสูงขึ้นกึ่งศอก สาเหตุของการนอนราบไม่ได้คือการเพิ่มขึ้นของเลือดที่เข้าสู่หัวใจห้องบนขวา และปริมาณของเหลวในหลอดเลือดส่วนกลางขณะที่นอนราบ เลือดและของเหลวจะถูกส่งเข้าสู่ระบบไหลเวียนทำให้เลือดและของเหลวเพิ่มขึ้นในหัวใจห้องบนซ้าย และหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งในขณะที่นอนราบ หัวใจไม่สามารถทนต่อปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ช่องเยื่อหุ้มปอด (pulmonary interstitial) หรือถุงลมบวม (alveolar edema) ตามมา (รังสฤษฏ์ กาญจนระวีชัย และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2562; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)
3. หายใจหอบเหนื่อยฉับพลันหลังการนอนหลับ (Paroxysmal nocturnal Dyspnea หรือ PND) เป็นอาการหอบเหนื่อยในขณะนอนหลับทำให้ผู้ป่วยตื่นกระตือรือร้น หลังหลับประมาณ 1-2 ชั่วโมง เกิดจากเพราะมีการเพิ่มขึ้นของการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำ และปริมาตรเลือดในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในขณะที่นอนราบเหมือนอาการนอนราบไม่ได้ แต่อาการจะเกิดอย่างช้าแล้วค่อยแสดงอาการออกมา (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)
4. ความดันในหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous pressure) สูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้นกว่าปกติ ซึ่งสามารถตรวจพบได้จากการที่หลอดเลือดดำที่คอจะมีขนาดใหญ่ขึ้นมากกว่า 3 เซนติเมตร (รังสฤษฏ์ กาญจนระวีชัย และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2562; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)
5. พบเสียงเอส 3 (S3 gallop) เป็นเสียงต่ำ (low pitch) จะดังสุดที่ตำแหน่งยอดหัวใจ เกิดช้ากว่าสองเสียงแรก เกิดหลังเสียงเอส 2 ประมาณ 0.10-0.18 วินาทีมักจะดังขึ้นขณะหายใจเข้า (รังสฤษฏ์ กาญจนระวีชัย และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2562; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)
6. ตรวจพบตำแหน่งที่มีการเต้นของหัวใจแรงที่สุดออกด้านข้าง (lateral shifted apical impulse) โดยการคลำที่บริเวณช่องซี่โครงที่ 4 ถึง 5 ใกล้กับกึ่งกลางกระดูกไหปลาร้า ซึ่งจะพบความแรงของการเต้นของหัวใจได้ชัดเจนบริเวณยอดหัวใจ หรือขนาดแรงไม่เกินเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 เซนติเมตร และการเต้นจะสัมพันธ์กับชีพจรที่คอ (รังสฤษฏ์ กาญจนระวีชัย และ อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2562; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

7. บวมตามแขนขา (extremity edema) เนื่องจากการไหลเวียนกลับของเลือดที่เข้าสู่หัวใจทำได้น้อยลง เลือดจึงไปคั่งอยู่บริเวณหลอดเลือดดำส่วนปลาย บริเวณที่มีเลือดคั่งที่ส่วนปลายจึงเกิดอาการบวมได้ โดยเฉพาะบริเวณแขนและขา การประเมินมักใช้บริเวณปลายนิ้วหัวแม่มือ กดลงแล้วยกขึ้น ดูลักษณะบวมว่ามากหรือน้อยเพียงใด ทั้งนี้ การบวมแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 1+ กดบวมลึก 2 มม., 2+ กดบวมลึก 4 มม., 3+ กดบวมลึก 6 มม., 4+ กดบวมลึก 8 มม. (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

นอกจากอาการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้ แน่นหน้าอก ไอตอนกลางคืน หายใจเสียงดังวี๊ด ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลมหมดสติ หอบเหนื่อยเมื่อนอนตัวมาด้านหน้าหรือตะแคงข้าง ตรวจพบเสียงหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ จุกแน่นท้องด้านขวาบน คลื่นไส้ กระสับกระส่าย ซึมเศร้า สับสน ท้องอืด น้ำหนักลด ผอมซูบหรือภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (cachexia) ตรวจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ลักษณะการหายใจผิดปกติ (Cheyne-Stokes respiration) ตับโต ตัวเหลือง เป็นต้น (Phrommintikul et al., 2019)

ผลการตรวจที่บ่งชี้ความผิดปกติของหัวใจ (Phrommintikul et al., 2019)

1. แรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของเลือดที่ถูกบีบออก จากหัวใจต่อการบีบตัวของหัวใจ 1 ครั้ง โดยเทียบกับปริมาณเลือดที่มีอยู่ ความผิดปกติ คือ แรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่า 40%

2. เจาหัวใจในเอกซเรย์ปอดกว้างขึ้น

3. แรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่า 40% ร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายหนา, หัวใจห้องบนซ้ายใหญ่ขึ้น หรือพบความผิดปกติในระยะหัวใจคลายตัว

4. ความดันในท้องหัวใจด้านซ้ายในช่วงคลายตัว

5. ระดับเอนไซม์ไนโตรยूरิก เปปไทด์ (natriuretic peptide) สูงขึ้น

การตรวจเพิ่มเติมจะตรวจการทำงานและหาความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) การตรวจภาพหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Cardiac magnetic resonance imaging) การตรวจอีกกลุ่มเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น วัดความดันในท้องหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular end-diastolic pressure : LVEDP) หรือความดันในหลอดเลือดดำจากปอดเข้าหัวใจห้องซ้าย (Pulmonary wedge pressure) ว่าสูงขึ้นผิดปกติหรือไม่ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม อาการ อาการแสดง และผลการตรวจที่กล่าวมาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามปริมาณสารน้ำในร่างกายของผู้ป่วย หากยังให้การวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน สามารถส่งตรวจระดับฮอร์โมนที่สร้างจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างหรือเบรนนไทป์ไนโตรยूरิก เปปไทด์ (Brain-type natriuretic peptide: BNP) และ เอ็นเทอมินอลโปรบีไทป์ไนโตรยूरิก เปปไทด์ (N-terminal pro B-type natriuretic peptide: NT-pro-BNP) เพื่อช่วยให้อาการภาวะหัวใจล้มเหลวได้แม่นยำขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจมากกว่า 40 % แต่มีบางภาวะที่ทำให้ค่าเหล่านี้เปลี่ยนแปลงได้แม้ไม่ใช่ภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นการวินิจฉัยจึงต้องทำร่วมกับการ

ประเมินอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นร่วมด้วย นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยบางรายจะยังดำเนินต่อแม้ว่าจะรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยและนานขึ้นในแต่ละครั้ง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ จนเสียหายอย่างถาวรซึ่งเราจะเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า (Phrommintikul et al., 2019)

### 1.3 ลักษณะการดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอาการเรื้อรัง ความรุนแรงของอาการอาจไม่สัมพันธ์กับระดับความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ผู้ป่วยจึงมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้น ซึ่งปัจจัยกระตุ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรค จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อควบคุมปัจจัยกระตุ้นได้ ผู้ป่วยก็สามารถกลับไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยอาจจะยังมีอาการเหนื่อยได้หากทำกิจกรรมที่ออกแรงมากจนเกินไป เนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างในระบบหัวใจและหลอดเลือดไปแล้ว (Phrommintikul et al., 2019) ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการและอาการแสดงที่มีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการขับเกลือและน้ำ ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติทางการไหลเวียนโลหิต (hemodynamic disorder), ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทและฮอร์โมน (neurohormonal disorder), ภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรัง (inflammatory syndrome), และภาวะที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ากลไกใดที่สามารถอธิบายภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างชัดเจน เพราะภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเกี่ยวข้องกับหลายกลไกในร่างกาย ดังนั้นการอธิบายเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นต้องใช้หลายกลไกเพื่ออธิบาย แต่จากโครงสร้างของหัวใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีอาการหรืออาการแสดงของโรคเมื่อมีปัจจัยกระตุ้น และเมื่อเกิดการกระตุ้นซ้ำ ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบอาการที่แย่งจนถึงเสียชีวิต โดยการเปลี่ยนแปลงของหัวใจเกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติที่ทำให้เกิดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจ โดยแบ่งการเกิดออกเป็น 2 ชนิด คือ 1. แบบฉับพลัน คือ ปัจจัยส่งเสริมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแบบทันทีทันใด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) 2. แบบเรื้อรัง คือ เกิดแบบช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป และอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ (chronic progressive course) เช่น กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากโรคทางพันธุกรรม โรคลิ้นหัวใจรั่ว เป็นต้น (รังสฤษฎ์ กาญจนนะวณิช และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2562)

### 1.4 ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจำแนกออกได้หลายแบบ เช่น จำแนกตามค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ระยะความเจ็บป่วย (ป่วยฉับพลันหรือเรื้อรัง) และอาการของ



ผู้ป่วย ซึ่งการจำแนกผู้ป่วยมีประโยชน์เพื่อใช้เป็นหลักพิจารณาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทั้งนี้ หลักฐานทางวิชาการปัจจุบันระบุว่า การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ มีประโยชน์ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายต่ำกว่า 40 % เท่านั้น ยังไม่มีข้อมูลว่า การรักษานิตใดจะมีประโยชน์ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอยู่ระหว่าง 40-49% ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายสูงกว่า 50 % การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการลดอาการและคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

การจำแนกชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถจำแนกได้ดังนี้ (Phrommintikul et al., 2019)

1. แบ่งตามระยะการเกิดและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Staging) ตามการแบ่งของสถาบันโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Cardiology/American Heart Association : ACC/AHA) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับเอ คือ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวโดยโครงสร้างหัวใจยังปกติ, ระดับบี คือ โครงสร้างหัวใจเริ่มผิดปกติแต่ยังไม่ปรากฏอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว, ระดับซี คือ โครงสร้างหัวใจเริ่มผิดปกติและปรากฏอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (ทั้งที่เคยแสดงอาการ หรือกำลังแสดงอาการอยู่), ระดับดี คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการมาก และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพิเศษ

2. แบ่งตามภาวะการทำหน้าที่ตามกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Functional Class) ตามการแบ่งของสถาบันโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ I คือ ใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ โดยไม่ปรากฏอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว, ระดับ II คือ ทำกิจกรรมทั่วไปได้น้อยลงบ้าง ไม่มีอาการขณะพัก แต่การทำกิจกรรมทั่วไปจะทำให้แสดงอาการเล็กน้อย, ระดับ III คือ ทำกิจกรรมทั่วไปได้น้อยลงมาก ไม่มีอาการขณะพัก แต่แสดงอาการเมื่อทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย, ระดับ IV คือ มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตลอดเวลา แม้ขณะพักอยู่นิ่งหรือทำกิจกรรมเล็กน้อยก็มีอาการ

3. แบ่งตามค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1. กลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายต่ำกว่า 40% เรียกว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรีดิวซ์อีเอฟ (Heath failure with reduced EF: HFrEF), 2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอยู่ระหว่าง 40-49% เรียกว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีดเรนอีเอฟ (Heath failure with mid-range EF: HFmrEF), 3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายตั้งแต่ 50% ขึ้นไป เรียกว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพรีเซิร์ฟอีเอฟ (Heath failure with preserved EF: HFpEF), 4. กลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายต่ำกว่า 40% ที่สามารถรักษาให้ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่าหรือเท่ากับ 50% เรียกว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรีโควารี

4. แบ่งตามระยะความร้ายแรงของการเกิดโรค ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ 1. ผู้ป่วยฉับพลัน (Acute) ระยะที่อาการแย่งอย่างมาก ต้องได้รับการประเมินและดูแลรักษาใกล้ชิด

ต้องรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน สามารถแยกออกอีกเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (denovo HF) หรือผู้ป่วยเรื้อรังที่อาการทรุดลง (acute decompensated HF หรือ ADHF) 2. ผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic) อาการโดยรวมทรงตัว โดยแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการก็ได้

5. แบ่งตามสภาวะของการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic status) แบ่งเป็นสองส่วนใช้ประกอบกันคือ ปริมาณสารน้ำในร่างกายและการไหลเวียนโลหิต แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1. ปริมาณสารน้ำโดยรวมเกินและการไหลเวียนโลหิตเพียงพอต่อร่างกาย (Wet & Warm) 2. ปริมาณสารน้ำโดยรวมเกินและการไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอต่อร่างกาย ไกล่เข้าสู่ภาวะช็อค (Wet & Cold) 3. ปริมาณสารน้ำโดยรวมปกติและการไหลเวียนโลหิตเพียงพอต่อร่างกาย (Dry & Warm) 4. ปริมาณสารน้ำโดยรวมปกติและการไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอต่อร่างกาย ไกล่เข้าสู่ภาวะช็อค (Dry & Cold)

### 1.5 สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ได้มีสาเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นที่ชัดเจน แต่จะมีปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการและอาการแสดงของโรค โดยสามารถแบ่งปัจจัยกระตุ้นตามระบบต่างๆ ของร่างกาย (Phrommintikul et al., 2019) ได้ดังนี้

1. ไม่ปรากฏชัดเจน (Idiopathic cardiomyopathy)
2. โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) เช่น เกิดแผลเป็นตามหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (previous myocardial infarction - scar), กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว (stunned หรือ hibernating myocardium), ความผิดปกติของหลอดเลือดฝอย (microvascular myocardial dysfunction), และ หลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)
3. ระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม (cardiovascular abnormality) เช่น กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติเนื่องจากความดันโลหิตสูง (hypertensive heart disease), ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่วรุนแรง, กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (เช่น hypertrophic cardiomyopathy, dilated cardiomyopathy, left ventricular non - compaction cardiomyopathy, arrhythmogenic, right ventricular cardiomyopathy), กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติเนื่องจากหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia-induced cardiomyopathy), หัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease), และ โรคเยื่อหุ้มหัวใจ (เช่น constrictive pericarditis)
4. การติดเชื้อ (infection/inflammation) เช่น ติดเชื้อไวรัส (เช่น human immunodeficiency virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus), และ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis), และ เชื้อปรสิต (เช่น Chagas disease)
5. โรคข้อและรูมาติสซั่ม (rheumatology) เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis), โรคเอสแอลอี (systemic lupus erythematosus), และ โรคผิวหนังแข็ง (scleroderma และ systemic sclerosis)

6. สารพิษภายนอก (Toxin) เช่น แอลกอฮอล์, ยาเคมีบำบัด (เช่น doxorubicin, trastuzumab), ยาบ้า (methamphetamine), โคเคน, และ โลหะหนัก (เช่น ทองแดง ตะกั่ว)
7. โรคต่อมไร้ท่อ (Endocrinology) เช่น โรคไทรอยด์, โรคของ growth hormone, โรคต่อมหมวกไต (เช่น pheochromocytoma หรือ adrenal insufficiency), และ โรคเบาหวาน
8. โรคภูมิคุ้มกันวิทยา (Immunology) เช่น Lymphocytic myocarditis, Giant cell myocarditis, Hypersensitivity myocarditis, Eosinophilic myocarditis, และ Endomyocardial fibrosis
9. มีโรคแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อไมอีลอย โรคเนื้อแข็ง ภาวะเหล็กเกิน
10. อื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจที่เกิดจากความเครียด กล้ามเนื้อหัวใจพิการในช่วงระหว่างคลอด (peripartum cardiomyopathy), ภาวะทุพโภชนาการบางชนิด (เช่น thiamine, selenium), ภาวะโลหิตจาง เนื่องจากต่างๆ ทั้งเนื่องจากหลักหรือเนื่องจากในระยะแพร่กระจาย, และ โรคกล้ามเนื้อพิการทางพันธุกรรม (muscular dystrophy)

## 1.6 ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า

ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า เป็นภาวะอาการที่โรคมีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยในเนื้อหาส่วนนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึง ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยในระยะก้าวหน้าของโรค การรักษาผู้ป่วยในระยะก้าวหน้าของโรค ผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า (advanced-stage heart failure) คือ บุคคลที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยังมีการดำเนินของโรคต่อ แม้ว่าจะรักษาอย่างเหมาะสมแล้วโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น และการรักษามีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยและนานขึ้นในแต่ละครั้ง ทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย จนทำให้เกิดเสียหายอย่างถาวรต่อระบบนั้น ๆ (Atherton et al., 2018; Meer et al., 2019; Phrommintikul et al., 2019; Ponikowsk et al., 2016)

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาถึงช่วงท้ายของการดำเนินโรคนั้นมีผู้บัญญัติคำที่ใช้เรียกและคำนิยามไว้หลากหลาย เช่น แอดวานซ์ฮาร์ทเฟลลีย์ (advanced heart failure), สเตจดีฮาร์ทเฟลลีย์ (stage D heart failure), เอนสเตจฮาร์ทเฟลลีย์ (end-stage heart failure) และ รีเฟคตอรีฮาร์ทเฟลลีย์ (refractory heart failure) ซึ่งในแนวทางเวชปฏิบัตินี้จะใช้คำเรียกว่า “ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย” (advanced heart failure) ลักษณะของผู้ป่วยที่บ่งบอกว่าอยู่ในระยะสุดท้ายได้แก่อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะในระบบอื่นอย่างรุนแรง

แต่ในบางครั้งผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องแสดงอาการออกมากแม้จะดำเนินโรคมารถึงระยะท้ายแล้ว จึงควรประเมินการพยากรณ์โรคตามข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างถี่ถ้วน (Phrommintikul et al., 2019)

ลักษณะบ่งชี้ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย

1. อาการรุนแรง (เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ 3 และ 4 ตามการแบ่งระยะของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA functional class III-IV), หอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เช่น อาบน้ำ กินอาหาร พุด หรือนั่งพัก, ไม่สามารถออกนอกที่พักอาศัยด้วยตนเองได้)

2. เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในช่วง 6 เดือน

3. ไม่สามารถใช้ยาขนาดเดิมในการรักษาได้เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง โดยยาที่ใช้ในการรักษามีดังนี้ กลุ่มปิดกั้นการทำงานของเบต้า หรือ เบตาบล็อคเกอร์ (beta-blocker), ยากลุ่มยับยั้งแองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ติงเอนไซม์ (Angiotensin-Converting Enzyme) หรือ เอซีอีไอ (Angiotensin-Converting Enzyme inhibitors : ACEI), ยากลุ่มปิดกั้นการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ หรือ เออาร์บี (Angiotensin Receptor Blockers : ARB) หรือ ยากลุ่มยับยั้งแองจิโอเทนซินเนฟโฟลีสินรีเซพเตอร์ หรือ อาร์นี (Angiotensin receptor neprilysin inhibitor : ARNI)

4. จำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะขนาดสูง (furosemide > 240 มิลลิกรัมต่อวัน) และ/หรือต้องใช้ยาขับปัสสาวะมากกว่า 1 ชนิด

5. เกิดผลกระทบต่ออวัยวะอื่นนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด (เช่น ภาวะผอมแห้ง หุ้มกระดูก (cachexia) หรือดัชนีมวลกาย (BMI) < 19 กก./ม<sup>2</sup>, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5, ระดับไนโตรเจนยูเรียในเลือด (Blood urea nitrogen : BUN) และ/หรือค่าการทำงานของไต (creatinine) สูงขึ้นเป็นลำดับ, ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ต่ำลงเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว (cardiac cirrhosis), ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) ความดันหลอดเลือดปอดสูงเนื่องจากความดันหัวใจห้องซ้ายสูง)

6. เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติชนิดถาวร (Automated Implantable Cardioverter-Defibrillator; AICD) ทำงานหลายครั้ง

7. ไม่ตอบสนองต่อการการรักษาโดยใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Cardiac Resynchronization Therapy; CRT)

8. จำเป็นต้องใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต (inotrope) ทางหลอดเลือดดำเพื่อพุงอาการ

\*กรณีไม่พบสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นที่สามารถแก้ไขได้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (เช่น จำกัดการบริโภคสารน้ำและเกลือ กินยาอย่างถูกต้อง) แพทย์และทีมได้รักษาด้วยยา รวมถึงการใช้ ICD/CRT อย่างเต็มที่แล้ว

## 1.7 เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยในระยะก้าวหน้าของโรค

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า จะกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีตัวเลือกหลากหลาย การรักษาหลายรูปแบบจำเป็นต้องทำหัตถการซับซ้อน บางอย่างก่อให้เกิดภาระต่อร่างกายของผู้ป่วยหรือส่งผลกระทบต่อวิถีการใช้ชีวิตหลังรักษาอย่างมาก ดังนั้นทีมผู้ดูแลผู้ป่วยควรนำข้อมูลผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ข้อเท็จจริงและข้อดีข้อเสียเกี่ยวกับการรักษาที่เป็นไปได้หารือร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจร่วมกัน (Phrommintikul et al., 2019)

## 1.8 การรักษาผู้ป่วยในระยะก้าวหน้าของโรค

### 1. พิจารณาการให้ยา

นอกจากยาหลักที่ใช้รักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติแล้ว ควรพิจารณาใช้ยาไดจอกซินเพิ่มเติมจากเบต้าบล็อกเกอร์ เอซีอีไอหรือเออาร์บี อาร์นี และเอ็มอาร์เอ เพื่อบรรเทาอาการรวมถึงลดการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนการใช้ยาเพิ่มความดันโลหิตระยะยาวแต่อาจเป็นวิธีเพิ่มสมรรถภาพทางกาย หรือบรรเทาความทรมานในช่วงก่อนเสียชีวิต (improve quality of death) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาเพิ่มความดันโลหิตเพื่อพยายงอากาศ (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ เตือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง, 2563)

### 2. การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายจะเสียชีวิตราว 20-50% ใน 1 ปี การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจนับเป็นการรักษาที่ดีที่สุด (gold standard) อัตราการรอดชีวิตหลังผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจอยู่ที่ 88%, 79% และ 72% ที่ 1, 3 และ 5 ปี ตามลำดับ โดยผู้ป่วยถึงครึ่งหนึ่งสามารถมีชีวิตอยู่นานกว่า 13 ปีหลังผ่าตัด ความสำเร็จของกระบวนการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจขึ้นกับการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน ตั้งแต่การดูแลผู้รับบริจาคอวัยวะ การเลือกผู้บริจาคอวัยวะ การดูแลผู้บริจาคอวัยวะ การผ่าตัดรับอวัยวะ การผ่าตัดปลูกถ่ายไปจนถึงการดูแลผู้รับบริจาคหลังผ่าตัด การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจอาจไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยบางรายเนื่องจากมีข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังปลูกถ่ายและสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้บริจาคอวัยวะยังไม่เพียงพอต่อผู้รอรับการปลูกถ่าย (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ เตือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง, 2563)

### 3. การผ่าตัดใส่เครื่องช่วยการสูดของหัวใจ

การผ่าตัดใส่เครื่องช่วยการสูดของหัวใจ (mechanical circulatory support หรือ MCS) พัฒนามาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถช่วยทำงานแทนหัวใจห้องล่างของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายได้ ปัจจุบันอุปกรณ์ในกลุ่มนี้มีหลายรูปแบบการทำงาน มีข้อบ่งชี้และข้อห้ามใช้

แตกต่างกันไป การเลือกชนิดอุปกรณ์ในแต่ละกรณีจะขึ้นกับอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค และ แนวโน้มการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจในอนาคต แพทย์สามารถใช้อินเทอร์แมค (Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support: INTERMACS classification) เลือกผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลวรุนแรงที่อาจได้ประโยชน์จากเครื่องช่วยการสูบน้ำของหัวใจ ไปจนถึงกำหนดกรอบเวลาการ ผ่าตัดใส่เครื่องช่วยการสูบน้ำของหัวใจ สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารื่อง, 2563)

#### 4. การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ยังพบได้น้อยในปัจจุบัน เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วจะมุ่งเน้นไปทางด้านการศึกษาเพื่อให้อาการของโรคดีขึ้น ทำให้การดูแลแบบ ประคับประคองไม่ได้มีแพร่หลายมากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การดูแลแบบประคับประคองจะ มุ่งเน้นการดูแลด้านจิตใจ การเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการบรรเทาอาการที่พบได้บ่อย ของผู้ป่วย เช่น อาการเหนื่อย น้ำท่วมปอด หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การสื่อสารระหว่างบุคลากร ทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อเพิ่มความเข้าใจในตัวโรคและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น ได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว ทำให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ ต้องเผชิญต่ออาการของโรค การให้การดูแลแบบประคับประคองไม่จำเป็นต้องรอให้ผู้ป่วยมีอาการ รุนแรงของโรค หรือเข้าสู่ ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า แต่การดูแลแบบประคับประคองสามารถ สอดแทรกในแผนการรักษาผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย แต่การตัดสินใจที่จะเปลี่ยนเป้าหมายการรักษา จากการรักษาแบบเดิมที่มุ่งเน้นลดอัตราการตาย ยืดชีวิต หรือลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาล ไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดอาการ ลดความเจ็บปวด ด้วยการรักษาแบบประคับประคอง สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการสื่อสาร และหาแนวทางร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ทีม แพทย์ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลผู้ให้การดูแล โดยยึดความต้องการของผู้ป่วยและให้ความสำคัญต่อการมี ส่วนร่วมและการยอมรับของครอบครัวเป็นการดูแลรักษาโดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คาดการณ์เพื่อป้องกัน และแก้ไขความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีเป็นสำคัญ (นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินดาปัญญากุล, 2563) การดูแลแบบ ประคับประคองอาจเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น ภาวะที่ให้การรักษาได้แต่ส่วนใหญ่มักไม่หายขาด ตัวเลือกที่สามารถใช้ประกอบการรักษาแบบ ประคับประคองได้ อาทิ การใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต ณ ที่พักอาศัย ปิดการกระตุ้นหัวใจของเครื่อง กระตุกหัวใจ หรือเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ในอนาคต (advanced directive) และการบรรเทาอาการด้วยยาแก้ปวด หรือยานอนหลับ ซึ่งทีมผู้ดูแลรักษา ควรสื่อสารข้อดีข้อเสียของการรักษาแต่ละอย่างกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อหารือร่วมกันและเลือกใช้ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นกรณีไป การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม กับผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงได้หลายครั้งเมื่อข้อมูลและสถานะของผู้ป่วยเปลี่ยนไป อย่างไรก็ตาม การเลือก แนวทางการรักษาควรพิจารณาโดยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อให้แผนการรักษานั้นตอบสนองเป้าหมายการใช้ชีวิต

ของผู้ป่วย (goal of living) เป็นสำคัญ ซึ่งอาจเป็นการดำรงชีวิตอยู่ให้นาน การมีชีวิตที่มีคุณภาพดี หรือร่วมกันทั้งสองประการ (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, 2563)

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ช่วงการดูแลโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (NYHA I-III) เป็นระยะแรก ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อยืดชีวิต บุคคลากรทางการแพทย์ควรทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในด้านตัวโรค และเข้าใจแนวทางการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามมาตรฐาน ไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายในการการยืดชีวิต ลดอัตราการตาย และลดอัตราการดำเนินโรคที่แย่ง ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยาตามมาตรฐานขององค์กรที่มีความน่าเชื่อถือตามหลักสากล การรักษาด้วยการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ หรือการเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน ในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการใส่เครื่องการสูบฉีดของหัวใจ หรือการรักษาขั้นสูงสุดด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจถ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ และไม่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น การดูแลแบบประคับประคองยังส่งเสริมในผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตได้อย่างปกติให้นานที่สุด และมีการประเมินติดตามอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยเป็นระยะตามมาตรฐานเพื่อวางแผนในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างเหมาะสม (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, 2563)

ระยะที่ 2 ช่วงการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิต (NYHA I-III) ระยะนี้เป็นระยะที่เหมาะสมกับการวางแผนล่วงหน้า เป็นการวางแผนร่วมกันของผู้ให้การดูแลรักษา และผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่กับโรคได้ โดยดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล มีการวางแผนดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 24 ชั่วโมง มีการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, 2563)

ระยะที่ 3 ช่วงระยะท้ายของชีวิต (terminal care phase or end of life; NYHA IV) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป ระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม โดยในระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเข้าสู่ระยะวิกฤตของโรคมีอาการซับซ้อนหลายอาการที่อาจเกิดขึ้นพร้อมกันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ บวมตลอดเวลา อ่อนเพลีย เบื่ออาหารมาก ไตวาย หรืออวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งในด้านร่างกายที่มีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน และผลกระทบต่อจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณร่วมด้วย แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ควรได้รับแล้ว ทั้งการรักษาด้วยยาและวิธีอื่นๆ ก็ยังไม่สามารถทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองในระยะนี้จะมุ่งเน้นเพื่อลดความทรมานจากอาการของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย สิ่งที่สำคัญในระยะนี้คือการสื่อสาร

การปรึกษาพูดคุยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและ/ หรือผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการของโรค การดำเนินโรค แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาเมื่อเกิดภาวะวิกฤต หัวใจหยุดเต้น การเสียชีวิต และการจากไปของผู้ป่วย ตามแนวทางมาตรฐานโดยเน้นเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมของการดูแลให้อื้อต่อการดูแลผู้ป่วยให้เสียชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ตามเจตจำนงความประสงค์ ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยรวมทั้งมีการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิต เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจว่าสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (bereavement care) (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และ เตือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง, 2563)

### 1.9 ผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและจากการรักษา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (วาสนา สุวรรณรัตน์และคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพมี 5 ด้าน ได้แก่ 1) อาการรบกวนทางกาย 2) อาการรบกวนทางจิตใจ 3) ระดับความรุนแรงของโรค 4) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และ 5) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปความรู้สึกล้มเหลวในขณะเจ็บป่วย ปัจจัยทั้ง 5 ด้าน ได้รับอิทธิพลจากลักษณะส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมี ลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันออกไป ทำให้ปัจจัยของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ซึ่ง) ปัจจัยแต่ละด้านอาจมีความสัมพันธ์กัน ทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อม ปัจจัยบางปัจจัยสามารถส่งเสริมให้อีกปัจจัยมีความรุนแรงมากขึ้นหรือลดลงได้ กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดอาการแสดงต่างๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย ลักษณะของอาการไม่คงที่และมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป แล้วจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560)

ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นสามารถจำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัว (วาสนา สุวรรณรัตน์และคณะ, 2557) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นผลกระทบโดยตรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดการตอบสนองทางร่างกายต่อการเจ็บป่วย จากการศึกษาประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประเมินว่าอาการที่มีความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลียตามลำดับ โดยอาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วาสนา สุวรรณรัตน์และคณะ, 2557)

2. ด้านจิตใจ จากการศึกษาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ลักษณะอาการเป็นๆ หายๆ ไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อไร ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดย



ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยพบอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.2 เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำลง (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560)

3. ด้านครอบครัว ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเป็นผู้ที่จะได้รับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวต้องหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะก้าวหน้า ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง สมาชิกในครอบครัวอาจต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ขาดรายได้ และขาดความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวต่าง ๆ ข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง รบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ มีความเครียด และมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (สมฤดี ดิฉนวนพะเนาและคณะ, 2557)

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามักจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเรียกปัจจัยที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่ำลงว่า “ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค”

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค แบ่งออกเป็น 5 ด้าน (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560) ได้แก่

#### 1. อาการรบกวนทางกาย (Physical symptoms)

อาการรบกวนทางกาย เป็นอาการที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากอาการทางกายที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของหัวใจส่งผลให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง หัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ในร่างกายได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะไต เมื่อไตได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง การทำหน้าที่ของไตบกพร่อง ร่างกายมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และเกิดกลไกชดเชย ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบฮอร์โมนแองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยจึงมีอาการจากภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย บวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย แต่อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักเกิดขึ้นหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งอาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลบ่อยที่สุด คือ อาการหายใจหอบเหนื่อย และอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ แน่นหน้าอก ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ โดยอาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลาง (วาสนา สุวรรณรัศมีและคณะ, 2557)

#### 2. อาการรบกวนทางจิตใจ (Psychological symptoms)

อาการรบกวนทางจิตใจ โดยส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับอาการรบกวนทางกาย เนื่องจากเมื่ออาการทางกายมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนเองมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีความคิดเกี่ยวกับโรคที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ตนเองอาจเสียชีวิต ตนเองต้องตกอยู่ในสภาวะพึ่งพา ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางจิตใจที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาการเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า พบว่าอาการซึมเศร้าสามารถเกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วไป แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับสภาวะทางสุขภาพ

และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ายังเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560)

### 3. ระดับความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรค ในปัจจุบันมีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้หลายแบบ ขึ้นอยู่กับสถาบันโรคหัวใจที่กล่าวอ้างถึง แต่การวัดระดับความรุนแรงที่นิยมใช้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือระดับความรุนแรงของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association; [NYHA]) ที่แบ่งความรุนแรงจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย โดยแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ยิ่งผู้ป่วยมี NYHA functional class เยอะยิ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และยิ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ลดลงผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ซึ่งกระทบต่อทั้งสภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มี NYHA functional class III จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มบุคคลทั่วไป ดังนั้นระดับความรุนแรงของโรคจึงเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นสามารถรักษาและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ NYHA functional class ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับ NYHA functional class IV เมื่อได้รับการรักษาสาเหตุที่กระตุ้นการเกิดโรคแล้วสามารถกลับมาเป็น NYHA functional class II ได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า NYHA functional class มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560)

### 4. การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception)

การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการรบกวนทางกาย กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการรบกวนทางกายมากการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดี และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่จะไม่ดีตามไปด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปนั้นเป็นการรับรู้สภาวะสุขภาพโดยรวมของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการรับรู้สุขภาพของตนเองได้ตามการรับรู้และการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการเจ็บป่วยผู้ป่วยจะเริ่มรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้จะอยู่กับโรคเป็นระยะเวลานานพอสมควร และผู้ป่วยมักมีอาการทางร่างกายที่จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จนกระทั่งอาการรุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันเองได้ เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปไม่ดี เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สุขภาพทั่วไปไม่ดีการดูแลตนเองก็จะลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560)

