

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
ในจังหวัดนครราชสีมา

กานต์ สุธรรณเทวกุล

TH 6022344
30 ก.ย. 2558

357892

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มิถุนายน 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ กานต์ สุธรรมเทวกุล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)



อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธาน

(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)



กรรมการ

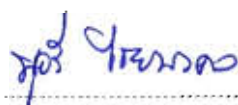
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา จันทวงศ์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา



คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 9 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ ให้ความห่วงใยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข วิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกะหวัใจล้มเหลวกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ได้ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ขอบคุณ เพื่อน ๆ และพี่ ๆ ในการทำงานที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุน กำลังกาย กำลังใจ รวมทั้งกำลังใจ ทุ่มเท จินตนาการ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุพการี นูรพาจารย์ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกะหวัใจล้มเหลวกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

กานต์ สุธรรมเทวกุล

52910095: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ/ ภาวะหัวใจล้มเหลว/ พฤติกรรมการดูแล

กานต์ สุธรรมเทวกุล: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครราชสีมา (FACTORS RELATED TO CAREGIVING BEHAVIOR OF CAREGIVERS OF ELDERLY WITH HEART FAILURE IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์, Ph.D., พรชัย จุลเมตต์, Ph.D. 107 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัด นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 114 ราย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะ หัวใจล้มเหลว แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล แบบประเมินการ สนับสนุนทางสังคมและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .76, 1.00, .90, .82 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้ดูแลสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.52$) รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้ เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุน ทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .40, .36, .50, .27$ และ $.38$ ตามลำดับ,) ระยะเวลาใน การดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (.20 และ .19 ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ดูแลโดยตระหนักกลุ่มที่มีอายุมาก รายได้ต่ำ มากขึ้น ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของ การเป็นผู้ดูแลเพื่อให้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น

52910095: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: HEART FAILURE/ ELDERLY/ CAREGIVING BEHAVIOR

GARN SUTHAMTEWAGUL: FACTORS RELATED TO CAREGIVING BEHAVIOR OF CAREGIVERS OF ELDERLY WITH HEART FAILURE IN NAKHONRACHASIMA PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: RACHANEEPORN SUBGRANON, Ph.D., PORNCHEI JULLAMATE, Ph.D. 107 P. 2015.

This correlational study aimed to research the relationship between ages, income, knowledge, health status, relationship with patient, social support, duration, The average time for caretaking of caregiver heart failure and caregiving behavior of Thai heart failure patient elderly. One hundred fourteen adults with 30-69 years of age caregivers attending Nakhonraasima Province. Instruments used included The Demographic Questionnaire, The Knowledge of Caregivers of Elderly with Heart Failure Questionnaire , The Perceived Health Status Questionnaire, Intimacy Questionnaire, Family Social Support Questionnaire and The Caregiving Behavior of Caregivers of Elderly with Heart Failure Questionnaire with its reliability of .76, 1.00, .90, .82 and .73 respectively. Data were computed as frequency, percent, mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient was also calculated.

Findings revealed that ages of caregiver heart failure negatively related with caregiving behavior of Thai heart failure patient elderly with the significant level of .01 ($r = -.52$). Income, knowledge, health status, Relationship with patient of caregiver social support of caregiver heart failure positively related with caregiving behavior of Thai heart failure patient elderly at the moderate level with the significant level of .01 ($r = .40, .36, .50, .27, .38$ respectively). Duration and the average time for caretaking of caregiver heart failure positively related with caregiving behavior of Thai heart failure patient elderly at the low level with the significant level of .5 (.20, .19 respectively)

Nursing intervention for promoting appropriate caregiving behavior of Thai heart failure patient elderly by applying ages, income, knowledge, health status, relationship with patient, social support, duration and the average time for caretaking of caregiver heart failure was strongly recommended for further study.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยสูงอายุ.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ป่วยสูงอายุ	
ภาวะหัวใจล้มเหลว.....	21
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	
ภาวะหัวใจล้มเหลว.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	46
5 สรุป อภิปรายผล	53
สรุปผลการวิจัย	53
อภิปรายผล.....	54
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	59
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป.....	60
บรรณานุกรม.....	61
ภาคผนวก.....	77
ภาคผนวก ก.....	78
ภาคผนวก ข.....	80
ภาคผนวก ค.....	88
ภาคผนวก ง.....	94
ภาคผนวก จ.....	96
ภาคผนวก ฉ.....	100
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	107

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามระดับความรุนแรง	47
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	48
3	ค่าพิสัย ค่าคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแล ได้รับ และพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว.....	50
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว.....	51

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
i กรอบแนวคิดการวิจัย	14

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก (American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, 2014; Fauci et al., 2008) จากรายงานในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2010 พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีคือ 10 รายต่อประชากร 1,000 ราย และในปี ค.ศ. 2012 พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็น 430,000 ราย (American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, 2014) สำหรับในประเทศไทย จากสถิติในปี พ.ศ. 2555 พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคหัวใจอื่น ๆ เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดเป็นอันดับ 4 และเป็นปัญหาที่สำคัญของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 โดยพบว่า พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคอื่น ๆ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 2,523 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 ที่พบจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว 1,230 ราย (กรมการแพทย์, 2555)

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่มีการสูบน้ำเลือดต่อเนื่องซึ่งร่างกายลดลงมีผลต่อระบบการไหลเวียนปอด หัวใจและหลอดเลือด ระบบสมดุลของร่างกายรวมถึงระบบประสาทและฮอร์โมนต่าง ๆ ลดความสามารถในการทำงานลง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, 2014; McMurray et al., 2012; The Heart Failure Society of America [HFSA], 2010) ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดอาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือแม้กระทั่งขณะพักอยู่หนึ่ง ๆ มีอาการอ่อนเพลีย เป็นลมหรือหน้ามืดง่าย นอนราบไม่ได้ ต้องลุกขึ้นมานั่งหอบในเวลากลางคืน บวมบริเวณขาและเท้ารวมทั้งอาการอึดอัดและแน่นท้อง การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (ปกรณ โสรัตน์, 2553; วิทยา ศรีดามา, 2546; Fauci et al., 2008) ด้านจิตใจ ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจเกิดความวิตกกังวล จิตใจหม่นหมอง ว้าวุ่น ความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ทางด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัญหาเรื่องความซึมเศร้า (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจมีความรู้สึกเบื่อชีวิตหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Thomas et al., 2008) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีส่วนทำให้

หน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลงหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลย มีการแยกตัวเองจากสังคม ขาดความสนใจในสิ่งรอบข้าง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ทำให้ขาดรายได้ (Thomas et al., 2008) นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องสูญเสียเวลาในการไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากรายงานของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายประมาณปีละ 70,170.64 บาท (สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2554) จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นร่วมกับกระบวนการสูงอายุซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถตอบสนองการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือดูแล (วันดี โดสุขศรี, 2539; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554; HFSA, 2010) ซึ่งโดยทั่วไปมักพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (วันดี โดสุขศรี, 2539; ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550; อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2551; HFSA, 2010; Nauser, 2007) เป็นเพศหญิง และเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติ (วันดี โดสุขศรี, 2539; นิภาพร ประจันบาน, 2550; อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2551; Lai, Luk, & Andruske, 2007; Molloy, Johnston, & Witham, 2005; Nauser, 2007; Tarman, 1994)

ผู้ดูแลเหล่านี้ทำหน้าที่สำคัญโดยการแสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลหรือกิจกรรมการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งด้านร่างกาย ด้านจิต-สังคม และด้านสภาวะแวดล้อม (Kraegel, Mousseau, Goldsmith, & Arora, 1974) การดูแลด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวต้องให้การดูแลด้านการรับประทานยาและอาหาร รวมทั้งการจำกัดน้ำในปริมาณที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนการรักษา การทำความสะอาดร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือการขับถ่าย การพักผ่อน การให้คำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการป้องกันการติดเชื้อ และการลดหรือหยุดดื่มเครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ปกรณ โสห์เลขา, 2553; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554; American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice [AAACE], 2011; Fauci et al., 2008; HFSA, 2010; Libby, Bonow, Mann, & Zipes, 2008; Rodeheffer & Redfield, 2007, pp.1113-1123; Silbernagl & Lang, 2000) ส่วนการดูแลด้านจิต-สังคม ผู้ดูแลจะให้การดูแลโดยการเสริมสร้างกำลังใจ การหาวิธีผ่อนคลายความเครียด การลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีกิจกรรมทางสังคม การช่วยเหลือทางการเงิน ความปลอดภัย การพาไปรับการตรวจตามแพทย์นัด การดูแลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความเบื่อหน่ายและท้อแท้ในชีวิต การดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย รวมถึง การดูแลจิตใจอันเนื่องมาจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (ปกรณัม โล่ห์เสนา, 2553; วิทยา ศรีตามา, 2546; Chin & Goldman, 1997; Fauci et al., 2008; HFSA, 2010; Schwarz & Elman, 2003) ส่วนการดูแลด้านสภาวะแวดล้อมนั้น ผู้ดูแลจะให้การดูแล และการจัดการกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านให้เหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว (HFSA, 2010) ปัจจุบันมีแนวคิดเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีอิสระในการตัดสินใจ โดยได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตต้องการอาศัยอยู่บ้านของตนเองนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและมีความทรงจำในอดีต บ้านของผู้สูงอายุบอกถึงลักษณะนิสัย ความชอบ งานอดิเรก และทักษะการทำงานบ้านของผู้สูงอายุได้ดี แนวคิดในปัจจุบันจึงเน้นให้ผู้สูงอายุให้ได้อยู่บ้านตนเองนานที่สุดแม้ระยะท้ายของชีวิต (National Center for Environment Health [NCEH], 2009) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญคือผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมาก พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมของผู้ดูแลที่ดีจะทำให้ผลลัพธ์ทั้งด้านการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นตามไปด้วย (D'Alto, Pacileo, & Calabrò, 2003; Molloy, Johnston, & Witham, 2005) ทั้งนี้การแสดงพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลจะเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับการปัจจัยด้านผู้ดูแลหลายประการดังต่อไปนี้

1. อายุของผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลดีขึ้น เนื่องจากอายุของผู้ดูแลที่มากขึ้นจะสามารถเรียนรู้งานได้ดีกว่าและมีสุขภาพจิตโดยรวมดีกว่าผู้ดูแลที่อายุน้อย (Bakas, Pressler, Johnson, Nauser, & Shaneyfelt, 2006) อีกการศึกษาหนึ่งในผู้ดูแลกลุ่มสามีมกรรยา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มสามีมกรรยาที่อายุน้อยต้องรับภาระเรื่องการเรียน การทำงาน ขณะที่ผู้ดูแลที่อายุมากมีความพึงพอใจในชีวิตแล้วจึงดูแลได้ดีกว่า (Dracup et al., 2004) ดังนั้นอายุอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

2. รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล รายได้นับเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตและการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจวิเคราะห์ได้ว่า ในบางภาวะโรคนั้นรายได้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการได้มาของทรัพยากรต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (วรธิดา มาศเกษม, 2552) ผลการศึกษาของ Delgado et al. (2014) พบว่า รายได้หรือเงินมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ซึ่งผู้ป่วยมีพยาธิสภาพ โรคมากหรือความรุนแรง ค่าใช้จ่ายในการจัดหาจำเป็นต้องมีมากขึ้น การศึกษาของ Mainar, Artieda, and Nolla (2015) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว อายุเฉลี่ย 72.4 ปี ที่มีอาการแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคไตวายภายหลัง 2 ปี ค่าใช้จ่ายในการดูแล ทรัพยากรต้อง ใช้จ่ายมากขึ้นทั้งเงินและบุคลากรทางแพทย์ และการศึกษาของ Hupcey, Fenstermacher, Kitko and Fogg (2011) พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยเนื่องจากผู้ดูแลขาดเงินใน การดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เงินในการดูแล รักษา และการเดินทางเพื่อติดตามอาการ ดังนั้นรายได้ของครอบครัวผู้ดูแลอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว หากบุคคลได้รับการให้ความรู้ การทำให้เกิดความ เข้าใจ สิ่งนี้นำไปสู่การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเกิดขึ้น (Kraegel et al., 1974) การให้ ความรู้ในผู้ดูแลด้วยวิธีต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล การให้การดูแลที่เหมาะสม มี ผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นลดลงและอาการของผู้ป่วย เช่น ภาวะหอบเหนื่อยลดลง (นิภาพร ประจันบาน, 2550; Wongpiriyayothar, Piamjariyakul, & Phoebe, 2008) การศึกษาของ Harding et al. (2008) พบว่าความรู้และการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวในด้านการดูแลเมื่อเกิดการผิดปกติ การเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการทรุดลง ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจ ล้มเหลว มีผลกระทบต่ออัตราการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (Schwarz & Elman, 2003) การศึกษาของ Hupcey et al. (2011) พบว่าเมื่อให้การดูแลด้านจิตใจกับในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจ เช่นการพูดคุยให้แสดงความเห็นอกเห็นใจทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าภาวะ สุขภาพของผู้ดูแลอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจ ล้มเหลว

5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย กล่าวกันว่าสัมพันธภาพมีความสำคัญกับการ ดูแลซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับความใส่ใจผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ ผู้ดูแลมีพฤติกรรมส่งเสริมเพื่อลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต (Molloy et al., 2005) เมื่อ ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีสัมพันธ์กับผู้ป่วยพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้น (Bakas et al., 2006) ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

6. การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ เป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงการได้รับการช่วยเหลือในขณะที่ให้การดูแลในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ย่อมจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ จากการศึกษาของ Kitko, Hupcey, Gilchrist, and Boehmer (2013) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อให้การช่วยเหลือทางคลินิกกับผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจห้องล่าง (Left ventricular assist device) เพื่อให้ผู้ดูแลง่ายขึ้น ร่วมกับการให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ดูแล สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลดีขึ้นด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน และ การศึกษาของ Hupcey et al. (2011) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ด้านข้อมูล ด้านจิตใจ ด้านวัตถุประสงค์ หรือการช่วยเหลือทางการแพทย์ต่าง ๆ ทำให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน มีความสำคัญของเวลาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไปหากมองอีกนัยหนึ่ง พบว่า ระยะเวลาช่วยให้บุคคลเกิดการตั้งสมประสงค์ในการดูแลมากขึ้น จากการศึกษาของ Pressler et al. (2013) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันที่มากขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลที่มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงโรคมักขึ้นจำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลมากขึ้น ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลต่อวันอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

8. ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล จัดอยู่ในประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตของปัจจัยพื้นฐานบางประการของผู้ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล จะเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 1995) จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลที่ยาวนานขึ้นทำให้ความซึมเศร้าของผู้ดูแลลดลง เนื่องจากสามารถปรับตัวได้มากขึ้นและสามารถรับมือกับปัญหาได้มากขึ้นมีความพร้อมในการดูแลที่ดีขึ้น (Pressler et al., 2013) ดังนั้นระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

แม้จะมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะต่าง ๆ จำนวนมากดังกล่าว แต่บริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวย่อมมีความแตกต่างออกไป เนื่องจากทั้งตัวภาวะ โรคเอง ซึ่งมีอาการ อาการแสดง ธรรมชาติและการดำเนินโรค รวมทั้งการพยากรณ์โรค ที่มีความจำเพาะ และต่างออกไปจากภาวะหรือโรคอื่น ๆ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลนั้นต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำเพาะด้วยเช่นกัน ดังนั้น ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จึงอาจมีความแตกต่างออกไป การศึกษานี้มุ่งหาปัจจัยต่าง ๆ ที่จำเพาะต่อการดูแลเฉพาะ โรคเหล่านั้น เพื่อจะนำ

ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เปลี่ยนแปลง และส่งเสริมปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้น เพื่อที่จะทำให้พฤติกรรมการดูแลดีขึ้น อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วย กล่าวคือลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตในที่สุด

จังหวัดนครราชสีมาเป็นสถานที่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจาก มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวนมากเมื่อเทียบกับประชากรที่เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย (กรมการแพทย์, 2555; สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2554) จากสถิติพบว่าผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2556 โดยเป็นผู้ป่วยในจำนวน 1,188 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 ที่มีผู้ป่วยใน จำนวน 1,061 ราย มีอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 30 วันสูงถึง 554 ราย ซึ่งสูงกว่า ในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 495 ราย พบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 482 ราย ซึ่งสูงกว่าปี พ.ศ. 2555 และ จากการเก็บข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2557) โดยผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำถามการวิจัย

อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

1. อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

2. รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
6. การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
8. ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

อายุของผู้ดูแล หมายถึง จำนวนปีนับตั้งแต่เกิดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากอายุของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย การดูแลสมรรถนะ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระบบความจำ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ทางด้าน จิต-สังคม มีความเชื่อมโยงกับบุคลิกภาพ มีความมั่นใจ ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล (วันดี ไตสุขศรี, 2539) ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี ถึง 18 เท่า (สมยศ ศรีจารนัย, วาริ สูดกรบุทธ์, อรวลีน เถาว์ชาติ, วิจิตา ธีรธรรมา และมีฤทธิ์ ศรีประไพ, 2545) การศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาด้านการรับรู้และร่างกาย พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเป็นแบบอย่างที่ดีในการเอาใจใส่และการให้ความเคารพต่อผู้ดูแล (Morse, Dooley, Shaffer, Williamson, & Schulz, 2012) และการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่า อายุของผู้ดูแลที่มากขึ้นทำให้ผลลัพธ์การดูแลคือพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิเสธอาหารลดลง (Riviere et al., 2002) ดังนั้น ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัวเนื่องจากรายได้ของครอบครัวเกี่ยวข้องกับการจัดหาสิ่งจำเป็นต่อพฤติกรรมในการดูแลให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทางด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อม รายได้นับเป็น

ปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตและการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพราะภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าเดินทางในการตรวจรักษา ค่าใช้จ่ายในการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หากต้องดูแลระยะเวลายาวนาน ค่าใช้จ่ายยิ่งเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Libby et al., 2008) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลในทางบวก ดังเช่น การศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล (วรธิดา มาศเกษม, 2552) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวข้องกับกระบวนการรับรู้ (Cognitive) ซึ่งต้องอาศัยการสนใจ เก็บรวบรวม ประมวลสิ่งที่ได้มา ทำความเข้าใจ จัดจำข่าวสารข้อมูลที่ได้รับเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา (Deary et al., 2009; Miller et al., 2006) และนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาเรื่องผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อระดับความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง พบว่า หลังจากการให้ความรู้ร่วมกับทักษะ คะแนนพฤติกรรมการดูแลดีขึ้น (อภิัญญา วงศ์พิริยโยธา, สุพัตรา บัวทิ, สมเสาวนุช จมูศรี, นงเยาว์ มีเทียน และวิไลพร พิทักษานูรัตน์, 2546) และการศึกษาของ HFSA (2010) พบว่าเมื่อให้ความรู้ร่วมกับทักษะจะเกิดผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นและลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบันขณะที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับคนที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีจะสามารถแสดงออกของพฤติกรรมได้ดีขึ้นและจริงจังมากขึ้น จากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ ต้องการเลือกตายที่บ้าน แต่การจะทำเช่นนั้นได้ มีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลที่มีสุขภาพไม่ค่อยดี จะมีผลต่อการเลือกตายที่บ้านของผู้ป่วยถึง 0.22 เท่า (OR = 0.22; 95% CI = (0.07, 0.65)) นั่นหมายความว่าหากมีผู้ดูแลสุขภาพไม่ดีมากขึ้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะเลือกตายที่บ้านจะลดลง (Brazil, Bedrad, & Willison, 2002) จากการศึกษาของ Schwarz and Elman (2003) พบว่าภาวะสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลกระทบต่ออัตราการนอนโรงพยาบาลอย่าง

มีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ MacNeil et al. (2009) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าภาวะสุขภาพจิตได้แก่ การแสดงอารมณ์โกรธ ความกังวล ความซึมเศร้า อารมณ์โกรธเคือง มีความสัมพันธ์กับความเป็นไปได้ในพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) ที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่อธิบายแนวโน้มของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดี ($r = 0.18, p < 0.05$) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการแสดง ความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เกี่ยวข้องกับการแสดง ความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ และแสดงความใส่ใจในการดูแลด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Molloy et al., 2005) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการเสียชีวิตที่บ้าน คือ ผู้ที่อยู่กับผู้ป่วย คิดเป็น 1.78-7.85 เท่าของผู้ที่ไม่มีผู้ที่อยู่กับผู้ป่วย (Gome & Higginson, 2006) จากการศึกษาผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยา พบว่า ความรู้สึกเป็นเครือญาติมีความ สัมพันธ์ทิศทางตรงกันข้ามกับความเป็นไปได้ในพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 และสามารถทำนายได้ร้อยละ 11 (Miller et al., 2006) การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (วรธิดา มาศเกษม, 2552) การศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภรภัทร อิ่มโอบู, 2550) และการศึกษาเรื่องผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินและการสนับสนุนด้านทรัพยากร เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ เกี่ยวข้องกับด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร เมื่อผู้ดูแลได้รับรู้ว่ามี การสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแล (วรินทร์ เวียง โอสถ, 2547; อภิญญา วงศ์พิริโยช และคณะ, 2546) จากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 334 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 หมายความว่า หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมคอยช่วยเหลือผู้ดูแล ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ดีในการดูแล รวมถึงการดูแลที่ดีตามไปด้วย (Losadal, Ma'riquez-Gonza'lez, & Romero-Moreno, 2011) การศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นในผู้ดูแล ทำให้อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลลดลงใน 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Schwarz & Elman, 2003) และการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า โรคจิตเภทจำเป็นต้องมีผู้ดูแล และส่วนใหญ่ของผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวถึงร้อยละ 65-85 ผลการศึกษาให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ระดับสูง ทั้งในแง่บวกและแง่ลบต่อกลยุทธ์การจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 นั่นหมายถึง การสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาในการดูแลหรือบทบาทผู้ดูแลได้ดีขึ้น และเป็นผลดีต่อผู้ดูแลอีกด้วย (Rafiyah, Suttharangsee, & Sangchan, 2011) สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและผลกระทบจากผู้ดูแลผู้ป่วย ที่พบว่า ควรให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลทันทีเมื่อมาอยู่โรงพยาบาลในการลดผลลัพธ์ทางลบในการดูแล (Hwang, Fleischmann, Howie-Esquivel, Stotts, & Dracup, 2011) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้การดูแลผู้ป่วยในหนึ่งวัน เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น เรื่องการชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทุกวันในเวลาเดียวกัน การให้เวลาในการสังเกตอาการ การจำกัดน้ำ การบันทึกปริมาณปัสสาวะทุกวัน การพาไปพบแพทย์ที่รักษาประจำหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินการเดินของหัวใจของผู้สูงอายุโดยการจับชีพจรที่ข้อมือทุกครั้งก่อนให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวรับประทาน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การจัดหาอาหาร การดูแลแก้ปัญหาภาวะท้องผูก เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554) จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาใน

การดูแลต่อวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยร่วมทำนายได้ถึงร้อยละ 52.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ภรภัทร อิมโธฐ, 2550) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ระยะการดูแลต่อวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน ภรภัทร อิมโธฐ (2550) กล่าวว่า ระยะเวลาของการกล่าวคือผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของบุคคล ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลการจัดการกับอาการที่ผิดปกติได้ดีขึ้น และสามารถจัดการได้เหมาะสมโดยอาศัยจากการดูแลและการแก้ไขที่ผ่านมา ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลจัดอยู่ในประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจะเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต จากการศึกษาของ ประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่า ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.01 และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก หน่วยโรคระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับ .05 (วรจิตมาศเกษม, 2552) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ระยะของการเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2556

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทำหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล

อายุของผู้ดูแล หมายถึง จำนวนปีนับตั้งแต่เกิดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว จนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลหากมีเศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี

รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน ขณะที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประเมินได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการแสดง ความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ ประเมินได้โดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ของ เพ็ญใจ ดิรไพรวงศ์ (2540)

การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ ภรภัทร อิม โอสฐ (2550)

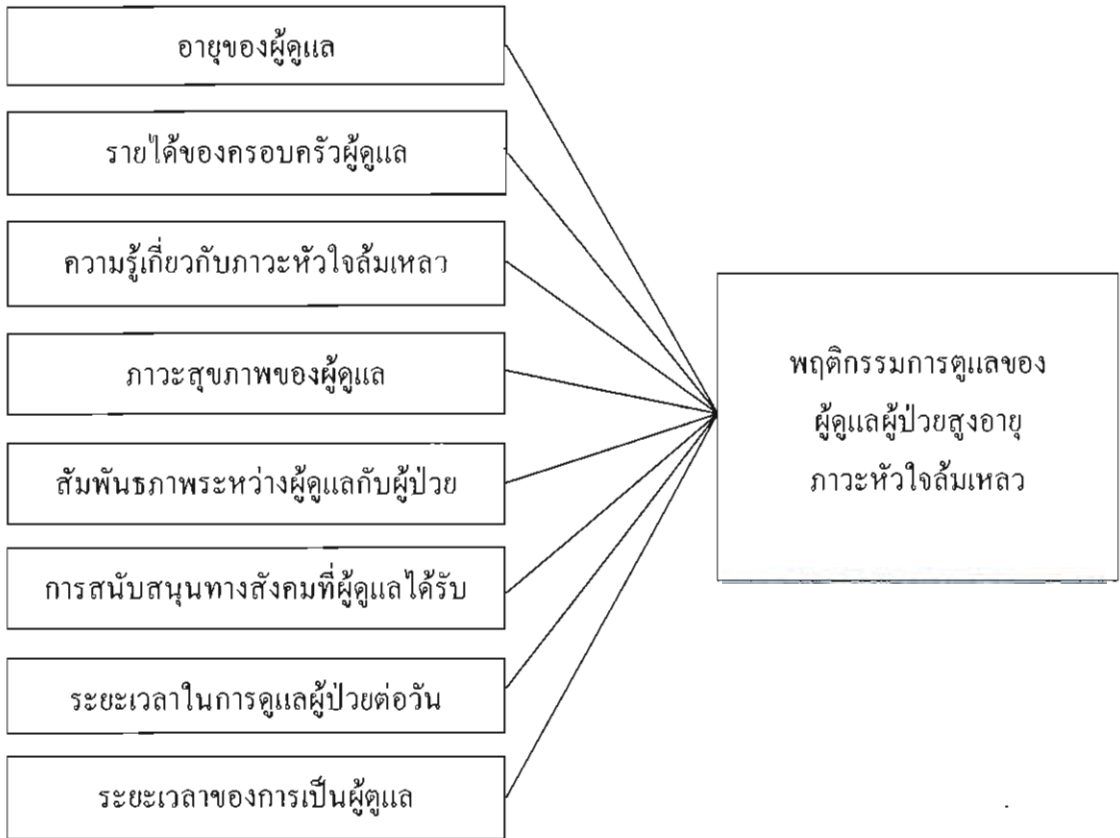
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้การดูแลผู้ป่วยในหนึ่งวัน

ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน

พฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติกรรมการดูแลต่อผู้ป่วย โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกรรมการดูแลตนเองอย่างค่อเนื่องและถูกต้องหรือช่วยเหลือผู้ป่วย การให้กำลังใจ การเอาใจใส่ดูแลเพื่อควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ให้การดูแล (Family caregiving) และ แนวปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจะให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิต-สังคม และด้านสภาวะแวดล้อม ด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลเรื่องการรับประทาน การรับประทาน อาหาร และการจำกัดน้ำ การรับประทานยาให้ถูกต้อง การดูแลเรื่องการใช้สารเสพติดในผู้ป่วย การดูแลเรื่องการพักผ่อน การดูแลเรื่องเพศสัมพันธ์ การดูแลเรื่องการออกกำลังกาย การดูแลเรื่องการขับถ่าย การดูแลป้องกันการติดเชื้อ ด้านจิต-สังคม ประกอบด้วย การดูแลให้กำลังใจ การดูแลเรื่องความเครียด ความวิตกกังวลในผู้ป่วย การดูแลเรื่องภาพลักษณ์ของผู้ป่วย การให้ความรู้ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ส่วนด้านสภาวะแวดล้อม ประกอบด้วย สภาพสังคมและเศรษฐกิจ การจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอย่างเหมาะสมตามความสามารถของผู้ดูแลและสิ่งเอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย สำหรับปัจจัยบางประการที่ศึกษาได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร ตำรา บทความวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบการวิจัย โดยมีขอบเขตครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยสูงอายุ

ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดในอัตราที่เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อ หรือกระทำในสภาวะแรงกดดัน (Filling pressure) สูงผิดปกติจากสภาพและการทำงานของหัวใจที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบันได้มีผู้ให้นิยามของภาวะนี้ว่า กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจ โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบสมดุลการไหลเวียนโลหิตของร่างกาย (Hemodynamic) ทั้งการตอบสนองผ่านทางไต ระบบประสาทและฮอร์โมน หรือสภาวะที่หัวใจทำงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เป็นกลุ่มอาการที่มีความซับซ้อน (Complex syndrome) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, 2014; HFSA, 2010; McMurray et al., 2012)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย
 - 1.1 อายุ จากการศึกษาพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นเป็นสาเหตุให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงในระบบการทำงานของร่างกายและโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย จากสถิติพบว่าอายุที่มากขึ้น ทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราสูงขึ้น (Libby et al., 2008; McMurray et al., 2012; Yancy et al., 2013)

1.2 การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด พบว่าหลอดเลือดหัวใจมีการแข็งและตีบมากขึ้นร่วมกับความผิดปกติของการบีบตัวของหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจที่มีความแข็งตัวมากขึ้นและผนังหัวใจที่มีความหนาขึ้น ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และส่งผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น (Libby et al., 2008)

2. ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เป็นสิ่งที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกลับมาเป็นซ้ำหรืออาการเป็นรุนแรงขึ้น เช่น ความเสื่อมถอยของร่างกาย โรคระบาดตามฤดูหรือพฤติกรรมไม่เหมาะสมบางอย่างที่ทำให้โรคหรือภาวะอาการที่มีอยู่เดิมอาการเลวลง สาเหตุที่เพิ่มความดันภายในช่องหัวใจสูงขึ้น ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Arrhythmias) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (วิทยา ศิริดามา, 2546)

2.1 การดูแลรักษาลดลงอย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate reduction of therapy) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด เช่น เลิกคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกาย รับประทานยาไม่เหมาะสม หยุดยาเอง หรือลืมรับประทานยา รวมถึงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ดื่มน้ำมากกว่าปกติหรือมากกว่าที่กำหนด ในภาวะหัวใจล้มเหลว ออกกำลังกายหนักหรือภาวะอารมณ์เครียด

2.2 การติดเชื้อ (Infection) เกือบทุกชนิดจะกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งจากไข้ติดเชื้อจะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในปอด (Pulmonary Infection) ได้ง่าย

2.3 ภาวะเลือดจาง (Anemia) ในผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นหรือภาวะโรคแทรกซ้อนจะทำให้มีภาวะซิดดามา สภาวะการบีบเลือดออกจากหัวใจสูง ที่พบบ่อยคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังเป็นพิษทำให้เกิดสภาวะการบีบเลือดออกจากหัวใจสูง (High output state) อันเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น (วิทยา ศิริดามา, 2546)

2.4 การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Arrhythmias) กลุ่มความผิดปกติของการเต้นหัวใจที่พบบ่อยคือการเต้นของห้องหัวใจบิดพลิ้ว (Atrial fibrillation with rapid ventricular response) ส่งผลต่อการทำงานคลายตัวผิดปกติ (Diastolic dysfunction) ทำให้การบีบตัวหรือลดการคลายตัวของหัวใจผิดปกติไปจากเดิมเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเป็นซ้ำหรือรุนแรงขึ้น

2.5 โรคการติดเชื้อไวรัส มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคไข้วมาติกส์ (Rheumatic) การติดเชื้อไวรัสบางชนิดและส่งผลต่อการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocarditis)

2.6 โรคความดันโลหิตสูง (Systemic hypertension) เป็นผลให้เกิดแรงต้านความดันโลหิตออกจากหัวใจห้องล่าง (Afterload) สูงเกินไป โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น และพบอีกว่าผู้ที่มีประวัติภาวะหัวใจล้มเหลวกว่าร้อยละ 75 เคยมีประวัติความดันโลหิตสูงนำมาก่อน (Yancy et al., 2013)

2.7 ภาวะโรคอื่น ๆ เช่นภาวะปอดอุดกั้น (Pulmonary embolism) โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ซึ่งจะมีผลทั้งระบบการบีบตัวและคลายตัวของการทำงานหัวใจผิดปกติ (Systolic-diastolic dysfunction) (Yancy et al., 2013)

อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุจะแสดงอาการตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น หากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว อาการเด่นคืออาการทางปอด เนื่องจากมีเลือดคั่งในปอดมาก ได้แก่ เหนื่อย หอบ และถ้าผลจากการการคั่งมากล้นไปที่หลอดเลือดใหญ่ทำให้เวลาไอเป็นสีชมพูเรียกว่า Acute pulmonary edema ในกรณีถ้าหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวและพบน้ำท่วมปอดจะมีอาการนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) เพราะจะเหนื่อยมากขึ้น ถ้าตื่นมาตอนกลางคืนเพราะนอนราบปกติไม่ได้เรียก Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND) ในที่สุดถ้าไม่ได้รับการรักษาจะไม่สามารถหายใจได้ในที่สุด อีกประการหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวส่งผลให้เกิด หัวใจซีกขวาล้มเหลวตามมาได้อีกด้วย ขณะที่หัวใจซีกขวาซีกขวาล้มเหลว (Right side heart failure) มีผลทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจซีกขวาได้ดี ผลที่ตามมาคือตับโต ทำให้แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องมาน เบื่ออาหาร และมีอาการขาบวม ท้องบวม (Libby et al., 2008) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักมาด้วยการเจ็บป่วยหลายอาการและพบอีกว่าจำนวนอาการที่มากขึ้นส่งผลทางด้านร่างกายและจิตใจให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Hertzog, Pozehl, & Duncan, 2010; Lee et al., 2010; Yancy et al., 2013) โดยประกอบไปด้วย อาการเหนื่อยล้าหรืออ่อนล้า (Ekman et al., 2005) อาการเหนื่อยหอบเนื่องจากมีเลือดคั่งในปอดและเป็นอาการที่พบบ่อยสามารถทำนายการเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึง ร้อยละ 23 (Libby et al., 2008) จากการศึกษาพบอาการหอบเหนื่อยร้อยละ 94.44 (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) การหายใจเหนื่อยหอบอาจสัมพันธ์กับการออกกำลังหรือเมื่อนอนราบ (HFSA, 2010) อาการไอ หรือไอเป็นสีชมพู (Acute pulmonary edema) ผลจากการคั่งของเหลวในช่องปอดมากล้นไปที่หลอดเลือดใหญ่ อาการนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) และตื่นมาหอบตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) ผลจากขณะนอนการคั่งของเหลวย้อนกลับสู่หัวใจในขณะที่ท่านอน อาการแน่นท้อง ปวดท้อง ผลตามมาจาก อาการเบื่ออาหาร เนื่องจาก ตับโต ท้องมาน จากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวส่งผลให้เกิด หัวใจซีกขวาซีกขวาล้มเหลวตามมา (McMurray et al., 2012) อาการบวม น้ำบริเวณแขน ข้อเท้า สามารถทำนายการเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึงร้อยละ 22 (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545; Libby et al., 2008) อาการน้ำหนักเกิน อาการนอนผิดปกติเป็นอีกอาการหนึ่งที่รบกวนชีวิตประจำวันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่าในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกว่าร้อยละ 21 ต้องทุกข์ทรมานจากการง่วงนอนตอนกลางวันอีกประการจากที่ศึกษาโรคและภาวะจิตใจทำให้การนอนผิดปกติมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (Brostrom, Stromberg, Dahlstrom, & Fridlund, 2004) ความทนในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การทำกิจวัตรประจำวันลดลง เช่นการรับประทานอาหาร เป็นต้น การจดจำลดลงซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Brostrom et al., 2004)

ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า เป็นผลกระทบจากพยาธิสภาพอาการด้านร่างกายส่งผลต่อการนอน การเจ็บป่วยทำให้ต้องหยุดงาน เสียค่าใช้จ่าย เป็นภาระให้บุตรหลานดูแล และเกิดความซึมเศร้าในผู้ป่วย (Wood, Froelicher, Motzer, & Bridges, 2010) จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อซึมเศร้าจะทำให้การปฏิบัติชีวิตประจำวันลดลง และมีผลกระทบต่อตนเองรวมถึงการให้ความร่วมมือในการรักษา (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) ความซึมเศร้าทำให้มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด กระวนกระวาย ส่งผลต่อการรักษาตัว ขาดการสนใจในตนเองด้านสุขภาพดูแลตนเอง จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในสิ่งรอบข้าง แยกตัวเอง ไม่เข้าร่วมสังคม สูญเสียความเชื่อมั่น ความรู้สึกไว้วางใจ ความเชื่อหรือศรัทธาลดลง ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตว่าไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า จนเกิดปัญหาและภาระต่อคนอื่นหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Thomas et al., 2008) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะซึมเศร้าจะเกิดอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 12 (Friedman et al., 2006) การศึกษาความซึมเศร้ากับหัวใจล้มเหลว ในประเทศไทย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buapan, 2008) รวมทั้งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวจากเพื่อนและครอบครัว อาจมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมเป็นอย่างมาก (HFSA, 2010)

การแบ่งระยะหัวใจล้มเหลว

สมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกัน และสมาคมโรคหัวใจอเมริกัน (American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/ AHA]) ได้กำหนดแต่ละระยะเพื่อติดตามการรักษาและการพยากรณ์โรคโดยแบ่งระยะหัวใจล้มเหลวเป็น 4 ระยะดังนี้ (วิทยา สิริดามา, 2546)

Stage A ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของหัวใจล้มเหลว ไม่มีความผิดปกติลิ้นหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจ แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโคโรนารี มีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง เป็นต้น

Stage B ผู้ป่วยยังไม่มีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวแต่มีความผิดปกติที่ตรวจพบ เช่น Left ventricular hypertrophy จากการทำ Echocardiography หรือมีประวัติเป็น โรคลิ้นหัวใจรั่วร่วมกับหัวใจโต

Stage C ผู้ป่วยเคยหรือมีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยหอบกับการตรวจที่พบได้ แต่ยังคงมีอาการด้วยยาได้และไม่มีอาการหลังการรักษาเสร็จสิ้น

Stage D ผู้ป่วยมีอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวอย่างชัดเจนแม้ว่าจะทำการรักษา และจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

เกณฑ์การจำแนกความรุนแรงและกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การจำแนกความรุนแรงและกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เกณฑ์ของ New York Heart Association Classification (NYHA functional classification) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้บอกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อใช้ในการรักษา การดูแลและป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพของโรครุนแรงขึ้น โดยใช้เกณฑ์การแบ่งดังนี้ (Fauci et al., 2008; HFSA, 2010; Libby et al., 2008)

Class I ผู้ป่วยเป็นโรค สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่แสดงอาการ โรค

Class II ผู้ป่วยเป็นโรคเมื่อทำกิจกรรมแล้วมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกแต่อาการดีขึ้นเมื่อพัก

Class III ผู้ป่วยเป็นโรคเมื่อทำกิจกรรมเล็กน้อย เช่น เมื่อประกอบกิจวัตรประจำวันแล้วมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกแต่อาการดีขึ้นเมื่อพัก

Class IV ผู้ป่วยมีอาการแม้ขณะพักเช่น เหนื่อยหอบ อาการเจ็บหน้าอกแม้กระทั่งในขณะพัก

การรักษาทางการแพทย์ในผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

การรักษาโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้ได้ผลดีนั้น จำเป็นต้องพิจารณาวิธีการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลที่ดีจากการรักษา สามารถกลับไปมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การรักษาโดยหลักแบ่งเป็น 2 วิธีประกอบด้วย วิธีแรก คือ การรักษาด้วยการใช้ยา ปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปร่างหัวใจห้องล่าง (Ventricular remodeling) ดังนั้นรูปแบบยาจึงปรับเป็น ไหยากรูม AECI/ ARB, Beta blocker, Aldosterone antagonist (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554; HFSA, 2010) และวิธีที่สอง คือ การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การจำกัดน้ำ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การให้ความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัว อีกวิธีคือ การฝังเครื่องมือหรืออุปกรณ์ชนิดพิเศษเข้าไปในร่างกาย เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ และการผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาทั้ง 2 วิธีควบคู่กันไป ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติจึงควรให้การรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม (ปรกรณ์ โล่ห์เสลา, 2553) นอกจากนั้นการรักษาแบบไม่ใช้ยาพบว่ามี การสร้างคลินิกแบบองค์รวม (Multidisciplinary clinic) โดยให้มีทีมสุขภาพผู้ที่มีความชำนาญและให้การดูแลคำแนะนำแบบสหสาขา ให้คำปรึกษาและติดตามอาการ

การพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ในกรณีผู้ป่วยมาเร่งด่วนและทำการฟื้นคืนชีพ จำเป็นต้องช่วยเหลือกู้ชีพและที่สำคัญกลุ่มนี้ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด บันทึกความสมดุลของน้ำ บันทึกสัญญาณชีพ และระวังภาวะหัวใจเต้นผิดปกติและอาจเสียชีวิตเฉียบพลันได้ ให้ยาและติดตามอาการจนกว่าจะปกติ หักถถการในการช่วยเหลือแพทย์ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ การผ่าตัดใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ ชนิดผ่าตัดฝังติดตัวผู้ป่วย และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจหลังการดูแลฟื้นฟูระยะวิกฤต เช่น การควบคุม จำกัดเกลือ จำกัดน้ำในช่วงที่ป่วยนั้นต้องควบคุมอย่างมากและจำเป็นต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ การร่วมทีมสหสาขา รวมถึง การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกัน โอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็น ด้วยการให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านเกี่ยวกับการให้คำแนะนำดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายเมื่ออาการคงที่ (หากอาการกำเริบหรืออาการไม่คงที่ ควรนอนพักผ่อนอยู่บนเตียง) การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เช่น การลดน้ำหนัก การจำกัดปริมาณเกลือ การงดเหล้าและงดบุหรี่ การดูแลตนเอง การชั่งน้ำหนัก การสังเกตอาการผิดปกติ และแนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นต้น การติดตามนัด การให้คำแนะนำในกรณีผู้ป่วยต้องใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจหรือนัดมาเพื่อผ่าตัดลิ้นหัวใจ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การป้องกันโรคร่วมร่วม การฉีดวัคซีน การป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด (Butler, 2010)

ในต่างประเทศ แนวปฏิบัติต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญเรื่องการให้กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ กระตุ้นและสร้างให้เกิดทักษะการดูแลตนเอง (Self-care) และในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แนะนำให้มีญาติเข้ามามีส่วนร่วม โดยใช้ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (HFSA, 2010; McMurray et al., 2012) ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงภาวะหัวใจล้มเหลว Class III-IV พร่องการดูแลตนเองจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหรือสนับสนุนการช่วยเหลือ รูปแบบที่พบในปัจจุบัน เช่น การที่พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลและช่วยให้บุคคลมีการจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมได้ (Brandon, Schuessler, Ellison, & Lazenby, 2009)

ในประเทศไทยได้มีการนำรูปแบบสหสาขาวิชาชีพมาใช้เพื่อลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและ อัตราการตาย ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และมีพยาบาลชำนาญการด้านภาวะหัวใจล้มเหลว ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับถึงบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการออกเยี่ยมผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (วรินทร์ เวียงโสด, 2547) การให้คำแนะนำดูแลสุขภาพหรือเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Cardiac Resynchronization Therapy Defibrillator

(CRT) โดยพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ ชนิดผ่าตัดฝังติดตัวผู้ป่วย (Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator [AICD]) และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ (ปกรณ์ โล่ห์เลขา, 2553) ปัจจุบันประเทศไทยมีการนำโปรแกรมต่าง ๆ ในการให้การพยาบาล เช่น การสอน การสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้ การส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง การจัดการตนเอง การจัดการกับอาการต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง ซึ่งโปรแกรมที่กล่าวมานี้ช่วยให้ลดอาการภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ขาบวม นอนราบไม่ได้ หอบเหนื่อย เป็นต้น พฤติกรรมและความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง เพิ่มความผาสุก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ชุตินธร เรียนแพง, 2548; นิภาพร ประจันบาน, 2550; สุมาลี พรหมพราย, 2549; อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2551)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ความหมายของการดูแล

