

“ผมจะดูแลไม่ให้เค้ากินพวกของต้องห้าม ห้ามกินนะครับ มีของที่มีกาเฟอีน พวกกาแฟ พวกน้ำอัดลม แล้วก็เค้าก็ชอบนมเปรี้ยวก็ต้องดูนมเปรี้ยวด้วยว่าต้องเป็นนมไขมันต่ำ ผงชูรสก็ห้ามกินบ่อยๆ ระวังห้ามกินเยอะ เพราะว่าจะมีผลกับยาที่เค้าใช้อยู่ สังเกตบางทีผัดเผ็ด จะมีใส่ข่าตะไคร้ใบมะกรูด ขิง กระชาย อันนี้ถ้าเค้ากินมากมีอาการเลยใจสั่นเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 ชายไทย อายุ 32 ปี)

2.3 การดูแลทางใจ เป็นการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลได้ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ภายใต้สภาพการแห่งความเจ็บป่วย โดยการสร้างกำลังใจ และการช่วยให้รู้สึกสงบ ดังนี้

2.3.1 การสร้างกำลังใจ เป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย เพื่อปรับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้ต้องเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยเพียงลำพังด้วยการแสดงออกทางคำพูด และการกระทำ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็คือให้แม่แบบสบายใจ คือให้แม่แบบไม่มีทุกข้ออะไรอย่างนี้ คือเอาหลานมาอยู่ด้วย จะได้มีกำลังใจอะไรมากขึ้น แรกเห็นหน้าเราก็คือใจ มีลูกมาอยู่ด้วย เหมือนไม่มีใครทอดทิ้ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 หญิงไทย อายุ 32 ปี)

2.3.2 การช่วยให้รู้สึกสงบ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสติยอมรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ รวมถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในสภาวะการที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตก่อให้เกิดความสงบในจิตใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ศาสนา และการอยู่เป็นเพื่อนมาเป็นวิธีในการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ก็จะบอกสงบใจนะแม่พุทธโธวันนะแม่ ไม่มีอะไร แม่ยังเหนื่อยต้องคุมใจตัวเองให้ได้อย่าให้จิต

ตกก็บอกแกอย่างนี้แกก็ทำตามแกก็เชื่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

ประเด็นหลักที่ 3 ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การขาดรายได้ เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเสียสละตัวเองเพื่อจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยการลาออกจากงาน ขาดงาน จึงทำให้ขาดรายได้ และมีหนี้สิน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้าเราไม่ต้องอยู่ดูแลแก เราก็ต้องได้ไปทำงานทำอะไร แต่นี่เราต้องมาอยู่ดูแลแก เราก็ต้องออกงาน ก็ต้องเสียสละตรงนี้เลยครับ...จากที่แต่ก่อนมีคนมาจ้างรับเหมาก็ไปทำให้เขาไม่ได้ ก็อย่างว่าไม่ได้ทำงานก็ไม่มีรายได้แหละครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ชายไทย อายุ 40 ปี)

3.2 การขาดความเป็นอิสระ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรง 3 และ 4 มักมีอาการกำเริบของโรค โดยที่ไม่สามารถทราบได้ล่วงหน้า จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลขาดความเป็นอิสระในการใช้ชีวิต ต้องเฝ้าผู้ป่วยตลอด ไปไหนก็ไม่ได้ไป ถ้าไปก็ต้องรีบกลับมา อยู่แบบส่วนตัวไม่มี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มันยังไงล่ะ ก็ไม่อิสระนะเนี่ย บางทีเราอยากจะไปเที่ยว ไปทำงาน เราออกจากบ้านอย่างเนี่ย ถ้าแม่ไม่เป็น เราก็คงไปอาทิตย์หนึ่งเข้าบ้านมาอย่างเนี่ย บางทีสองสามวันอย่างเนี่ย พอแกเป็นนี้แหละเราก็ต้องมาประจำเลยไปไหนไม่ได้ หรือถ้าไปก็ต้องรีบกลับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ชายไทย อายุ 40 ปี)

3.3 ขาดความรู้ในการดูแล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่มีความรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อีกทั้งขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ซึ่งเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่กล้าที่จะดูแล ทำอะไรให้ไม่ถูก หรือดูแลแล้ว