### 5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นเป็นกลุ่มอาการที่มีความไม่แน่นอนของโรค และการพยากรณ์ของโรคทำได้ยาก เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน ซึ่งไม่สามารถคาดเดาพยากรณ์โรคหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกังวลว่า

ตนเองจะสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียด ไม่รู้ว่าอาการของตนจะกำเริบหรือมีความรุนแรงของโรคขึ้นเมื่อไหร่ ทำให้อารมณ์ไม่มั่นคงและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าได้ในอนาคต ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดเดาอาการที่จะเกิดขึ้นได้ ก็ไม่สามารถที่จะหาวิธีรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายที่ได้พบเจอกับสถานการณ์หลายครั้งอาจจะสามารถปรับตัวและมีวิธีรับมือกับอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ แต่อีกหลายรายก็ไม่สามารถรับมือได้ ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของแต่ละบุคคล หากผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตดี แต่หากผู้ป่วยปรับตัวได้ไม่ดี ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดี (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560)

### 1.10 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยง่าย ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมักถูกจำกัดการทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยง่าย และไม่ให้อวัยวะรับการทำงานหนักจนเกินไป ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามสมรรถภาพของหัวใจ และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจได้ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความสามารถที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยวิธีที่เราจะใช้วัดความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยอาจจะวัดได้ด้วยการการตรวจสมรรถภาพของหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test: EST) ซึ่งวิธีนี้ส่วนมากจะใช้เพื่อทดสอบการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และในขณะเดียวกันวิธีนี้จะสามารถวัดค่าการใช้ออกซิเจนเพื่อเผาผลาญพลังงานในการทำกิจกรรม (metabolic equivalents : METs) เป็นตัวบ่งชี้ความทนทานในการออกกำลังกายของบุคคลนั้นจะแปลผลออกมาเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (Low intensity), ระดับกลาง (Moderate intensity), และ ระดับหนัก (Vigorous intensity) (อภิสิทธิ์ สัตว์ารวัฒนากุล, 2559)

ค่าการใช้ออกซิเจนเพื่อเผาผลาญพลังงานในการทำกิจกรรม คือ การวัดค่าการทำกิจกรรมเพื่อบอกว่ากิจกรรมที่ทำ ทำให้เราต้องใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญเพื่อให้ได้พลังงานมาใช้ในกิจกรรมนั้นๆ มีหน่วยวัดเป็นมิลลิลิตร (mL) ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมในเวลา 1 นาที ใช้ค่า METs เพื่อมาใช้คำนวณการทำกิจกรรมของบุคคลแต่ละคนได้ ส่วนมากนำมาใช้ในการออกกำลังกาย และในผู้ป่วยนั้นเราจะใช้เพื่อการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกาย โดยจะใช้เปรียบเทียบกับค่า METs ในขณะพัก

เมื่อคนเรานอนหลับ ร่างกายยังคงใช้พลังงาน โดยร่างกายจะใช้พลังงานเฉลี่ย 0.9 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อหนึ่งชั่วโมง โดยในการเผาผลาญพลังงานในขณะพักนี้ร่างกายจะดึงออกซิเจนออกมาใช้ 3.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อหนึ่งนาที และในขณะพักนี้เราจะคิดเป็นพลังงาน 1 METs (ดุจใจ ชัยวานิชศิริ และ วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, 2553) ซึ่งค่าการใช้ออกซิเจนโดยเฉลี่ยของบุคคลจะไม่แตกต่างกัน และลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยในการทำกิจกรรมในแต่ละวันร่างกายจะมีการนำออกซิเจนมาใช้ในปริมาณที่แตกต่างกัน ซึ่งจำนวนออกซิเจนที่มากที่สุดที่ร่างกายนำมาใช้ในการทำกิจกรรม เรียกว่า ประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด ( $VO_{2max}$ ) ซึ่งจะบอกถึงค่าระดับความทนทานในการออกกำลังกายได้เช่นเดียวกัน ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับ ปริมาณ

เลือดที่ปั๊มตัวออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output : CO) และ ค่าความแตกต่างของออกซิเจน ในหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (arterial oxygen – venous oxygen) แต่ในทางปฏิบัติจะ นิยมใช้การเปรียบเทียบค่า METs ในการทำกิจกรรมกับในขณะที่พักมากกว่า (ดูใจ ชัยวานิชศิริ และ วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, 2553; Ainsworth et al., 2000) โดยใช้สูตรในการคำนวณการทำกิจกรรม ต่าง ๆ ด้วยการแทนค่าตามสูตร ดังนี้

$$0.0175 \times \text{น้ำหนักตัว (เป็นกิโลกรัม)} \times \text{เวลาที่ทำกิจกรรม (เป็นนาที)} \times \text{METs}$$

ซึ่งค่า 0.0175 เป็นค่าคงตัว ซึ่งได้มาจาก  $3.5 \times 5 / 1000$  แต่ละตัวเลขมีความหมาย ดังต่อไปนี้

3.5 มาจากการใช้ออกซิเจนของร่างกายในการเผาผลาญพลังงานขณะพักซึ่งเท่ากับ ใช้ 3.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อหนึ่งนาที

5 มาจาก จำนวนกิโลแคลอรีที่ถูกใช้ไปในการใช้ออกซิเจน 1 ลิตร ซึ่งเท่ากับ 5 กิโล แคลอรี

1000 มาจาก ค่าของกิโลแคลอรี ซึ่ง 1 แคลอรี เป็นพลังงานที่ทำให้อุณหภูมิน้ำสูงขึ้น 1 องศาเซลเซียสในความดันบรรยากาศ

METs ได้มาจากการทดลองการทำกิจกรรมและวัดค่า METs เพื่อแสดงถึงความหนัก เบา ของการทำกิจกรรมนั้น ๆ (Ainsworth et al., 2000)

เมื่อแทนค่าต่าง ๆ ลงไปแล้ว ก็จะสามารถคำนวณเวลาที่ต้องการใช้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ตามความทนทานของร่างกายของแต่ละบุคคล เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อบุคคลในการเริ่มต้นทำ กิจกรรมต่าง ๆ รวมไปถึงการเริ่มที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้อีกด้วย

### 1.11 ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า จากการ ทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่กล่าวถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในระยะนี้ แต่ได้ กล่าวถึงการศึกษาในช่วงที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีความต้องการ 5 ประการคือ 1. การรับรู้การวินิจฉัย การรักษา และแรงสนับสนุนทางการแพทย์ 2. การรับรู้เรื่องการพยากรณ์ของ โรค 3. การเผชิญกับการเข้าสู่ระยะท้าย 4. ทางเลือกในการรักษา 5. แรงสนับสนุนทางสังคม (Gonzalez-Jaramillo et al., 2022; Ryandini, 2020) ดังนี้

1. การรับรู้การวินิจฉัย การรักษา และแรงสนับสนุนทางการแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องการความรู้และการวินิจฉัยโรคภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะของโรค และข้อมูลเพิ่มเติมจาก ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ยังต้องการรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ ความเป็นไปได้ในการรักษาที่แตกต่างกันเป็นหลักเกี่ยวกับยาหรือทางเลือกในการฝังเครื่องกระตุ้น หัวใจ (Gonzalez-Jaramillo et al., 2022)

2. การรับรู้เรื่องการพยากรณ์ของโรค ผู้ป่วยต้องการรับทราบการพยากรณ์โรค หรือ การดูแลแบบประคับประคองพร้อมกัน ผู้ป่วยมักจะรู้สึกกลัวว่าแพทย์จะหลีกเลี่ยงการพูดถึงการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยคิดว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับให้เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังให้ข้อมูลว่าไม่รู้เรื่องของการรักษาแบบประคับประคอง ความเข้าใจในแนวคิดและการดูแลแบบประคับประคอง (Gonzalez-Jaramillo et al., 2022)

3. การเผชิญกับการเข้าสู่ระยะท้าย เนื่องจากการไม่ได้มีการวางแผนเกี่ยวกับการเผชิญกับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายมาก่อน ทำให้การเผชิญกับอาการในระยะวิกฤตเป็นช่วงเวลาที่ค่อนข้างสร้างความวิตกกังวลและเจ็บปวดให้ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการเตรียมตัวเพื่อการเผชิญกับการเข้าสู่ระยะท้าย (Gonzalez-Jaramillo et al., 2022)

4. ทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วยต้องการช่องทางการสื่อสารและข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น ทางเลือกการรักษา บริการสนับสนุนด้านสุขภาพหรือการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย (Gonzalez-Jaramillo et al., 2022)

5. แร่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในปรับตัว ครอบครัวจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะ หาแนวทาง และสื่อกลางในการแก้ปัญหา ส่งผลกระทบบ่อยมากสำหรับผู้ป่วย โดยการสนับสนุนข้อมูลในรูปแบบของการโน้มน้าวสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม ให้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อสภาพของพวกเขาและวิธีรับมือและให้คำแนะนำ หรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมที่คาดหวัง ครอบครัวยังเป็นผู้อำนวยความสะดวกของโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการรักษา การเงิน สนับสนุนทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจ ความอบอุ่นและความรัก (Ryandini, 2020)

## 2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยในยุควิถีใหม่

### 2.1 ความหมาย

ตั้งแต่ปลายปี ค.ศ. 2019 เป็นต้นมา โลกได้พบกับโรคอุบัติใหม่ คือ โควิด-19 อาการของผู้ติดเชื้อที่แสดงออกมาส่วนมาก คือ ไข้ ไอ เจ็บคอ คล้ายไข้หวัด ผู้ติดเชื้อโรคนี้มีอาการได้หลายรูปแบบ มีทั้งไม่แสดงอาการ อาการน้อย อาการหนัก หรือแม้กระทั่งเสียชีวิต การแพร่ระบาดเกิดขึ้นทั่วโลกทำให้เกิดมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค เช่น การสวมหน้ากาก ผ้าหรือหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล (Social Distancing) คือ การสร้างระยะห่างระหว่างตัวเราเองกับคนอื่น ๆ ในสังคม รวมถึงการลดการออกนอกบ้านโดยไม่จำเป็น การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์ การใช้ช้อนกลางส่วนตัว เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้เมื่อทำเป็นประจำทุกวัน ทุกเวลา ซึ่งแตกต่างไปจากเดิมที่เมื่อก่อนไม่เคยทำหรืออาจทำน้อยมาก จึงเรียกว่า เป็นการใช้ชีวิตแบบ “New Normal”

นอกจากการใช้ชีวิตประจำวันของผู้คนที่ต้องเปลี่ยนไปเป็นรูปแบบใหม่ การให้บริการด้านสุขภาพก็ต้องปรับเปลี่ยนภายใต้แนวคิด New Normal เพื่อให้ประชาชนและบุคลากร

ทางการแพทย์มีความเสี่ยงกับการติดเชื้อมากที่สุด เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health tech) จำนวนมาก จึงถูกนำมาใช้สนับสนุนการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข มีการนำระบบการจัดแบ่งกลุ่ม การให้บริการผู้ป่วย ตามระดับความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษา (patient stratification) เพื่อลดปัญหาคนเข้าใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน ควบคู่ไปกับการมีระบบลงทะเบียน/นัดหมายล่วงหน้าผ่านทางออนไลน์ การเหลื่อมเวลานัดผู้ป่วย (Overlapping) และ โครงการรับยาร้านยาใกล้บ้าน เหล่านี้ก็ยังเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาความแออัดใน โรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2020)

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยในยุควิถีใหม่ (new normal) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตาม นโยบายลดความแออัดของผู้ป่วย เว้นระยะห่างของบุคคล และการปรับเปลี่ยนการให้บริการด้าน สุขภาพ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งพบใน ประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา

## 2.2 ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุควิถีใหม่

ก่อนเกิดเหตุการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ในประเทศไทย ประเทศไทยได้นำเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอยู่บ้าง แต่ยังไม่แพร่หลายมากนัก เนื่องจากยังมีข้อ ถกเถียงกันในวงการสุขภาพว่าเทคโนโลยีเหล่านั้นไม่สามารถทดแทนกำลังคนที่จะช่วยผู้ป่วยได้ดีกว่า และประเทศไทยยังไม่มีความพร้อมที่จะนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้เพื่อการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อมีเหตุการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ในประเทศไทย เทคโนโลยีต่าง ๆ ได้ถูกนำมา เป็นแนวทางเพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยที่จะต้องมารอพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือบางพื้นที่ได้นำเทคโนโลยีมาใช้แทนตัวบุคคลที่ต้องทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และ คณะ, 2020) ทำให้ในระบบสาธารณสุขเกิดความเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยในยุควิถีใหม่ เพื่อ ปรับตัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในสถานการณ์ที่มีโรคระบาดและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น บุคลากรในระบบงานจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้เพื่อให้สามารถตามทันและใช้งานระบบได้อย่าง ถูกต้อง ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการทำงานของคนในองค์กรจึงควรมีการพัฒนา ดังนี้ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2020)

1. การเปลี่ยนวิถีชีวิตในยุคข้อมูลและเทคโนโลยี เทคโนโลยียุคดิจิทัลสามารถ เชื่อมต่อข้อมูลและการสื่อสารผ่านเครื่องมือสื่อสารด้วยเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สามารถผลิตข้อมูลใน รูปแบบเอกสาร ภาพ เสียง วิดีโอได้ด้วยโทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล การเข้าถึงและ สร้างข้อมูลขนาดใหญ่จำนวนมากมายมหาศาล (big data) เกิดการส่งต่อและกระจายข้อมูล การ เข้าถึงองค์ความรู้ต่าง ๆ ได้ง่ายและรวดเร็ว การทำให้บุคลากรสามารถสร้างข้อมูล และส่งต่อข้อมูล ต่าง ๆ ด้วยฐานข้อมูลดิจิทัลนั้น บุคลากรต้องผ่านการอบรมการใช้ข้อมูล และเครื่องมือต่าง ๆ ได้เป็น อย่างดี (อรอนงค์ วิชัยคา และ อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2560)

2. การแพทย์เปลี่ยนวิถี (disruptive medicine) ในทางการแพทย์ มีพัฒนาการโดย ใช้นวัตกรรมประยุกต์ในการจัดการเรียนการสอน โดยนำสถานการณ์จำลอง (simulation-based learning) และ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) เข้ามาใช้ในงาน

แพทยศาสตร์ศึกษามากขึ้นเนื่องจากการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงทางคลินิกช่วยให้ผู้เรียนสามารถเลียนแบบพฤติกรรมของอาจารย์ที่มีประสบการณ์นำมาใช้ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่มีความเสี่ยงสูงกับชีวิตมนุษย์ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ หรือการใช้หุ่นยนต์เพื่อการผสมยาเคมีบำบัด งานบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยได้พัฒนา และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านระบบโทรคมนาคม ในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล(telehealth) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538 และ ในปีพ.ศ. 2562 โครงการมีพัฒนาการร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) โดยใช้อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง นำกลับมาดำเนินการใหม่ นำร่องในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร กาฬสินธุ์ กาญจนบุรี สุรินทร์ สงขลา สุราษฎร์ธานี ครอบคลุม 4 โรคหลัก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจอประสาทตา และโรคผิวหนัง เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) สามารถประมวลผลจากชุดข้อมูลขนาดใหญ่และช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกได้มีการสร้างอัลกอริทึมเพื่อการวินิจฉัยโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์กับการตรวจหามะเร็งเต้านมโดยแมมโมแกรม สำหรับเป็นตัวเลือกรอง (second opinion) ช่วยให้นักรังสีวิทยาตัดสินใจต่อการรักษา นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ยังมีการนำมาประยุกต์ใช้ต่อการรักษาโรคทางจิตเวชผ่านทางแอปพลิเคชัน (application) บนมือถือ ในด้านของผู้รับบริการทางการแพทย์ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยด้วยอินเทอร์เน็ต ทำให้คนทั่วไปหรือกลุ่มผู้ป่วยหรือญาติสามารถได้รับเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคร้ายไข้เจ็บที่เผชิญอยู่จากฐานข้อมูลออนไลน์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ด้วยเหตุนี้บทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพจึงมีแนวโน้มที่เปลี่ยนไป จากการเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเพิ่มเป็นผู้รับฟังด้วย และต้องค้นคว้ามีข้อมูลเตรียมไว้เพื่อตอบคำถาม พร้อมทั้งปรับความคิดของผู้ป่วยให้คล้อยตามแนวทางการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ (เสาวลักษณ์ แก้วกำเนิด, 2537)

3. การพยาบาลเปลี่ยนวิถี (disruptive nursing) หลักการพื้นฐานที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้รับการถ่ายทอดมาตลอดในชั้นเรียนของการพยาบาลแต่เดิมและยังคงมีความสำคัญโดยเน้นไปในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเป็นหลัก หรือเป็นรูปแบบของทักษะเชิงเทคนิค (hard, technical skill) ในขณะที่ยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูล ศาสตร์แห่งการพยาบาล (nursing science) จำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีใหม่ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์และวิถีใหม่ทางการแพทย์เช่นกัน คุณลักษณะของพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้ทักษะเพิ่มที่ไม่ใช่ทักษะทางเทคนิค (nontechnical skill) เช่น ทักษะทางสังคม หรือทักษะทางอารมณ์ (soft skill) การพัฒนานักศึกษาด้านทักษะทางสังคมและทักษะทางอารมณ์ซึ่งเคยเป็นเพียงหลักสูตรแฝง (hidden curriculum) แต่ปัจจุบันถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์ประกันคุณภาพการศึกษาของหลายสถาบัน มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การทำงานเป็นทีม (team working) การบริหารจัดการงาน (task management) การตระหนักถึงสถานการณ์ (situation awareness) การตัดสินใจ (decision making) (สิริพิมพ์ ชูปาน, 2561)

4. นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่กับการพยาบาล การปรับตัวของบุคลากรด้านการพยาบาลไปสู่ยุคการเทคโนโลยี ปัจจุบันพยาบาลเป็นอีกหนึ่งวิชาชีพที่ต้องปรับตัวให้กับเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปเรื่อย ๆ เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างราบรื่นมากขึ้น ภายใต้เทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นพยาบาลต้องเลือกใช้เครื่องมือที่มีความเหมาะสมต่อภาระ หน้าที่ และการปฏิบัติงานของตนเอง นวัตกรรมที่น่าสนใจ โดยมาจากองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และ

วิศวกรรมศาสตร์นำมาประยุกต์ร่วมกัน (biomedical engineering) ได้แก่ Mobile health technology หรือ mHealth เป็นระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ที่เป็นนวัตกรรมที่พัฒนาให้อยู่ในรูปแบบของแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน (smart phone) และในปัจจุบันมักจะใช้งานร่วมกับอุปกรณ์สวมใส่ (wearable devices) หรือ นาฬิกาอัจฉริยะ (smart watch) เพื่อเชื่อมต่อสำหรับเป็นเซ็นเซอร์ (sensor) ตรวจวัดข้อมูลสัญญาณต่าง ๆ ทางร่างกายและประมวลผลสรุปเป็นข้อมูลทางสุขภาพรวมถึงการใช้สำหรับส่งสัญญาณ แจ้งเตือนไปยังโรงพยาบาลหรือผู้ดูแล

เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic medical records: EMR) เป็นนวัตกรรมที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ใช้ทดแทนเวชระเบียนในรูปแบบกระดาษซึ่งมีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้มากกว่าร้อยละ 40 ในขณะที่เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์สามารถแบ่งปันข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล ถือเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจของแพทย์พยาบาลทำให้มีเวลาเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถเข้าถึงทะเบียนประวัติของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลสัญญาณชีพ การรักษา การให้ยาและการแพ้ อุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ (adverse events) การสร้างภูมิคุ้มกัน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ ตลอดจนการประเมินสิทธิและการจัดเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การบริหารจัดการคุณภาพ การเฝ้าระวังและการรายงานโรค (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2020)

5. นวัตกรรมในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ปัจจุบันแต่ละประเทศมุ่งมั่นพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อคัดกรองและรักษาผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีตัวอย่างที่น่าสนใจ ดังนี้ ระบบคัดกรองบุคคลจากใบหน้าและตรวจอุณหภูมิ ก่อนเข้าพื้นที่ ที่ Ming Ji Mini (Beijing based company Megvii Technology Limited. สาธารณรัฐประชาชนจีน) ได้พัฒนาเทคโนโลยี AI ที่ใช้ตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย เครื่องมือประมวลภาพแสงและเงาที่ใช้การจำลองการหักเหของแสง (ray-tracing) COVID-19 TESTING KITS การขยายกำลังการตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ให้มีความรวดเร็วระบบติดตามผู้ติดเชื้อเพื่อควบคุมโรค ด้วยโปรแกรม DDC care สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ร่วมกับ กรมควบคุมโรค สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พัฒนาแอปพลิเคชัน DDC-Care: ระบบติดตาม ประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยจะป้อนข้อมูลบริเวณที่ผู้ที่มีความเสี่ยงฯ ถูกกักตัวเป็นเวลา 14 วัน และส่งสัญญาณติดตามทุก 10 นาทีด้วยการส่งตำแหน่งเพื่อยืนยันว่าอยู่ในบริเวณที่กำหนดจริง หุ่นยนต์ฟู้ดดี (Foodie) และ หุ่นยนต์เวสต์ดี (Wastie) คณะวิศวกรรมศาสตร์ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พัฒนาหุ่นยนต์ทั้ง 2 ชนิดนี้โดยใช้แพลตฟอร์มเทคโนโลยีอัตโนมัติ AGV (Automated Guide Vehicle) ที่สามารถรองรับงานหนักและงานเสี่ยงอันตราย ลดการสัมผัสตรงกับผู้ป่วย ลดเวลาและคนจำนวนมากในการทำงาน (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2020)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นพบว่ามีการใช้เทคโนโลยีมาใช้ในวงการแพทย์มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถติดตามอาการ และปรึกษาแพทย์ได้โดยไม่ต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ลดการสัมผัสเชื้อโควิด 19 แต่จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นประชากรที่มีหลายรุ่นอายุ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุอาจเกิดปัญหาในการใช้เทคโนโลยี ด้วยความไม่คุ้นเคยและไม่ถนัดในการใช้



เทคโนโลยี การออกแบบระบบเพื่อให้สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยอาจจะต้องมีความหลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการให้ได้มากที่สุด

นอกจากการพัฒนานวัตกรรมทางด้านอุปกรณ์การแพทย์แล้ว องค์กรพยาบาลหลายแห่งต่างมุ่งมั่นปรับปรุงกระบวนการทำงาน และพัฒนาวัตกรรมการปฏิบัติงาน ในยุคโควิด-19 โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2020)

1. ลดการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE)
2. ส่งเสริมความปลอดภัยและความพร้อมของเจ้าหน้าที่
3. ลดเวลาในการเข้าไปปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย

ซึ่งในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” (Social Distancing) หยุดแพร่โรค ลดการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งสร้างความกังวลใจให้ประชาชนในประเทศเป็นอย่างมาก การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การกักกันตัวเอง รักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” หยุดแพร่โรค ซึ่งจะสามารถลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อโควิด19 ได้ดีที่สุด กระทรวงสาธารณสุขขอความร่วมมือประชาชน ร่วมแรง ร่วมใจ สร้างระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) เช่น การงดไปพบปะสังสรรค์ งดการท่องเที่ยวที่ไม่จำเป็น การรวมกลุ่มทำกิจกรรมที่ไม่เป็น งดการอยู่ในที่แออัด หากมีความจำเป็นที่จะต้องรวมกลุ่มทำกิจกรรมให้เน้นการทำกิจกรรมแบบออนไลน์ หรือทำกิจกรรมที่สามารถกำหนดจำนวนคนได้ โดยไม่รวมกลุ่มใหญ่จนเกินไป เน้นอยู่ที่บ้านเป็นหลัก แต่หาก มีความจำเป็นต้องออกจากบ้าน ควรใช้วิธีการสร้างระยะห่างระหว่างบุคคล โดยไม่ใกล้ชิดผู้อื่นมากเกินไป พบปะผู้อื่น โดยเว้นระยะ 2 เมตร หลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยไม่จำเป็น สวมหน้ากากป้องกัน และล้างมือบ่อย ๆ การปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยให้คนไทยและประเทศชาติฝ่าฟันวิกฤตครั้งนี้ไปได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ, 2563)

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้หน่วยบริการสุขภาพหลายแห่งได้ปรับระบบบริการ เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่มีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมีการนำระบบการจัดแบ่งกลุ่มการให้บริการผู้ป่วย ตามระดับ ความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษา เพื่อลดปัญหาคนเข้าใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน มีระบบนัดหมาย ผ่านทางออนไลน์ และโครงการรับยาร้านยาใกล้บ้าน ผู้ป่วยจะได้ปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ตามนัดหมาย และผู้ป่วยจะได้รับยาผ่าน 3 ช่องทาง ดังนี้ ปรึกษาเภสัชกรที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการ และรับยาทางไปรษณีย์ ในช่วงระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงมีผู้ป่วยที่ไม่ทราบระบบการรับยาทำให้หลีกเลี่ยงความแออัดด้วยการไปรับยาโรงพยาบาลใกล้บ้าน บางรายไม่สามารถติดต่อได้ทำให้ไม่ทราบที่อยู่ในการจัดส่งยาและมีปัญหาเรื่องการขนส่งทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดส่งยา สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ต้องได้รับการตรวจเช็กทุกรายก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงให้แยกออกจากผู้ป่วยปกติเพื่อรอผลการตรวจเชื้อโควิด 19 หากพบว่าผลตรวจเชื้อเป็นลบจึงให้เข้ารับการรักษาแบบปกติ ระหว่างรอผลตรวจแพทย์และพยาบาลจะต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันในระหว่างการดูแลผู้ป่วย หาก

ผลเป็นบวกจะย้ายผู้ป่วยเข้าไปดูแลในหอผู้ป่วยติดเชื้อโควิด และเพื่อลดการติดเชื้อในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจึงออกนโยบายงดเยี่ยมทุกกรณีเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ

สำหรับหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีนโยบายงดเยี่ยมทุกกรณี ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยจะไม่มีญาติเข้าเยี่ยม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัว สามารถสื่อสารได้ เมื่อไม่มีญาติเข้าเยี่ยม ผู้ป่วยหลายรายรู้สึกเหงาและไม่อยากรักษาต่อ หอผู้ป่วยจึงสร้างไลน์ประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสื่อสารกันได้ ผ่านการคุยด้วยวิดีโอ และผู้ป่วยที่มีโทรศัพท์ก็อนุญาตให้ใช้โทรศัพท์ได้เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้สามารถติดต่อสื่อสารกับญาติได้ตลอดเวลา ในส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกระยะ หลังจากกลับบ้านไปแล้ว จะมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่คอยโทรหรือไลน์ เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ

### 2.3 ผลกระทบจากยุควิถีใหม่

สถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลทั่วประเทศ ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ ได้ทำการสำรวจผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ในช่วงระหว่างวันที่ 27 เมษายน ถึงวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และได้รายงานผลกระทบ 4 ด้าน ดังนี้

#### 1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมต่อทุกคนเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะบุคคลและครอบครัวที่อยู่ในภาวะยากจน เช่น บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเจ็บป่วยจากไวรัส เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ แรงงานนอกระบบ คนไร้บ้าน แรงงานข้ามชาติ จะได้รับผลกระทบในระดับที่รุนแรงกว่ากลุ่มคนทั่วไปในสังคม นอกจากนี้กลุ่มคนเหล่านี้ยังไม่สามารถที่จะรับมือและจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ด้วยลำพังตนเอง ในสภาวะเช่นนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐต้องให้การช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางเหล่านี้โดยเร่งด่วน เพียงพอ และครอบคลุม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ, 2563)

ความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีเด็กเล็กในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เกิดจากรายจ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นเนื่องจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของรัฐ หรือโรงเรียน ปิดตามมาตรการควบคุมการระบาดของรัฐ ดังนั้น ครอบครัวที่มีเด็กเล็กและขาดผู้ดูแล จึงต้องมีค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งเด็กไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากอาหารกลางวันและนมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดเตรียมให้ ทำให้เด็กต้องพึ่งพิงครอบครัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังต้องจัดหาอุปกรณ์ป้องกันไวรัส เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ แอลกอฮอล์ ซึ่งมีราคาสูงขึ้นตามความต้องการที่เพิ่มขึ้น, รายได้ของครอบครัวลดลง เนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพปกติได้ เนื่องจากสถานประกอบการปิดหรือหยุด ตามมาตรการของรัฐ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ เช่น หาบเร่ แผงลอย แท็กซี่ วินมอเตอร์ไซด์ มีจำนวนลูกค้าลดลง เนื่องจากมาตรการ “อยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อ

ชาติ” เกษตรกรรายได้ลดลงเนื่องจากผลผลิตการเกษตรล้นตลาด เพราะผู้ซื้อน้อยลง ห้างร้านปิด ผู้บริโภคลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ, 2563)

## 2 ผลกระทบด้านสังคม

มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้สถานพยาบาลปรับตัวและลดการรับผู้ป่วยนอก และงดการเยี่ยมผู้ป่วยใน ทำให้เกิดความตึงเครียดของผู้ป่วยและญาติที่ไม่ได้มาติดตามอาการตามเวลาที่เคยนัดมาติดตามอาการ และการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่มีญาติมาเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว และถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ต้องมาโรงพยาบาลจะรู้สึกตึงเครียดแล้ว ผู้ป่วยที่ต้องอยู่บ้านก็มีผลกระทบด้วยเช่นกัน คือ การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องแคบ ๆ ประกอบกับอากาศที่ร้อน ผู้ป่วยบางคนก็เป็นผดผื่นส่งผลให้อารมณ์หงุดหงิด และการอยู่ในที่แคบยังส่งผลต่อความรู้สึกทำให้วิตกกังวลและถูกจำกัดการทำกิจกรรมส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ, 2563)

## 3 การปรับตัวต่อสถานการณ์โควิด 19

สถานการณ์โควิด 19 ทำให้ประชาชนต้องทำการปรับตัวต่อสถานการณ์ในหลาย ๆ ด้าน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ และการป้องกันดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ในเรื่องรายได้และรายจ่าย ต้องลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น เช่น ทำอาหารกินเอง แทนการซื้ออาหารสำเร็จรูป, ทำอาหารครั้งเดียว และกินหลายมื้อ, งดอาหารเช้า กินแค่อาหารกลางวันและเย็น ในเรื่องดูแลสุขภาพ เช่น ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกไปข้างนอก, ล้างมือด้วยสบู่บ่อยๆ, หากต้องออกไปทำงานข้างนอก เมื่อกลับเข้าบ้านจะต้องอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ, 2563)

## 4 โอกาสในการเข้าถึงความช่วยเหลือและสวัสดิการจากรัฐ

ความช่วยเหลือหรือสวัสดิการจากรัฐ และความช่วยเหลือทั้งจากภาครัฐและเอกชน เกิดจากความเข้าใจผิดในสิทธิ์ของตนที่จะได้รับการช่วยเหลือทำให้ไม่ได้สมัครรับความช่วยเหลือที่เป็นมาตรการออกมาให้ นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าถึงการประชาสัมพันธ์ความช่วยเหลือสวัสดิการต่าง ๆ ไม่ทั่วถึงทำให้ผู้ที่ยากจน ไม่มีอินเทอร์เน็ต อยู่ห่างไกล ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการได้ และสวัสดิการบางอย่างมีเงื่อนไขในการขอรับสิทธิ์แต่มีกลุ่มบุคคลบางกลุ่ม เช่น บุคคลไร้บ้าน ผู้พิการ ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ, 2563)

สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า ได้ผลกระทบอย่างไร แต่จากการโทรติดตามอาการ พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับยาทางไปรษณีย์เนื่องจากไม่ทราบว่ามีระบบการรับยาทางไปรษณีย์จึงไม่ได้ติดต่อขอรับยา ทำให้ผู้ป่วยขาดยา และมีอาการเหนื่อย ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน มีผู้ป่วยได้รับยาล่าช้าเนื่องจากระบบการขนส่งมีปัญหา และมีผู้ป่วย

ไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและได้รับการปรับยาบางชนิดทำให้เกิดความวิตกกังวล หลังการติดตามอาการ พยาบาลให้คำแนะนำและประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาให้แล้ว

### 3. แนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพประเภทหนึ่งซึ่งมีรากฐานมาจากการศึกษาทางปรัชญา การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความซับซ้อน แม้วิธีการศึกษาอาจจะไม่ได้ซับซ้อนมาก แต่การค้นพบแนวคิดหรือการหาเหตุผลเพื่อให้วิจัยมีความน่าเชื่อถือนั้นเป็นความยากและท้าทายในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ทำให้การวิจัยเชิงคุณภาพไม่ค่อยแพร่หลายนัก การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาตามแนวคิดของตะวันตกและได้เข้าสู่การศึกษาในหลากหลายภูมิภาคในปัจจุบัน ซึ่งมีนักวิจัยได้พยายามที่จะศึกษาและทำความเข้าใจถึงการวิจัยประเภทนี้มากขึ้น เพื่อตอบสนองความรู้ทางวิชาการที่ไม่สามารถตอบคำถามได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ การศึกษามีความแตกต่างจากวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยต้องแปลความหมายของประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลสื่อสารและรับรู้ตามสถานการณ์นั้น ๆ โดยไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีใด ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มาจากภาษากรีกว่า Phenomenon หมายถึง การปรากฏขึ้น (appearance) และคำว่า Logos ที่หมายถึงการพิจารณาที่มีเหตุผล กระบวนทัศน์ ทางปรากฏการณ์วิทยา มุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ โดยเน้นประสบการณ์ชีวิตของคนในการให้ความหมายและแสดงความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเองที่เหมือนกัน (Omery, 1983; Benner, 1994) กับปรากฏการณ์วิทยามักถามว่า “อะไรคือสาระสำคัญของประสบการณ์ของผู้คนเหล่านี้” หรือ “อะไรคือความหมายของปรากฏการณ์ของผู้ที่มีประสบการณ์นั้น ๆ” ความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของตะวันตก การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้พัฒนามาเป็น 3 ระยะ (Holloway & Wheeler, 1996) ดังนี้