การดูแล (Caregiving) หมายถึง การตอบสนองต่อความต้องการหรือร้องขอของบุคคล โดยระบุด้วยตัวเอง การปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การดูแลครอบคลุมถึงเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยในการมีชีวิตประจำวันเช่นการออกไปนอกบ้าน การพบแพทย์ อีกทั้งการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย เป็นต้น (Lum et al., 2011)

การดูแล (Caregiving) หมายถึง กิจกรรมในการช่วยเหลือ สนับสนุนคอบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่มีความต้องการในด้านการพัฒนา ฟันฟูสภาพร่างกาย จิตใจ หรือการดำเนินชีวิต ตามความต้องการของผู้รับการดูแลหรือผู้ป่วย โดยครอบคลุมทุกมิติซึ่งผู้ดูแลต้องมีความชำนาญการในวิธีการดูแลตามลักษณะงานหรือตามความต้องการในการดูแลที่แตกต่างกันออกไป รวมทั้งบริบทของผู้รับการดูแลหรือผู้ป่วยอีกด้วย (World Health Organization [WHO], 2012)

การดูแล (Caregiving) หมายถึง กิจกรรมในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือหรือดูแลตนเองได้ โดยผู้ดูแลมีทั้งแบบไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลอื่น ๆ ที่เข้ามาอาสาสมัครให้การช่วยเหลือ และแบบเป็นทางการ เช่น ผู้ให้บริการการดูแลเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เป็นต้น (Touhy & Jett, 2010)

สรุปได้ว่า การดูแล หมายถึง การช่วยเหลือกิจกรรมทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อมที่เป็นการปฏิบัติ ประกอบด้วย กระบวนการในการให้ความช่วยเหลือด้านพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก ความสนใจ เอาใจใส่ การประคับประคอง การรับฟัง พูด สัมผัส หรือการให้ข้อมูล

รวมถึงการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ได้รับการดูแล การกระทำนี้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การฟื้นฟูสมรรถนะของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง ผู้ให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะผู้ป่วย ในต่างประเทศอาจพบการใช้คำว่า Career หรือ Caregivers หรือในบางคำทำให้ความหมายที่เฉพาะไปถึง Family caregivers ซึ่งโดยภาพรวมหมายถึงผู้ให้การช่วยเหลือดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้ได้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่ต้องการการดูแล เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และการดูแลต้องเกิดอย่างต่อเนื่อง เช่น เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลอาจเป็นบุคคลในวิชาชีพ หรือบุคคลในครอบครัวหรือคู่สามี ภรรยา (Spouse) ในกรณีเป็นบุคคลกลุ่มวิชาชีพมักจะมาจากภาษาอังกฤษว่า Health care provider หรือ Health care worker ซึ่งมีความหมายว่ากลุ่มวิชาชีพสุขภาพ (Levine & Murray, 2004; Poulin et al., 2010) หรือบางกรณี Provider รวมถึงคนแรกๆ ที่ให้การดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น คู่สามี ภรรยา เป็นต้น (Feld, Dunkle, Schoepfer, & Shen, 2010)

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) กล่าวถึง ครอบครัวผู้ให้การดูแล (Family caregiving) ว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือปรนนิบัติผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการพบได้บ่อยมากที่สุดในประเทศไทย กลุ่มบุคคลหรือผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองและมีบทบาทแตกต่างกันไป เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลด้านการเงินและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง แต่ในหลายบทบาทนี้ผู้ดูแลหลักถือว่ามีส่วนสำคัญ เนื่องจากในบริบทสังคมไทยผู้ดูแลที่ไม่ว่าผูกพันทางใดทางหนึ่งจะให้ความช่วยเหลือในวิถีชีวิตผู้ป่วยสูงอายุ

Levine and Murray (2004) กล่าวถึงครอบครัวผู้ให้การดูแล (Family caregiving) ว่าเป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเจือจุนแก่ผู้ป่วยสูงอายุทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล โดยพฤติกรรมที่แสดงออกได้ชัดเจนคือพฤติกรรมของผู้ดูแลที่บ้านและมีความผูกพันทางสายเลือด เช่น เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพ ความไว้วางใจ และความหวังสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและเป็นผู้ที่ใกล้ชิดมีความรัก ความผูกพัน ทำให้เกิดความไว้วางใจและความอบอุ่นในการได้รับการดูแล

Linton and Lach (2007) กล่าวถึงครอบครัวผู้ให้การดูแล (Family caregiving) ว่าเป็นกิจกรรมจากคนใกล้ชิดกับบุคคลรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ดูแลอาจจัดหาทุกสิ่งในการให้การดูแล การช่วยเหลือ ทั้งด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันจนถึงเรื่องยาและการจัดหาและดูแลเรื่องการรักษา

Nauser (2007) กล่าวถึงครอบครัวผู้ให้การดูแล (Family caregiving) ว่าเป็นบุคคลหรือกลุ่มสมมติที่ให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการช่วยเหลือการให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การจัดการเรื่องยา การรักษา การพาไปพบแพทย์ผู้ทำการรักษารวมถึงด้านอื่น ๆ

สรุปได้ว่า ครอบครัวผู้ให้การดูแล หมายถึง ผู้ที่มีความผูกพันทางสายเลือด ทางความใกล้ชิด หรือผูกพันทางใจซึ่งนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือและถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดและมีบทบาทหรือพฤติกรรมการดูแลสำคัญในวิถีชีวิตผู้ป่วยและให้การดูแลมากที่สุดหรือเป็นผู้ดูแลหลัก

ชนิดและลักษณะของผู้ดูแล (Type of caregivers)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการแบ่งประเภทและลักษณะของผู้ดูแลตามมิติต่าง ๆ (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2551; Linton & Lach, 2007; Miller, 2009) ดังนี้

1. แบ่งตามประเภท ได้เป็น 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง กลุ่มของผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ สายสุขภาพ จากสถานบริการทางการแพทย์ หรือกลุ่มองค์กรที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและมีผลตอบแทนเป็นรายได้ พบว่าบุคคลากรด้านนี้รวมไปถึง แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health care assistant) โดยให้ความช่วยเหลืออาจเป็นรายวัน หรือตามจำนวนชั่วโมงหรือเป็นรายเดือน เป็นผู้ดูแลที่ได้ผ่านการฝึกอบรมและได้รับค่าจ้าง มีหน้าที่ในการดูแลในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การช่วยเหลือในการอาบน้ำ การช่วยเหลือเรื่องการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุ การเดิน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการให้บริการที่บ้าน หรือผู้ดูแลที่ไม่ผ่านการอบรม แต่มีความสามารถในการดูแลจากประสบการณ์ชีวิตในการให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและอาจหมายรวมถึงการทำงานบ้านควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหรืออาจเป็นผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครซึ่งหมายถึงผู้ที่มีความยินดีให้การช่วยเหลือ โดยไม่รับค่าตอบแทน เป็นผู้ดูแลจากหน่วยที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการและเคยผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นมาก่อน

1.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันในแต่ละด้านแก่ผู้ป่วยสูงอายุ และเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อน หรือในบางบริบทคือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน การดูแลจะเป็นผู้ดูแลหลัก กล่าวคือเป็นผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นรับประทานอาหาร จนถึงการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลจะยาวนานเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับอาการ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องดูแลใน 24 ชั่วโมงพบว่ากลุ่มบุคคลนี้จะไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทนหรือรางวัล แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรักความเมตตา การตอบแทนบุญคุณหรือแรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการ

สมรสหรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นบุตรและญาติของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเพศหญิง (วันดี โดสุขศรี, 2539) รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักสูงอายุด้วยกันทั้งคู่

2. แบ่งตามลักษณะการดูแล

2.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (Family caregivers) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุดในประเทศไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้านบางคนรับผิดชอบดูแลด้านการเงินและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลบางคนรับผิดชอบในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง หรือบางคนต้องรับผิดชอบการดูแลทั้งหมด

2.2 ผู้ให้การช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ (Informal helper) หมายถึง ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่น ๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่มีค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

3. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวัน สูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ดูแล (Self-identified) ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้อนอาหารหรือให้อาหาร การดูแลเรื่องการรับประทานยา การทำความสะอาดแผล การช่วยเหลือในการขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องกว่าคนอื่น ซึ่งในผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้เผชิญความเครียดสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดจากการดูแลแตกต่างกัน

3.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregivers) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่องานสังคม หรือติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแล้วผู้ดูแลรองจะใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแล

หลัก

คุณลักษณะของผู้ดูแลหลัก

จากการศึกษาพบว่าผู้ช่วยมีการเปลี่ยนแปลงจากอาการโรคและพยาธิสภาพ ที่ส่งผลต่อความพิการหรือความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ การจดจำ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลที่มีความจำเพาะต่อโรค (ยูพาพินศิริโพธิ์งาม, 2546) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตรสาว (ร้อยละ 59.1) คู่สมรส (ร้อยละ 40.2) บุตรชาย (ร้อยละ 36.8) และได้รับการดูแลจากบุตรสะใภ้หรือ บุตรเขย (ร้อยละ 16.3 และร้อยละ 15 ตามลำดับ) พบว่าร้อยละ 12 ของผู้ดูแลเป็นบุคคลในชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน คนรู้จัก เพื่อน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยด้วย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.5) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 2.5) โรคหัวใจ (ร้อยละ 1.4) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 0.8) และโรคสมองเสื่อม (ร้อยละ 0.7) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แม้ว่าจะไม่มีการระบุตัวเลขที่แน่ชัด แต่จากบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุต่ำกว่า 50 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 5,000 บาท ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทในการดูแลด้านสารน้ำสารอาหารและยา การดูแลกิจวัตรประจำวัน การจับถ่าย การควบคุมน้ำหนัก การช่วยเหลือในการออกกำลังกาย การพาไปตรวจตามนัด การสังเกตอาการผู้ป่วย เป็นต้น (นิภาพรประจันบาน, 2550; ศิริวรรณ ดั่งวิจิตรสกุล, 2550; อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2551)

สาเหตุและความสำคัญที่จำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องมีผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มที่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากกลุ่มนี้จะช่วยเหลือตนเองได้ลดลงจากภาวะอาการที่เป็น กล่าวคืออาการที่ทำให้กลับมาเป็นซ้ำคือภาวะหอบเหนื่อย ผลคือ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือลดลงอย่างมากเกินกว่าจะช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นอันตรายถึงชีวิตหากไม่มีคนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือแล้วก็มีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้ จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว มีสติปัญญาเสื่อมถอย (Cognitive impairment) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นและผลจากเลือดไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง ส่งผลให้เกิดความจำเสื่อม (Dementia) และผลจากโรคแทรกซ้อนทำให้เกิดความจำเสื่อมของการรับรู้ (Cognitive decline) ตามมา รวมทั้งจากปัจจัยและพฤติกรรมของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเอง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ความเครียดและความซึมเศร้า ที่มีผลต่อสติปัญญาการเรียนรู้และจดจำของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งสิ้น (Vogel, Scheltens, Schroeder-Tanka, & Weinstein, 2007)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทั้งความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้การช่วยเหลือตนเองหรือการเรียนรู้และความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัวและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว (Family caregivers in heart failure)

ครอบครัวผู้ให้การดูแล (Family caregiving) มีความหมายแตกต่างกันตามบริบทของผู้ป่วยและโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแล แต่โดยภาพรวม คือ เป็นผู้ที่มีความผูกพันทางสายเลือด ทางความใกล้ชิด หรือผูกพันทางใจซึ่งนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือและถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดและมีบทบาทหรือพฤติกรรมกรรมการดูแลสำคัญในวิถีชีวิตผู้ป่วยและให้การดูแลมากที่สุดหรือเป็นผู้ดูแลหลัก (Linton & Lach, 2007) ปัจจุบันได้มีการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวผู้ให้การดูแลในภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้กล่าวถึงผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiving) ว่าเป็นบุคคลหรือคู่สมรสที่ให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การจัดการเรื่องยา การรักษา การพาไปพบแพทย์ผู้ทำการรักษา ฯลฯ (Nauser, 2007) การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิต-สังคม และสภาวะแวดล้อม หากการดูแลไม่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้านดังกล่าวจะส่งผลให้การกลับมาจากสภาพเจ็บป่วยหรือการหายของผู้ป่วยล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หน้าที่สำคัญของผู้ดูแลคือ หน้าที่การดูแลด้านร่างกายและด้านการให้ความรักและเอาใจใส่ นอกจากนี้หน้าที่ในการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจ และการจัดหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิกก็มีความสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมี 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554; Kreagel et al., 1974)

1. ด้านร่างกาย (Physiology)

จากการทบทวนงานวิจัยจำนวนมากเห็นพ้องกันว่าความต้องการทางร่างกายเป็นความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดความต้องการภายใต้บริบทกระบวนการทางสรีรวิทยา อาจมาจากภายในหรือผลจากสิ่งกระตุ้นภายนอก โดยเปรียบเทียบความต้องการว่าเป็นกระบวนการของผลลัพธ์เป็นตัวบุคคลผู้ซึ่งรักษาสภาพกิจกรรมในการดำรงชีวิต จนกระทั่งถึงสิ่งแวดล้อมกับเซลล์ร่างกายสมดุลและปรับสมดุลจนกระทั่งลดความต้องการลง (Murray, 1937 cited in Kreagel et al., 1974) กล่าวกันว่าความต้องการเป็นความจำเป็นและความต้องการจะอยู่ขั้นต่ำที่สุดของความจำเป็นทั้งหมด (Maslow, 1954 cited in Kreagel et al., 1974) หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องเข้ามาหาแหล่งช่วยเหลือ เยียวยาหรือการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถหาแหล่งสนับสนุนในสิ่งที่ต้องการได้ บุคคลต้องการ การหายใจ การกิน การขับถ่าย การนอนหลับ การคงไว้ซึ่งสุขภาพและ

การดูแลด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความผิดปกติหรือเสื่อมสภาพ เช่น ความเจ็บป่วยจำเป็นต้องเติมเต็มด้วยการรักษา เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการด้านสุขภาพและเพื่อการอยู่รอดของชีวิต ซึ่งความต้องการด้านร่างกาย มีดังนี้

1.1 การดูแลเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ โดยอาการที่พบ คือ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว การสังเกตอาการผิดปกติได้แก่ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ตื่นมาหอบตอนกลางคืน ไอเป็นสีชมพู ความดันโลหิตต่ำ แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องมาน เบื่ออาหาร มีอาการขาบวม (Fauci et al., 2008; Libby et al., 2008; Silbernagl & Lang, 2000)

1.2 การดูแลเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการจำกัดน้ำ การรับประทานยาให้ถูกต้องควรอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนให้ยาผู้ป่วยสูงอายุและรู้จักผลข้างเคียงของยา หากเกิดผลข้างเคียงของยา สามารถจัดการได้อย่างถูกต้อง การรับประทานยาขับปัสสาวะในกลุ่ม Diuretics drugs ญาติจำเป็นต้องมีความรู้และต้องมีการติดตามอยู่เสมอ กล่าวคือ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตนเองทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยการชั่งน้ำหนักผู้ป่วยควรถอดเสื้อผ้า ออกให้หมดแล้วชั่งก่อนอาหารและหลังขับถ่ายช่วงเช้า หากพบน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมใน 1-2 วัน หรือ 2 กิโลกรัมใน 3 วันแสดงว่าน้ำคั่งให้ทำการช่วยเหลือผู้ป่วยได้แก่ กรณีแรก หากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาขับปัสสาวะเป็นประจำหรือรับประทานยา กลุ่ม Thiazides ให้เปลี่ยนเป็นกลุ่ม Diuretics เช่น Furosemide 20 มิลลิกรัมต่อวัน (สำหรับผู้ป่วยที่ไตทำงานปกติ) กรณีที่สอง หากรับประทานยาในกลุ่ม Diuretics เช่น Furosemide อยู่เดิมแล้วให้ปรับขนาดยา 1.5-2 เท่าตามความเหมาะสม โดยปกติแล้วหากรับประทาน เม็ด เข้า แล้วพบว่าน้ำหนักเพิ่มให้รับประทานยา 1 เม็ดเข้า ½ เม็ดทิ้ง เป็นต้น และคอยสังเกตผู้ป่วยว่าหากน้ำหนักผู้ป่วยไม่กลับสู่ปกติใน 3-4 วันหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 3 วันควรพาไปพบแพทย์ ด้านการรับประทานอาหาร การจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุเป็นอาหารรสจืด เลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงเช่น ไข่แดง ขาหมู เครื่องในสัตว์ การลดอาหารเค็มขนาดที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 2 กรัม หรือไม่เกิน ½-1 ช้อนชา ถ้าเป็นอาหารไม่ปรุงรสเค็มเพิ่มขึ้น เลี่ยงอาหารเค็ม อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง เป็นต้น และการจำกัดน้ำ ก่อนออกจากโรงพยาบาลแพทย์ผู้ดูแลจะกำหนดปริมาณน้ำที่สามารถดื่มในแต่ละวันโดยปกติแล้วหากอาการไม่มาก จำกัดน้ำที่ 1.5 ลิตร แต่หากผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มานอนโรงพยาบาล มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก จำกัดน้ำดื่มอยู่ที่ 1 ลิตรต่อวัน (ปกรณ โล่ห์เลขา, 2553; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554; Rodeheffer & Redfield, 2007)

1.3 การดูแลเรื่องการใช้น้ำสารเสพติดในผู้ป่วย ควรลดหรือหยุดเครื่องดื่มที่ทำลายสุขภาพ ยกตัวอย่าง เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AACE, 2011)