ทำให้ผู้ป่วยเป็นหนักกว่าเดิมดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ทีแรกไม่รู้อะไรเลยครับ...ก็ดูตามเอกสารยาที่ตามเอกสารแผ่นพับแล้วก็สรุปที่ว่ายาบางตัวที่เค้าเป็นยาที่ว่าเค้าให้คุมอาหาร แล้วก็เป็นการใช้ชีวิตประจำวัน ก็เอามาศึกษาแล้วก็คอยบอกคนไข้คนป่วยครับว่า ไม่ให้กินอันนั้นนะ ไม่ทำอย่างนั้นอย่างนี้ ไม่ให้ออกแรงมาก แต่ไปๆ มาๆ ทำตามเอกสารแผ่นพับแล้วทีนี้คนไข้ป่วยหนักกว่าเดิมอีก...เพราะว่าอาการป่วยบางที่เป็นที่ภาวะจิตใจของเค้าคิดไปแล้วก็ทรุดนะครับผม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 ชายไทย อายุ 32 ปี)

ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การทำใจ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งการยอมรับนี้ต้องอาศัยหลักของศาสนาเข้ามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“กฎแห่งกรรมนะศักดิ์สิทธิ์ที่สุดเลยไม่มีใครไปแก้ไขได้ด้วย คุณทำอะไรคุณก็ได้อันนั้น พ่อก็เชื่อตรงนี้พี่ยึดหลักตรงนี้แหละ...แบบว่าจะอะไรจะเกิดมัน ก็เกิด คือ เราไม่สามารถจะไปกันไม่ให้เกิดได้นะ ก็ต้องยอมรับความจริง มันคือสิ่งที่เป็นจริงต้องยอมรับมันได้ แล้วก็สู้กับมันให้ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

4.2 การแสวงหาความรู้ จากการที่ผู้ให้ข้อมูลขาดความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย โดยเรียนรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยโรคหัวใจรายอื่น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้แสวงหาความรู้ด้วยตัวเอง ได้แก่ อ่านหนังสือ เอกสารแจกฟรี และการสังเกต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ฉันก็อ่านหนังสือนะ หนังสือเกี่ยวกับ

โรคหัวใจอะไรเนี่ย แล้วก็สังเกตจากตัวเค้าที่เป็น เค้าเป็นอาการแบบนี้ก็ต้องเป็นอย่างนี้ ถ้ามีอาการบวมแล้วแสดงว่าน้ำท่วมปอดแล้ว เค้านอนไม่ได้ ก็หายใจไม่ค่อยออก ต้องพาเค้าไปหาหมอจ้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 หญิงไทย อายุ 63 ปี)

4.3 การช่วยเหลือจากญาติ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวรายอื่นรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล จึงสมัครใจที่จะช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลตามกำลังความสามารถเท่าที่ตนเองจะทำได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของเงิน เวลา และแบ่งเบาระยะการดูแล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อย่างว่าแม่ไปนอนโรงพยาบาลเนี่ยพี่ก็จะเป็นคนไปนอนเฝ้า นอนกับพี่จะสลัดกับ อย่างพี่อ้อยจะไปช่วงเช้า อย่างน้องน้อยเนี่ยช่วงบ่าย ตอนเย็นพี่ก็จะออกจากโรงพยาบาลมาที่ช่วงพี่อ้อยไปเปลี่ยนแล้วแปดโมงเก้าโมง มาเปลี่ยนอาบน้ำอาบน้ำทำ ถ้าเหนื่อยกลางคืนไม่ได้นอนก็จะนอนสักสิบโมง...มีพี่กับน้องจะช่วยสลัดกับอยู่แล้วไม่เหนื่อยคนเดียว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 หญิงไทย อายุ 48 ปี)

การอภิปรายผล

ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนออกมา 2 ประเด็น คือ ความผูกพัน และเป็นหน้าที่ รวมทั้งเหนื่อยแต่ภูมิใจ ซึ่งความผูกพัน เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลรู้สึกผูกพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยในลักษณะเครือญาติ รวมถึงมีความรักในตัวผู้ป่วยอีกทั้งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ประกอบกับตนเองมีความพร้อมที่จะดูแล ถ้าหากไม่ดูแลก็จะไม่มีใครดูแล และตนเองก็ถูกสังคมตำหนิ จึงตัดสินใจรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกเหนื่อย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นหน้าที่ใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาอย่างกะทันหัน ผู้ดูแลจึงต้อง