ระยะเริ่มแรก (Preparatory phase) เป็นช่วงต้นที่การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาอยู่ในช่วง ค.ศ.1838-1917 นักวิจัยที่เป็นรู้จักในระยนี้คือ แฟรงค์ เบนโทโน (Franz Brentano) โดยในระยะแรกจะมุ่งให้คุณค่ากับการรับรู้ภายในตนเองของบุคคล (value of inner perception) โดยมุ่งเน้นการศึกษาด้านแนวคิดด้านจิตใจ ผ่านการรับรู้ในเรื่องที่ผ่านมาของบุคคล และให้ความสำคัญต่อการรับรู้ทั้งภายในและภายนอกของบุคคล (Interior perception is impossible without exterior perceptio) นอกจากแฟรงค์ เบนโทโน ยังมีนักวิจัยที่บทบาทสำคัญในยุคนี้ คือ คราว สตัม (Carl Stumpf) ซึ่งเป็นศิษย์ของแฟรงค์ เบนโทโน ที่ได้เน้นเรื่องระเบียบวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา และเป็นรากฐานของการศึกษาในยุคต่อมา

ระยะที่สอง (German or second phase) ผู้มีบทบาทสำคัญในระยนี้คือเอ็ดมันฮัสเซิล (Edmund Husserl ค.ศ. 1859-1938) และมาร์ติน ไฮเดกเงอร์ (Martin Heidegger ค.ศ. 1889-1976) แนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่อย่างที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า การศึกษาจะไม่มีการใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎี ทั้งนี้เป็นการให้บุคคลอธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองประสบทางสัมผัส

ระยะที่สาม (French or third phase) เป็นระยะที่มีความสำคัญและยังคงส่งผลต่อการศึกษาในปัจจุบัน โดยมีการเคลื่อนไหวจากเยอรมันมาสู่ประเทศฝรั่งเศส บุคคลสำคัญในระยษะนี้คือ กาเบรียล มาร์แซล (Gabriel Marcel ค.ศ. 1889-1973) ฌ็อง-ปอล ซาทร์ (Jean Paul Sartre ค.ศ. 1905-1980) และมอริส แมร์โล-ปอนตี (Maurice Merleau-Ponty ค.ศ. 1908-1961) แนวคิดหลักในระยษะนี้คือ การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลมาจากการรับรู้ชีวิตจากประสบการณ์จริง และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ทั้งนี้ ฮันส์-จอร์จ กาดาเมอร์ (Hans-Georg Gadamer) เป็นบุคคลสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยเน้นเรื่องการใช้ภาษา วงจรการตีความหมาย (hermeneutic circle) การสนทนา (dialogue) และการหล่อหลอมความเข้าใจของกระบวนการทางความคิดนั้น ๆ

### 3.1 ประเภทของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจในเรื่อง “วิธีการได้มาซึ่งข้อมูลมากกว่าทฤษฎีของวิธีการ” (Koch, 1996) นักวิจัยต้องให้ความสำคัญกับแนวคิดของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาอย่างถ่องแท้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในแนวทางและวิธีการของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Schools of Phenomenology) มี 3 ลักษณะ ได้แก่ (Holloway & Wheeler, 1996)

1. Duquesne school มีแนวทางการศึกษาตามโครงสร้างที่เหมือนจริง (Eidetic structure) ของฮัสเซิล โดยให้ความสำคัญกับการบรรยาย การศึกษาในลักษณะนี้ได้รับการพัฒนาโดยนักวิจัยหลายคน เช่น โคลไลซี (Colaizzi) จีออจี (Giorgi) และ แวน คัม (Van Kaam)

2. Heideggerian Hermeneutic มีแนวทางการศึกษาโดยใช้การตีความปรากฏการณ์ (Interpretation of phenomena) โดยมีการทำความเข้าใจต่อความหมายในประสบการณ์ นักวิจัยในกลุ่มนี้ คือ ไดเคิลแมน อัลเลน และแทนเนอร์ (Diekmann, Allen & Tanner) เลียวนาร์ด (Leonard) และ เบนเนอร์ (Benner)

3. Dutch school มีแนวทางการศึกษาโดยใช้วิธีการบรรยายและการตีความ นิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาทางด้านสังคมวิทยา นักวิจัยที่ใช้การศึกษานี้ ได้แก่ แวน แมนเนน (Van manen) เป็นต้น (Van, 1990)

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเน้นที่มีความแตกต่างกัน และสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทาง (Schwandt, 2001) ดังนี้

1. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอตุริสัย (Transcendental Phenomenology) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอิสระในเรื่องที่ต้องการศึกษา เป็นแนวคิดของเอ็ดมัน ฮัสเซิล (Edmund Husserl) หรืออีกชื่อคือ Husserlian Phenomenology หลักการสำคัญของแนวคิดนี้ คือ พรรณนาความหมายตามจิตสำนึกของ ผู้ศึกษาโดยปราศจากอคติ และไม่มีความเอนเอียงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา ทั้งนี้ นักวิจัยจะต้องตีแผ่ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่รู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังศึกษา โดยเน้น

ที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และสาระสำคัญ ตามการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ประสพจากการรับรู้

2. ปราบัญการณวิทยาแนวอติภาวะ (Existential Phenomenology) เป็นแนวคิดที่ว่า การดำรงอยู่ในโลกของบุคคลมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ ตามแนวคิดของมอริส แมร์โล-ปอนต์ (Maurice Merleau-Ponty) และฌ็อง-ปอล ซาทร์ (Jean-Paul Sartre) มุ่งวิเคราะห์ภาวะที่มีที่เป็น (Existence) ของบุคคลและสิ่งต่างๆ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วยการใช้ชีวิตในปัจจุบัน เป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิม (Historical person) ของแต่ละคน

3. ปราบัญการณวิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของไฮเดจเจอร์ โดยได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาปราบัญการณวิทยา มาเป็นปราบัญการณวิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก โดยมีมุมมองขัดแย้งกับฮัสเซิล ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษา โดยเชื่อว่ามีคความหมายในสิ่งที่เป็นอยู่ (being) ในเวลานั้น (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญในภาษาในการตีความและการตีความ ผู้ศึกษาจะต้องมีความเข้าใจในสภาพและบริบทของบุคคลนั้น

### 3.2 การวิจัยปราบัญการณวิทยาแบบบรรยาย

เริ่มต้นในศตวรรษที่ 20 ประมาณปี ค.ศ. 1900 โดยมีพื้นฐานแนวคิดจากนักปรัชญา 2 ท่าน คือ ฮัสเซิล และไฮเดจเจอร์ (Husserl and Heidegger) แนวคิดของฮัสเซิลเน้นที่โครงสร้างของประสบการณ์ของคน ทั้งนี้เชื่อว่าคนสามารถตีความประสบการณ์ของตนเองได้ ผ่านจิตสำนึก คำว่าประสบการณ์ หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก จินตนาการ ความฝัน ความคาดหวัง และความเชื่อ การศึกษาที่ ปราศจากอคติใด ๆ จะทำให้ได้ความจริงซึ่งเป็นความรู้ที่บริสุทธิ์ ส่วนไฮเดจเจอร์ (Heidegger) มีแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของประสบการณ์โดยเชื่อว่า การมีอยู่ของคนจะมาก่อน การค้นพบแก่นแท้ของตัวเองซึ่งเกิดจากการที่คนได้กระทำหรือสร้างตัวเอง ประสบการณ์เกิดจากการกระทำของตัวเอง การศึกษาประสบการณ์ตามแนวคิดนี้เป็นการศึกษาความจริงจากการตีความ (ชาย โพรสิตา, 2549; ศากุล ช่างไม้, 2546)

ในครั้งนีผู้วิจัยศึกษาปราบัญการณวิทยาตามแนวคิดของฮัสเซิล (Husserl) ประกอบไปด้วย 3 กระบวนการ (Husserl, 1965) ดังนี้

1. การหยั่งรู้ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเริ่มต้นเข้าไปเรียนรู้ปราบัญการณวิทยาของผู้ให้ข้อมูล โดยผ่านการบอกเล่า ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องไม่ใส่ความคิดเห็น

วิพากษ์ วิจาร์ณและประเมิน แต่จะไปค้นหาความจริงจากการฟังรายละเอียดของประสบการณ์ผ่านกระบวนการสัมภาษณ์และผ่านกระบวนการทบทวนหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายตามทีผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายต่อปราบัญการณวิทยาที่ศึกษา

2. การวิเคราะห์ปราบัญการณวิทยา (Phenomenological analyzing) เป็นการเข้าใจสาระสำคัญหรือแก่นแท้ของปราบัญการณวิทยาที่ศึกษา มีการเปรียบเทียบความเหมือน ความต่าง

ความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของข้อมูลตามปรากฏการณ์ที่ศึกษา ผู้วิจัยจะต้องคลุกคลีอยู่กับข้อมูลเป็นเวลานานจนกระทั่งเข้าใจแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้น การวิเคราะห์เนื้อหาที่นำมาใช้บ่อยคือ วิธีการของโคไลซี (Colaizzi, 1978)

3. การบรรยายปรากฏการณ์ (Phenomenological describing) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยทำการสื่อสารแก่นแท้ของปรากฏการณ์ ให้ผู้อื่นเข้าใจ โดยมีจัดกลุ่มของข้อมูล

### 3.3 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์และเขียนบรรยายให้เห็นถึงประสบการณ์ที่ศึกษา (Lincoln & Guba, 1989) ได้เสนอแนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) ดังต่อไปนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพขึ้นอยู่กับความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาและการอธิบายหรือการแปลความข้อมูล โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่นักวิจัยอยู่ในบริบทที่ศึกษาและความสอดคล้องของข้อมูล (prolonged engagement and persistent observation) มีการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล สร้างความไว้วางใจต่อผู้วิจัย ซึ่งต้องเข้าใจวัฒนธรรม ภาษา ของกลุ่มที่ศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและเข้าใจในประสบการณ์ของการศึกษา มีการเปิดเผยข้อมูลที่ได้มาต่อผู้รู้รอบบริบท (peer debriefing) เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้มากับผู้ให้ข้อมูล (member check) โดยการกลับไปถามซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อตรวจสอบว่าการแปลความของข้อมูลที่ได้มาตรงกับผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ นอกจากนี้ต้องมีการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) เป็นการตรวจสอบว่าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความของข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด (สุภางค์ จันทวานิช, 2559)

2. ความวางใจได้ (dependability) หมายถึง ความวางใจได้ในกระบวนการวิจัยเป็นการพิจารณาความเชื่อมั่นของการศึกษา (reliability) รวมทั้งรูปแบบระเบียบวิธีการวิจัย การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยมีคำถามที่สำคัญ (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548; สุภางค์ จันทวานิช, 2563) คือ 1) คำถามการวิจัยชัดเจนและเชื่อมโยงอย่างสมเหตุสมผลกับเป้าหมายของการวิจัย (research purpose) และการออกแบบการวิจัยหรือไม่ 2) แหล่งข้อมูลต่างๆ (data sources) เทียบเคียงกันได้หรือไม่ 3) ผู้เก็บข้อมูลในสนามต่างๆ (field workers) มีบันทึกแนวทาง (protocol) สำหรับเก็บข้อมูลที่สามารถเปรียบเทียบได้หรือไม่ ข้อมูลที่ได้มาต้องมีความละเอียดเพียงพอ โดยผู้วิจัยต้องเข้าใจวิธีการศึกษา สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ หากนำไปศึกษาในผู้ให้ข้อมูลที่มีความใกล้เคียงกัน ผลการวิจัยต้องออกมาในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

3. การรับรองหรือยืนยันข้อเท็จจริงว่าไม่เปลี่ยนแปลง (conformability) ข้อมูลที่ยืนยันได้ (conformable) คือข้อมูลที่เที่ยงตรงในการสะท้อนมุมมองและประสบการณ์ของกลุ่มนักวิจัยเข้าไปศึกษา ต้องมีหลักฐานข้อมูล (audit trail) ที่ชัดเจน ผู้ทรงคุณวุฒิสามารถตรวจสอบข้อมูลได้ เช่น ข้อมูลดิบ (ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การจดบันทึกภาคสนาม) ม้วนเทปบันทึกการสัมภาษณ์ เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลฉบับร่างและฉบับจริง เอกสารการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ผลการศึกษาข้อมูลที่แก้ไข เป็นต้น นอกจากนี้นักวิจัยต้องแยกแยะมุมมองความเห็นส่วนตัวกับ

กลุ่มที่ศึกษา มีการสังเกต/สะท้อนและบันทึกบทบาท ข้อสันนิษฐาน (assumption) อคติ ปฏิบัติการของตนเอง ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

4. ความหมายประยุกต์ไปใช้ได้ (transferability) เป็นการแสดงให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัย ระเบียบวิธีการวิจัยนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรอื่นที่คล้ายคลึงกับประชากรที่นักวิจัยเข้าไปศึกษา การที่จะนำเอาผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาประยุกต์ใช้ ต้องเข้าใจบริบทของงานวิจัยนั้นและบริบทของพื้นที่/กลุ่มที่จะนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ ต้องมีการบรรยายบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด เช่น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหรือสถานที่ศึกษา เป็นต้น

#### 4. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้า พบว่า ยังมีการศึกษาที่น้อยมากทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ อาจมีการศึกษาที่มีความใกล้เคียง หรือทำการศึกษาในต่างบริบทกันออกไป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 14 การศึกษาเกี่ยวกับประเด็น อาการและการจัดการกับอาการ การรับรู้อาการและพยากรณ์โรค และการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

ประเด็นการศึกษาเรื่องอาการและการจัดการกับอาการ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจ ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ เช่น หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย แขนขาบวม และเกิดภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อาการที่เกิดขึ้นบ่อยและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย (วาสนา สุวรรณรัตน์และคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งศึกษาในเรื่องของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มี 3 การศึกษา ซึ่งพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนทางจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560) และภาวะซึมเศร้า (อัจฉริยา พ่วงแก้ว และคณะ, 2560)

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อาการและพยากรณ์โรค พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผู้ป่วยที่มีอัตราตายสูง และร้อยละ 50 ของบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตในอีก 5 ปี หลังจากการวินิจฉัยพบครั้งแรก กลุ่มโรคนี้เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ทำได้เพียงการดูแลไม่ให้อาการและอาการแสดงของโรคทำให้ร่างกายแยลง แต่กลับพบว่าผู้ป่วยบางรายยังไม่ได้รู้ข้อมูลและยังคิดว่าตนเองสามารถหายจากโรคได้ (Kimani et al., 2018; Barclay et al., 2011) ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติพบว่าโดยส่วนใหญ่การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์นั้น เป็นเพียงการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เผชิญในช่วงวิกฤติเท่านั้น การพูดคุยเรื่องของการดำเนินของโรคและการรักษาแบบประคับประคองจะไม่ถูกพูดถึง ซึ่งการสื่อสารทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญมากที่ผู้ป่วยและ



ญาติจะใช้ในการตัดสินใจการรักษา ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารอาจเกิดจากความไม่แน่นอนของ ความรุนแรงของโรคทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มั่นใจในแนวโน้มของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละ ราย (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560; Kimani et al., 2018; Barclay et al., 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสื่อสารในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง บุคลากรทางการแพทย์ไม่ค่อยพูดถึง ทำให้ผู้ป่วย หลายรายไม่ทราบความร้ายแรงของโรคและความก้าวหน้าที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยบางราย ไม่ต้องการรับฟังข่าวร้าย ไม่ต้องการที่จะหารือเกี่ยวกับช่วงสุดท้ายของชีวิต มีความกลัวเกี่ยวกับการ พยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน การตายแบบกะทันหัน ทำให้เกิดความตื่นตระหนกและปฏิเสธที่จะวาง แผนการดูแลประคับประคอง (Barclay et al., 2011) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ได้รับการวางแผนการดูแล แบบประคับประคอง

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นอีก วิธีสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า เพื่อการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแล ตนเองและวางแผนการดูแลตนเองในอนาคต โดยผู้ป่วยจะรับทราบเกี่ยวกับโรคและอาการของตนเอง มีการศึกษาที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองมาก่อน และเข้าสู่ช่วง ระยะท้ายของการรักษา ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความวิตกกังวลมากมาย เช่น การดูแลและการ รักษาพยาบาลที่เป็นแบบฟอร์ม การหยุดชะงักของชีวิต การแยกทางสังคม อาการ และความไม่ แน่แน่นอนเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560; Hopp et al., 2010) นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามานานจะมีความรู้สึกท้อแท้ในการรักษา (Hopp et al., 2016; Kimani et al., 2018) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความยากจนผู้ป่วยจะไม่สนใจเรื่องของการดูแลและจำกัดปัจจัยที่ ทำให้เกิดโรค เนื่องจากผู้ป่วยจะสนใจเรื่องการดูแลเรื่องของการกิน และการหาเงินเพื่อมา ดำรงชีวิตมากกว่า เมื่อมีอาการก็จะมาพบแพทย์แต่เมื่อไม่มีอาการก็จะใช้ชีวิตตามปกติเช่นเดิม (Kimani et al., 2018) นอกจากนี้การเจ็บป่วยในระยะเวลานานจะทำให้ญาติหรือผู้ดูแลเกิดความ เหนื่อยล้า และตึงเครียด ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการความเหนื่อยล้าของ ญาติที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งพบว่าการมีกิจกรรมร่วมกันจะช่วยให้ลดความ เหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยลงได้ (ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์ และคณะ, 2559)

นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้า การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan : ACP) เป็นสิ่งสำคัญและมีประโยชน์กับผู้ป่วยมาก มีการศึกษาที่บ่งบอกว่า การทำ ACP สร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคุณภาพการสื่อสารระยะ สุดท้ายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และอาจมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อพิจารณาถึงเวลา ติดตาม และการมีส่วนร่วมของผู้อื่นที่สำคัญ (Schichtel et al., 2020) ในต่างประเทศมีการจัดทำ ACP และ ให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ออกหน่วยปฐมภูมิออกไปพบผู้ป่วย และช่วยติดตามอาการ ให้ แต่พบว่ายังมีข้อบกพร่องในการจัดกิจกรรมเช่นนี้ คือ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะหัวใจ ล้มเหลวขั้นสูง ซึ่งเกิดจากการไม่ยอมให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าไปให้การรักษาซึ่งเกิดจากการไม่ ไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์, เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ จึงควรได้รับการประเมินเสมอทั้งเรื่องของอาการ อารมณ์ และการ ประเมินสุขภาพจิต (Ryandini, 2020) ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองมีแนวทางการปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม การให้ความสำคัญกับการดูแลญาติและการดูแล

ตนเองของผู้ดูแล (นูรดีนี ตือเระ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกันตพร ยอดไชย, 2563; อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และวิภาวี คงอินทร, 2554) และการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเชื่อและศาสนาของบุคคลนั้นด้วยในศาสนาอิสลามมีการดูแลและระยะสุดท้าย ดังนี้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา, อยู่ดูแลใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว, ส่งเสริมความสุขสบาย, บรรเทาความทุกข์ทรมานตามความเชื่อ (นริสา สะมาแอ, กิตติกร นิลมานัต, และ วราภรณ์ คงสุวรรณ, 2557)

## 5. สรุป

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขนขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และภาวะน้ำท่วมปอด ความรุนแรงของอาการอาจไม่สัมพันธ์กับระดับความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หากควบคุมปัจจัยกระตุ้นไม่ได้ อาการอาจรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิต แต่หากสามารถควบคุมปัจจัยกระตุ้นได้ดีผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นการพยากรณ์ของโรคจึงมักจะทำได้ยาก บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้า เป็นบุคคลที่มีอาการเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคแล้ว แต่ยังสามารถควบคุมอาการจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งช่วงเวลาในระยะก้าวหน้าของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากอาการของโรคมีความกลับไปกลับมา และมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยกระตุ้นที่หลากหลาย ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะก้าวหน้าจะเป็นบุคคลที่เข้าออกโรงพยาบาลซ้ำเมื่อมีอาการและอาการแสดงของโรค และกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านเมื่ออาการของโรคสงบลง ซึ่งเป็นช่วงเวลาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

นอกจากนี้ในสถานการณ์ที่มีเชื้อไวรัสโควิด 19 ระบาด ทำให้การใช้ชีวิตในยุควิถีใหม่มีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทุกคนต้องมีการปรับตัว บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าก็เช่นเดียวกัน บุคคลเหล่านี้ก็ต้องปรับตัวกับการให้การดูแลและบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะไม่สะดวกสบายอย่างเท่ากับสถานการณ์ปกติ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยแต่การศึกษาในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้าที่ต้องเผชิญกับการดูแลในยุควิถีใหม่ มีความรับรู้ การเผชิญปัญหา การปรับตัว และความต้องการในการดูแลอย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาข้อมูลเหล่านี้ เพื่อทำความเข้าใจบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้าให้มากขึ้น และนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และอาจจะพัฒนาการดูแลตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจความคิด ความรู้สึกตามการรับรู้ตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาต้องการเรียนรู้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ เพื่อให้ผู้วิจัยได้เข้าใจบุคคลกลุ่มนี้มากขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการวางแผนดูแลบุคคลกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 12 คน

ผู้ให้ข้อมูลรอง คือ ญาติที่ดูแลบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากญาติร่วมด้วย เพราะบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าอาจจะมีช่วงที่เหนื่อยล้า ทำให้ข้อมูลบางส่วนอาจจะไม่สมบูรณ์ จึงมีการเก็บข้อมูลจากญาติด้วยเพื่อเติมเต็มข้อมูลให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

#### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. อายุมากกว่า 18 ปี
3. มีเกณฑ์เข้าสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ดังนี้

1). อาการรุนแรง (เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ 3 และ 4 ตามการแบ่งระยะของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA functional class III-IV), หอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เช่น อาบน้ำ กินอาหาร พุด หรือนั่งพัก, ไม่สามารถออกนอกที่พักอาศัยด้วยตนเองได้)

2). เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในช่วง 6 เดือน ในช่วงปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565

3). ไม่สามารถใช้ยาขนาดเดิมในการรักษาได้เนื่องจากเกิดผลข้างเคียง โดยยาที่ใช้ในการรักษามีดังนี้ กลุ่มปิดกั้นการทำงานของเบต้า หรือ เบตาบล็อเกอร์ (beta-blocker), ยากลุ่มยับยั้งแองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ติงเอนไซม์ (Angiotensin-converting enzyme) หรือ เอซีอีไอ (Angiotensin-converting enzyme inhibitors : ACEI), ยากลุ่มปิดกั้นการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ หรือ เออาร์บี (Angiotensin receptor blockers : ARB) หรือ ยากลุ่มยับยั้งแองจิโอเทนซินเนฟเพิลีซินรีเซพเตอร์ หรือ อาร์นี (Angiotensin receptor neprilysin inhibitor : ARNI)

4). จำเป็นต้องให้ยาขับปัสสาวะขนาดสูง (furosemide > 240 มิลลิกรัมต่อวัน) และ/หรือต้องให้ยาขับปัสสาวะมากกว่า 1 ชนิด

5). เกิดผลกระทบต่ออวัยวะอื่นนอกเหนือหัวใจและหลอดเลือด (เช่น ภาวะผอมแห้ง หุ่นกระดูก (cachexia) หรือดัชนีมวลกาย (BMI) < 19 กก./ม<sup>2</sup>, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5, ระดับไนโตรเจนยูเรียในเลือด (Blood urea nitrogen : BUN) และ/หรือค่าการทำงานของไต (creatinine) สูงขึ้นเป็นลำดับ, ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ตับแข็งเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว (cardiac cirrhosis), ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) ความดันหลอดเลือดปอดสูง เนื่องจากความดันหัวใจห้องซ้ายสูง)

6). เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติชนิดถาวร (Automated implantable cardioverter-defibrillator; AICD) ทำงานหลายครั้ง

7). ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจชนิดกระตุ้นหัวใจห้องล่างสองห้องพร้อมกัน (Cardiac resynchronization therapy; CRT)

8). จำเป็นต้องให้ยากระตุ้นความดันโลหิต (inotrope) ทางหลอดเลือดดำเพื่อพยายาอาการ

4. มีการรับรู้ปกติ โดยผ่านการทดสอบการรับรู้ด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-Cog) ที่ถูกแปลเป็นภาษาไทย โดย สุภาพร ตรงสกุล และคณะ (2558) โดยเครื่องมือ Mini-Cog ฉบับภาษาไทย ทดสอบโดยใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน โดยผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน Mini-Cog มีความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) = .80 และความตรงตามสภาพ (concurrent validity) เท่าเทียมกับแบบทดสอบ MMSE ( $r = .47, p = .007$ ) ซึ่งแบบประเมิน Mini-Cog มีความเหมาะสมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เทียบเท่ากับแบบทดสอบมาตรฐาน (The Mini-Mental State Exam : MMSE) (ณัฐินี ณ เชียงใหม่ และ พีร วงศ์อุปราช, 2563)

5. สามารถสื่อสารได้ดี มีความเต็มใจในการให้ข้อมูลโดยการพูดคุยสะท้อนประสบการณ์ทางโทรศัพท์

6. มีโทรศัพท์สื่อสารที่สามารถใช้โปรแกรมคุยผ่านทางวิดีโอได้ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตอาการเหนื่อยล้า หรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล

#### เกณฑ์การคัดออกผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ผู้ป่วยมีอาการของโรคแย่งจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ functional class มากกว่า III
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลรอง

1. ญาติที่เป็นคนดูแลและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

2. อายุมากกว่า 18 ปี
3. มีความเต็มใจในการให้ข้อมูล

**สถานที่ศึกษา** การศึกษาครั้งนี้ศึกษาที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นหอผู้ป่วยแบบปิด เปิดบริการมาแล้ว 5 ปี ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตโรคหัวใจ มีผู้ป่วยหลัก คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะทั้งชนิดช้าและเร็ว รับผู้ป่วย 8 เตียง มีห้องกระจก 2 ห้อง ที่แยกผู้ป่วยเป็นสัดส่วน อีก 6 เตียงเป็นเตียงที่มีพื้นที่ว่างห่างกันประมาณ 2 เมตร โดยมีผ้าม่านกัน มีหน้าต่างแบบกระจกปิด สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยค่อนข้างโปร่ง ใช้เครื่องปรับอากาศในการปรับอุณหภูมิ มีอุณหภูมิ 26-27 องศาเซลเซียส อัตรากำลังของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยคือ 1:2 ถึง 1:3 เนื่องจากมีการบริหารจัดการแบบทีมที่มีหัวหน้าเวร 1 คน ทำหน้าที่บริหารจัดการเตียง ประสานงาน และดูแลเรื่องคำสั่งการรักษา จึงมีสมาชิกทีมที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 5 คน/เวรเช้าและบ่าย และ 4 คน/เวรตึก

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจมีพยาบาลปฏิบัติการจำนวน 20 คน โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นพยาบาลชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ชื่อ คุณสุนันทา สกุศลดี และสมาชิกทีมพยาบาลที่เหลือ แบ่งตามสมรรถนะได้ ดังนี้ ผู้เริ่มต้น (Novice) จำนวน 2 คน, ผู้เรียนรู้ (Advance Beginner) จำนวน 6 คน, ผู้ปฏิบัติ (Competent) จำนวน 3 คน, ผู้ชำนาญ (Proficient) จำนวน 2 คน, และผู้เชี่ยวชาญ (Expert) จำนวน 7 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ปฏิบัติงานพยาบาลจำนวน 2 คนและพนักงานช่วยการพยาบาลจำนวน 7 คน มีอาจารย์แพทย์โรคหัวใจประจำหอผู้ป่วย 1 คน แพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจ 1 คน และแพทย์อายุรกรรม 2 คน โดยหมุนเวียนทุกๆ 4 สัปดาห์ และมีเภสัชกรคลินิกปฏิบัติงาน 1 คน (ปฏิบัติงานเฉพาะเวลาราชการ)

เวลาเยี่ยมผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลา ดังนี้ 1. ช่วงเช้า เวลา 06.00 – 08.00 น. 2. ช่วงกลางวัน เวลา 11.00 – 13.00 น. และ 3. ช่วงเย็น เวลา 16.00 – 19.00 น. โดยอนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน หากมีญาติจะเข้าเยี่ยมเพิ่มให้สลับกับญาติที่เยี่ยมอยู่เดิม และหากญาติต้องการเยี่ยมนอกจากเวลาหอผู้ป่วยก็ยืดหยุ่นได้ตามความจำเป็น สำหรับการให้ข้อมูลพยาบาลจะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติแรกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ระหว่างการรักษาจะมีการให้ข้อมูลอาการทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือเมื่อมีการทำหัตถการ และให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย หลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย พยาบาลของหอผู้ป่วยจะโทรติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพยาบาลจะโทรติดตามอาการหลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 7 วัน 14 วัน และ 28 วัน หลังจากนั้นจะโทรติดตามอาการทุกเดือน

ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีนโยบายงดเยี่ยมทุกกรณี ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยจะไม่มีญาติเข้าเยี่ยม หอผู้ป่วยจึงให้ญาติวิดีโอคอลมาเยี่ยมผู้ป่วยได้วันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 11.00 – 13.00 น. สำหรับการให้ข้อมูลและการติดตามอาการหลังจำหน่ายยังคงเป็นไปตามเดิม ในส่วนของผู้ป่วยที่มารับการติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กำลังอยู่ในช่วงการสร้างคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่ได้มีการ

จัดระบบที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงติดตามอาการพร้อมกับผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มอื่น โดยส่วนใหญ่แพทย์จะนัดติดตามอาการทุก 1-3 เดือน ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละคน ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีการนำระบบการจัดแบ่งกลุ่มการให้บริการผู้ป่วย ตามระดับ ความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษาเพื่อลดปัญหา คนไข้ใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน มีระบบนัดหมาย ผ่านทางออนไลน์ และโครงการรับยาร้านยาใกล้บ้าน ผู้ป่วยจะได้ปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ตามนัดหมาย และผู้ป่วยจะได้รับยาผ่าน 3 ช่องทางดังนี้ 1. รับยานอกเวลา 2. รับยาที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการ 3. รับยาทางไปรษณีย์

### จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยทำหนังสือขอรับการพิจารณา รับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการ และหัวหน้าฝ่ายการบริการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว (ตามหนังสือรับรองจริยธรรมเลขรหัส มอ. 104.2435172/65-01917) ผู้ศึกษาจึงเข้าไปแนะนำตัวกับหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา เรื่องประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล และ ระยะเวลาการทำการศึกษา โดยให้พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นผู้แนะนำบุคคลที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษา พร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อผู้ให้ข้อมูล และในการติดต่อครั้งแรกอาจจะเป็นการติดต่อพร้อมกับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลแก่ผู้ศึกษา และมีการชี้แจงรายละเอียดเรื่องวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการทำการศึกษา พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตอบรับ หรือ ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ ขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล ค่าตอบแทน โดยผู้วิจัยจะให้ค่าตอบแทนจำนวน 200 บาท และจะจ่ายให้ด้วยวิธีการโอนผ่านระบบธนาคารหรือระบบธนาคารออนไลน์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ในวันที่สัมภาษณ์ครั้งแรกเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษาชี้แจงประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการศึกษารวมถึงให้ความมั่นใจแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งว่า ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้โดยไม่จำเป็นต้องมีเหตุผล หรือ คำอธิบายและไม่มีผลกระทบใด ๆ หลังจากได้รับคำอธิบายแล้ว หากผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการศึกษาคั้งให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงเจตจำนงเป็นวาจา ซึ่งผู้ศึกษาจะทำกร

บันทึกเสียงการแสดงเจตจำนงค์ไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หรือหากผู้ให้ข้อมูลเดินทางมาเพื่อติดตามอาการจะมาเซ็นต์เอกสารแสดงเจตจำนงค์เข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นและทำการปกป้องผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยจะมีการใช้คนกลางซึ่งเป็นพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจทำหน้าที่ติดต่อผู้ให้ข้อมูล เพื่อป้องกันการถูกบังคับและให้การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยอิสระ เนื่องจากผู้วิจัยทำงานอยู่ในหน่วยงานที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างอาจเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากความเกรงใจได้
2. การให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยช่วยติดต่อในครั้งแรกเพื่อสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากเป็นบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลมีความคุ้นเคยกันมาก่อน เพื่อสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ให้ข้อมูล
3. ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะกำหนดจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ทำได้ในชีวิตประจำวัน โดยคำนวณจากสูตร  $0.0175 \times \text{น้ำหนักตัว (เป็นกิโลกรัม)} \times \text{เวลาที่ทำการกิจกรรม (เป็นนาที)} \times \text{METs (metabolic equivalents)}$  (Ainsworth et al., 2000)
4. ใช้วิธีสัมภาษณ์ผ่านวิดีโอและให้มีญาติอยู่ใกล้ขณะสัมภาษณ์ เพื่อที่ผู้วิจัยจะสามารถมองเห็นผู้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ และสามารถประเมินว่าผู้ให้ข้อมูลมีความผิดปกติใดบ้าง ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหนื่อยหรือมีความรู้สึกรุนแรงหรือไม่ ใจสัน ผู้วิจัยจะให้ผู้ให้ข้อมูลหยุดพักและหากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้ก็จะหยุดการสนทนาไว้ก่อนและคอยนัดการสัมภาษณ์ใหม่ในครั้งถัดไป หลังจากหยุดการสัมภาษณ์ไปแล้วหากอาการเหนื่อยของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจะแนะนำให้ญาติทำการช่วยเหลือโดยการนำผู้ป่วยส่งรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาล
5. หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจ เครียด อึดอัด เศร้า ผู้วิจัยจะหยุดถามคำถามทันที และหาวิธีที่จะสามารถช่วยผ่อนคลายจิตใจผู้ให้ข้อมูลให้ดีขึ้น รวมทั้งเสนอให้หยุดการให้สัมภาษณ์ครั้งนี้หากผู้ให้ข้อมูลต้องการ

### เครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษาประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีความสำคัญ และต้องเตรียมความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์ การจดบันทึก การบันทึกข้อมูล ที่จะสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้เที่ยงตรง โดยยึดจรรยาบรรณของการวิจัยเป็นหลัก

## เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา วันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาตัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลโรคหัวใจใน 6 เดือนที่ผ่านมา สิทธิบัตรในการรักษา ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ (ดังในภาคผนวกหน้า 105)

2. เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง

3. สมุดบันทึกไว้จัดรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล บทสัมภาษณ์หรือใจความที่สำคัญ โดยแยกเป็นการข้อมูลที่เป็นจริงกับความคิดเห็นของนักวิจัย

## ภูมิหลังของผู้วิจัย

นางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง รหัสนักศึกษา 6310420056 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปี พ.ศ. 2554 และ จบพยาบาลเฉพาะทาง หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2561 หลังจบการศึกษาทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ในหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (พ.ศ. 2554 – พ.ศ. 2559) และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ (พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

คุณค่าความเชื่อของผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมาเป็นเวลา 10 ปี ในช่วง 5 ปีแรกผู้วิจัยดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมด รวมทั้งผู้ป่วยโรคหัวใจด้วย และในช่วง 5 ปีถัดมาผู้วิจัยมาดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจโดยเฉพาะ ซึ่งผู้วิจัยสนใจผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ผู้วิจัยพบว่าในหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยทำงานมีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ามารักษาจำนวนมากขึ้น และผู้ป่วยเหล่านั้นมีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ มีความซับซ้อน ต้องใช้การรักษาที่ยากขึ้นและต้องใช้เครื่องมือในการช่วยชีวิตที่มีความยุ่งยากมากขึ้น และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น โดยเป็นการเสียชีวิตที่ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการวางแผนเพื่อรับต่อการสูญเสียมาก่อน และระหว่างการรักษาผู้ป่วยยังได้รับความเจ็บปวดจากการรักษา นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับมารักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจซ้ำ และคงได้รับการรักษาเพื่อพยุงชีวิตซึ่งน่าจะสร้างความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยเหล่านั้นไม่น้อย

ทักษะในการใช้ระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้เรียนการวิจัยเชิงคุณภาพในรายวิชาการวิจัยและการใช้ผลการวิจัย (Research and Research Utilization) จำนวน 6 ชั่วโมง และได้รับการฝึกฝนทักษะ



ในสถานการณ์จริงเป็นจำนวนทั้งหมด 15 ชั่วโมงกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จำนวน 2 คน และวิเคราะห์ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์ที่ได้ถอดบทสัมภาษณ์มาแล้ว

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับ ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ภายใต้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการทดลองใช้คำถาม มีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้แนะนำเพิ่มเติม และนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ประเด็นสำคัญเชิงเนื้อหาที่จะศึกษาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลชำนาญการโรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และอาจารย์แพทย์ผู้ชำนาญการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา

### การทดลองใช้ (try out)

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของคำถามภาษาที่ใช้ เทคนิคในการสัมภาษณ์ ความเป็นไปได้ในการศึกษา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาร่วมวิเคราะห์กับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำปัญหาอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงคำถามและเทคนิคการสัมภาษณ์ก่อนทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัยเอง เพื่อให้มีความสามารถเพียงพอในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และมีความเที่ยงตรงของข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการเตรียมตัวก่อนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.1 เตรียมความรู้และทักษะการวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จรรยาบรรณของนักวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงเจาะลึก เทคนิคการบันทึกภาคสนาม การจับใจความสำคัญ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การจัดตารางการจัดกลุ่มของข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่มี

ความคล้ายคลึงกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา จัดทำแนวคำถามที่จะใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและนำแนวคำถามที่ได้มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เรียนการวิจัยเชิงคุณภาพในรายวิชาการวิจัยและการใช้ผลการวิจัย (Research and Research Utilization) จำนวน 6 ชั่วโมง และได้รับการฝึกฝนทักษะในสถานการณ์จริงเป็นจำนวนทั้งหมด 15 ชั่วโมงกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จำนวน 2 คน และวิเคราะห์ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์ที่ได้ถอดบทสัมภาษณ์มาแล้ว

1.2 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมไปยังคณะกรรมการประเมินงานด้านจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาขั้นต้นและเสนอโครงการวิจัยไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## 2. ขั้นตอนในการ

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยวาจาอีกครั้ง แนะนำตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลพร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ข้างต้น

2.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลที่ติดตามผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวหลังกลับบ้าน เพื่อขอรายชื่อของผู้ป่วยและวิธีติดต่อผู้ป่วยจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี เมื่อได้รายชื่อของผู้ป่วยทั้งหมดแล้วผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยวางไว้ เมื่อได้รายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับบุคคล โดยการโทรศัพท์เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิของการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ซึ่งการโทรศัพท์ครั้งแรกจะเป็นการโทรโดยผ่านคนกลาง คือ พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ให้ข้อมูล หากผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงทางวาจาเพื่อให้ผู้วิจัยรับทราบและทำการบันทึกเสียงไว้เป็นหลักฐาน และมีพยาบาลจากหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นพยาน ในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

2.3 เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพและโทรศัพท์นัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์รายบุคคลทางโทรศัพท์ การสัมภาษณ์จะเริ่มเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมและอยู่ในบรรยากาศที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว โดยเริ่มจากการพูดคุยเรื่องทั่วไปให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลาย ค้นเคยกับผู้สัมภาษณ์ และลดความเครียดก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ จากนั้นจึงใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการสัมภาษณ์ ใช้เทคนิคการฟัง การสะท้อน

กลับ การยกตัวอย่าง เทคนิคการสรุปและการเจาะลึกประเด็นคำถามที่ยังไม่ชัดเจน การสัมภาษณ์แต่ละครั้งคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยจะใช้การคำนวณค่าการใช้ออกซิเจนเพื่อเผาผลาญพลังงานในการทำกิจกรรม (metabolic equivalents : METs) โดยใช้สูตร  $0.0175 \times \text{น้ำหนักตัว (เป็นกิโลกรัม)} \times \text{เวลาที่ทำกิจกรรม (เป็นนาที)} \times \text{METs}$  (Ainsworth et al., 2000) เพื่อกำหนดระยะเวลาในการสัมภาษณ์ที่จะไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดอาการเหนื่อยล้าเกินไป และในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะมีการบันทึกเสียง และจดข้อมูลในการสนทนา โดยมีการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง กรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจะมีการโทรศัพท์เพื่อนัดหมายก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอาจจำเป็นต้องสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง หรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว (สุภางค์, 2563)

2.4 ผู้วิจัยทำการถอดเทปการบันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ในลักษณะคำต่อคำ ที่เกิดจากการสัมภาษณ์ อ่านข้อความทั้งหมดอีกครั้ง จับประเด็นสำคัญ ทำสัญลักษณ์ในข้อความที่มีความสำคัญ และความคล้ายคลึงกับข้อมูลที่เกิดขึ้น ความไม่สมบูรณ์ของเนื้อหาเพื่อวางแผนในการสัมภาษณ์ซ้ำในครั้งถัดไป จนมีข้อมูลเพียงพอและข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวจึงสิ้นสุดการสัมภาษณ์

### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลมีความและมีความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการตรวจสอบความถูกต้องทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) หรือการตรวจสอบความตรงของข้อมูล จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้ามาศึกษาข้อมูลโดยมีเพื่อนร่วมงานของผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยเป็นหนึ่งในผู้ให้การพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจทำให้เกิดความอคติของการอธิบายและการแปลผลข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ดังนั้นเพื่อลดความอคติของการอธิบาย และแปลผลข้อมูล ผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัวเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือสิ่งที่ผู้วิจัยคิดเกี่ยวกับประเด็นที่กำลังศึกษาในสมุดบันทึกอีกหนึ่งเล่ม ซึ่งแยกกับบันทึกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อลดความลำเอียงในการแปลผลข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นจากการนำประสบการณ์ของผู้วิจัยเข้ามาใช้ในการแปลผลข้อมูล (Streubert & Carpenter, 1999) วิธีที่ใช้ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้แก่

1.1 การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลนานพอ (prolonged engagement) โดยผู้วิจัยมีการแจ้งวัตถุประสงค์ ความสำคัญ และคุณค่าของข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ มีการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามเพื่อจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย และเปิดใจที่จะให้ข้อมูลประสบการณ์แก่ผู้วิจัยมากขึ้น และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองในการสัมภาษณ์มากขึ้น โดยการสัมภาษณ์อาจจะสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลา

ประมาณ 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลที่เพียงพอ (วีณา เทียงธรรม, 2547) และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยจะใช้การคำนวณค่าการใช้ออกซิเจนเพื่อเผาผลาญพลังงานในการทำกิจกรรม (metabolic equivalent : METs) โดยใช้สูตร  $0.0175 \times \text{น้ำหนักตัว (เป็นกิโลกรัม)} \times \text{เวลาที่ทำกิจกรรม (เป็นนาที)} \times \text{METs}$  (Ainsworth, et al., 2000) เพื่อกำหนดระยะเวลาในการสัมภาษณ์ที่ไม่ทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์เกิดความเหนื่อยล้าเกินไป

1.2 ผู้วิจัยยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย (member checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาแปลผลข้อมูลและนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยเมื่อมีผลสรุปของการวิจัยผู้วิจัยจะโทรไปเพื่อแจ้งผลการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง (Koch, 1996)

2. ความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (transferability) ข้อค้นพบผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ใน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ เช่น ผู้ให้ข้อมูล บริบทที่ศึกษา ระเบียบวิจัยที่ศึกษา เป็นต้น

3. การยืนยันความถูกต้อง (confirmability) ข้อมูลมีหลักฐานยืนยันได้ (audit trail) ประกอบด้วยข้อมูลดิบ ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ และการบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน รวมทั้งเทปบันทึกเสียง หลังจากที่ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หรือข้อมูลที่ได้จากการบันทึก และถอดเทปทุกครั้ง จัดพิมพ์แปลความ วิเคราะห์ จัดข้อมูลเป็นกลุ่มหรือหมวดหมู่ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 - 12 ราย ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล และสามารถตรวจสอบได้ (inquiry audit)

4. ความไว้วางใจได้ (dependability) มีการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 2 ท่านอย่างละเอียด ช่วยตรวจสอบทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้จะต้องมีการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบการอธิบายชี้แจง และอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่านต้องเห็นด้วยกับผลการศึกษาที่นำเสนอ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนาตามแนวคิดของ ฮัสเซิร์ล (Husserlian phenomenology) โดยผู้วิจัยจะใช้แนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซีในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ โคไลซี (Colaizzi's method) มีรูปแบบการศึกษา Duquesne school ตามแนวคิดโครงสร้างตามความเป็นจริงของ ฮัสเซิร์ล (Husserlian Phenomenology) มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล 7 ขั้นตอน (Colaizzi, 1978) ได้แก่

1. อ่านบทสัมภาษณ์ ที่ถอดความแล้วหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง (Read all protocols to acquire a feeling for them)
2. ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้เพื่อค้นหาสำคัญของเนื้อเรื่อง (Review each protocol and extract significant statements)
3. ทำความเข้าใจตามนัยสำคัญของเนื้อหา (Spell out meaning of each significant statements) และกำหนดความหมาย (Formulate meanings)

4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลัก (Organization the formulated meanings into clusters of themes)
5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างถี่ถ้วน (Integrate results into an exhaustive description of the phenomenon under study)
6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้ (Formulate an exhaustive description of the phenomenon under study in as unequivocal a statement of identification as possible)
7. นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Ask participants about the findings thus far as a find validating step) โทรไปแจ้งผลสรุปที่ได้ให้กับผู้ให้ข้อมูล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปราย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) ตามแนวคิดเชิงปรัชญาของฮัสเซิล เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจในช่วงปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 จำนวน 12 ราย และใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลออกเป็น 4 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภูมิหลังของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

ส่วนที่ 3 การจัดการกับการเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

ส่วนที่ 4 ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลังของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจในช่วงปี พ.ศ. 2563 – พ.ศ. 2565 จำนวน 12 ราย เป็นเพศหญิง 2 ราย เพศชาย 10 ราย มีอายุระหว่าง 37 – 74 ปี (ค่า median 62 ปี) สถานภาพสมรสทั้งหมด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 3 ราย ประกาศนียบัตรวิชาชีพ 1 ราย ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 3 ราย และปริญญาตรี 1 ราย มีบุคคลที่ทำกรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 4 ราย และน้อยกว่า 5 ปี 8 ราย (ค่า median 4 ปี) เป็นบุคคลที่รักษาอาการทางหัวใจเพียงอย่างเดียว 6 ราย และมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย 6 ราย ใช้สิทธิ์การรักษาข้าราชการจำนวน 6 ราย สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5 ราย และประกันสังคม 1 ราย มีอาชีพรับราชการ 2 ราย ธุรกิจส่วนตัว 2 ราย เกษตรกร 5 ราย บริษัทเอกชน 1 ราย แม่บ้าน 1 ราย และรับจ้าง 1 ราย ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง 6 ราย 3 ครั้ง 4 ราย อีก 2 ราย เข้ารับการรักษา 6 และ 7 ครั้งตามลำดับ (ค่า median 3 ครั้ง) และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่ศึกษามีตั้งแต่ 2-36 วัน (ค่า median 14 วัน) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยบางรายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเป็นครั้งคราวด้วย และ

บุคคลทั้ง 12 ราย มีประสบการณ์ในการรักษาในช่วงระยะวิกฤติที่ต่างกันดังนี้ เคยใส่ท่อช่วยหายใจ 8 ราย ใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (Intra-Aortic Balloon Pump: IABP) 3 ราย ให้อาการกระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ 12 ราย ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 7 ราย กดนวดหัวใจ/ช็อคไฟฟ้าหัวใจ 5 ราย และใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ 1 ราย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 12 ราย โดยผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ตามรหัสหมายเลขของผู้ให้ข้อมูลเป็น ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ถึง ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (n=12)

ลำดับ	เพศ	อายุ	สถานภาพ	ปีที่เข้ารับการรักษา	ระดับการศึกษา	การวินิจฉัยโรค	สิทธิการรักษา	อาชีพ
1	ชาย	72	คู่	2556	มัธยมต้น	ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง เบาหวานชนิดที่ 2 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST ไม่ยก หัวใจล้มเหลว	ข้าราชการ	ข้าราชการ มหาวิทยาลัย
2	ชาย	57	คู่	2564	ปวส.	ความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร อัมพฤกษ์ ด้านซ้าย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST ยก หัวใจล้มเหลว	ประกันสุขภาพ	ทำสวน
3	ชาย	72	คู่	2562	ปวส.	ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวานชนิดที่ 2 TVD เคยผ่าตัด CABG แล้ว หัวใจล้มเหลว	ประกันสังคม	บริษัทเอกชน
4	ชาย	70	คู่	2564	ประถมศึกษาศึกษา	ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว หัวใจล้มเหลว	ประกันสุขภาพ	ทำงานก่อสร้าง
5	ชาย	74	คู่	2556	ป.ตรี	ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวานชนิดที่ 2 TVD เคยผ่าตัด CABG แล้ว หัวใจล้มเหลว	ข้าราชการ	กระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์
6	ชาย	62	คู่	2556	มัธยมต้น	ไตวายเรื้อรัง ผนังกันหัวใจชนิด ASD รั่ว หัวใจล้มเหลว	ข้าราชการ	ทำสวน
7	ชาย	56	คู่	2559	ปวช.	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST ไม่ยก หัวใจล้มเหลว	ข้าราชการ	ธุรกิจขายของเก่า



ตาราง 1(ต่อ)

ลำดับ	เพศ	อายุ	สถานภาพ	ปีที่เข้ารับการรักษา	ระดับการศึกษา	การวินิจฉัยโรค	สิทธิการรักษา	อาชีพ
8	ชาย	63	คู่	2565	ประถมศึกษา	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST ไม่ยก หัวใจล้มเหลว ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	ข้าราชการ	ค้าขาย
9	หญิง	37	คู่	2565	มัธยมต้น	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST ไม่ยก หัวใจล้มเหลว มีประวัติใช้สารเสพติด	ประกันสุขภาพ	แม่บ้าน
10	ชาย	68	คู่	2565	ประถมศึกษา	ไตวายเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST ยก ลิ้นหัวใจรั่ว	ข้าราชการ	ทำสวน
11	ชาย	49	คู่	2560	ปวส.	หัวใจล้มเหลว	ประกันสุขภาพ	ทำสวน
12	หญิง	57	คู่	2563	ประถมศึกษา	ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว	ประกันสุขภาพ	ทำสวน

ตาราง 2

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (ต่อ) (n=12)

ลำดับ	จำนวน ครั้งที่นอน รพ.	จำนวนวัน นอนรพ.	รายได้	ใส่ท่อช่วย หายใจ (ครั้ง)	IABP (ครั้ง)	ให้ยากระตุ้นการ บีบตัวของหัวใจ (ครั้ง)	ใส่สายสวน หลอดเลือดดำ ส่วนกลาง (ครั้ง)	กदनวดหัวใจ/ ช็อคไฟฟ้า หัวใจ (ครั้ง)	ใส่เครื่อง กระตุ้น หัวใจ (ครั้ง)
1	7	4-7 วัน	เพียงพอ	7	-	7	5	1	1
2	2	4- 14 วัน	เพียงพอ	2	1	2	1	1	-
3	2	9-14 วัน	เพียงพอ	3	2	3	2	2	-
4	2	2-5 วัน	ไม่ เพียงพอ	-	-	2	-	-	-
5	3	9-36 วัน	เพียงพอ	3	1	3	1	1	-
6	2	4-12 วัน	เพียงพอ	-	-	2	-	1	-
7	6	2-14 วัน	เพียงพอ	6	-	6	2	-	-
8	3	2-14 วัน	เพียงพอ	3	-	3	-	-	-
9	2	2-15 วัน	เพียงพอ	2	-	2	1	-	-
10	3	3-30 วัน	เพียงพอ	3	-	3	1	-	-
11	2	3-5 วัน	เพียงพอ	-	-	2	-	-	-
12	3	3-7 วัน	เพียงพอ	-	-	3	-	-	-

## ตาราง 3

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลรอง (n=4)

ลำดับ	เพศ	อายุ	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ประสบการณ์ในการดูแล	อาชีพ
1	หญิง	45	คู่	ปริญญาตรี	บุตรสาวผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1	8 ปี	ข้าราชการ
2	หญิง	55	คู่	ปริญญาตรี	ภรรยาผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2	1 ปี	ทำสวน
3	หญิง	43	คู่	ปริญญาตรี	บุตรสาวผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3	3 ปี	ธุรกิจส่วนตัว
4	หญิง	65	คู่	ประถมศึกษา	ภรรยาผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4	1 ปี	แม่บ้าน

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูลรายอื่นไม่มีผู้ให้ข้อมูลรอง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 เป็นเพศชาย อายุ 72 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าการบีบตัวของหัวใจ (Ejection Fraction: EF) ครั้งแรกที่ได้รับการรักษา 33% และปัจจุบันลดลงเหลือ 14% จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ใช้สิทธิ์ข้าราชการ เป็นข้าราชการบำนาญ อยู่บ้านกับภรรยาและลูกสาว ลูกสาวเป็นนักวิชาการด้านอาหาร นักร้องศาสนาพุทธ ชอบเรื่องการเมือง สังคม และเศรษฐกิจเป็นพิเศษ งานอดิเรกชอบดูข่าว ปลูกผักสวนครัว และออกไปพบปะเพื่อนบ้าน อาชีพเดิมก่อนเกษียณราชการเป็นพนักงานขับรถของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีความเชื่อและความคิดเห็นเป็นของตนเอง เป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติจะขับรถมาพบแพทย์ตามนัดเอง จะชวนลูกมารับทราบอาการบ้างเป็นครั้งคราวเมื่อแพทย์ต้องการพูดคุยเรื่องการรักษาเพิ่มเติม มีความเชื่อว่าการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นเรื่องที่มีผู้สร้างขึ้นเพื่อผลประโยชน์ของคนบางกลุ่ม จึงทำตามมาตรการป้องกันบางส่วนเท่าที่จำเป็น อาหารที่ชอบรับประทาน ชอบรับประทานอาหารรสจัด หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ลูกสาวจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องอาหาร โดยจะทำเองบ้างหรือซื้อเข้ามาบ้าง แต่ผู้ให้ข้อมูลก็จะมีแอบซื้ออาหารที่อยากกินมารับประทานเองบ้างเป็นครั้งคราว ซึ่งครอบครัวไม่สามารถที่จะห้ามได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่เชื่อ และผู้ให้ข้อมูลช่วยเหลือตนเองได้จึงสามารถออกไปซื้ออาหารตามที่ตนเองอยากรับประทานได้ ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าอาการของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป และจากการให้ข้อมูลของญาติ พบว่าผู้ให้ข้อมูลคิดว่าตนเองอยากใช้ชีวิตให้เหมือนไม่ได้ป่วย เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ ยังคงสบายดี และผู้ป่วยมักจะบิตบังอาการมักจะรอให้อาการหนักก่อนถึงจะแจ้งให้ญาติทราบ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังชอบไปพบปะญาติที่ต่างอำเภอ หรือพบปะเพื่อนที่ตลาด จึงมักออกไปซื้ออาหารรับประทานเอง แต่เนื่องจากช่วงนี้หลานกำลังจะได้รับปริญญา ผู้ให้ข้อมูลจึงหันมาดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เพื่อจะให้เห็นความสำเร็จของหลานในวันรับปริญญา ในเรื่องการรักษาเคยได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Angiography: CAG) เมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่า เป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง (triple vessel disease: TVD) ได้รับการทำบอลลูนและใส่ตาข่ายพุงหัวใจเพียง 1 ตำแหน่ง คือ left anterior descending (LAD) อีก 2 ตำแหน่ง ไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวมีความคิดเห็นว่าการฉีดสีหัวใจเป็นการรักษาที่จะสามารถทำให้สามารถหายจากโรคได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลมักจะถูกเลื่อนการรักษาด้วยเหตุผลหลายอย่าง เช่น ร่างกายไม่พร้อมในการเข้ารับการฉีดสีหัวใจ หรือเมื่อร่างกายพร้อมก็ไม่มีคิวในการฉีดสี และมีความเชื่อว่าการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเป็นการรักษาที่จะทำให้ไม่ต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลอีก เริ่มเข้ารับการรักษาสภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 7 ครั้ง จากการติดตามอาการค่าการบีบตัวของหัวใจ ต่ำลงเรื่อย ๆ ปัจจุบันมีค่าการบีบตัวของหัวใจ 14 % มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และกดขนาดหัวใจ/ช็อคไฟฟ้าหัวใจมาแล้ว

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 เป็นเพศชาย อายุ 57 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ เส้นเลือดหัวใจตีบจนกระทั่งหัวใจหยุดเต้น และภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าการบีบตัว

ของหัวใจ 15-20% จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่บ้านกับภรรยา ภรรยาประกอบอาชีพทำสวนยางพาราและรับซื้อน้ำยางพารา นับถือศาสนาพุทธ ชอบเรื่องการช่าง และการซ่อมของต่างๆ งานอดิเรกชอบดูทีวีไม่มีรายการที่ชอบเป็นพิเศษ อาชีพเดิมมีอาชีพเป็นช่างไฟฟ้า เดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2564 เป็นอัมพฤกษ์ ชักซ้ายทำให้ไม่สามารถทำงานได้ มีความรู้สึกสูญเสียความรับผิดชอบในฐานะหัวหน้าครอบครัวที่ต้องให้ภรรยาเป็นคนคอยดูแล มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้ตนเองเป็นโรคในครั้งนี้ มีภรรยาเป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วย ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติจะมาติดตามอาการพร้อมกับภรรยา เดินทางมาโดยรถยนต์ส่วนตัวของครอบครัว แต่ต้องหาผู้ช่วยขับรถให้ เพราะผู้ให้ข้อมูลยังมีอาการอ่อนแรงชักซ้ายทำให้ไม่สามารถขับรถเองได้ ภรรยาขับรถเองไม่ได้ ส่วนลูก 2 คนไม่ได้อยู่กับผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากต้องไปทำงานและไปเรียนที่ต่างจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลจึงใช้ชีวิตอยู่กับภรรยา 2 คน มีความเชื่อว่าการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง เนื่องจากทำให้ตนเองไม่สามารถเดินทางออกจากบ้านได้ ต้องใช้ชีวิตในบ้านเท่านั้น ทำให้รู้สึกเบื่อ และมีความเชื่อว่าเป็นโรคโควิด 19 จะทำให้อาการของตนเองแย่ลงจึงต้องดูแลตนเองเป็นพิเศษ ไม่มีอาหารที่ชอบรับประทานพิเศษ หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ภรรยาจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องอาหาร โดยส่วนใหญ่ภรรยาจะทำกับข้าวตอนเช้าก่อนที่จะเข้าสวน และดูแลเรื่องอาหารและยาให้ผู้ข้อมูลก่อนออกไปทำงาน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลยังมีปัญหาเรื่องการกินยังไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจในการรักษาเนื่องจากอยากเห็นความสำเร็จของลูกที่กำลังจะได้รับปริญญาและมีญาติมาเยี่ยมที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวยังมีการติดต่อกับพยาบาลที่คอยติดตามอาการอยู่ตลอดเพื่อขอคำปรึกษาเรื่องอาการที่เปลี่ยนแปลง แต่ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะให้ความสำคัญกับอาการอ่อนแรงชักซ้ายมากกว่าอาการทางโรคหัวใจ เริ่มเข้ารับการรักษาเริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2564 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 2 ครั้ง มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใส่เครื่องเครื่องพองการทำงานของหัวใจ (Intra-Aortic Balloon Pump: IABP) และกदनวดหัวใจ/ช็อคไฟฟ้าหัวใจมาแล้ว

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 เป็นเพศชาย อายุ 72 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ เส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting: CABG) ปี พ.ศ. 2562 รับยาโรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพมหานครทุกเดือน มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 30% จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ใช้สิทธิ์บัตรประกันสังคมโรงพยาบาลมิชชั่น ภูมิลำเนาเป็นคนกรุงเทพมหานคร ทำงานและใช้ชีวิตในกรุงเทพมหานครมาตลอดจนเกษียณราชการ มีความคุ้นเคยกับการใช้ชีวิตในกรุงเทพมหานครเป็นอย่างดี เมื่อลูกสาวแต่งงานและย้ายมาใช้ชีวิตที่หาดใหญ่จึงย้ายมาอยู่กับลูกสาวที่อำเภอหาดใหญ่ แต่มักจะขอไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพมหานครทุกเดือน อยู่บ้านกับภรรยา ลูกสาว หลาน และลูกเขย ที่อยู่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา นับถือศาสนาพุทธ ชอบเรื่องการดูแลหลานและเล่น

กับหลานเป็นส่วนใหญ่ อาชีพเดิมเป็นพนักงานบริษัทเอกชน ตำแหน่งผู้จัดการแผนก เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลใช้ชีวิตอยู่ใน กทม.มาตลอดจึงชอบการเดินทางกลับไปยัง กทม. เพราะจะได้เจอเพื่อนเก่าและได้ใช้ชีวิตอิสระ ผู้ป่วยยังแข็งแรงดีจึงเดินทางไปติดตามอาการและพบแพทย์คนเดียว แต่เมื่อแพทย์มีการรักษาเพิ่มเติมจะพาลูกสาวไปด้วย ต้องเดินทางไปพบแพทย์ด้วยเครื่องบินเนื่องจาก รพ.ที่ติดตามอาการอยู่ไกล มีความเชื่อว่าการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อการเดินทางไปพบแพทย์ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลต้องใช้ระบบการเดินทางสาธารณะ ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 มีความยุ่งยากในการเดินทางเนื่องจากมีการหยุดบินของบางสายการบิน และมีขั้นตอนในการขอเดินทางหลายอย่าง และเนื่องจากไม่ได้พบเพื่อนเป็นเวลานานทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีอาหารที่ชอบรับประทานพิเศษแต่ชอบอาหารที่รับประทานเป็นประจำที่บ้าน หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ภรรยาจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องอาหาร โดยส่วนใหญ่ภรรยาจะทำกับข้าวให้รับประทาน ยกเว้นในช่วงเดินทางไปยังกรุงเทพมหานครผู้ให้ข้อมูลจะดูแลเรื่องอาหารด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจในการรักษาเนื่องจากไม่อยากกลับไปรักษาในโรงพยาบาลอีก และไม่อยากให้อาการของตนเองแย่งจนต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวมีความกังวลเรื่องสิทธิการรักษา เนื่องจากต้องเดินทางไกลเพื่อรับการรักษา กังวลว่าหากเกิดอาการฉุกเฉินจะไม่ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ เริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2562 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 3 ครั้ง มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใส่เครื่องเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ และกตนวนหัวใจ/ช็อคไฟฟ้าหัวใจมาแล้ว

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 เป็นเพศชาย อายุ 70 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับลิ้นหัวใจไมทรัลรั่วระดับรุนแรง มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 20% จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่บ้านกับภรรยาและหลานอีก 2 คน คิดว่าการเปลี่ยนสถานที่พักไปอยู่ใกล้ทะเลและอยู่ใกล้ธรรมชาติมากขึ้นจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีสุขภาพจิตใจที่ดีขึ้น และจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้นด้วย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเดิมเป็นช่างก่อสร้างแต่เมื่อป่วยเป็นโรคหัวใจก็ไม่สามารถทำงานได้อีก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีรายได้ ลูกจึงรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดในบ้าน แต่ในช่วงระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลูกสาวเป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วย ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติผู้ให้ข้อมูลจะเดินทางไปพบแพทย์คนเดียวด้วยรถประจำทาง ทำให้เกิดความยากลำบากในการมาพบแพทย์เนื่องจากหากพบแพทย์เสร็จแล้วผู้ให้ข้อมูลจะไม่มีรถกลับบ้าน ผู้ให้ข้อมูลมักมีอาการบวมแขนขาบ่อยและใช้วิธีตามความเชื่อในการรักษาอาการบวมโดยการนำเท้าไปกลบทราย ในช่วงระบาดของโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลจะใช้ชีวิตที่บ้านและทำการเกษตรเล็กๆ น้อยๆ เพื่อรับประทานกันในครอบครัว โดยส่วนใหญ่ภรรยาจะทำกับข้าวและดูแลเรื่องอาหารและยาให้ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจในการรักษาเนื่องจากอยากอยู่กับหลานทั้ง 2 คน เนื่องจากหลานยังเล็กมากและผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลมาตลอด ในด้านการรักษาผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ เมื่อปี พ.ศ. 2564

พบว่า เป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง ที่แก้ไขเส้นเลือดไม่ได้ ต้องได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกำลังรอคิวผ่าตัดอยู่ เริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2564 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง ยังไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ออกซิเจนความดันสูงทางจมูก แล้วดีขึ้น และมีประวัติให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 เป็นเพศชาย อายุ 74 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ. 2549 มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 20% จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ใช้สิทธิ์ข้าราชการ เป็นข้าราชการบำนาญ อาศัยอยู่กับภรรยา และมีลูกชายที่มีบ้านอยู่ใกล้เคียง อำเภอ คลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา นับถือศาสนาพุทธ ชอบเรื่องการเกษตรเป็นพิเศษหลังเกษียณราชการ ออกมาทำสวนของตนเอง ก่อนป่วยทำสวนเองแต่หลังจากอาการเหนื่อยมากขึ้นก็จ้างให้คนอื่นเป็นคนช่วยทำสวน ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติจะขับรถมาพบแพทย์เองเพื่อมาพบแพทย์ตามนัด จะชวนลูกมารับทราบอาการบ้างเป็นครั้งคราว หลังออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดเดินได้ไม่สะดวกเนื่องจากหยุดพักรักษาตัวเป็นเวลานาน จึงไปอยู่กับลูกชายระยะหนึ่งก่อนกลับไปใช้ชีวิตแบบปกติ มีความเชื่อว่าการระบาดของโรคโควิด 19 จะมีผลกระทบต่อโรคของตนเองให้แยลงได้จึงอยู่บ้านไม่ได้ออกไปไหน อาหารที่ชอบรับประทานเป็นอาหารที่ภรรยาเป็นผู้ทำ และภรรยาเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องอาหาร ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าอาการของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ให้ข้อมูลมีอาการนอนไม่หลับและเลือกวิธีการฟังเพลงและบทสวดมนต์เพื่อช่วยจัดการอาการ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมีความเชื่อเรื่องความดี บรรพบุรุษ และศาสนา ผู้ให้ข้อมูลดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้ได้เห็นความสำเร็จของหลานและอยากเห็นพืชผลการเกษตรของตนเองเติบโต ในเรื่องของการรักษาเคยได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ เมื่อปี พ.ศ. 2547 พบว่า เป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง และผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ. 2548 เริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 3 ครั้ง มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใส่เครื่องเครื่องฟองการทำงานของหัวใจ และกदनวดหัวใจ/ช็อคไฟฟ้าหัวใจมาแล้ว

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 เป็นเพศชาย อายุ 62 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เก๊าท์ มีรูรั่วที่ผนังกั้นหัวใจห้องบน (atrial septal defect: ASD) ทำบอลลูนเพื่อปิดรอยรั่วไปแล้ว ปี พ.ศ. 2556 มีหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation หรือ AF) มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 17% จบการศึกษาระดับมัธยมต้น ใช้สิทธิ์ข้าราชการ เดิมอาศัยอยู่กับภรรยาแล้ว 109 ปัจจุบันไปทำสวนและอยู่คนเดียวที่อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา นับถือศาสนาพุทธ ชอบเรื่องการเกษตรเป็นพิเศษหลังเกษียณราชการ ออกมาทำสวนของตนเอง ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติจะขับรถมาพบแพทย์เองตามนัด แต่ในช่วงที่การระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลเป็นอย่างมาก เนื่องจากคิดว่าจะทำให้อาการของตนแยลง และเมื่อมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลพบว่า มีขั้นตอนที่ต่างออกไปจากปกติ ทำให้เกิดความยุ่งยาก จึงเลือกจะไม่มาโรงพยาบาล ทำให้ขาดยาไปประมาณ 2 ปี อาหารที่ชอบรับประทานเป็นอาหารพื้นบ้าน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องอาหาร

ด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าอาการของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ให้ข้อมูลดูแลสุขภาพของตนเองเนื่องจากได้รับกำลังใจจากเพื่อนและครอบครัว ในเรื่องของการรักษาเคยเป็น รุ้ว่าที่ผนังกันหัวใจห้องบน ทำบอลลูนเพื่อปิดรอยรั่วไปแล้ว (ASD Closure) ปี พ.ศ. 2556 เริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง ยังไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ออกซิเจนความดันสูงทางจมูก แล้วดีขึ้น และมีประวัติให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ มีประวัติให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจร่วมกับยาลดอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะและกदनวดหัวใจ/ช็อคไฟฟ้าหัวใจมาแล้ว

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 เป็นเพศชาย อายุ 56 ปี ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค เบาหวาน เส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ. 2559 มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 20% จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตร ใช้สิทธิ์ข้าราชการ มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวรับซื้อของเก่า อยู่บ้านกับภรรยา ลูกชาย และลูกสาว ลูกสาวเป็นครูโรงเรียนเอกชน ลูกชายกำลังเรียนอยู่ ส่วนลูกชายอีกคนรับราชการอยู่ต่างจังหวัด ที่อยู่อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา นับถือศาสนาพุทธ ชอบเรื่องธุรกิจเป็นพิเศษ และทุ่มเทให้กับธุรกิจของตนเองเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างเป็นคนเก็บตัว พูดน้อย และชอบรับผิดชอบทุกอย่างด้วยตนเอง มีความคิดเห็นเป็นของตนเอง เป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติจะขับรถมาพบแพทย์เองเพื่อตามนัด มีความเชื่อว่าการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นเรื่องที่ไม่ได้มีผลกระทบต่อตนเองมากนัก หากสามารถปรับตัวได้ ไม่มีอาหารที่ชอบรับประทานเป็นพิเศษ ภรรยาจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องอาหาร ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อว่าโรคของตนเองน่าจะรักษาไม่ได้จากอาการที่เปลี่ยนแปลง และมีการเตรียมออกซิเจนไว้ที่บ้าน เพื่อจัดการอาการเหนื่อยของตนเอง และแม้ว่าจะมีอาการเหนื่อยผู้ให้ข้อมูลก็ยังออกไปจัดการธุรกิจ เนื่องจากเชื่อว่าไม่มีใครดูแลธุรกิจได้ดีเท่ากับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลจึงดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เพื่อให้ตนเองไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลอีก เนื่องจากรู้สึกอึดอัดเมื่อต้องอยู่โรงพยาบาล ในเรื่องของการรักษาเคยได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ เมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่า เป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง และ ผ่าตัดบายพาส ปี พ.ศ. 2559 เริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 6 ครั้ง มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ครั้งที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้ ออกซิเจนความดันสูงแบบหน้ากาก และผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการรักษา เนื่องจากติดธุระส่วนตัว 2 ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 เป็นเพศชาย อายุ 63 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 20% จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิ์ข้าราชการ มีอาชีพค้าขายปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว อยู่บ้านกับภรรยา ลูกชาย และลูกสาว ลูกสาวรับราชการครู ส่วนลูกชายรับเหมาก่อสร้าง ผู้ให้ข้อมูลบ้านอยู่อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ชอบอะไรเป็นพิเศษ แต่ชอบเลี้ยงหลานและอยู่กับหลาน เมื่ออยู่ที่บ้านผู้ให้ข้อมูลมักมีอาการเหนื่อยบ่อยครั้งและต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและต้องใส่ท่อช่วยหายใจในการรักษาหลายครั้ง เป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติ



ลูกสาวจะขับรถมาใช้ในการมาพบแพทย์ มีความเชื่อว่าการระบาดของโรคโควิด 19 ไม่ได้มีผลกระทบต่อตนเองมากนัก อาหารที่ชอบรับประทานเป็นอาหารรสจัด หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ภรรยาจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องอาหาร โดยภรรยาจะทำอาหารให้รับประทาน หรือมีลูกสาวซื้อเข้ามาบ้าง ผู้ให้ข้อมูลช่วยเหลือตนเองได้บ้างแต่เมื่อออกแรงจะมีอาการเหนื่อย ซึ่งต้องใช้เวลาในการพักเป็นเวลานานจึงจะหายจากอาการเหนื่อยได้ ลูกสาวจึงให้ผู้ป่วยเก็บตัวอยู่ในบ้านและไม่ให้พบญาติหรือบุคคลอื่น เพื่อลดการพูดคุยหรือการออกแรงของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าตนเองมีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อเนื่องจากอยากอยู่กับหลานให้มากที่สุด ในเรื่องของกรักษาเคยได้รับการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจ เมื่อปี พ.ศ. 2563 พบว่า เป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง สามารถแก้ไขเส้นเลือดได้ด้วยการทำบอลลูนและใส่ยาขยายพุงหัวใจไปแล้ว 1 ตำแหน่ง คือ left anterior descending (LAD) อีก 2 ตำแหน่งรอการแก้ไข เริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 3 ครั้ง ไปนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้านอีก 3 ครั้ง และใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 5 ครั้ง มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 เป็นเพศหญิง อายุ 37 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 20% จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ได้ประกอบอาชีพ เดิมอยู่บ้านกับสามีและลูกสาว หลังกลับจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดแม่อยู่เป็นเพื่อนด้วยอีกคน สามีประกอบธุรกิจส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลบ้านอยู่บ้านพรุ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา นับถือศาสนาพุทธ ชอบการเมือง ดูหนังและฟังเพลง สมัยเป็นวัยรุ่นผู้ให้ข้อมูลเคยติดยาเสพติดจากการเที่ยวกลางคืนมาก่อน โดยใช้สารเสพติดจนกระทั่งเมื่อ 2 ปีก่อน ผู้ให้ข้อมูลตั้งครุฑจึงเลิกใช้สารเสพติดอย่างเด็ดขาด มีความเชื่อและความคิดเห็นเป็นของตนเอง แม่และสามีเป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ให้ข้อมูลยังคงมีอาการเหนื่อยอยู่ตลอด จึงไม่สามารถทำงานได้เลยแม่จึงมาช่วยทำงานบ้านและเลี้ยงลูก ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติสามีจะขับรถมาพบแพทย์ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลยังไม่มีอาการป่วยแต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลกลับบ้านครั้งล่าสุด ข้อปฏิบัติถูกปรับลดลงแล้วจึงไม่ได้รู้สึกมีผลกระทบมากเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แต่ช่วงที่อยู่โรงพยาบาลได้รับผลกระทบจากการไม่ให้ญาติเยี่ยม อาหารที่ชอบรับประทานเป็นอาหารรสจัด หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดผู้ให้ข้อมูลไม่ได้คุมอาหารกลุ่มโซเดียม และน้ำทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก หลังจากนั้นจึงหันกลับมาดูแลตัวเองและปรับพฤติกรรมมารับประทานได้ดีขึ้น นอกจากนี้แรงบันดาลใจในการปรับพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล คือ ไม่อยากให้แม่และสามีต้องลำบากในการดูแลตนเอง ในเรื่องของการรักษาผู้ให้ข้อมูลมีประวัติใช้สารเสพติดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ทำให้แรงบีบตัวของหัวใจลดลง ผู้ให้ข้อมูลเริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใส่ท่อช่วยหายใจมา 2 ครั้ง มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 เป็นเพศชาย อายุ 68 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวายเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบห้องบนสั้นพลิ้ว เคยได้รับการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจ) เมื่อปี พ.ศ.

2563 พบว่า เป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่งร่วมกับมีลิ้นหัวใจไมตรัลและลิ้นหัวใจไตรคัตปิดรั่ว ระดับรุนแรง และมีลิ้นหัวใจเอออร์ติก รั่วระดับกลาง มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 40% จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิ์ข้าราชการ ประกอบอาชีพทำสวน อยู่บ้านกับภรรยาและลูกชาย ผู้ให้ข้อมูลบ้านอยู่จะโหลง อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา นับถือศาสนาพุทธ ชอบความสงบและการทำเกษตร เมื่อช่วงที่อยู่ที่บ้านมีอาการเหนื่อยเป็นช่วง ๆ โดยเฉพาะเมื่อออกแรงจะมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ภรรยาและลูกชายเป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในการรักษาครั้งที่ผ่านมามีพบว่ามีเส้นเลือดหัวใจเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 ตำแหน่ง แพทย์แนะนำให้ผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลกำลังอยู่ในช่วงตัดสินใจในเรื่องการผ่าตัด แต่คิดว่าอาการเจ็บหน้าอกหายไปแล้วจึงไม่อยากผ่าตัดก่อน เดิมผู้ป่วยมีอาชีพทำสวนแต่เลิกทำสวนไปสักพักก่อนที่จะป่วย หลังป่วยออกแรงมากไม่ได้ แต่ยังช่วยเหลือตนเองได้ อาหารที่ชอบรับประทานเป็นอาหารรสจืด หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดผู้ให้ข้อมูลควบคุมอาหารและน้ำได้เป็นอย่างดี ผู้ให้ข้อมูลเริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้งและใส่ท่อช่วยหายใจมา 1 ครั้ง มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจและใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11 เป็นเพศชาย อายุ 49 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 10% จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบอาชีพทำสวน อยู่บ้านกับภรรยาและลูก 3 คน อายุ 10, 7, 1 ขวบ ภรรยาทำงานเป็นพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลบ้านอยู่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี นับถือศาสนาพุทธ ชอบทำการเกษตรและความสงบสุข ชอบชีวิตสันโดษ มีความเชื่อและความคิดเห็นเป็นของตนเอง ภรรยาและพี่สาวเป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ให้ข้อมูลยังคงมีอาการเหนื่อยอยู่ตลอด นอนราบไม่ได้ต้องนั่งหลับตลอด ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติ ภรรยาจะขับรถพามาพบแพทย์ อาหารที่ชอบรับประทานเป็นอาหารรสจืด หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดผู้ให้ข้อมูลคุมอาหารและน้ำได้เป็นอย่างดี ภรรยาเป็นแรงบันดาลใจในการมีชีวิตอยู่ต่อ และคอยหาวิธีการรักษาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีชีวิตต่อ ผู้ให้ข้อมูลเริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้งและไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 เป็นเพศหญิง อายุ 57 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าการบีบตัวของหัวใจ 40% จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านกับลูกสาวและหลาน ลูกสาวทำอาชีพทำสวนยางพารา และรับซื้อน้ำยางพารา ผู้ให้ข้อมูลบ้านอยู่อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง นับถือศาสนาพุทธ ชอบดูอะไรไปเรื่อย ๆ มีความเชื่อและความคิดเห็นเป็นของตนเอง ลูกสาวเป็นผู้ที่รับผิดชอบเรื่องอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ให้ข้อมูลยังคงมีอาการเพลียอยู่ตลอดเวลาไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ทำได้แค่นั่งๆ นอนๆ ในช่วงที่มาติดตามอาการปกติลูกสาวจะขับรถพามาพบแพทย์ อาหารที่ชอบรับประทานเป็นอาหารทอดกรอบ หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดผู้ให้ข้อมูลคุมอาหารและน้ำ

ได้บางส่วน ผู้ให้ข้อมูลเริ่มเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้งและไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ มีประวัติการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ

**ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่**

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลบรรยายประสบการณ์ความเจ็บป่วยในภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าของตนเอง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ความเจ็บป่วยนี้เป็นการเจ็บป่วยที่รู้สึกโดดเดี่ยว ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส ที่ทำให้หอผู้ป่วยต้องจำกัดการเยี่ยมของญาติ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีอาการรุนแรงขึ้นเข้าสู่ระยะวิกฤตต้องได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้มีความรู้สึกทรมาน แต่ก็เข้าใจดีว่าเทคโนโลยีเหล่านี้จะช่วยรักษาชีวิตของให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตไปได้ หลายๆครั้งที่แพทย์ได้พูดคุยถึงแผนการรักษา ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านได้รู้สึกวางใจที่จะให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาแทนตนเอง และเข้าใจดีว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า นั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการแบบขึ้นๆลง เมื่อได้รับการรักษาอาการก็จะดีขึ้นและมีชีวิตอยู่ได้ และหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลแล้วอาการต่าง ๆ ก็จะเป็นกลับมาอีก นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ที่เห็นการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยของตนเองทำให้สามารถเข้าใจความจริงของชีวิตและยอมรับความตายได้ กล่าวคือ จากการบรรยายประสบการณ์ความเจ็บป่วยในภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าของผู้ให้ข้อมูลนั้น สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

### 1. ความเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยว

ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงความรู้สึกที่ประสบในขณะที่ได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อรักษาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสะท้อนความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว เนื่องจากในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต จึงต้องจำกัดการเข้าเยี่ยมของญาติ และในช่วงระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบกับวิกฤตสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้หอผู้ป่วยต้องงดการเข้าเยี่ยมของญาติ เพื่อลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดการติดเชื้อโควิด 19 จากญาติ ทำให้ในช่วงระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ารับรู้ว่าจะตนเองต้องอยู่โรงพยาบาลเพียงลำพัง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านขณะเข้ารับการรักษามีอาการหอบเหนื่อยจากภาวะน้ำเกิน บางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ จึงมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง พยาบาลจึงเป็นผู้ช่วยเหลือให้ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการอาบน้ำ หรือการเปลี่ยนถ่าย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลายท่านรู้สึกว่าเป็นกิจกรรมส่วนตัวที่อยากให้อาการช่วยเหลือ ดังนั้นการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยจึงสะท้อนประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว แม้ว่าทางหอผู้ป่วยมีการสนับสนุนวีดีโอคอลกับญาติ ดังคำกล่าว

“ตอนมานอนโรงพยาบาลเป็นช่วงโควิดพอดีสูงไม่ได้เจอญาติเลย ก็เหงาอยู่คนเดียว อยากเจอญาติแต่ด้วยสถานการณ์โควิดเจอไม่ได้ก็ไม่รู้จะทำยังไง พอพยาบาลให้วิดีโอคอลคุยกับภรรยา ก็ดีขึ้น รู้สึกมีกำลังใจในการรักษาแต่ถ้าได้เจอน่าจะดีกว่า ถ้าเจอไม่ได้ได้เห็นหน้าก็โอเค นอกจากนี้คิดว่า บางอย่างถ้าญาติมาช่วยทำก็น่าจะดีโดยเฉพาะกิจกรรมส่วนตัวบางอย่างบางที่ก็เงินพยาบาล”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“อยู่โรงพยาบาลทำอะไรไม่ได้เลย คุณพ่อคุณแม่ แพน ลูก ไม่ได้เจอใครสักคนเลย มันรู้สึกโดดเดี่ยวมากๆ เหมือนอยู่คนเดียว เพราะเราไม่รู้จักใครสักคน เวลาใครมาทำอะไรกับเรา เราก็เงิน ไม่อยากให้คนอื่นมาทำอะไรกับร่างกายเรามันไม่คุ้นค่ะ นอกจากนี้ก็อยากอยู่กับแม่ แพน แล้วก็ลูกไปนานๆค่ะ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 ยังได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ต้องการให้คนใกล้ชิดติดมาอยู่ดูแลข้างเตียง แต่ก็เข้าใจว่าสถานการณ์โควิดไม่สามารถทำอย่างที่ต้องการได้ ดังคำพูด

“แล้วช่วงที่ผ่านมาที่มานอนโรงพยาบาลตอนนั้นไม่ได้เจอญาติเลยแต่ดีหน่อยที่มีโทรศัพท์ ได้วิดีโอคอลคุยกับแม่กับแพน ก็รู้สึกดีกว่าที่ไม่ได้คุยเลยคะ แต่ถ้าได้เจอตัวเป็นๆ ก็น่าจะดีกว่า แต่ก็เข้าใจนะว่าช่วงนี้โควิดการเจอกันคงทำได้ยาก”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

## 2. ความเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ

ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึงเหตุการณ์ที่ตนผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะก้าวหน้าทั้งระยะเวลาที่โรคมีความรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และช่วงเวลาที่สามารถควบคุมอาการของโรคให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ ทุกครั้งที่อาการของโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต และอยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สติ ไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาได้ แพทย์จะเป็นผู้ให้การรักษาตามแนวทางและองค์ความรู้ จนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด ผ่านพ้นช่วงภาวะวิกฤตได้ทุกครั้ง เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกไว้วางใจที่จะให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษา และให้ความเชื่อมั่นว่าจะเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้อง ดังคำกล่าว

“ถ้าเกิดคุณหมอบอกว่าให้ใส่ท่อช่วยหายใจ ก็ยังคงใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าคุณหมอบอกว่ายังสามารถปั๊มหัวใจได้ ก็ยังปั๊มหัวใจ ทุกครั้งที่คุณหมอมจะทำอะไรคุณหมอมจะบอกก่อนทุกครั้ง...นอกจากคุณหมอมจะบอกว่าไม่สามารถจะช่วยชีวิตได้แล้วอันนั้นก็คงจะหยุด แต่ถ้าคุณหมอมคิดว่าสามารถที่จะรักษาชีวิตไว้ได้ก็ยังคงตัดสินใจแบบนั้น”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“คุณหมออยากให้ทำอะไรผมทำหมดครับ ใส่ท่อช่วยหายใจ ป้อนหัวใจผมทำหมดเลยครับถ้าผมยังกลับมาใช้ชีวิตกับหลานได้ แต่ถ้ามันเต็มที่สุด ๆ แล้วผมก็ต้องยอมรับครับว่ามันไม่สามารถช่วยได้ แต่ถ้ายังสามารถช่วยได้ผมก็ให้ทำทุกอย่างครับ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

### 3. ความเจ็บป่วยที่ต้องยอมทนกับความทรمانเพื่อให้มีชีวิตต่อ

ผู้ให้ข้อมูลบรรยายถึงเหตุการณ์ การได้รับการรักษาในระยะที่อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว มีความรุนแรงมากขึ้น โดยมักจะมีอาการหอบเหนื่อยจากภาวะน้ำท่วมปอด จากสาเหตุแรงในการบีบตัวของหัวใจลดลง บางรายมีความรุนแรงของโรคจนถึงขั้นเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยาป้องกันหัวใจเต้นผิดจังหวะ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่เพื่อให้ยาความเสี่ยงสูง การใส่เครื่องพยุงหัวใจ การกดขนาดหัวใจ และการช็อคไฟฟ้าหัวใจ เทคโนโลยีช่วยชีวิตเหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเจ็บปวด ทรمان อึดอัด แต่บุคคลเหล่านี้ก็ได้สะท้อนความรู้สึกว่า แม้ว่าตนเองต้องทนกับความเจ็บปวดจากวิธีการรักษาเหล่านั้นแต่ถ้าตนเองสามารถกลับไปใช้ชีวิตต่อได้หรือมีชีวิตอยู่ต่อได้ ตนเองก็ยังคงเลือกที่จะทนกับการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือทรมาน ดังคำกล่าว

“ช่วงที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เจ็บและทรมานมากครับ แต่ถ้าเกิดว่ายังรักษาชีวิตไว้ได้ผมก็ยังคงยอมที่จะรักษา ไม่ว่าจะเจ็บหรือว่าจะทรมานครับ ผมยังอยากจะใช้ชีวิตต่อไปครับ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ตอนใส่ท่อช่วยหายใจในปากตอนนั้นรู้สึกเจ็บและอึดอัดมาก แล้วก็ต้องผูกมือไว้รู้สึกรำคาญ เพราะว่าพูดก็ไม่ได้กินน้ำก็ไม่ได้ แต่ผมรู้สึกว่าผมต้องใช้ถ้าไม่ใช่ผมก็จะไม่ไหว ก็ยอมรับได้ถึงแม้จะอึดอัดก็ยอมรับได้ ตอนที่ใส่แบบหน้ากากครอบตอนนั้นก็อึดอัดมาก ใส่ได้แป๊บเดียวประมาณ 2-3 ชั่วโมง ... รู้สึกว่าอึดอัดแล้วก็รำคาญแต่ที่เราจะต้องกับหมอก็ไม่ได้ ก็ต้องอดทนเพราะว่าตอนนั้นมันหนักแล้ว”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

### 4. ความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับการขึ้นลงของอาการ

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยว่า หลังจากที่ได้รับนิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวแล้ว ตนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง และบางรายสูงสุดถึง 7 ครั้ง โดยอาการกำเริบจากโรคหัวใจล้มเหลวเปลี่ยนแปลงได้ตลอด ขึ้นๆ ลงๆ เมื่อมีอาการรุนแรงก็ต้อง

เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ถ้ามีอาการเหนื่อยก็จะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ แรงบีบของหัวใจน้อยลง ต้องได้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ มีหัวใจเต้นผิดจังหวะต้องได้รับการช็อกไฟฟ้าหัวใจ แต่หลังจากรักษาอาการเหล่านี้แล้วก็จะมีอาการดีขึ้นจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ ถึงอาจจะมีอาการของโรคอยู่บ้าง แต่ก็ไม่ได้รบกวนการใช้ชีวิตที่บ้านมากนัก และอาการต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะกำเริบซ้ำ ๆ เมื่อมีปัจจัยต่าง ๆ มากกระตุ้น ถ้าสามารถควบคุมปัจจัยเรื่อง น้ำ อาหาร และยา ได้ดี อาการกำเริบก็จะเกิดขึ้นน้อยลง และยอมรับได้ว่าการทำงานของหัวใจของตนเองไม่เหมือนเดิมแล้ว ไม่หวังให้อาการดีขึ้นแบบร้อยเปอร์เซ็นต์ ดังคำกล่าว

“คุณหมอบอกว่าเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ น้ำท่วมปอด และเป็นหัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอดนี้เป็นมา 4 รอบแล้วลูก ที่ต้องนอนโรงพยาบาล”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ก็ตั้งแต่ผ่าตัดมาปี 2562 เรื่อง...เจ็บหน้าอกก็ไม่มีแล้ว แต่ก็มารู้สึกเหนื่อย ...ก็ต้องดูแลตัวเอง ถ้าเราทำตัวเองเราก็ก่อนเหนื่อยเอง มันก็แน่นหน้าอกเอง พอเหนื่อยเราก็ก่อนไปผิมน้ำมันถ้าเหนื่อยก็หยุด... ถ้าอยู่เฉยๆ ก็ไม่เหนื่อยแต่ถ้าไปทำงานที่ร้านก็จะเหนื่อยกว่าปกติหน่อย ถ้านั่งนาน ๆ ก็จะมีขาบวมแต่พอกลับมานอนตอนเช้าก็เป็นปกติ ถ้ายืนหรือนั่งนานๆขาจะบวมตั้งแต่เข่าจนไปถึงข้อเท้า แต่ถ้าได้พักขา ก็จะหายบวม”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“เหนื่อยเป็นบางครั้ง เมื่อวานขึ้นมีมีอาการเหนื่อยก็เลยไปโรงพยาบาลไปฉีดยาขับปัสสาวะ หลังปัสสาวะออกอาการเหนื่อยก็ดีขึ้นกลับบ้านได้ คุณหมอบอกว่าไม่อยากให้นอนโรงพยาบาลเพราะว่าที่หอผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อสูงคุณหมอก็เลยให้กลับบ้าน อาการไม่ค่อยดีเลยมันก็มีอาการเหนื่อยเป็นช่วงครึ่งช่วงคร่าว ไม่ได้ทำอะไรเลย อยู่เฉยๆก็เหนื่อย บางทีเปลี่ยนท่าไวๆ นอนอยู่แล้วตื่นมานั่งก็เหนื่อยแล้ว...ก็ตอนที่อยู่โรงพยาบาลลงอาการดีเลย ไม่เหนื่อยเลยนะ แต่พอกลับมาบ้านได้แป๊บเดียวก็เหนื่อยอีก”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

### ส่วนที่ 3 การจัดการกับการเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าที่แตกต่างกันไปตามอาการ ความรู้ ประสบการณ์ และความเชื่อที่แต่ละคนมี ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวมานาน และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบจาก

โรคหัวใจล้มเหลว ซ้ำ ๆ หลายครั้ง ได้รับคำแนะนำในการดูแลจากแพทย์และพยาบาล จนมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า นอกจากนี้ลูกหลาน ญาติพี่น้อง ครอบครัว และเพื่อน ๆ รอบข้างก็ยังเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้ตนรู้สึกว่ามีกำลังใจในการดูแลตนเองและต่อสู้กับความเจ็บป่วยในครั้งนี้ ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการจัดการกับการเจ็บป่วยดังกล่าวได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1. อยู่อย่างมีกำลังใจ และ 2. ปรับพฤติกรรมเพื่อบรรเทาอาการ ดังนี้

### 1. อยู่อย่างมีกำลังใจ

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงเหตุการณ์ที่หลายครั้งเมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ มีอาการเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรม อาการเหนื่อยหอบช่วงเวลากลางคืน อาการบวม นอนไม่หลับ เพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง แต่เมื่อได้เห็นลูกหลานที่กำลังจะประสบความสำเร็จ การมีคนในครอบครัวคอยดูแลห่วงใย หรือการมีเพื่อน ๆ คอยแวะเวียนมาเยี่ยมเยียน ก็รู้สึกมีกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น ดังคำกล่าว

“สู้เต็มที่ครับ ผมใจสู้ เกิดมาทั้งทีใครจะเอาชีวิตผมไปก็ไม่ได้ทั้งนั้นยกเว้นยมบาล ผมยังหวังหลานครับ หลานผมยังเล็กอยู่ ป.สอง ป.หนึ่ง อนุบาล ยังเด็ก ถ้าไม่มีผมก็ไม่มีใครดู ...ผมก็อยากดูแลให้เขาเติบโตประสบความสำเร็จ อยากรอยู่กับเขาไปนาน ๆ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“แต่สำหรับตัวลุงเองที่ผ่านวิกฤตินั้นไปแล้ว ลุงได้เห็นโลก ได้เห็นวิถีชีวิต ได้เห็นเพื่อนบ้านที่เขา มาเยี่ยมลุง ตอนนี้น้องสามารถขับรถยนต์ได้ ลุงรู้สึกโปร่งมาก โล่งมาก และก็ยินดีที่ได้พบ เพื่อนๆก็มาเยี่ยมกันหลายคน ก็ดีใจที่ได้เจอกัน...กำลังใจนี้เต็ม 100 เลย กำลังใจจากตัวเองก็ทำอย่างไรก็ได้ให้มีชีวิตอยู่ได้ เพื่อที่จะได้อยู่ดูแลลูกหลาน มีลูกแล้วก็มีหลานก็อยากรอยู่เป็นที่พึ่งของเขา”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“... หลาน 2 ขวบกว่า คอยมาเรียกว่า ปู่ๆ เราก็มีกำลังใจที่จะได้อยู่กับหลาน เห็นหลานโต ตอนนั้นไปนอนที่หอผู้ป่วย พอได้ยินเสียงหลานเรียก ปู่ๆหายไวๆ ก็ยิ่งรู้สึกว่าขนาดหลานยังไม่รู้อะไร ยังอยากให้เราหาย แล้วทำไมเราถึงจะไม่สู้ ก็เลยมีแรงที่จะสู้ต่อไปอีก”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

## 2. ปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อบรรเทาอาการ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้เล่าถึงการดำเนินของโรคหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ด้วยอาการการกำเริบที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ขึ้น ๆ ลง ๆ โดยเฉพาะอาการเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรม อาการเหนื่อยหอบช่วงเวลากลางคืน อาการบวม นอนไม่หลับ เพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง เป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อย และได้กล่าวว่าตนเองมีความรู้ในการจัดการกับอาการเหล่านี้จากแพทย์และพยาบาล โดยการปรับพฤติกรรมตนเอง ในการควบคุมการดื่มน้ำ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและปรับยาตามอาการ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้สะท้อนถึงการจัดการกับอาการดังกล่าวจากประสบการณ์ของตนเอง โดยการไว้อาการที่เกิดขึ้น หรือการใช้การดูแลอื่น ๆ เป็นทางเลือกช่วยเสริมในการจัดการอาการ ซึ่งสามารถจำแนกการปรับพฤติกรรมเพื่อบรรเทาอาการได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

### 2.1 การปรับน้ำและอาหาร

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทราบว่าน้ำและอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกระตุ้นอาการหอบเหนื่อยให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ และส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากแพทย์และพยาบาลในการควบคุมน้ำและอาหาร และพยายามปรับพฤติกรรมการควบคุมน้ำและอาหารอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะโซเดียม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการหอบเหนื่อยตามมา ดังคำกล่าว

“เรื่องการควบคุมน้ำและอาหารก็ทำได้เยอะนะลูก อาหารที่เขาแนะนำมา ตอนนี่กินแต่แกงจืดอย่างเดียว แต่ก็ไม่ถึง 100 นะ น่าจะประมาณ 70 ได้ ชั่งน้ำหนักก็ชั่งและส่งไปให้พยาบาลที่ติดตามอาการดูอยู่”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ก็โดนมาหลายครั้งที่มีอาการแบบนี้ก็จำได้และรู้สึกตัวว่าจะต้องดูแลเรื่องของปริมาณน้ำ ตอนอยู่โรงพยาบาลยังโดนจำกัดให้กินน้ำวันนึงไม่ถึง 1 ลิตร แล้วเราก็กิน พอมายู่บ้านก็ต้องกลับมาทำให้เหมือนตอนอยู่โรงพยาบาลเพื่อไม่ให้ตัวเองเหนื่อยแล้วต้องกลับไปนอนโรงพยาบาลอีก ...ถ้าเป็นเรื่องน้ำผมจะเป็นคนดูแลเองเพราะผมจะรู้ตัวเองดีที่สุด ว่าผมกินเท่าไรและผมปัสสาวะออกมาเท่าไร ส่วนเรื่องอาหารภรรยาจะเป็นคนทำให้หรือบางครั้งก็จะซื้อจากข้างนอกมา เรื่องโซเดียมคิดว่าน่าจะทำได้ค่อนข้างดีเพราะผมก็ค่อนข้างกังวลเรื่องโซเดียม เพราะคุณหมอบอกว่าตอนนี้ผมเริ่มจะมีเรื่องไตเข้ามา ตอนนี้ไปโรงพยาบาลเจาะเลือดคุณหมอก็บอกว่าค่าไตดีขึ้น ผมก็หยุดกินไปหลายอย่างที่ผมชอบอาทิพวกปลาอินทรีเค็มกับข้าวที่ดูว่าเค็มก็หยุดไปหลายอย่าง”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7





### 2.3 การใช้ทางเลือก

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเผชิญกับอาการที่รบกวนต่อการดำรงชีวิต และด้วยความเชื่อ ความรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป ดังนั้นจึงหาวิธีที่มาจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามความรู้ และความเชื่อของตนเอง ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ คล้ายการทำสมาธิเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย การใช้ความเชื่อในการใช้ทรายกลบเท้าเพื่อลดอาการเท้าบวม และการใช้การฟังเพลงหรือบทสวดมนต์มาจัดการอาการนอนไม่หลับ ดังคำกล่าว

“มีอาการเท้าบวมนิดหน่อยผมก็เลยไปซูดหลุมทรายกลบไว้ครับ พอตีผมเท้าบวม ผมก็เลยเดินไปชายหาดแล้วซูดหลุมแล้วเอาเท้ากลบทรายไว้ เพื่อให้ทรายดูดจะได้หายบวม ภรรยาบอกให้ทำแบบนี้ครับ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ช่วงที่ผ่านมามีอาการนอนไม่หลับบ้าง แต่ตอนนี้นอนหลับได้ดีแล้ว ก็เปิด YouTube ฟัง ฟังเพลง พวกเพลงหลับลึกอะไรพวกนี้ที่จะทำให้ช่วยนอนหลับสบายมากขึ้น หรือไม่ก็พวกบทสวดมนต์ก็ใช้ได้เหมือนกัน ตอนนี่ไม่ต้องใช้แล้วเพราะว่านอนหลับสบายแล้ว ...”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“พอเหนื่อยก็ไม่ได้ทำอะไร แค่นั่งฟังหมอน หายใจเข้า หายใจออกสักชั่วโมงสองชั่วโมงก็ดีขึ้น คล้ายๆกับทำสมาธิ แต่ลุงไม่ได้ทำถึงขนาดนั้นหรอก แค่นั่งนิ่งๆ นิ่งพักไม่ทำอะไรเลย ไม่คุยกับใครแล้วก็จะดีขึ้น”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

### 2.4 การรีบไปพบแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายที่ได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมาเป็นระยะเวลานาน จนเข้าสู่ระยะก้าวหน้า ได้สะท้อนให้เห็นว่าตนเรียนรู้จากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงก่อนที่อาการจะแย่ลง ดังนั้นจึงมีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไป และตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนนัดหรือไปรักษาที่โรงพยาบาล ก่อนที่อาการจะแย่ลง ดังคำกล่าว