ปรับตัว โดยจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการทำหน้าที่ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัตติก และคณะ (Luttik et al., 2007) พบว่า ผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจะมีความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย เพราะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทุกด้าน แต่อย่างไรก็ตาม จากการทำหน้าที่ดูแลแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากเดิม และได้ตอบแทนบุญคุณผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) พบว่า ในบริบทของสังคมไทยที่มีการปลูกฝังจิตสำนึกเกี่ยวกับความกตัญญูจากบรรพบุรุษที่สืบทอดต่อกันมาจากรุ่นต่อรุ่น จึงแตกต่างกับบริบทของสังคมตะวันตกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะดูแล ทำให้ละทิ้งการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Schwarz & Elman, 2003)

การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนออกมา 3 ประเด็น คือ การดูแลแบบทันใจ การดูแลเฉพาะโรค และการดูแลทางใจ ซึ่งการดูแลแบบทันใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้กระทำการช่วยเหลือต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันใจ รอช้าไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นคนเจ้าอารมณ์ เอาแต่ใจ โมโหร้าย อยากได้อะไรแล้วต้องได้ทันที ถ้าไม่ได้ก็จะอาละวาด และการดูแลเฉพาะโรค เป็นการดูแลที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเรื่องอาหาร ยา การสังเกตอาการผิดปกติ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยเฉพาะที่มีระดับความรุนแรงที่ 3 และ 4 มักพบว่าแนวโน้มที่จะเกิดอาการกำเริบของโรคได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแลทางใจแก่ผู้ป่วยด้วย โดยการสร้างกำลังใจด้วยการแสดงออกทางคำพูด และการกระทำ เพื่อให้

ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณไม่ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานเพียงลำพัง ซึ่งผู้ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ โดยใช้หลักศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ครสาคู (2546) พบว่า ผู้ดูแลได้นำหลักศาสนาเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพราะศาสนาทำให้จิตใจของผู้ป่วยสงบ และเป็นที่พักทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย จนนำไปสู่การทำการกรรมการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อของผู้ดูแล นอกจากนี้ ผู้ดูแลใช้การอยู่เป็นเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสติ ยอมรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ต้องตกอยู่ภายในสถานการณ์วิกฤตของชีวิต โดยการอยู่เป็นเพื่อน ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยต้องอยู่เพียงลำพัง (Brostrom et al., 2002)

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนออกมา 3 ประเด็น คือ การขาดรายได้ ขาดความเป็นอิสระ และขาดความรู้ในการดูแล ซึ่งการที่ผู้ดูแลต้องเสียสละตนเองในการจัดสรรเวลาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอน และอาการเจ็บป่วยแต่ละครั้งยังทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของโรงพยาบาลสูงเนิน พบว่า มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึง ร้อยละ 38.85 (เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลสูงเนิน, 2555) ผู้ดูแลจึงตัดสินใจลาออกจากงาน ขาดงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งผลต่อรายได้ครอบครัว ทำให้รายได้ลดลง เงินไม่พอใช้ และเกิดหนี้สินตามมา อีกทั้งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทำให้ต้องการผู้ดูแลใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีความเป็นอิสระ ถูกแยกออกจากสังคม

อีกทั้งรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกถึงการเป็นภาระ (Agen et al., 2010) ประการสุดท้าย คือ ขาดความรู้ในการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลไม่กล้าที่จะดูแล ทำอะไรให้ไม่ถูก และกลัวว่าดูแลแล้วเป็นหนักกว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ พิภูล เจริญสุข (2549) พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความกังวลใจไม่กล้าและเมื่อเห็นสภาพของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ทำให้ไม่กล้าทำอะไร เพราะกลัวว่าจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

การจัดการปัญหาของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลได้สะท้อนถึงการจัดการปัญหาออกมา 3 ประเด็น คือ การทำใจยอมรับกับปัญหานั้น แสวงหาความรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย และการช่วยเหลือจากญาติ ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการทำใจ โดยยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งการยอมรับนี้ต้องอาศัยหลักของศาสนาเข้ามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของโอเวน (Owen, 2004) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้นำหลักศาสนา และความเชื่อมาใช้ในบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุด้วย และเมื่อผู้ดูแลทำใจได้แล้ว จึงนำไปสู่การแสวงหาความรู้ที่จะดูแล โดยระยะแรกสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลยังขาดความรู้ จึงมีการแสวงหาความรู้ในการดูแล ซึ่งเป็นระยะการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลในการจัดการความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวระยะที่ 3 (Friedman, 1998) สมาชิกครอบครัวจะแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ได้แก่ คำแนะนำจากแพทย์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแม้กระทั่งด้านไสยศาสตร์ ซึ่งความรู้ที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค ยา รวมถึงผลข้างเคียงจากยา ตลอดจนอาการผิดปกติของผู้ป่วย และการจัดการอาการผิดปกติ (Imes, Dougherty, Pyper & Sullivan, 2011)

จากการที่สมาชิกครอบครัวรายอื่นรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของเงิน เวลา และแบ่งเบาภาระการดูแล ตรงกับการศึกษาของ สุไฮดาร์ แวเตะ (2551) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการช่วยเหลือจากญาติหรือสมาชิกครอบครัวรายอื่น คือ การช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงให้กำลังใจผู้ดูแลอีกด้วย ส่งผลให้ผู้ดูแล รู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง และเผชิญปัญหาเพียงคนเดียว จึงมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการพยาบาล จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังนี้

1.1 ความรู้สึกเหนื่อยในระยะแรกของการดูแล พยาบาลรวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรวางแผน ติดตามเยี่ยมบ้านให้บ่อยครั้งในระยะแรก เพื่อติดตามปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับสมาชิกครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมด้านกำลังใจแก่สมาชิกครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตในการดูแลช่วงแรกไปได้

1.2 ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแล ดังนั้น พยาบาลรวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

1.3 ขาดรายได้ สามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปใช้ในการแนะนำแหล่งประโยชน์ โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สังคมสงเคราะห์ ศูนย์พัฒนาอาชีพฝีมือแรงงาน หรือกลุ่มฝึกอาชีพในชุมชน เพื่อให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีรายได้ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ด้านการศึกษา สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาล รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อเรียนรู้ และเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ดูแล ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังว่าเป็นอย่างไร นำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวได้อย่างครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลอย่างแท้จริง

3. ด้านการวิจัย ควรศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลลักษณะอื่น เช่น ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเพื่อนหรือผู้ดูแลที่รับจ้างดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

จันทิมา ฤกษ์เดือนฤกษ์. (2552). *การดูแลตนเองของคนไทยที่มีภาวะหัวใจวาย*. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นริศรา ครสาถุ. (2546). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ของภรรยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตา ชูโต. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: พรินต์โพร.

พิกุล เจริญสุข. (2549). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 2(1), 84-92.

เวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลสูงเนิน.

(2555). *ข้อมูลสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*. [ฐานข้อมูล].

สุไฮดาร์ แวเตะ. (2551). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์. (2551-2553). *สถิติสาธารณสุข 2553*. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Agren, S., Evangelista, L., & Stromberg, A. (2010). Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 254-262.

Brostrom, A., Stromberg, A., Dahlstrom, U., Fridlund, B. (2002). Congestive heart failure, spouse's support and the couple's sleep situation: A critical incident technique analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 223-233.

Friedman, M. M. (1998). *Family nursing: Theory, research and practice*. Stamford: Simon & Schuster. 303(17), 1716-1722.

Imes, C. C., Dougherty, M. C., Pyper, G., & Sullivan, D. M. (2011). Descriptive study of partner's experiences of living with severe heart failure. *Heart and Lung*, 40(3), 208-216.

Liamputtong, P. (2010). *Research methods in health: Foundations for evidence-based practice*. Melbourne: Oxford University.

Luttik et al. (2007). Caregiver burden in partners of heart failure patients: Limited influence of disease severity. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 695-701.

Martensson, J., Dracup, K., Canaey, C., & Fridlunde, B. (2003). Living with heart failure: Depression and quality of life in patients and spouses. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(4), 460-467.

Molloy, G. J., Johnston, D. W., & Witham, M. D. (2005). Family caregiving and congestive heart failure: Review and analysis. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 592-603.

Owen, N. M. (2004). *The lived experience of daughters who care for frail, elderly parents in the parents' home*. Doctoral dissertation, Department of Philosophy, University of Cincinnati.

Schwarz, A. K. & Elman, S. C. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart and Lung*, 32, 88-99.

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University