“ลุงเป็นแบบนี้มานานแล้วลูก ครั้งแรกลุงมีอาการตอนกลางคืนเป็นประมาณตี 1 ลุงก็พยายามที่จะหาวิธีที่จะทำให้หายเหนื่อย ต้มน้ำร้อนกิน เดินไปเดินมา ลองมานั่งดู ทำแบบนี้อยู่จนกระทั่งตี 4 ไม่ดีขึ้น จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล แต่ครั้งหลัง ๆ มาลุงเริ่มรู้แล้วว่า ถ้าเหนื่อยลองพักแล้วไม่ดีขึ้นก็ต้องมาโรงพยาบาลเลย”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“เหนื่อยเป็นบางครั้ง เมื่อวานขึ้นมีอาการเหนื่อยก็เลยไปโรงพยาบาลไปฉีดยาขับปัสสาวะ หลังปัสสาวะออกอาการเหนื่อยก็ดีขึ้นกลับบ้านได้... ลุงไม่อยากใส่ท่อช่วยหายใจแล้วบอกตรงๆ เวลาเริ่มมีอาการที่หายใจไม่ไหว ลุงก็รีบไปโรงพยาบาลเลย คุณหมอก็บอกว่าดีแล้ว รีบมาตั้งแต่อาการไม่เยอะ... ใครบ้างจะอยากเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ ตอนนี่ลุงรู้ตัวแล้วว่าเมื่อไหร่ลุงจะเหนื่อย พอเหนื่อยนั่งพักแล้วไม่ดีขึ้นลุงรีบไปโรงพยาบาลเลย ไม่ใช่อะไรลุงกลัวว่าเขาจะใส่ท่อช่วยหายใจ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

#### ส่วนที่ 4 ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าเป็นบุคคลที่มีกลุ่มอาการที่ไม่คงที่ สามารถมีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น เข้าสู่ระยะวิกฤตจนกระทั่งกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้โดยไม่มีอาการ นอกจากนี้บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ายังพบการระบาดของโรคโควิด 19 ด้วย หลังจากการศึกษาผู้วิจัยพบความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ว่า บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าต้องการมีชีวิตที่มีคุณภาพ ซึ่งชีวิตที่มีคุณภาพที่กล่าวมานั้นให้ไปทำตามอรรถภาพของโรค โดยประกอบไปด้วย 4 ลักษณะ คือ (1) ต้องการความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล (2) ต้องการการติดตามต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน (3) การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสถานะของร่างกาย (4) การรับรู้การพยากรณ์ของโรค

##### 1. ความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์ที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล หรือกระบวนการจัดการในการเข้าพบหมอที่โรงพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัสว่า มีความไม่สะดวกในการเดินทาง เพราะมีการจำกัดการเดินทางข้ามจังหวัดเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อ ทำให้บางเส้นทางมีการปิดช่องทางการเดินทาง เมื่อมาถึงโรงพยาบาลก็จะมีมาตรการในการซักประวัติ การปิดรอบหน้ากากด้วยพลาสติก และอื่น ๆ ทำให้ต้องใช้เวลานานขึ้นในการพบแพทย์ที่คลินิกผู้ป่วยนอก ดังคำกล่าว

“ผมคิดว่าการไปโรงพยาบาลมันรอนานแล้วค่อนข้างช้าเหมือนผมอยู่ไกลต้องเดินทางด้วยรถโดยสารถ้าช้าผมก็จะไม่มีรถกลับผมอยากให้เป็นโรงพยาบาลแล้วมันเร็วขึ้นไม่ต้องไปรอนานจะดีมากครับ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ช่วงนั้นนะสิคือผมไม่ได้ไปโรงพยาบาลเลยเพราะว่าพอไปเส้นทางอะไรก็ปิดไปหมด ทำให้ผมรู้สึกว่ามันไม่อยากไปโรงพยาบาล ยิ่งยากกว่าช่วงปกติมาก แล้วตอนนั้นผมไม่รู้ด้วยว่าสามารถแจ้งเบิกยาทางโทรศัพท์ได้แล้วให้ส่งไปที่บ้านถ้ารู้ก็จะทำแบบนั้น... ขึ้นตอนมันเยอะมากกว่าจะได้เจอหมอ

อีกอย่างหมอนัดวันจันทร์ทั้งหมดเลยทำให้คนไข้มากองอยู่ที่ไอพีดีเยอะมาก ผมว่าถ้าปรับปรุงให้เร็วกว่าเดิมหรือคนน้อยกว่าเดิมในการมาติดตามอาการก็น่าจะดีขึ้น”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“มันนานมาก ต้องนั่งรถไกล วันไหนต้องไปหาหมอที่ มอ.นะกลับบ้านมาจะเพลียกว่าเดิมมาก ๆ รอยที่โรงพยาบาลก็นาน คิวยาวกว่าจะถึงคิวตรวจ เหนื่อยมากกลับบ้านมาทำได้แค่นอนอย่างเดียว ไม่รู้ว่าต้องทำยังไงเหมือนกัน แต่อยากให้เร็วกว่านี้หน่อย เพราะเราไม่สบายอยู่แล้ว พอต้องรอนานๆ ยิ่งเพลียไปกว่าเดิม”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

## 2. การติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า หลังจากผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปใช้ชีวิตในช่วงระยะฟื้นฟู ตนได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ผ่านพยาบาลที่คอยติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อติดตามอาการ การปรับพฤติกรรม การให้ข้อมูล และเป็นທີ່ปรึกษาเมื่อมีอาการผิดปกติ ผ่านการโทรสอบถาม และติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าเป็นสิ่งที่ดีและช่วยให้ตนเองสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังคำกล่าว

“การติดตามอาการทางโทรศัพท์ดีมากเลย ทำแบบนี้เป็นการช่วยเหลือญาติในการดูแลผู้ป่วย หากว่าเกิดปัญหาอะไรน้องก็จะช่วยแก้ปัญหาเช่นช่วยหาวิธีในการแก้ไขหลายหลายวิธี เพื่อที่จะให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีการปรึกษาคุณหมอเพื่อที่จะปรับการดูแลให้ง่ายต่อตัวผู้ป่วยเองนอกจากนี้ ยังเป็นการช่วยตัดสินใจให้ญาติในการดูแลผู้ป่วยด้วย...น้องที่ซีซียูจะติดตามน้ำหนักตัว ปริมาณน้ำที่กิน ปัสสาวะ และความดันโลหิตให้น้องที่ซีซียู ทุกวัน ถ้ามีอะไรที่ผิดปกติน้องก็จะบอก บางครั้งก็จะปรึกษาหมอให้ แล้วส่งไลน์กลับมาบอก ดีมากเลย คุณหมอล่าว่าน้องที่ซีซียู ถ้ามีอะไรผิดปกติก็จะเข้าไปคุยกับคุณหมอล่าว่าต้องทำยังไงบ้าง แล้วจะส่งไลน์ มาบอกว่าต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร ช่วยได้เยอะเลย เวลามีปัญหาน้องก็จะช่วยดูแลตลอด ดีมากเลยค่ะทำแบบนี้เป็นการช่วยเหลือญาติในการดูแลผู้ป่วย หากว่าเกิดปัญหาอะไรน้องก็จะช่วยแก้ปัญหาเช่นช่วยหาวิธีในการแก้ไขหลายหลายวิธีเพื่อที่จะให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีการปรึกษาคุณหมอเพื่อที่จะปรับการดูแลให้ง่ายต่อตัวผู้ป่วยเองนอกจากนี้ ยังเป็นการช่วยตัดสินใจให้ญาติในการดูแลผู้ป่วยด้วย”

ญาติผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“การติดตามอาการช่วยได้ครับ บางครั้งผมก็ลืม คุณหมอเค้าก็ช่วยเตือนเรื่องของการกิน แล้วก็ช่วยเรื่องเหนื่อยถ้ามีอาการก็บอกว่าต้องทำยังไงบ้าง ดีคับดีมาก”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“การติดตามอาการทางโทรศัพท์ดีครับดี ถ้าทำได้ตลอดจะดีมากครับ เพราะลุงจะได้รู้ว่า ตอนนี้ลุงเป็นยังไงบ้างแล้ว ต้องปรับเปลี่ยนอะไรตรงไหนเพื่อไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นมาอีก ถ้าตามต่อเนื่องน่าจะเป็นประโยชน์มาก ถ้าติดตามต่อเนื่องจะทำให้คนอื่นสามารถปรับพฤติกรรมได้แน่นอน และบางทีนานๆไป หนึ่งเดือน สองเดือน สามเดือน คนป่วยที่คุณหมอได้ซักเตือนไว้ ก็จะลืม ถ้ามีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคอยมาคุย มากระตุ้นตลอดก็จะช่วยฟื้นความจำของลุงด้วยว่าคุณหมอ คุณพยาบาลเคยบอกเคยเตือนอะไรไว้ เพื่อลุงลืมอะไรไปจะได้กลับมาปฏิบัติตามเหมือนเดิม”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

### 3. การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบซ้ำๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้านยังคงมีอาการของโรคทำให้เหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมหรือออกกำลังกาย รวมทั้งบางรายยังเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบางอย่างลดลง จึงมีความต้องการ การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อให้อยู่ได้ตามการดำเนินของโรคที่เป็นไป ดังคำกล่าว

“ครอบครัวมีส่วนช่วยในการปรับพฤติกรรมมากๆเลยเขาก็จะช่วยหาของกินเพราะผมให้เขาอ่านคู่มือตอนที่อยู่โรงพยาบาลเขาก็เข้าใจว่าอะไรที่กินได้อะไรที่กินไม่ได้เค้าก็จะพยายามหาอะไรที่ผมกินได้มาให้และเป็นของที่ถูกปากผมด้วยนะ ... ตอนนี้อายุคุณหมออยู่อยากกินอะไรก็ให้เขาไปซื้อมาให้ คุณอาหารได้บ้างไม่ได้บ้างบางทีก็อยากกินเผ็ดๆหน่อย ถ้าเต็ม 100% คิดว่าน่าจะทำได้ซัก 80 อีก 20% บางทีมันก็อยากกินบ้างเช่นพวกหมูทอดอะไรพวกนี้ก็กินบ้างแต่กินไม่มากนักนะ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“แม่กับแฟนก็คอยช่วยดูแลเรื่องอาหารตลอดเวลา ช่วยทำกับข้าวให้กิน คอยดูแลว่าอะไรกินได้ อะไรกินไม่ได้ แต่พอจะแอบกิน แม่กับสามีก็คอยห้ามไม่ให้กิน เรายังเชื่อและปรับตัวเองเพราะทุกอย่างที่ทำก็เพื่อตัวเองทั้งนั้นเลย เพราะถ้าเราไม่ทำตามเราก็เหนื่อยแล้วก็นอนไม่หลับเลย...คุณแม่กับสามีคอยดูแลตลอด ถ้าเราจะกินนะ ก็จะไม่โดนตีมือเลยคะ เขาก็บอกว่าอันนี้ห้ามกินนะ เพราะว่ามันไม่ดีกับหัวใจ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“เรื่องน้ำตอนนี้กินอยู่ไม่เกินลิตรครึ่งต่อวัน ส่วนเรื่องอาหารก็กินไม่หวานเลยพยายามดูแลอย่างดี พี่ๆ เคঁมาช่วยดูแล เคঁวาน ๆ กันมาจากต่างจังหวัดเพื่อที่จะมาดูแลเรื่องอาหารให้ ตอนนี้ก็เลยอยู่ที่กินดีและควบคุมอาหารได้ดีด้วย พวกเขาวนมาเดือนละครึ่ง”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11

#### 4. การรับรู้การพยากรณ์ของโรค

ผู้ให้ข้อมูล ได้กล่าวเกี่ยวกับการรักษาว่า หากแพทย์จะรักษาอย่างไรนั้น ก็ยอมรับการรักษาตามที่แพทย์ตัดสินใจดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับทราบว่าการทำงานของหัวใจของตนนั้นลดน้อยลงเรื่อย ๆ ไม่เหมือนเดิม ทั้งนี้การรับรู้ความเสื่อมถอยของการทำงานของหัวใจนั้นเกิดจากการสังเกตตนเองจากอาการหรือการที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง แต่ไม่ทราบว่าอาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอยู่นั้นอยู่ในระยะใด และจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานแค่ไหน หากได้ทราบว่าโรคหัวใจของตนอยู่ในระยะไหน และจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานแค่ไหน ก็น่าจะดี จะได้ว่าวางแผนการดูแลการรักษาในระยะท้าย และวางแผนจัดการกับชีวิตที่เหลืออยู่ ดังคำกล่าว

“ถ้าเข้าสู่ระยะท้ายก็อยากให้บอกนะ ผมรู้สึกว่ามันจะไม่กังวลว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตัวเองต่อไป คือได้รู้ไปเลยว่าต่อไปต้องทำอะไรต่อไป ผมก็แค่อยากอยู่กับครอบครัวนะ ส่วนเรื่องอื่นก็ไม่ได้มีอะไรต้องห่วง มรดกอะไรก็จัดการแบ่งสันปันส่วนให้กับลูกๆ ไปหมดแล้ว ลูกมีลูกแค่ 2 คน แบ่งง่าย ๆ ไม่คิดมาก ผมไม่กลัวหรอกว่าจะตาย ผมรู้สึกว่าชีวิตมาแค่นี้ก็ไปเท่านั้นแหละ ถ้าถึงเวลาจะไปก็ต้องไป ผมกลัวเจ็บมากกว่า นี่แหละถึงได้บอกคุณหมอมว่า จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ปั๊มหัวใจ”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“เขาก็ไม่ได้คุยอาการอะไรนะ แต่ผมสังเกตของตัวเองว่าผมอาการแย่ลงเพราะว่ามีอาการเหนื่อยขึ้น ผมก็พยายามดูแลตัวเองไม่ให้มีอาการเหนื่อยจะได้ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาลแต่ผมว่าถ้าผมรักษาไม่ได้แล้วผมก็อยากให้หมอบอกผมนะผมจะได้วางแผนต่อ ผมคิดว่าถ้าผมรู้ว่าผมมีเวลาเหลือเท่าไรผมก็จะได้เตรียมตัว ก็เตรียมพวกเอกสาร เรื่องบ้าน เรื่องของการบริจาคร่างกายซึ่งผมทำไว้กับโรงพยาบาลมอ.ตั้งนานแล้ว ถ้าต้องตายไปก็จะบริจาคร่างกายให้โรงพยาบาลไปเลยญาติจะได้ไม่ต้องเสียเวลามานั่งจัดการ ผมทำเรื่องบริจาคร่างกายไว้ตั้งแต่ตอนพ่อผมเสีย ตอนนั้นการมานั่งจัดงานมันวุ่นวายยุ่งยากหลายคนก็หลายเรื่องต้องมานั่งคุยกันบางคนก็ทะเลาะกันผมเลยคิดว่าถ้าวุ่นวายนักก็มอบร่างกายให้โรงพยาบาลไปเลย อีกอย่าง ผมคิดว่าตัวผมคนเดียวผมสามารถจัดการตัวเองได้ไม่อยากจะให้ใครต้องมาวุ่นวายกับผม”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“ถ้าเราเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว เราอยากให้อะไร เราอยากทราบข้อมูลตรงนี้ เราารู้สึกว่า ถ้าเรารู้ว่าอาการของเราแย่ลง เราจะได้มีเวลาทำใจ นอกจากนั้นหากยังสามารถปรับปรุงตัวเองได้ เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวได้มากขึ้นเราก็จะปรับปรุงตัวเองเพื่อที่จะสามารถอยู่กับครอบครัว แม่ สามี ลูก ได้นานขึ้น ในช่วงสุดท้ายของชีวิตอยากจะใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวให้ได้มากที่สุด และหากมีเรื่องที่ยากจะทำด้วยกันจะรีบทำไปเลย เท่าที่ร่างกายจะสามารถทำได้ ตอนนี้ก็ยังไม่รู้เหมือนกันว่าอยากทำอะไรบ้าง เพราะยังไม่ได้คิดว่าตัวเองอยู่ในช่วงสุดท้าย”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

### อภิปรายผลการวิจัย

#### ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยเป็น 4 ลักษณะ คือ ความเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยว ความเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ ความเจ็บป่วยที่ต้องยอมทนกับความทรمانเพื่อให้มีชีวิตต่อ และความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับการขึ้นลงของอาการ โดยสามารถอภิปรายประสบการณ์ในแต่ละลักษณะดังนี้

##### 1. ความเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยว

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าเมื่ออาการของโรคเข้าสู่ระยะวิกฤต ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยแบบปิด และมีการจำกัดการเยี่ยมของญาติ ทำให้ผู้ป่วยได้เจอญาติน้อยลงกว่าการอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป และเมื่อมีสถานการณ์โควิด 19 โรงพยาบาลได้ออกมาตรการห้ามเยี่ยม เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ทำให้ผู้ป่วยยิ่งเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากในช่วงที่เกิดความเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยไม่ได้เจอญาติเลยตลอดการรักษา แม้หอผู้ป่วยจะนำการสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิดีโอคอลกับญาติได้ แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึก เจ็บปวด กลัว วิตกกังวล นอนไม่หลับ รู้สึกตึงเครียด ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ รู้สึกประหม่าเมื่อถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และรู้สึกเหงา (Karlsson et al., 2012; Rotondi et al., 2002) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับศึกษาในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่า การจำกัดการเยี่ยมของญาติในช่วงมาตรการโควิดนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย คือ รับประทานอาหารที่น้อยลง ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ลดลง ความเจ็บปวด และอาการทางร่างกายที่เพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย คือ รู้สึกเหงา มีอาการซึมเศร้า ก้าวร้าว ความสามารถในการรับรู้ลดลง และมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการจำกัดการเยี่ยม (Creutzfeldt et al., 2021; Sizoo et al., 2020) แม้การศึกษานี้ไม่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตเพียงอย่างเดียว แต่ก็ศึกษาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19 ซึ่งบริบทมีความคล้ายคลึงกัน ใน

ยุควิถีใหม่ ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่มีญาติเข้าเยี่ยม ย่อมรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยว ต้องเข้ารับการรักษาและได้รับการเจ็บปวดจากการรักษาเพียงลำพัง ซึ่งผู้ป่วยอยากได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติผู้ใกล้ชิดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และความวิตกกังวล ซึ่งพบว่า การสัมผัสหรือการกอด เป็นสิ่งที่ให้ความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมั่นคง การกอดจากบุคคลที่รักและปรารถนาดีเป็นพลังสัมผัส (Therapeutic Touch) นอกจากจะทำให้ผู้ได้รับเกิดความรู้สึกที่ดี ผ่อนคลาย และมีความสุขแล้วยังสามารถลดความเจ็บปวด ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ลดความดันโลหิต หัวใจเต้นช้าลง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยได้ (ดวงเนตร ธรรมกุล และ เทียมใจ ศิริวัฒนกุล, 2017) ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว แม้ว่าจะมีบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลใกล้ชิด โดยเฉพาะในเรื่องที่ไม่คุ้นชินกับการดูแลเรื่องการขยับถ่าย หรือกิจกรรมส่วนตัว โดยบุคลากรพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้สึกเขินอาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การขยับถ่าย จากครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องมีการเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งโดยธรรมชาติแล้ว บุคคลย่อมจะมีความรู้สึกเขินอายเมื่อต้องเปิดเผยร่างกายต่อบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จึงต้องการการดูแลในส่วนนี้จากบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดมากกว่าจากบุคคลภายนอก (พิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ, 2558) นอกจากนี้การปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวในระยะวิกฤตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้งและรู้สึกประหม่าเมื่ออยู่ตามลำพัง (Karlsson et al., 2012; Rotondi et al., 2002) จากการสังเกตผู้วิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 และ 9 ที่ได้กล่าวถึงการเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยวเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เข้าโรงพยาบาล 2 ครั้ง และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลแต่ละครั้งน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับการนอนโรงพยาบาล และในช่วงที่เข้ารับการรักษาเป็นช่วงที่งดเยี่ยมยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวยิ่งขึ้น

## 2. ความเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหรือชีวิตของตนเองเป็นความสำคัญมาก บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ารู้สึกว้า แพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และการรักษาในครั้งที่ผ่านมาแพทย์เป็นผู้ที่สามารถรักษาและทำให้ตนเองสามารถปลอดภัยและกลับมาใช้ชีวิตได้ในปัจจุบัน ผู้ป่วยจึงมีความเชื่อมั่นว่าแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะแพทย์ที่ตนเองเคยมีประสบการณ์การรักษาและดูแลกันมาเป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมการรักษาและผู้ป่วยนั้นเกิดได้จากการดูแลและประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งมีการศึกษาที่อธิบายถึงปัจจัยก่อเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้นจะประกอบไปด้วยความรู้ของแพทย์ ความเชื่อใจ ความจงรักภักดี ความเคารพนับถือ และ เวลา ซึ่งบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามักเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่รับการรักษามาเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจึงผ่านการได้พบเจอกับแพทย์ผู้รักษามาเป็นระยะเวลาหนึ่งที่สามารถก่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพ และความไว้วางใจ โดยพบว่าการสื่อสารของแพทย์และผู้ป่วยเวลาที่ใช้ในการสนทนากับผู้ป่วยและความถี่ในการพบปะมีผลต่อความสัมพันธ์กับแพทย์ (Ridd et al., 2009) และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (Chipidza et



al., 2015) ในส่วนด้านความรู้ของแพทย์พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรู้ของแพทย์ที่ทำการรักษาตนเองจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวบุคคลนั้น ด้านความเชื่อใจต่อแพทย์ของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อแพทย์คนนั้นเป็นอย่างมาก และความเชื่อนั้นดังกล่าวอาจถูกทำลายได้เมื่อการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ (Ridd et al., 2009) ซึ่งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์นับเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจที่มีความชำนาญ และทีมการรักษามักมีการพัฒนาความรู้ความเชี่ยวชาญผ่านการอบรมทางโรคหัวใจและหลอดเลือด และการอบรมเชิงปฏิบัติการ อันนำไปสู่ความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ ความจงรักภักดี ผู้ป่วยมักจะเกิดความพึงพอใจมากขึ้นเมื่อแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาและสนับสนุนตัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Chipidza et al., 2015) ความเคารพนับถือ ผู้ป่วยบางรายอาจมองว่าแพทย์เปรียบเสมือนเพื่อนของตนและเกิดความผูกพันขึ้นในระดับหนึ่ง และการดูแลของแพทย์ มีส่วนทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดี (Ridd et al, 2009) และความพึงพอใจของผู้ป่วย (Chipidza et al, 2015) จากที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้นเมื่อแพทย์และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยให้ความเชื่อใจต่อผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยจะเชื่อและยอมรับการตัดสินใจในภาวะวิกฤตตามแพทย์ผู้ให้การรักษา นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ด้วยลักษณะนิสัยของคนไทย ที่ให้ความศรัทธาในอาชีพแพทย์ อีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการรักษาที่ดีมาก่อนว่าแพทย์สามารถช่วยให้ตนเองกลับมามีอาการที่ดีหลายครั้งทำให้ผู้ป่วยมักจะมอบอำนาจในการตัดสินใจให้แพทย์ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่า อำนาจของแพทย์มาจากการความศรัทธาต่อความรู้และประสิทธิภาพในการรักษา ทำให้เกิดความสัมพันธ์แบบพอปกครองลูก แพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแต่เพียงฝ่ายเดียว ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงทำตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น (ดวงกมล ศรีประเสริฐ, 2561) ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ว่าเป็นความเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ จากการสังเกตผู้วิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 2 4 และ 5 ที่รู้สึกถึงการเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่หลังได้รับการรักษายังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีแรงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยที่มีอาการเหนื่อยเพียงเล็กน้อย จึงให้ความไว้วางใจแก่แพทย์ผู้รักษาว่าจะสามารถช่วยให้ตนเองกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

### 3. ความเจ็บป่วยที่ต้องยอมทนกับความทรمانเพื่อให้มีชีวิตต่อ

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามักมีอาการขึ้นลงได้ตลอดเวลา เมื่ออาการมีความรุนแรงมากขึ้น บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามักจะมีอาการเหนื่อย แรงบีบตัวของหัวใจลดลง บางรายมีความรุนแรงของโรคจนถึงขั้นเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งการรักษาที่ได้รับเป็นไปตามอาการที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เช่น การให้ออกซิเจนทั้งแบบใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วย (invasive) และการให้ออกซิเจนทั้งแบบไม่ใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วย (non-invasive) การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยาป้องกันหัวใจเต้นผิดจังหวะ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่เพื่อให้อาการความเสี่ยงสูง การใส่เครื่องพยุงหัวใจ การกวดหัวใจ และการช็อคไฟฟ้าหัวใจ แม้การรักษาเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการ

รักษาอาการของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามอุปกรณ์ต่างๆ ก็ล้วนแต่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยทั้งสิ้น ในระยะวิกฤตผู้ป่วยมักจะสะท้อนถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา โดยเฉพาะการเจาะเส้นเพื่อให้ยา และการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า หลังผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก (สุดารัตน์ ควระพฤกษ์, ธีรนุช ห่านิรัตติชัย, และสุรีพร ธนศิลป์, 2014) แต่นอกจากการรับรู้ถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมานแล้ว บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้ำวหน้ายังสามารถยอมรับความเจ็บปวดเหล่านั้นได้ หากการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจะสามารถทำให้มีชีวิตต่อไปได้ ซึ่งการยอมรับการเจ็บปวดมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะวิกฤตและสามารถช่วยชีวิตได้ รักษาให้บรรเทาได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะยอมทน เพราะมีความหวังว่าจะทุเลา และมีชีวิตต่อไปได้ด้วยการมีคุณภาพชีวิตดีพอสมควร ซึ่งจะสอดคล้องกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่เผชิญปัญหาของคูเบอร์รอส (1969) 5 ระยะ คือ 1. ระยะปฏิเสธ (Denial) เป็นปฏิกิริยาที่ไม่สามารถยอมรับกับข่าวที่ได้รับ จึงปฏิเสธความจริงดังกล่าวเพื่อปกป้องตนเอง อาจแสดงออกโดยการปฏิเสธความจริงนั้นๆ และอาจปฏิเสธการรักษา 2. ระยะโกรธ (Anger) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากเผชิญกับการสูญเสียที่ไม่คาดคิดมาก่อนผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์ไม่พอใจต่อสิ่งต่างๆ ได้ง่าย และมีคำถามที่อาจก้าวร้าว 3. ระยะต่อรอง (Bargaining) เป็นช่วงเวลาท้อใจกับสิ่งที่ยากที่จะยอมรับ โดยหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์ 4. ระยะซึมเศร้า (Depression) เป็นสภาวะอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความเสียใจ และ 5. ระยะยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยจะสนใจสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นช่วงเวลาที่สื่อสารกับผู้ป่วยได้ดี (Kubler-Ross, 1969) จะเห็นได้ว่าบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้ำวหน้าส่วนใหญ่จะเข้าสู่ระยะยอมรับความเจ็บปวดได้แล้ว เนื่องจากได้ผ่านช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาเช่นนี้มาแล้ว รับรู้ความเจ็บปวดจากการใช้เทคโนโลยีในการรักษา และได้รับรู้ว่าการรักษาต่างๆ เหล่านี้สามารถช่วยให้ตนเองสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ในปัจจุบัน คล้ายคลึงกับการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจที่ทรมาณจากอาการเจ็บปวดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ อยากเอาท่อช่วยหายใจออก แต่ก็ทำไม่ได้ เพราะทราบว่าเครื่องช่วยหายใจจะช่วยชีวิตตนให้พ้นจากภาวะวิกฤตนี้ จึงต้องอดทนต่อความเจ็บปวดและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อรอวันเวลาที่หายป่วยและเอาท่อช่วยหายใจออก (มาณี ชัยวีระเดช, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2556)

#### 4. ความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับการขึ้นลงของอาการ

ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้ำวหน้ามีอาการของโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้การพยากรณ์ของโรคทำได้ยาก (รังสฤษฏ์ กาญจนระวีชัย และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2562; Phrommintikul et al., 2019) ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ หมุนเวียนเป็นวัฏจักร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Trajectories of

eventually fatal chronic illnesses) ของลินและอดัมสัน (2003) ที่กล่าวถึงวิถีทางความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการดำเนินโรคที่แยลงอย่างรวดเร็ว กลุ่มที่มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ บางช่วงมีอาการแยลง และกลับดีขึ้นเป็นซ้ำ ๆ โดยใช้ระยะเวลาเวลานานจึงจะเสียชีวิต และกลุ่มที่มีการเสียชีวิตเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ บางช่วงมีอาการแยลง และกลับดีขึ้นเป็นซ้ำ ๆ โดยใช้ระยะเวลาเวลานานจึงจะเสียชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะถูกจำกัดการใช้ชีวิตหรือพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นระยะเวลาไม่นาน มีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ และเสียชีวิตแบบกะทันหัน โดยผู้ป่วยที่เกิดอวัยวะล้มเหลวนั้นมักต้องปรับพฤติกรรมเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้ แต่ด้วยการดำเนินโรคที่มีอย่างต่อเนื่อง อวัยวะที่ล้มเหลวนั้นจะทำให้เกิดอาการแยลงผู้ป่วยอาจรอดชีวิตจากสถานการณ์วิกฤตมาได้ แต่สามารถเป็นแบบนี้ได้เพียงไม่กี่ครั้ง และผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Lynn & Adamson, 2003) การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวยังคงมีโอกาสร้อยละ 50 ที่จะมีชีวิตอยู่ได้หกเดือน ไม่ว่าจะอยู่บนพื้นฐานของการประมาณการของแพทย์ที่เข้ารับการรักษารูปแบบจำลองทางสถิติ (Connors et al., 1995) จากการศึกษากล่าวจะเห็นได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าก็ดำเนินโรคด้วยความไม่แน่นอน มีอาการกำเริบของโรคได้ซ้ำ ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าจึงมีประสบการณ์และต้องเผชิญกับอาการกำเริบของโรคอย่างซ้ำ ๆ ตามการขึ้นลงของอาการ แม้ยังไม่มีการศึกษาที่กล่าวถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ขึ้นอยู่กับการขึ้นลงของอาการ แต่มีการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน โดยศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินของโรคได้ ซึ่งมีปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความไม่แน่นอน คือ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (วิภาดา ตรงเที่ยง และคณะ, 2021) จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 และ 7 ที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับการขึ้นลงของอาการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง อีก 1 ราย คือผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 แม้ว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเข้ารับการรักษาในปี 2565 แต่พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมาแล้ว 3 ครั้ง และยังเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเป็นครั้งคราวด้วยภาวะหอบเหนื่อย ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าการดำเนินของโรคมีความขึ้น ๆ ลง ๆ

**การจัดการกับการเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่**  
จากผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการกับการเจ็บป่วยเป็น 2 ลักษณะ คือ อยู่อย่างมีกำลังใจ และปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อบรรเทาอาการ โดยมีการปรับน้ำและอาหาร การปรับยา การใช้ทางเลือก และการรีบพบแพทย์ โดยสามารถอภิปรายในแต่ละลักษณะดังนี้

## 1. อยู่อย่างมีกำลังใจ

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่รับการรักษามานาน จนสามารถยอมรับความเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีครอบครัว มีลูกหลาน เป็นผู้ดูแลและช่วยจัดการการเจ็บป่วย จึงมีทัศนคติหรือความคิดในการใช้ชีวิตกับภาวะการเจ็บป่วยได้ด้วยกำลังใจ เพราะต้องการอยู่เพื่อลูกหลาน อยากเห็นการเติบโตของลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวถึงการสนับสนุนจากครอบครัวต่อกลไกการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะสามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาได้ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวในรูปแบบของการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ เครื่องมือ และการประเมินสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งส่งผลให้เขามีกำลังใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และบรรเทาอาการต่างๆ (Ryandini, 2020)

## 2. ปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อบรรเทาอาการ

การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อบรรเทาอาการ เมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้แล้วตามระยะของการเผชิญปัญหา ในระยะยอมรับนั้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยจะถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เป็นช่วงเวลาที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดี (Kubler-Ross, 1969) ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานาน มีทั้งภาวะที่อาการของโรคคงที่ และแทรกกำเริบ ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงยอมรับโรคที่เป็นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อบรรเทาอาการการเจ็บป่วยให้คงที่ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดจะช่วยให้การลดอาการกำเริบและเพิ่มอายุขัยสำหรับผู้ป่วยได้ (Rich et al., 1995; Hanratty et al., 2002) อาการกำเริบหลายอย่างเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยลืมนำคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารหรือยา มีเงินไม่เพียงพอในการซื้อยา หรือไม่เข้าใจวิธีการตรวจหาและรักษาอาการเริ่มต้นของการกำเริบ โปรแกรมที่พยายามป้องกันอาการกำเริบและยกระดับคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปจะเน้นการศึกษาการดูแลตนเอง การเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด การรักษาอาการในระยะเริ่มแรกตลอด 24 ชั่วโมง และการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบประเด็นในการปรับพฤติกรรม 11 ประเด็น คือ โภชนาการที่ไม่สมดุล, กิจกรรมที่ไม่เหมาะสม, การบริโภคของเหลวโดยไม่จำกัด, การบริโภคโซเดียมมากเกินไป, กังวลเกี่ยวกับอนาคต, อารมณ์ด้านลบ, ด้านจิตวิญญาณที่ไม่ดี, ไม่สามารถบรรลุบทบาททางสังคม, ถูกบังคับให้หยุดงาน, ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ สื่อสารกับเพื่อนหรือครอบครัวน้อยลง (Zhao et al., 2022) ซึ่งสามารถแบ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนมีภาวะหัวใจวาย ระยะมีภาวะหัวใจวาย และระยะของการมีชีวิตอยู่อย่างปกติในภาวะหัวใจวาย พบว่าในแต่ละระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยน

วิถีชีวิตของตนเองใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อบรรเทาอาการ ลดการกำเริบของโรค (Rerkluenrit et al., 2009) ดังนี้

## 2.1. การปรับน้ำและอาหาร

สารน้ำในร่างกายกระจายอยู่ทั้งในเซลล์และนอกเซลล์ น้ำนอกเซลล์ประกอบด้วยน้ำในหลอดเลือดและน้ำระหว่างเซลล์ ซึ่งโซเดียมเป็นตัวทำละลายน้ำนอกเซลล์ ซึ่งมีผลต่อ osmolality ของเลือด เมื่อร่างกายได้รับน้ำและโซเดียมปริมาณมากกว่าปกติ ทำให้น้ำในเซลล์กระจายออกนอกเซลล์มากขึ้น เมื่อร่างกายมีปริมาตรน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จะทำให้ความสามารถในการควบคุมสมดุลน้ำของไตและฮอร์โมนบกพร่อง การเพิ่มขึ้นของน้ำนอกเซลล์ทำให้หัวใจทำงานหนักจนส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Hoorn & Zietse, 2017) ดังนั้นการควบคุมน้ำและอาหารอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะส่วนของโซเดียมเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าให้ความสำคัญในการปรับพฤติกรรมเพื่อลดการเกิดอาการหอบเหนื่อย ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดอาการหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน คือ การควบคุมน้ำและปริมาณโซเดียมไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำเกินหรือน้ำท่วมปอด ซึ่งก่อให้เกิดอาการหอบเหนื่อยตามมา (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2562; Phrommintikul et al., 2019) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องรับประทานอาหารที่โซเดียมต่ำ ป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน ซึ่งจะให้มีอาการบวม เหนื่อย น้ำท่วมปอดได้ โดยสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยแนะนำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ควรบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (ธนาพร คุ่มสว่าง, 2020)

## 2.2. การปรับยา

แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ระบุไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินจะต้องมีการได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อลดอาการบวม โดยยาขับปัสสาวะในกลุ่มฟูโรซีไมด์ (Furosemide) เป็นยาที่จำเป็นในการบรรเทาอาการจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2562; Ponikowsk et al., 2016) เพื่อให้ลดอาการน้ำเกินในร่างกายอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้แพทย์ยังมีการสั่งใช้ยาขับปัสสาวะให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรัง และสอนวิธีการปรับยาให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งแพทย์จะต้องเป็นผู้อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถปรับยาเองได้ ผู้ป่วยจึงปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้กล่าวถึงการได้รับยาขับปัสสาวะไม่เพียงพอเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำท่วมปอดได้ (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2562; Phrommintikul et al., 2019) ดังนั้นหากผู้ป่วยสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบเหนื่อยน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาว่า การที่ผู้ป่วยสามารถปรับยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเองและมีการติดตามน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอหลังจากให้ความรู้จะสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลได้ดีกว่าการได้รับการรักษาตามปกติ (Jones et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า การปรับ

ยาขับปัสสาวะฟูโรซิมายด์โดยผู้ป่วยเองเปรียบเทียบกับการให้แพทย์ปรับยาขับปัสสาวะฟูโรซิมายด์ ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการบิตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าปกติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเพิ่มเติมด้วยอาการของหัวใจล้มเหลวในกลุ่มศึกษาเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างของอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจจะยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การปรับยาขับปัสสาวะไม่สามารถช่วยลดอัตราการมาโรงพยาบาลได้ (ณัฐพันธ์ รัตนจรสกุล, 2556)

### 2.3 การใช้ทางเลือก

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และมีการพัฒนาทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองและอาการเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับลาซารัส (1969) ที่ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวทางชีววิทยาว่า มนุษย์ปรับตัวจากแรงผลัก ซึ่งประกอบไปด้วยแรงผลักภายนอกและแรงผลักภายใน แรงผลักภายนอก เกิดจากการที่มนุษย์ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม แรงผลักภายในเกิดจากความต้องการและการเรียนรู้ (Lasarus, 1969) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วย และหาวิธีการจัดการเป็นการปรับตัวที่เกิดจากการเรียนรู้หรือแรงผลักภายในตามแนวคิดของลาซารัส (1969) ในส่วนที่น่าสนใจ คือ การใช้เทคนิคควบคุมการหายใจ โดยการหายใจเข้าออกลึกๆ คล้ายกับการทำสมาธิ จะช่วยให้อาการเหนื่อยลดลงได้ อาจเนื่องจากการควบคุมทั้งจังหวะและความลึกของการหายใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ร่วมกับการจัดท่าทางและหยุดพักกิจกรรมเป็นการสงวนพลังงาน ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ทำให้หัวใจทำงานลดลง ทำให้อาการหอบเหนื่อยลดลง ทั้งนี้มีการอธิบายกลไกของการหายใจแบบช้าๆ และลึกๆ (pursed lip breathing) ทำให้ประสิทธิภาพการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดเพิ่มขึ้น ลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ และกระตุ้นบาโรรีเฟล็กซ์และวากัล ส่งผลให้ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น ความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง ทำให้อาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง (จรรยาสุรี และ ไวยพร, 2562; Kaewyok et al., 2011) นอกจากนี้ยังมีการฟังเพลง และธรรมะ เพื่อช่วยให้สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการฟังเพลงธรรมะต่อผลการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล (นันทวัน มะยะเฉียว, 2552) และ ผลของดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ (สุรรัตน์ ณ วิเชียรและคณะ, 2018) ซึ่งพบว่าการฟังดนตรีช่วยให้สามารถนอนหลับได้ดีมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าดนตรีบำบัดมีผลอย่างมากในการบรรเทาอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และยังเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและทำให้ความดันโลหิตขณะคลายตัวลดลงได้อีกด้วย (Huang et al., 2021) แม้การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการทางกายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

## 2.4 การรีบไปพบแพทย์

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามักเผชิญกับอาการหอบเหนื่อยบ่อยครั้ง และสามารถคาดการณ์อาการหอบเหนื่อยของตนเองได้ว่าจำเป็นต้องไปโรงพยาบาลหรือไม่ และผู้ป่วยมักจะตัดสินใจไปโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อไม่ให้อาการหอบเหนื่อยแยลงจนกระทั่งต้องใส่ท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory) ของโอเร็มที่ได้กล่าวถึง การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ (Orem & Taylor, 2001) เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับอาการหอบเหนื่อยบ่อยครั้งจึงเกิดการเรียนรู้ถึงอาการหอบเหนื่อยที่เกิดขึ้น และสามารถไปโรงพยาบาลได้ทันก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น จากการสังเกตผู้วิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีการจัดการอาการโดยการรีบไปพบแพทย์นั้นจะเป็นกลุ่มเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับการขึ้นลงของอาการ คือ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 และ 7 ที่ได้รับการรักษาโรคเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง และผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 ที่เพิ่งเข้ารับการรักษาในปี 2565 แต่พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมาแล้ว 3 ครั้ง และยังเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเป็นครั้งคราวด้วยภาวะหอบเหนื่อย อาจด้วยประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับอาการหอบเหนื่อยบ่อยครั้งทำให้มีการเรียนรู้และปรับตัวว่าเมื่อตนเองมีอาการให้รีบไปพบแพทย์เพื่อไม่ให้อาการของตนแยลงจนต้องใช้การรักษาที่สร้างความเจ็บปวดให้กับตนเอง

### ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการการดูแล 4 ลักษณะ คือ ความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล การติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อให้อยู่ได้ตามสถานะของร่างกาย และการรับรู้การพยากรณ์ของโรค โดยสามารถอภิปรายในแต่ละลักษณะดังนี้

#### 1. ความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ให้ความเห็นว่า การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลยังคงมีความล่าช้า และมีขั้นตอนมากจนเกินไป ทำให้การมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งต้องใช้เวลาอันยาวนาน บางรายจึงรู้สึกที่ไม่อยากมาโรงพยาบาลเพราะต้องใช้เวลาทั้งวัน บางรายเดินทางมาจากต่างจังหวัด ต้องใช้เวลาในการเดินทาง ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย และเหนื่อยขึ้นเมื่อต้องมาอยู่ในบรรยากาศที่มีคนเยอะ จึงคิดว่าหากการพบแพทย์ใช้เวลาไม่นานจนเกินไป และสามารถพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว น่าจะทำให้อยากมาโรงพยาบาลมากขึ้น จากการศึกษาการกำหนดแนวทางการลดระยะเวลาการรอคอยการให้บริการตรวจโรคทั่วไปของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี พบว่า การมาพบแพทย์ที่ศูนย์ให้บริการตรวจโรคทั่วไปมีกิจกรรมทั้งหมด 12 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม

190 นาที มีอยู่ 3 กิจกรรมที่ทำให้เกิดการรอคอย คือ ผู้ป่วยรอจัดทำประวัติเวชระเบียน รอพบแพทย์ และรอรับยากลับบ้าน ซึ่งทั้ง 3 กิจกรรมมีระยะเวลาการรอคอย 146 นาที (ไพฑูริย์ และคณะ, 2563) และ การศึกษาการปรับลดระยะเวลาการให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่าการให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกใช้ระยะเวลาในการรอคอยเฉลี่ยต่อใบสั่งยา 31.31 นาที (Chinvarakorn, 2016) จากทั้งสองการศึกษาจะเห็นได้ว่าการมาพบแพทย์โดยเฉพาะคลินิกผู้ป่วยนอกยังคงใช้ระยะเวลานาน และมีขั้นตอนหลายขั้นตอน ทำให้เกิดระยะการรอคอยที่นาน ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความไม่พึงพอใจ ดังนั้นการหาวิธีเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยจะสามารถเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

## 2. การติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าได้รับการติดตามอาการจากพยาบาลที่คอยติดตามอาการอยู่แล้วในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มองว่าเป็นการจัดการที่ดี ทำให้รู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และรู้สึกชอบการติดตามแบบนี้ เนื่องจากการติดตามอาการโดยมากจะเป็นการพูดคุย แนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษา และประสานงานกับแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นนี้ทำให้รู้สึกอุ่นใจว่ามีคนที่จะให้ช่วยเหลือได้เมื่อตนเองเกิดคำถามในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการติดตามสุขภาพทางไกลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วงเปลี่ยนผ่านที่บ้านโดยวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลและการติดตามอาการ 6 สัปดาห์ผ่านแอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามระบบนี้ และยังคงอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อีกด้วย (Somsiri et al., 2021) และคล้ายคลึงกันกับการศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน แต่เป็นการศึกษาความต้องการของญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่า ผู้ดูแลต้องการการสื่อสารและช่องทางการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา และตอบคำถามให้ผู้ป่วยได้ โดยการสื่อสารด้วยวิธีโทรศัพท์เป็นวิธีที่ดีเนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็ว และค่าใช้จ่ายในการสื่อสารน้อย (อนันต์ พวงคำ และคณะ, 2563) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทางไกลโดยเป็นการศึกษานำร่อง เพื่อพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันที่ช่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งพบว่าหลังการใช้งานความพึงพอใจของผู้ใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (บุญประเสริฐ แสงวิจิตรประชา, และ ขนิษฐา วรธงชัย, 2563) แม้การศึกษาดังกล่าวไม่ได้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่เป็นการติดตามอาการต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ซึ่งทำให้เห็นว่าการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีความน่าสนใจที่ควรได้รับการพัฒนาให้เป็นระบบมากขึ้น จากการสังเกตผู้ให้ข้อมูลหลายรายชอบการติดตามอาการของพยาบาล เนื่องจากทำให้รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และมีที่ปรึกษาในการดูแลตนเอง ยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี การพัฒนาระบบการติดตามอาการที่มีความหลากหลายและทันสมัยจะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น



### 3. การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ายอมรับความเจ็บป่วยของตนเองได้ สอดคล้องกับระยะการเผชิญปัญหาในระยะยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยจะถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน (Kubler-Ross, 1969) แต่ด้วยอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านโครงสร้างของหัวใจที่ไม่สามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้แล้ว ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีอาการของโรคที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยพบว่าอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นบ่อยและรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อยและลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อิ่ม ตื่นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย (วาสนา และคณะ, 2557) ร่วมกับโดยส่วนมากบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ จึงมีความต้องการให้ครอบครัวช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่างที่ตนเองไม่สามารถทำได้ ซึ่งในสังคมไทยนั้นยังเป็นสังคมที่อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ หรือหากมีผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดีก็จะย้ายไปอยู่กับลูกหลาน เพื่อให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือกัน ซึ่งพบว่าในระยะภาวะหัวใจล้มเหลวผู้ป่วยจะปรับการใช้ชีวิตสอดคล้องกับการรักษาอย่างเคร่งครัด ทำให้การทำกิจวัตรประจำวันทำได้น้อยลงอยู่ในสภาวะที่พึ่งพามากขึ้น ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ทำให้มีกำลังใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (Rerkluenrit et al., 2009) นอกจากนี้การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาได้โดยการสนับสนุนจากครอบครัวที่มีความสำคัญ คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ การช่วยเหลือ และการประเมินอาการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Ryandini, 2020)

### 4. การรับรู้การพยากรณ์ของโรค

บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าเป็นบุคคลที่มีความต้องการการรับรู้การพยากรณ์ของโรค เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการไม่แน่นอนภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีอาการของโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้การพยากรณ์ของโรคทำได้ยาก (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช และ อรินทยา พรหมินธิกุล, 2562; Phrommintikul et al., 2019) ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ จากการดำเนินโรคที่มีอย่างต่อเนื่อง อวัยวะที่ล้มเหลวนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Lynn & Adamson, 2003) ดังนั้นการรับรู้พยากรณ์ของโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนชีวิตของตนเอง เนื่องจากเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาานพอสมควร และยอมรับอาการของโรคได้แล้ว บางรายรู้สึกว่าคุณค่าตนเองอยากใช้ชีวิตอยู่ต่อกับครอบครัว ลูกหลาน บางรายยอมรับการเสียชีวิต แต่ทุกคนล้วนแล้วแต่อยากวางแผนเกี่ยวกับชีวิตของตนเองเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงไปแล้วทั้งสิ้น แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมามักเป็นการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่า การเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์คือเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ในการดูแลจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรที่ดูแล โดยมีการวางระบบการดูแลที่ดีและได้รับการสนับสนุนจาก

องค์กร เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (ภัสสร โจรจน์เพ็ญเพียร, 2564) เห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นการวางแผนเพื่อให้เข้าสู่วาระสุดท้ายอย่างสงบ แต่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยังรู้สึกมีความหวังในการรักษา และยังรู้สึกว่าอยากใช้ชีวิตต่อ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านนั้นพบว่าแพทย์ไม่เห็นความสำคัญของการปรึกษาผู้ป่วยก่อนการวินิจฉัยและการรักษา ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากความเชื่อของแพทย์มากกว่าครั้งที่ว่าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการรักษาไม่จำเป็นต้องนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้นเสมอไป (Liang et al., 2022) และพบว่าความต้องการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การรับมือกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรคและอายุที่มากขึ้น การรับมือกับการสิ้นสุดของชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความต้องการและลำดับความสำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานะของโรคและความชอบของแต่ละคน ความเจ็บปวดที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงเป็นตัวอย่างของอาการสำคัญที่ต้องได้รับการรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงอายุนานมากขาดความรู้เพียงพอเกี่ยวกับอาการและการพยากรณ์โรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ฉุกเฉินและปัญหาการสิ้นสุดของชีวิต และหลายคนแสดงความปรารถนาที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผย จากมุมมองของผู้ป่วย มีความจำเป็นในการปรับปรุงปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และข้อจำกัดในการรักษาและการดูแลทางการแพทย์ไม่ได้ถูกกล่าวถึงอย่างเปิดเผย (Klindtworth et al., 2015) จากการศึกษาข้างต้นทำให้เห็นว่า การวางแผนล่วงหน้านั้นยังไม่ค่อยได้รับการพูดถึงมากนักในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งเรื่องของผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความต้องการที่จะได้รับการวางแผนล่วงหน้าไม่ว่าจะเป็นการวางแผนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายด้วยการเสียชีวิต และการวางแผนล่วงหน้าเพื่อให้แพทย์ทำการยื้อชีวิตอย่างเต็มที่ซึ่งควรมีการพัฒนาการวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าให้ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตแบบกะทันหันได้ ผู้ป่วยจึงมีสิทธิ์ที่จะวางแผนการรักษาของตนเองได้

สรุปได้ว่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่มีความแตกต่างจากยุควิถีเดิม หรือก่อนช่วงที่จะมีการระบาดของโรคโควิด 19 วิถีเดิมที่ไม่มากนัก ในส่วนของประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่นั้นมีความคล้ายคลึงกับการรับรู้ในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 แต่สิ่งที่ต่างออกไป คือ ในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจมีระเบียบการเยี่ยมที่ยืดหยุ่นให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ แต่ในยุควิถีใหม่ที่มียุทธศาสตร์การทำให้ผู้ป่วยเกิดมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งนอกจากผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการศึกษาแล้ว ผู้ป่วยรายอื่นที่เข้ารับการรักษาในช่วงวิถีใหม่นี้จะมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

การจัดการกับการเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ยังไม่เห็นความแตกต่าง เนื่องจากอาการสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกัน คือ ภาวะหายใจ

หอบเหนื่อย ซึ่งการจัดการอาการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายมากกว่าการระบาดของโรคโควิด 19

ความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ พบว่ามีความคล้ายคลึงกับในยุควิถีเดิม แต่อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลที่ศึกษายังไม่มีการจัดทำคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องไปติดตามอาการในวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยกลุ่มอื่นมาด้วยทำให้จำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันเยอะ ระยะเวลาในการรอคอยจึงนาน และในช่วงวิถีใหม่จากการลดความแออัด ลดการแพร่กระจายเชื้อทำให้การมาพบแพทย์มีความยุ่งยากและซับซ้อนกว่าในยุควิถีเดิมผู้ป่วยจึงอยากได้ความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจุบันการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้เป็นประโยชน์อย่างมากในการติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรค เพื่อที่ผู้ป่วยและญาติจะได้มีที่ปรึกษาในการดูแลตนเอง การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับที่ตนเองอาจมีอาการเหนื่อยขึ้นเป็นครั้งคราว ทำกิจกรรมได้ลดลง ดังนั้นผู้ป่วยอาจยังต้องการการช่วยเหลือจากญาติ ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรมีการเตรียมญาติให้พร้อมที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสุดท้ายการรับรู้การพยากรณ์ของโรค แม้การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มมีบทบาทในปัจจุบัน แต่ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจยังไม่มีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากแพทย์ยังคงให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่และไม่ได้แจ้งผู้ป่วยถึงการเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ทำให้การวางแผนในช่วงระยะท้ายของโรคจึงทำได้ยาก ผู้ป่วยหลายคนอยากรับรู้พยากรณ์โรคของตนเอง แต่การให้ข้อมูลในปัจจุบันเป็นเพียงการให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงในระยะวิกฤตทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการวางแผนล่วงหน้าในการเข้าสู่ระยะสุดท้าย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) ตามแนวคิดเชิงปรัชญาของฮัสเซิล (Husserl) เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ ก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ และใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี (Colaizzi's method) ในการวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ ก้าวหน้าและรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2565 ร่วมกับการบันทึกเทปการสัมภาษณ์และทำบันทึกภาคสนาม หลังจากนั้นนำเทปการสัมภาษณ์มาถอดเทปอบบคำต่อคำ และแปลผลข้อมูลภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ตรวจสอบความตรงของข้อมูลทั้งในระหว่างเก็บข้อมูลและหลังเก็บข้อมูล จากนั้นตรวจสอบความตรงอีกครั้งกับอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี (Colaizzi's method)

ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ (1) ความเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยว (2) ความเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ (3) ความเจ็บป่วยที่ต้องยอมทนกับความทรมานเพื่อให้มีชีวิตต่อ และ (4) ความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับการขึ้นลงของอาการ
2. ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการจัดการกับการเจ็บป่วยในยุควิถีใหม่ของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ที่แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) อยู่อย่างมีกำลังใจ และ (2) ปรับพฤติกรรมเพื่อบรรเทาอาการ ซึ่งการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมเพื่อบรรเทาอาการจะแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ 1. การปรับน้ำและอาหาร 2. การปรับยา 3. การใช้ทางเลือก 4. การรีบไปพบแพทย์
3. ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ (1) ความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล (2) การติดตามและดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์หรือโมบายแอปพลิเคชัน (3) การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวให้อยู่ได้ตามสภาวะของร่างกาย และ (4) การรับรู้การพยากรณ์ของโรค

## ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษานั้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ทำให้กลุ่มที่ถูกเลือกเข้ามาทำการศึกษาจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า มักจะเป็นผู้ป่วยที่สูงอายุและบางครั้งมีอาการเหนื่อยจึงไม่สามารถบอกเล่าอาการได้ จึงต้องมีญาติเป็นผู้ให้ข้อมูลรอง

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าที่ในยุควิถีใหม่ ผู้วิจัยมีข้อเสนอเพื่อนำผลวิจัยนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านบริหารการพยาบาล ด้านการศึกษาทางการพยาบาล และด้านวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าโดยตรง ซึ่งเป็นการสะท้อนประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้เจอมาด้วยตนเอง และสิ่งที่ตนเองต้องการได้รับการดูแล ดังนั้นผลวิจัยจะสามารถช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเข้าใจผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามากขึ้น และให้การพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งจากผลการวิจัยที่ได้ควรมีการปรับการดูแลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้

1. ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยเป็นสิ่งจำเป็นต่อผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยลดอาการโดดเดี่ยวในการเข้ารับการรักษาได้
2. ควรมีการจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะได้มากขึ้น และลดเวลาในการรอคอยเพื่อพบแพทย์ให้น้อยลง
3. ควรสนับสนุนการติดตามอาการทางโทรศัพท์ให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงและเป็นระบบ และอาจจะตั้งญาติเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับอาการที่จะเกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้

4. การวางแผนล่วงหน้า เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการแย่ลงได้ทุกเมื่อ การบอกผู้ป่วยถึงการดำเนินของโรคจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนล่วงหน้าได้ตามความต้องการของตนเอง

### ด้านบริหารการพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การวางแผนล่วงหน้าเป็นความจำเป็นมากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ดังนั้นการมีผู้ที่มีความสามารถที่จะดูแล ประสานงาน เพื่อให้เกิดการวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็น และ การบริหารอัตรากำลังเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงเป็นส่วนสำคัญ และอาจจะต้องได้รับการพิจารณาเพิ่มเติม

### ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

ปัจจุบันมีการคิดค้นเทคโนโลยีในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มหัวใจล้มเหลวออกมามากมาย แต่การเข้าถึงการรักษาบางอย่างมีข้อจำกัด ดังนั้นผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งการวางแผนล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นยังไม่แพร่หลาย ต่างจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง อาจจะต้องมีการจัดการอบรมเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแล และการวางแผนล่วงหน้าให้กับนักศึกษา และพยาบาลผู้สนใจ เพื่อให้มีความเข้าใจมากขึ้น

### ด้านวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้มีความเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยเพิ่มเติม ดังนี้

1. เรื่องการรับรู้ของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะล้มเหลวระยะก้าวหน้า
2. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า
3. การวางแผนล่วงหน้าที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะต่าง ๆ อย่างไรก็ตามอย่างไรได้บ้าง

### บรรณานุกรม

- จรรยาศรี มีหนองหว้า, และไวยพร พรมงค์. (2562). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการหายใจหอบเหนื่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 36(1), 51-64.
- ชาย โปธิสิตา. (2549). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ณัฐินี ณ เชียงใหม่ และ พีร วงศ์อุปราช. (2563). เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชาวไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(3), 252-65.
- ณัฐพันธ์ รัตนจรัสกุล. (2556). ผลของการปรับยาขับปัสสาวะฟูโรซีไมด์โดยผู้ป่วยเองเปรียบเทียบกับ การให้แพทย์ปรับยาขับปัสสาวะฟูโรซีไมด์ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการบิบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าปกติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่มีการตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, และวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล (บ.ก.). (2553). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงกมล ศรีประเสริฐ. (2018). อำนาจแพทย์และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย. *Thammasat University Journal*, 37(1), 78-95.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, และ เทียมใจ ศิริวัฒนกุล. (2017). กอด: สัมผัสรักพัฒนาการดูแล ผู้สูงอายุ. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 26(3), 1-12.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 1 คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์เพื่อพัฒนาคน องค์กร ชุมชน สังคม*. โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง.
- ธนาพร คุ่มสว่าง. (2020). การจัดการภาวะน้ำเกินและการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 30(3), 213-226.
- นันทวัน มะยะเฉี่ยว. (2552). *ผลของการฟังเพลงธรรมะต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุใน โรงพยาบาล (Doctoral dissertation)*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบ ประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ : Role of Palliative Care Nurses in Tertiary Hospitals. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 26-34.
- นุรดีนี ดือเระ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกันตพร ยอดไชย. (2563). ประสบการณ์ของพยาบาลในการ ดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. *วารสารนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 139-154.

- นริสา สะมาแอ, กิตติกร นิลมานัต, และวราภรณ์ คงสุวรรณ. (2557). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *วารสารนราธิวาสราชานครินทร์*, 6(1), 48-59.
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ, ฤชดา โมเหล็ก, ดารารัตน์ ชูวงศ์อินทร์, เพ็ญพักตร์ กองเมือง, และมาริษา สมบัติบุรณ์. (2563). การพยาบาลในยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูล : Nursing in Data Technology Era. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬารักษ์*, 3(1), 19-39.
- บุญประเสริฐ แสงวิจิตรประชา, และชนิษฐา วรธงชัย. (2020). การศึกษานำร่องเรื่องการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, (1), p562-567.
- ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ท่อรัตนารื่อง (บ.ก.). (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พิมพ์นิท ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และอุไร หักกิต. (2558). ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการ การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4), 57-71.
- ไพโรชญ์, ทังแสน, อารีย์, และนัยพินิจ. (2563). *การกำหนดแนวทางการลดระยะเวลาการรอคอยการให้บริการตรวจโรคทั่วไปของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี*.
- ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร. (2564). การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(6), 755-760
- มาณี ชัยวีระเดช, นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2556). ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(2), 31-46.
- รพีพรรณ อภิรมรัตน์. (2560). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 28(2), 1-16.
- รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์ และ อรินทยา พรหมนิติกุล. (2562). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เรื้อรังแบบบูรณาการ: Comprehensive Heart Failure Management Program*. ไอแอมออร์เทไนเซอร์ แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์, วรรณภา ประไพพานิช, และสุปรีดา มั่นคง. (2559). ความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 27(2), 17-30.
- วาสนา สุวรรณรัมย์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2557). ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 24(1), 1-16.
- วีณา เทียงธรรม. (2547). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 18(1), 70-78.



- วิภาดา ตรงเที่ยง, ยุพิน ถนัดวิชย์, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2021). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(4), 25-37.
- ศากุล ช่างไม้. (2546). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยกรุงเทพคริสเตียน*, 18(1), 42-53.
- สมฤดี ดীনวนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2557). ประสบการณ์ของ สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(2), 52-64.
- สุดารัตน์ ควระพฤกษ์, ธีรนุช ห่านิรติศัย, และสุรีพร ธนศิลป์. (2014). ผลของโปรแกรมการให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วย หายใจ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว. *Nursing Journal*, 41(1), 96-108.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2559). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 12. โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2563). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 25. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข (บ.ก.). (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ไทยฉบับปรับปรุง ปี2557*. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สุรรัตน์ ณ วิเชียร, โรจน์ จินตนาวัฒน์, จักรกริช กล้าผจญ, และภารดี นานาศิลป์. (2018). ผลของ ดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(3), 36-50
- สิริพิมพ์ ชูปาน. (2561). *พยาบาลวิชาชีพ Generation Y: ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล*. *วารสาร พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 1-12.
- เสาวลักษณ์ แก้วกำเนิด. (2537). *พื้นฐานการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)*. ในสารานุกรม โทรคมนาคมไทย. Vol 2537. สมาคมวิชาการไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์คอมพิวเตอร์ โทรคมนาคมและสารสนเทศ <http://www.thaitelecomkm.org/TTE/topic/attach/Telemedicine/index.php>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ. (2563). การ สสำรวจผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 ในช่วงระหว่างวันที่ 27 เมษายน ถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2563. ค้นจาก [19%20Impact%20on%20young%20children.pdf](https://www.ssi.go.th/Uploads/2020/05/19%20Impact%20on%20young%20children.pdf)
- อภิสิทธิ์ สีดำรงวัฒนากุล. (2559). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผิดปกติจากการตรวจสมรรถภาพหัวใจโดยการวิ่งสายพาน ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 35(1), 46-55.
- อนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ธนพร แยมศรี, มนธิดา แสงเรืองเอก, และรุ่งอรุณ ไทวันนัง. (2563). ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่บ้าน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(2), 303-316.

อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์, และวิภาวี คงอินทร. (2554). ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียู ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 41-55.

อรอนงค์ วิชัยคา, และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2560). การปรับเปลี่ยนภาวะผู้นำสำหรับผู้บริหารที่ ทำงานกับพยาบาลยุคสี่จี. *พยาบาลสาร*, 44(3), 183-186.

อัจฉริยา พ่วงแก้ว, พรรณีภา บุญเทียร, ศศิมา ทองสาย, นพวรรณ เจริญยศ, และลลันภัทรา ธนัตถ์ โภคินันท์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก*. 31(1), 179-197.

Atherton, J. J., Sindone, A., Pasquale, C. G., Driscoll, A., MacDonald, P. S., Hopper, I., Kistler, P. M., Briffa, T., Wong J., Abhayaratna, W., Thomas, L., Audehm, R., Branagan, j., & Connell, C. (2018). National heart foundation of australia and cardiac society of australia and new zealand: guidelines for the prevention, detection, and management of heart failure in australia 2018. *heart, lung and circulation*, 27, 1123 – 1208 <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.06.1042>

Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., ... & Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and science in sports and exercise*, 32(9; SUPP/1), S498-S504.

Barclay, S., Momen, S., Case-Upton, S., Kuhn, I. & Smith, E. (2011). End-of-life care conversations with heart failure patients: a systematic literature review and narrative synthesis. *British Journal of General Practice*, e49-e62.

Benner, P. (1994). *Interpretive Phenomenology*. CA: SAGE.

Bridge, D. T. (2008). Curing diseases and healing suffering: Inspiration from

Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the doctor-patient relationship. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(5)

Chinvarakorn, C. (2016). Reduction of Drug Dispensing Time for Out-patients at Somdetphraphutthalertla Hospital. *Journal of Health Science*, 664-672.

Colaizzi, P. (1978). *Psychological research as the Phenomenologist views it*. In *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology* (Valle R. & King M. eds), Oxford University Press.

Connors, A. F., Dawson, N. V., Desbiens, N. A., Fulkerson, W. J., Goldman, L., Knaus, W. A., ... & Wilke, S. M. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for

- outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *The Journal of the American Medical Association*, 274(20), 1591-1598.
- Creutzfeldt, C. J., Schutz, R. E., Zahuranec, D. B., Lutz, B. J., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2021). Family presence for patients with severe acute brain injury and the influence of the COVID-19 pandemic. *Journal of palliative medicine*, 24(5), 743-746.
- Gonzalez-Jaramillo, V., Maessen, M., Luethi, N., Guyer, J., Hunziker, L., Eychmüller, S., & Zambrano, S. C. (2022). Unmet needs in patients with heart failure: The Importance of palliative care in a heart failure clinic. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 1419.
- Hanratty, B., Hibbert, D., Mair, F., May, C., Ward, C., Capewell, S., . . . Corcoran, G. (2002). Doctors' perceptions of palliative care for heart failure: focus group study. *British Medical Journal*, 325(7364), 581-585.  
doi:10.1136/bmj.325.7364.581
- Holloway, I., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative Research for Nurses*. Blackwell Science.
- Hoorn, E. J., & Zietse, R. (2017). Diagnosis and treatment of hyponatremia: compilation of the guidelines. *Journal of the American Society of Nephrology*, 28(5), 1340-1349.
- Hopp, F. P., Thornton, N., & Martin, L. (2010). The Lived Experience of Heart Failure at the End of Life: A Systematic Literature Review. *Health & Social Work*, 35, 109-117.
- Hopp, F. P., Zalenski, R. J., Waselewsky, D., Burn, J., Camp, J., Welch, R. D., & Levy, P. (2016). Results of a Hospital-Based Palliative Care Intervention for Patients With an Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure. *The Journal of Cardiac Failure*, 22(12), 1033- 1036. doi:10.1016/j.cardfail.2016.04.004
- Huang, J., Yuan, X., Zhang, N., Qiu, H., & Chen, X. (2021). Music therapy in adults with COPD. *Respiratory Care*, 66(3), 501-509.
- Husserl, E. (1965). *Phenomenology and the Crisis of Philosophy* (Lauer Q. trans.). Harper & Row.
- Jones, C. D., Holmes, G. M., Dewalt, D. A., Erman, B., Broucksou, K., Hawk, V., ... & Pignone, M. (2012). Is adherence to weight monitoring or weight-based diuretic self-adjustment associated with fewer heart failure-related emergency

- department visits or hospitalizations?. *Journal of cardiac failure*, 18(7), 576-584.
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and critical care nursing*, 28(1), 6-15.
- Kaewyok, T., Wongpiriyayotha A, Nantsupawat, W. Effects of self-management program on symptom of dyspnea and functional capacity of persons with congestive heart failure. *Journal Nursing Health Care* 2011. 29(2):35-40.
- Kimani, K. N., Murray, S.A. & Grant, L. (2018). Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: a serial interview study. *BMC Palliative Care*, 17,28. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0284-6>
- Kite, S. (2006). Palliative care for older people. *Age Ageing*, 35(5), 459-460.
- Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J., & Schneider, N. (2015). Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life. *BMC geriatrics*, 15(1), 1-11.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 827-836.
- Koch, T. (1996). Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: philosophy, rigour and representation. *Journal of advanced nursing*, 24, 174-184.
- Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. MacMillian Publishing.
- Lazarus, R. S. (1969). *Patterns of adjustment and human effectiveness*.
- Liang, Z., Xu, M., Liu, G., Zhou, Y., & Howard, P. (2022). Patient-centred care and patient autonomy: doctors' views in Chinese hospitals. *BMC medical ethics*, 23(1), 1-12.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1989). Ethics: The failure of positivist science. *The Review of Higher Education*, 12(3), 221-240.
- Lynn, J., & Adamson, D. M. (2003). *Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Rand Corp Santa Monica CA.
- Meer, P. V., Gaggin, H, K., & Dec G. W. (2019). ACC/AHA Versus ESC Guidelines on Heart Failure JACC Guideline Comparison. *Journal Of The American College Of Cardiology*, 73(21), 2756-2768. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.478>
- Omery, A. (1983). Phenomenology: a method for nursing research. *Advanced Nursing Science*, 5, 49-63.

- Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing science quarterly*, 24(1), 35-41.
- Ponikowsk, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, G. F., Coats J. S., Falk, V., Juanatey, J., Harjola, V., Jankowska, E.A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, A. T., Pieske, B., Riley, P. J., Rosano M. C., Ruilope, L. M., Ruschitzka, F., Rutten, F. H., & Meer, P. V. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37, 2129–2200 doi:10.1093/eurheartj/ehw128
- Phrommintikul, A., Buakhamsri, A., Janwanishstaporn, S., Sanguanwong, S., & Suvachittanont, N. (2019). Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart Failure Guideline: Acute Heart Failure. *Journal Of The Medicine Association Of Thailand*, 102(3), 373-379.
- Rerkluenrit, J., Panpakdee, O., Malathum, P., Sandelowski, M., & Tanomsup, S. (2009). Self-care among Thai people with heart failure. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 13(1), 43-54.
- Rich, M. W., Beckham, V., Wittenberg, C., Leven, C. L., Freedland, K. E., & Carney, R. M. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *The New England journal of medicine*, 333(18), 1190–1195. <https://doi.org/10.1056/NEJM199511023331806>
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient–doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patient’s perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561).
- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., ... & Pinsky, M. R. (2002). Patients’ recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical care medicine*, 30(4), 746- 752.
- Ryandini, F. R. (2020). Family Support and Coping Mechanism in Congestive Heart Failure Patient. *Health Science Journal*, 14(6), 0-0.
- Sizoo, E. M., Monnier, A. A., Bloemen, M., Hertogh, C. M., & Smalbrugge, M. (2020). Dilemmas with restrictive visiting policies in Dutch nursing homes during the COVID-19 pandemic: a qualitative analysis of an open-ended questionnaire with elderly care physicians. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1774-1781.

- Schwandt, T. A. (2001). *Dictionary of qualitative inquiry*. CA: Sage.
- Schichtel, M., Wee, B., Perera, R., & Onakpoya, I. (2020). The effect of advance care planning on heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 35(3), 874-884.
- Somsiri, V., Asdornwised, U., O'Connor, M., Suwanugsorn, S., & Chansatitporn, N. (2021). Effects of a transitional telehealth program on functional status, rehospitalization, and satisfaction with care in Thai patients with heart failure. *Home Health Care Management & Practice*, 33(2), 72-80.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic Imperative* (2<sup>rd</sup> ed.). Lippincott.
- Van, M. M. (1990). *Researching lived experience : Human science for an action sensitive Pedagogy*. The Althouse press.
- Zhao, Q., Zhang, J., Ye, Y., Chen, C., & Fan, X. (2022). Experiences of disease adaptation in patients with heart failure: A qualitative study. *Clinical Nursing Research*, 10547738221082208.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์	ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์ นายแพทย์สิริชัย ชีวธนากรณกุล	หน่วยโรคหัวใจ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นางสาวสุนันทา สกุลดี	พยาบาลชำนาญการ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ (CCU) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



## ภาคผนวก ข

## แบบเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

แบบเก็บข้อมูลนี้ใช้เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

## ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
3. การวินิจฉัยโรค.....
4. ค่าการบีบตัวของหัวใจ (EF).....
5. ระดับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) ไม่ได้รับการศึกษา
6. สติธิการรักษา ( ) ชำรษาการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) ประกันสังคม ( ) ประกันสุขภาพ ( ) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) อื่น ๆ .....
7. อาชีพ .....
8. อาศัยอยู่กับใคร/ใครเป็นผู้ดูแลหลัก.....
9. งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำเมื่ออยู่ที่บ้าน.....
10. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกี่ครั้งแต่ละครั้งนานกี่วัน.....
11. เริ่มเข้ารับการรักษารั้งแรก พ.ศ. ....
12. เคยผ่านการการรักษาแบบใดบ้าง ( ) ใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าไม่เคยใช้ออกซิเจนแบบใด..... ( ) ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ( ) กดขนาดหัวใจ/ช็อคไฟฟ้าหัวใจมาแล้ว ( ) ใส่เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ( ) ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต/ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ( ) ใส่เครื่องเครื่องพุงการทำงานของหัวใจ

## ภาคผนวก ค

## ตาราง 4

แสดงตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการวิจัย

คำถามการวิจัย	คำถามที่ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วย	คำถามที่ใช้สำหรับสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย
บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะก้าวหน้ามีประสบการณ์ ความเจ็บป่วย การจัดการ และ ความต้องการการดูแลในยุกวิถีนีใหม่อย่างไร		
1. บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุกวิถีนีใหม่มีความรู้สึกกับความเจ็บป่วยอย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คุณทราบไหมคะว่าป่วยเป็นโรคอะไร แล้วตอนนี้อาการของคุณเป็นอย่างไรบ้าง</li> <li>- คุณมีความคิดอย่างไรกับ โรค อาการ และการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวของคุณบ้าง</li> <li>- คุณรู้สึกอย่างไรกับการเจ็บป่วยนี้</li> <li>- โรคหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบต่อคุณและครอบครัวอย่างไร</li> <li>- คุณมีการวางแผนเกี่ยวกับการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวของคุณบ้างไหม</li> <li>- คุณมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแบบเดียวกับคุณอย่างไรบ้าง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คุณทราบอาการของผู้ป่วยว่าอย่างไรบ้างคะ</li> <li>- ผู้ป่วยมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง เมื่อป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลว</li> <li>- โรคหัวใจล้มเหลวที่ผู้ป่วยเป็นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร</li> </ul>
2. บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คุณมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคหัวใจล้มเหลวอย่างไร หลังจากทำเช่นนั้นแล้ว ได้ผลลัพธ์อย่างไร และวางแผนจะทำอย่างไรต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาจากโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอย่างไร ผลเป็นอย่างไร มีคน/อะไรคอยให้การช่วยเหลืออยู่หรือไม่</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีใครหรืออะไรที่คอยช่วยเหลือคุณบ้าง ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคหัวใจล้มเหลว</li> </ul>	
3. บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าได้รับผลกระทบจากการดูแลในยુควิถีใหม่อย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วงที่มีโควิด 19 คุณได้รับผลกระทบอย่างไรบ้าง</li> <li>- คุณรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้น</li> <li>- คุณมีวิธีการจัดการกับผลกระทบอย่างไร หลังจากทำเช่นนั้นแล้วได้ผลอย่างไร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วงที่มีโควิด 19 คุณได้รับผลกระทบอย่างไรบ้าง</li> </ul>
4. บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้ามีความต้องการการดูแลในยุควิถีใหม่อย่างไร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ในช่วงที่มีโควิด 19 คุณได้รับการติดตามอาการด้วยวิธีใดบ้าง แล้วคุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับการสื่อสารด้วยวิธีดังกล่าว</li> <li>- คุณอยากได้การดูแลหรือการช่วยเหลืออย่างไรบ้างในช่วงสถานการณ์โควิด 19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ช่วงโควิด 19 มีความแตกต่างจากปกติอย่างไร ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง</li> <li>- คุณอยากได้การดูแลหรือการช่วยเหลืออย่างไรบ้างในช่วงสถานการณ์โควิด 19</li> </ul>

ภาคผนวก ง  
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
(เพื่อประกอบการตัดสินใจ)**

**ชื่อโครงการวิจัย :** ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

**ผู้วิจัยหลัก :** นางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**สังกัด :** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**แหล่งทุนวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย :** -

ก่อนที่ท่านจะลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมร่วมวิจัย ท่านควรได้รับทราบว่

- โครงการนี้เป็นโครงการวิจัย ไม่ใช่ การรักษาตามปกติ
- การเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ท่านสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่าน ไม่จำเป็น จะต้องเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้
- นักวิจัยขอความยินยอมต้องให้ ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่ท่านจะเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย
- ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัยได้ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมแก่ท่านและตอบข้อซักถามจนท่านเข้าใจ
- หากท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้แล้ว ท่านยังคงสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ท่านพึงได้รับตามสิทธิ

**บทนำส่วนต้นสรุปสาระหลักของโครงการวิจัย**

ข้าพเจ้านางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วย การจัดการ และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการสัมภาษณ์บุคคลที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่วิจัยการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วย การจัดการ และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ โดยการสัมภาษณ์จะเป็นการสัมภาษณ์ผ่านระบบวิดีโอ เพื่อให้ผู้วิจัยจะสามารถสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลง และความคิดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ได้ การสัมภาษณ์อาจจะใช้เวลา 30 - 45 นาที โดยประมาณ และอาจจะทำการสัมภาษณ์ 2- 3 ครั้ง เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการวิจัยด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยได้ผ่านกระบวนการทบทวนเนื้อหาทางวิชาการและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ทั้งแพทย์และพยาบาล ว่าสามารถทำการศึกษได้โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย การศึกษานี้จะทำการศึกษาจากบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้าจำนวน 10 – 12 คน โดยประมาณ ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยจะทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้า ที่ได้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แล้วอาการดีขึ้นจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลสามารถเข้าใจบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น สามารถวางแผนการพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในกลุ่มโรคได้ดีมากยิ่งขึ้น และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าจะได้รับการพยาบาลตามความต้องการในอนาคต การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาของผู้ป่วย การรักษายังคงเป็นไปตามความคิดเห็นของแพทย์ มิได้มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาผู้ป่วยแต่อย่างใด และผลวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าต่อไป

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม อาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ท่านสามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมได้ตามความสมัครใจและท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด **ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ ซึ่งจะช่วยให้ท่านรับทราบสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาหรือสิทธิที่ท่านพึงมี

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น ความรุนแรงของโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยกระตุ้น ซึ่งหากกำจัดปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้

ชีวิตประจำวันได้ ดังนั้น การติดตามอาการ และควบคุมปัจจัยกระตุ้นเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมปัจจัยการเกิดโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาเพื่อควบคุมอาการ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สถานพยาบาลมีมาตรการลดความแออัดของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้การติดตามการรักษาทำได้ยากกว่าก่อนเกิดสถานการณ์

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วย การจัดการ และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ เพื่อให้เข้าใจบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าได้ดียิ่งขึ้น และนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

การวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 10 – 12 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อายุมากกว่า 18 ปี
2. เป็นบุคคลที่เข้าเกณฑ์เป็นบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าตามนิยามศัพท์
3. มีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถใช้โปรแกรมคุยผ่านทางวิดีโอได้ โดยไม่มีปัญหาด้านเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต (Internet) เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตอาการเหนื่อยล้า หรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล
4. สามารถสื่อสารได้ดี และมีความสามารถในการใช้โปรแกรมที่สามารถคุยผ่านวิดีโอได้
5. มีญาติอยู่ใกล้ ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลเมื่อเกิดความผิดปกติได้
6. มีการรับรู้ปกติ ซึ่งนักวิจัยจะทดสอบท่านโดยใช้แบบสอบถามภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
7. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษาความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วย การจัดการ และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย

#### ขั้นตอนการวิจัย

1. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการโทรศัพท์นัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์รายบุคคลทางโทรศัพท์ การสัมภาษณ์จะเริ่มเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมและอยู่ในบรรยากาศที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว โดยเริ่มจากการพูดคุยเรื่องทั่วไปให้ผู้ป่วยมีความผ่อนคลาย ค้นเคยกับผู้สัมภาษณ์ และลด

ความเครียดก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ จากนั้นจึงใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการสัมภาษณ์ ใช้เทคนิคการฟัง การสะท้อนกลับ การยกตัวอย่าง เทคนิคการสรุปและการเจาะลึกประเด็นคำถามที่ยังไม่ชัดเจน การสัมภาษณ์แต่ละครั้งคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะกำหนดจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ทำได้ในชีวิตประจำวันเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเหนื่อยเกินไปในการสัมภาษณ์ และในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะมีการบันทึกเสียง และจดข้อมูลในการสนทนา โดยมีการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง กรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจะมีการโทรศัพท์เพื่อนัดหมายก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอาจจำเป็นต้องสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง หรือจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว

โดยผู้ให้ข้อมูลจะมีหน้าที่ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้อย่างอิสระตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล หากมีคำถามในการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งกับผู้วิจัยได้โดยผู้วิจัยจะไม่ถามคำถามนั้นต่อ และหากผู้ให้ข้อมูลมีอาการผิดปกติระหว่างการสัมภาษณ์ให้แจ้งกับผู้วิจัย เพื่อความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์และให้ญาติทำการช่วยเหลือเบื้องต้น ดังนั้นระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลต้องมีญาติอยู่ใกล้ ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยทำการถอดเทปการบันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งในลักษณะคำต่อคำที่เกิดจากการสัมภาษณ์ อ่านข้อความทั้งหมดอีกครั้ง จับประเด็นสำคัญ ทำสัญลักษณ์ในข้อความที่มีความสำคัญและความคล้ายคลึงกับข้อมูลที่เกิดขึ้น ความไม่สมบูรณ์ของเนื้อหาเพื่อวางแผนในการสัมภาษณ์ซ้ำในครั้งถัดไป จนมีข้อมูลเพียงพอและข้อมูลที่ไต่มีความอิ่มตัวจึงสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้สรุปความเสี่ยงและประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยไว้ ดังนี้

**ความเสี่ยงและความไม่สะดวกสบายจากการเข้าร่วมการวิจัยและวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้**  
**หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

ระหว่างการสัมภาษณ์อาจมีความไม่สะดวกสบายจากการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยของแจ้งรายละเอียด ดังนี้

1. ใช้วิธีสัมภาษณ์ผ่านวิดีโอและให้มีญาติอยู่ใกล้ขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้วิจัยจะสามารถมองเห็นผู้ให้ข้อมูลว่าระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลมีความผิดปกติใดบ้าง หากมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ให้ข้อมูลจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างทันที่
2. ขณะสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหนื่อย ผู้วิจัยจะให้ผู้ให้ข้อมูลหยุดพักและหากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลต่อได้ก็จะหยุดการสนทนาไว้ก่อนและคอยนัดการสัมภาษณ์ใหม่ในครั้งถัดไป
3. หากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจ เครียด อึดอัด เศร้า ผู้วิจัยจะหยุดถามคำถามทันที และหาวิธีที่จะสามารถช่วยผ่อนคลายจิตใจผู้ให้ข้อมูลให้ดีขึ้น รวมทั้งเสนอให้หยุดการให้สัมภาษณ์ครั้งนี้หากผู้ให้ข้อมูลต้องการ

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย**

- ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยนี้ แต่องค์ความรู้ที่ได้จะถูกนำไปพัฒนาการรักษาผู้ป่วยที่มีความใกล้เคียงกับท่านในอนาคต

ทั้งนี้ หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านยังคงได้รับการดูแลรักษาตามปกติ โดยการรักษา ยังคงเป็นไปตามความคิดเห็นของแพทย์ มิได้มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาผู้ป่วยแต่อย่างใด และเมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ท่านมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อที่ท่านต้องการ โดยจะไม่มีผลต่อการดูแลหรือการรักษาของแพทย์แต่อย่างใด

หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยนี้ แต่องค์ความรู้ที่ได้ จะถูกนำไปพัฒนาการรักษาผู้ป่วยที่มีความใกล้เคียงกับท่านในอนาคต

ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคน ระดับสากลและพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 การเผยแพร่ผลการวิจัยในการประชุมวิชาการหรือในวารสารวิชาการจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ หากข้อมูลบางส่วนจะมีการนำไปลงในระบบฐานข้อมูลที่วารสารวิชาการกำหนด เพื่อแบ่งปันให้นักวิจัยอื่นได้ทราบ ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ อย่างไรก็ตาม อาจมีบุคคลบางกลุ่มที่ขอเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้ประสานงานวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากสถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และขั้นตอนการวิจัย

**ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย แต่ท่านจะได้รับค่าเสียเวลา จำนวน 200 บาท ซึ่งผู้วิจัยจะจ่ายให้ท่านด้วยวิธีการโอนผ่านธนาคารหรือระบบธนาคารออนไลน์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ในวันที่สัมภาษณ์ท่านครั้งแรกเสร็จสิ้นแล้ว ส่วนการสัมภาษณ์ครั้งถัดไปเป็นการสัมภาษณ์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมผู้วิจัยไม่ได้มีค่าเสียเวลาให้**

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือความปลอดภัยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง หรือติดต่อได้ที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ รพ.สงขลานครินทร์ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ นางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง สถานที่ติดต่อ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ รพ.สงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 090-2293410 E-mail 6310420056@email.psu.ac.th

**บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม แจ้งผลข้างเคียงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์**

1. นางสาวรัตนภรณ์ สังข์ทอง สถานที่ติดต่อ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ รพ.สงขลานครินทร์  
โทรศัพท์ 090-2293410 E-mail 6310420056@email.psu.ac.th



หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่าน สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้มั่นใจว่า สิทธิ ความเป็นส่วนตัว และความเป็นอยู่ที่ดีของท่าน ได้รับความคุ้มครองตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคนระดับสากล

- **อาสาสมัครโปรดให้ความสำคัญ**
- ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ 1 ชุด ท่านควรเก็บไว้กับตัวเพื่อเป็นหลักฐานและอ่านเมื่อมีข้อสงสัย
- ส่วนทำหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ จะต้อง มี 1) ลายมือชื่อของท่าน 2) ลายมือชื่อนักวิจัยที่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการ และ 3) วันที่ที่ลงนาม ซึ่งท่านต้องเป็นผู้ลงวันที่ด้วยตนเอง

#### หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง ประสพการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว และได้มีโอกาสซักถามและได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลในเอกสารให้ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการวิจัยนี้

ข้าพเจ้ารับทราบที่ข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้โดยอิสระ และระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้ายังสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา หรือสิทธิที่ข้าพเจ้าพึงมี

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย และหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมไว้จำนวน 1 ชุด

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

.....(กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกแต่พึงเข้าใจ).....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในหนังสือนี้ด้วยความเต็มใจ



ลงนาม/พิมพ์ลายนิ้วมือผู้เข้าร่วมการวิจัย \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

ลายมือชื่อผู้ขอความยินยอม \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

คำรับรองของพยานผู้ไม่มีส่วนได้เสียกับการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อยู่ร่วมในกระบวนการขอความยินยอมและยืนยันว่า ผู้ขอความยินยอมได้อ่าน/อธิบาย เอกสารข้อมูลให้แก่ \_\_\_\_\_ ซึ่งผู้มีชื่อข้างต้นมีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ หลังจากรับทราบข้อมูลที่มีอยู่ตรงตามที่ปรากฏในเอกสารนี้แล้ว

ลายมือชื่อพยาน \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

พยานคนที่ 1

ลายมือชื่อพยาน \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

พยานคนที่ 2

## ภาคผนวก จ

## การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (คำพูด ที่จะชี้แจงรายละเอียดโครงการ (ในทางปฏิบัติ) กับอาสาสมัครทางโทรศัพท์)

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวรัตนารณณ์ สังข์ทอง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายของประสบการณ์ความเจ็บป่วย การจัดการ และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจะทำการสัมภาษณ์บุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าที่เคยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย CCU รพ.มอ. จะเป็นการสัมภาษณ์ผ่านระบบวิดีโอ เพื่อให้ผู้วิจัยจะสามารถสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลง และความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ได้ การสัมภาษณ์อาจจะใช้เวลา 30 - 45 นาที โดยประมาณ และอาจจะทำการสัมภาษณ์ 2- 3 ครั้ง เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะมีหน้าที่ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้อย่างอิสระตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล หากมีคำถามในการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งกับผู้วิจัยได้ โดยผู้วิจัยจะไม่ถามคำถามนั้นต่อ และหากผู้ให้ข้อมูลมีอาการผิดปกติระหว่างการสัมภาษณ์ให้แจ้งกับผู้วิจัย เพื่อความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์และให้ญาติทำการช่วยเหลือเบื้องต้น ดังนั้นระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลต้องมีญาติอยู่ใกล้ ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งท่านสามารถยินยอมเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมได้ตามความสมัครใจของท่าน ท่านยังคงได้รับการดูแลรักษาตามปกติ โดยการรักษายังคงเป็นไปตามความคิดเห็นของแพทย์ มิได้มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาผู้ป่วยแต่อย่างใด และเมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ท่านมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ทุกเมื่อที่ท่านต้องการ โดยจะไม่มีผลต่อการดูแลหรือการรักษาของแพทย์แต่อย่างใด หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยนี้ แต่องค์ความรู้ที่ได้จะถูกนำไปพัฒนาการรักษาผู้ป่วยที่มีความใกล้เคียงกับท่านในอนาคต ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคน หากเข้าร่วมวิจัยท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย แต่ท่านจะได้รับค่าเดินทาง (หรือค่าเสียเวลา) จำนวน 200 บาท โดยจะจ่ายให้ท่านด้วยวิธีการโอนผ่านระบบธนาคารหรือระบบธนาคารออนไลน์ ในวันที่สัมภาษณ์ท่านเสร็จสิ้นแล้ว

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือความปลอดภัยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง หรือติดต่อได้ที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ รพ.สงขลานครินทร์ หรือโทรศัพท์ 090-2293410

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่าน สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157

ท่านมีข้อสงสัยที่จะสอบถามจากผู้วิจัยเพิ่มเติมหรือไม่ หากไม่มีข้อสงสัยเพิ่มเติมและท่าน  
ยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ท่านกล่าวแสดงคำยินยอม เพื่อให้ผู้วิจัยได้เริ่มทำการสัมภาษณ์ต่อไป

ภาคผนวก ฉ

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หนังสือรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ : REC.65-032-19-9

ชื่อโครงการ : ประสพการณ์ความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ  
ก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ (Illness Experiences and Care Needs Among Persons with  
Advanced-Stage Heart Failure in the Era of New Normal)

ผู้วิจัยหลัก : รัตนาภรณ์ สังข์ทอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ร่วมวิจัย : วราภรณ์ คงสุวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชวลีพร พรหมพาหุกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 3.0 ฉบับวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565
2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เวอร์ชัน 3.0 ฉบับวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565
3. เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และเอกสารแสดงเจตนายินยอมของอาสาสมัคร เวอร์ชัน 3.0 ฉบับวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565
4. แบบเก็บข้อมูล เวอร์ชัน 2.0 ฉบับวันที่ 27 กันยายน 2564
5. Script ชี้แจงรายละเอียดโครงการให้กับอาสาสมัครทางโทรศัพท์ เวอร์ชัน 1.0 ฉบับวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565
6. ประวัติผู้วิจัยและหลักฐานการอบรมจริยธรรมการวิจัย

ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยยึดหลักจริยธรรมของประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทาง

การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice) โดยบรรจวาระในการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ครั้งที่ 9/2565 วาระที่ 3.4 ขอให้นักวิจัยรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย ทุก 12 เดือน และยื่นต่ออายุก่อนถึงวันหมดอายุอย่างน้อย 30 วัน



ลงชื่อ

(รศ.นพ.บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับรอง : 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

หมดอายุ : 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
15 ถนนกาญจนวนิชย์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา  
90110  
โทรศัพท์ 074451149, 074451157  
โทรสาร 074212900

Ref no. hGWV-Vcos-TBUP-8I4มอ  
351.7.2/ec.2314

ภาคผนวก ข  
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

ตาราง 5

แสดงตารางวิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้สึกต่อความเจ็บป่วยในยิววิถีใหม่แบ่ง ออกเป็น 4 ลักษณะ คือ 1.ความเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยว 2. ความเจ็บป่วยที่มอบให้แพทย์ตัดสินใจ 3. ความเจ็บป่วยที่ต้องยอมทนกับความทรมานเพื่อให้มีชีวิตต่อ 4. ความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับอาการขึ้นลงของอาการ โดยสามารถสรุปตารางการวิเคราะห์ของโคไลซี ได้ดังนี้

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล	ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล
1. อ่านบทสัมภาษณ์ ที่ถอดความแล้วหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง	- อ่านบทสัมภาษณ์หลายครั้ง และนำบทสัมภาษณ์ส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาช่วยอ่าน
2. ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้เพื่อค้นหาสำคัญของเนื้อเรื่อง	- ตอนมานอนโรงพยาบาลเป็นช่วงโควิดตีสองไม่ได้เจอญาติเลย ก็เหงาและอยู่คนเดียว อยากเจอแต่ด้วยสถานการณ์โควิด เจอไม่ได้ก็ไม่รู้จะทำยังไง พยาบาลให้วีดีโอคอลคุยกับภรรยา ก็ดีขึ้นรู้สึกมีกำลังใจในการรักษา ถ้าได้เจอน่าจะดีกว่า ถ้าเจอไม่ได้ได้เห็นหน้าก็โอเค นอกจากนี้คิดว่าบางอย่างถ้าญาติมาช่วยทำก็น่าจะดี โดยเฉพาะกิจกรรมส่วนตัวบางอย่างบางทีก็เงิน (6-1P3L82-88) - อยู่โรงพยาบาลทำอะไรไม่ได้เลย คุณพ่อ คุณแม่ แฟน ลูก ไม่ได้เจอใครสักคนเลย มันรู้สึกโดดเดี่ยวมากๆ เหมือนอยู่คนเดียว เพราะเราไม่รู้จักใครสักคน เวลาใครมาทำอะไรกับเราเราก็เงิน ไม่อยากให้คนอื่นมาทำอะไรกับร่างกายเรามันไม่คุ้มค่ะ แต่พออยู่ไปนานๆ ก็เริ่มเข้าใจและยอมรับได้มากขึ้น (9-1P2L40-45) - แล้วช่วงที่ผ่านมาที่มานอนโรงพยาบาลตอนนั้นไม่ได้เจอญาติเลยแต่ดีหน่อยที่มีโทรศัพท์ ได้วีดีโอคอลคุยกับแม่กับแฟน ก็รู้สึกดีกว่าที่ไม่ได้คุยเลยคะ แต่ถ้าได้เจอตัวเป็นๆ ก็น่าจะดีกว่า แต่ก็เข้าใจนะว่าช่วงนี้โควิดการเจอกันคงทำได้ยาก (9-2P1L19-20) - ญาติคนอื่นไม่ได้เจอเลย ... เพราะเขาไม่อนุญาตให้เฝ้า ก็รู้สึกเหงานิดหน่อยก็อยากจะได้เจอ อยากให้มีญาติอยู่ใกล้ๆด้วย จะ

	<p>ได้ช่วยดูแลเรื่องกิจกรรมบางอย่าง เช่น เรื่องการขับถ่าย ตอนนั้นอยู่โรงพยาบาลเขาไม่ให้เดินไปไหนเลย ขับถ่ายก็ต้องทำที่เตียง แล้วผมก็ไม่สามารถถ่ายได้ มันไม่คุ้นเคย อีกอย่างเกรงใจพยาบาลด้วยที่ต้องมาทำอะไรพวกนี้ให้ ผมเลยท้องผูกกลับบ้านมาก็ไม่ถ่าย ผมต้องกินขมิ้นชันอยู่พักหนึ่งกว่าจะขับถ่ายได้ปกติ แล้วพอท้องผูกผมก็ไม่ค่อยอยากกิน กินไม่ได้ แล้วก็กลัวด้วยว่ากินแล้วจะถ่าย ตอนนั้นก็เลยมีอาการแน่นท้องอยู่ตลอดเวลา แต่ตอนนี้หายแล้วพอลกลับมาอยู่บ้าน เรื่องกิจกรรมทั้งหมดเลย ปกติเราเคยทำเอง อาบน้ำ เช็ดตัวอะไรพวกนี้แหละ พอให้พยาบาลมาทำให้ก็รู้สึกเขินๆ อยากให้คนใกล้ตัวทำให้มากกว่า (11-1P1L31-38)</p>
<p>3. ทำความเข้าใจตามนัยสำคัญของเนื้อหา</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลุงไม่ได้เจอญาติเลย ก็เหงาและอยู่คนเดียว</li> <li>- ถ้าได้เจอน่าจะดีกว่า ถ้าเจอไม่ได้ได้เห็นหน้าก็โอเค</li> <li>- ทำอะไรไม่ได้เลย คุณพ่อ คุณแม่ แฟน ลูก ไม่ได้เจอใครสักคนเลย มันรู้สึกโดดเดี่ยวมากๆ</li> <li>- ไม่อยากให้คนอื่นมาทำอะไรกับร่างกายเรามันไม่คุ้น</li> <li>- ไม่ได้เจอญาติเลย...ถ้าได้เจอตัวเป็นๆ ก็น่าจะดีกว่า</li> <li>- ญาติคนอื่นไม่ได้เจอเลย ... เพราะเขาไม่อนุญาตให้เฝ้า ก็รู้สึกเหงานิดหน่อยก็อยากจะได้เจอ</li> <li>- เกรงใจพยาบาลด้วยที่ต้องมาทำอะไรพวกนี้ให้</li> <li>- พอให้พยาบาลมาทำให้ก็รู้สึกเขินๆ</li> </ul>
<p>4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลัก</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้สึกเหงา</li> <li>- รู้สึกโดดเดี่ยว</li> <li>- รู้สึกไม่คุ้นเคย</li> <li>- รู้สึกไม่ยอมให้คนแปลกหน้ามาช่วยในการทำกิจกรรมส่วนตัว</li> </ul>
<p>5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างถี่ถ้วน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้สึกเหงาและรู้สึกโดดเดี่ยว ให้ความหมายคล้ายกันที่เกิดจากการไม่ได้เจอญาติ แต่รู้สึกโดดเดี่ยวให้ความรู้สึกที่ลึกซึ้งมากกว่า อาจจะเกิดจากการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว หรือการต้องเผชิญกับอาการของโรคเพียงลำพัง</li> <li>- รู้สึกไม่คุ้นเคย อาจเกิดขึ้นได้จากหลายส่วน แต่ยังไม่สามารถอธิบายถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนมากพอ</li> <li>- รู้สึกไม่ยอมให้คนแปลกหน้ามาช่วยในการทำกิจกรรมส่วนตัว อาจจะเกิดขึ้นได้กับสถานการณ์ที่หลากหลาย</li> </ul>



<p>6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยัง กำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะ เป็นไปได้</p>	<p>จากการพูดคุยกันหลายครั้งพบว่า “ความเจ็บป่วยที่โดดเดี่ยว” ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงความรู้สึกที่ประสบในขณะที่ได้รับการ การรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อรักษาอาการของภาวะหัวใจ ล้มเหลว โดยสะท้อนความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว เนื่องจากใน หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ วิกฤต จึงต้องจำกัดการเข้าเยี่ยมของญาติ ทำให้ในช่วงระยะ การรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นบุคคลที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะก้าวหน้ำรับรู้ว่ตนเองต้องอยู่โรงพยาบาลเพียงลำพัง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านขณะเข้ารับการรักษามีอาการ หอบเหนื่อยจากภาวะน้ำเกิน บางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ จึงมีข้อจำกัดในการทำ กิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง พยาบาลจึงเป็นผู้ช่วยเหลือให้ ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการอาบน้ำ หรือการเปลี่ยนถ่าย ซึ่งผู้ให้ ข้อมูลหลายท่านรู้สึกว่เป็นกิจกรรมส่วนตัวที่อยากให้อาญาติ ช่วยเหลือ ดังนั้นการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยจึงสะท้อน ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลว่เป็นความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว แม้ว่าทางหอผู้ป่วยมีการสนับสนุนวีดีโอคอลกับ ญาติ</p>
<p>7. นำข้อค้นพบที่ได้จาก การศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง</p>	<p>โทรไปเล่าข้อสรุปให้กับผู้ให้ข้อมูลฟัง ผู้ให้ข้อมูลรับทราบและ เห็นด้วยกับข้อสรุปดังกล่าว</p>

### ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล : นางสาวรัตนารณ์ สังข์ทอง

รหัสนักศึกษา : 6310420056

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2554

การอบรมเพิ่มเติม : พยาบาลเฉพาะทาง หลักสูตร พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2561

#### ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการ ปฏิบัติงานหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา (2560 – 2565)

ปฏิบัติงานหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา (2554 – 2560)

ความสนใจ : critical care, heart disease, end of life care

#### บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร proceeding

รัตนารณ์ สังข์ทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และชุลีพร พรหมพาหกุล. (2565). การจัดการอาการ หอบเหนื่อยตามประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่. ใน สำเนา เสาวกุล (บ.ก.). วิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ BCG. การประชุมวิชาการระดับชาติ ราชชมงคลสุรินทร์ ครั้งที่ 13. (A346-A-358).

#### ประสบการณ์นำเสนอผลงาน

- นำเสนอผลงาน oral presentation เรื่องพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ในมหกรรมนวัตกรรมนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รางวัลชนะเลิศ ในระดับหลักสูตรมหาบัณฑิต)
- นำเสนอ poster presentation เรื่อง Non - pharmacological interventions for delirium prevention in critically ill adute patients literature review ใน international conference “Enhancing continuity of care through the science and art in nursing and midwifery” ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ มอ. วันที่ 7- 8 ตุลาคม 2565

3. นำเสนอผลงาน oral presentation เรื่องการจัดการอาการหอบเหนื่อยตามประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าในยุควิถีใหม่ ในการประชุมวิชาการระดับชาติราชชมงคล สุรินทร์ ครั้งที่ ๑๓ หัวข้อ “วิจัย และ นวัตกรรม เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ BCG” “Research and Innovation for BCG Development” ระหว่างวันที่ ๑๗ – ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานวิทยาเขตสุรินทร์ ในรูปแบบ Hybrid Conference.