1.4 การดูแลเรื่องการพักผ่อน การนอนหลับดีหรือไม่นั้น ในผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นอยู่กับอาการ เช่น การหอบเหนื่อยและตื่นมาตอนกลางคืน เนื่องจากการคั่งของน้ำที่ปอด ดังนั้นการนอนนั้นอาจจำเป็นต้องใช้หมอนหนุนมากขึ้นเพื่อให้นอนได้ การนอนหลับที่เพียงพอ คือนอนหลับสนิทคืนละ 6-8 ชั่วโมง หรือ มีการนอนพักรวันละ 1-2 ชั่วโมง การส่งเสริมการนอนหลับสามารถทำได้โดยการจัดการปัจจัยภายใน เช่น อาการ ความเครียด และปัจจัยภายนอกด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลดเสียงรบกวน

1.5 การดูแลเรื่องเพศสัมพันธ์ การให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์สามารถทำได้อย่างปลอดภัยหากไม่ทำให้เหนื่อยจนเกินไป (HFSA, 2010)

1.6 การดูแลเรื่องการออกกำลังกาย การออกกำลังกายไม่หนักเกินไปจะมีผลให้หัวใจทำงานหนักรวมทั้งการยกของหนักด้วย ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวควรออกกำลังกายแต่การออกกำลังกายที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เหมาะสม คือไม่เกิดอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดออกกำลังกาย การออกกำลังกายโดยเฉลี่ยแล้วควรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง และครั้งละ 20-30 นาที ยกตัวอย่างการออกกำลังกายเช่น เดิน ขี่จักรยาน เป็นต้น (Fauci et al., 2008; Rodeheffer & Redfield, 2007)

1.7 การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การออกแรงแบ่งขณะรับประทานอาหารกระตุ้นให้เกิด ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลงส่งผลเสียต่อภาวะหัวใจล้มเหลว อาหารกากใย เป็นอาหารที่ช่วยให้การขับถ่ายสะดวกขึ้นและทำให้ไม่ต้องออกแรงเบ่งในเวลาขับถ่าย ยกตัวอย่างอาหารดังกล่าว เช่น ข้าวกล้อง ถั่ว งา คั่ว ลูกเดือย และผักต่าง ๆ หากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ อาจใช้การจัดการเรื่องยาระบายเข้าร่วม เช่น น้ำมันมะกอก (ThaiLabonline, 2011) หรือใช้ยากระตุ้นความอยากอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานได้มากขึ้นและทำให้ขับถ่ายคล่องขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเดินไปห้องน้ำได้ ห้องน้ำควรอยู่ใกล้กับห้องนอนผู้ป่วยแต่ถ้าช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำเป็นต้องดูแลสุขวิทยาผู้ป่วยรวมถึงเตรียมเครื่องใช้ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว (HFSA, 2010)

1.8 การดูแลป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มนี้ติดเชื้อง่าย และเมื่อมีภาวะติดเชื้อส่งผลต่อภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้มีอาการมากขึ้น การป้องกันการติดเชื้อเป็นสิ่งจำเป็น และควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ประจำปี (HFSA, 2010)

2. ด้านจิต-สังคม (Socio-psychology)

ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยจะแสดงอาการต่อเหตุการณ์ที่ประสบตามแต่ประสบการณ์ และการให้ความหมายต่อสถานการณ์แต่ละบุคคล การแสดงออกนั้นมีทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา ซึ่งการที่บุคคล วิตกกังวล แสดงอาการกลัว หรือการให้ความร่วมมือ สัมพันธภาพกับการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการของการรับฟัง การตั้งคำถาม และเหนือสิ่งอื่นใด การตีความหมายหรือการให้ความหมายจะสัมพันธ์กับการรับรู้ วิถีชีวิต และความรู้ที่ผู้ป่วยมี ซึ่งส่งผลให้สามารถบอกได้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจะแสดงออกมา เมื่อพิจารณาแล้วความต้องการด้านจิต-สังคม รวมไปถึง อารมณ์ การรับรู้ ทศนคติ และปัจจัยด้านวิถีชีวิตหรือการให้คุณค่า หากนำมารวมกัน จะพบว่าแบ่งเป็นด้าน ความเป็นตัวตน ความสามารถที่จะแก้ปัญหา หรือความท้าทาย ความปลอดภัย ความรู้กระจ่างแจ้ง และการนำไปสู่ความเป็นมนุษย์ เมื่อคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมแล้ว จะส่งผลต่อระดับความรุนแรงและการแสดงออกในแต่ละบุคคลในสังคมหรือในวัฒนธรรมนั้น ๆ ซึ่งความต้องการด้านจิต-สังคมบอกถึงความเป็นตัวตนหรือการที่บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ ด้วยตนเองได้ (Autonomy) ความท้าทายหรือการเผชิญหน้ากับปัญหา (Challenges) ความปลอดภัย (Security) ความชัดเจนด้านการรับรู้หรือ ความเข้าใจในการรับรู้ (Cognitive clarity) และความเป็นมนุษย์หรือการมีคุณค่าในตนเอง (Humanism) โดยด้านจิต-สังคมประกอบด้วย การดูแล ดังต่อไปนี้

2.1 การดูแลให้กำลังใจ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีความวิตกกังวล จิตใจหม่นหมอง ว่าเหตุ ความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ท้อแท้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สำหรับการดูแลด้านจิตใจนั้นผู้ดูแลควรพูดคุยให้กำลังใจ รับฟังหากมีปัญหา ผู้ดูแลสามารถแก้ไขหรือการให้คำปรึกษา หาวิธีผ่อนคลายลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว (Chin & Goldman, 1997; HFSA, 2010; Schwarz & Elman, 2003)

2.2. การดูแลเรื่องความเครียด ความวิตกกังวลในผู้ป่วย การเกิดภาวะเจ็บป่วยเป็น เวลานานจะมีภาวะซึมเศร้าตามมาด้วย ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิตหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; Thomas et al., 2008) ควรหาวิธีลดความเครียดให้กับผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการช่วยเหลือทางการเงิน ความปลอดภัย การพาผู้ป่วยไปรับการตรวจตามแพทย์นัด การดูแลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความเบื่อหน่ายและท้อแท้ในชีวิต การดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมถึงการฆ่าตัวตาย (ปกรณ์ โล่ห์เลขา, 2553; วิทยา ศรีดามา, 2546; Chin & Goldman, 1997; Fauci et al., 2008; HFSA, 2010; Schwarz & Elman, 2003)

2.3 การดูแลเรื่องภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมักเกิดอาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือแม้กระทั่งขณะพักอยู่หนึ่ง ๆ มีอาการอ่อนเพลีย เป็นลมหรือหน้ามืดง่าย อาการนอนราบไม่ได้ ต้องลุกขึ้นมาล้างหอบในเวลากลางคืน มีอาการบวมที่บริเวณขาและเท้ารวมทั้งอาการอึดอัดและแน่นท้อง การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายเมื่อได้รับยาพบว่า ปัสสาวะมากขึ้น เกิดปัสสาวะบ่อยจนถึงปัสสาวะเล็ดกระปริดกระปรอย บางรายถึงกับปฏิเสธการรับประทานยา พบอีกประการเมื่อผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มยาจับปัสสาวะ Mineralocorticoid-receptor antagonists เช่น Spironolactone โดยเฉพาะในผู้ชายนอกจากผลข้างเคียงทำให้คัดตึงเต้านมแล้วยังก่อให้เกิดเต้านมโตกว่าปกติ จากที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยบางรายถึงกับหยุดยาที่รับประทานดังนั้นหากญาติมีความเข้าใจ สามารถนำไปอธิบายถึงความจำเป็นหรือหากผู้ป่วยไม่สามารถทนผลข้างเคียงได้ให้บอกแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนยาอย่างเหมาะสม (ปรกรณ์ โล่ห์เลขา, 2553; วิทยา ศรีดามา, 2546; Fauci et al., 2008)

2.4 การให้ความรู้ แม้จากพยาธิสภาพของโรคและการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้การรับรู้ลดถอยลงและการช่วยเหลือตนเองลดลงก็ตาม (ปรกรณ์ โล่ห์เลขา, 2553; วิทยา ศรีดามา, 2546; Fauci et al., 2008) แต่ด้วยเหตุผลที่ว่า การดูแลที่ได้ผล ในปัจจุบันยังคงให้ความสำคัญที่การให้ผู้ป่วยได้มีสิทธิในการจัดการในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (HFSA, 2010) และสอดคล้องกับแนวคิดความต้องการของผู้ป่วย (Patient needs) ที่ว่าผู้ป่วยต้องการ การได้ควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กำหนดชีวิตของตนเอง และได้เลือกในสิ่งที่ตนต้องการของตน จึงมีความจำเป็นดังนั้นการให้ความรู้ควรให้ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวและญาติผู้ดูแลหลัก ร่วมกันหากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือบกพร่องในเรื่องการรับรู้ ญาติมีความจำเป็นในการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลผู้ป่วย

2.5 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การได้รับการยอมรับ เคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัวและความเป็นมนุษย์ (Kraegel et al., 1974) ญาติจึงมีความสำคัญในการดูแลและให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเมื่ออาการดีขึ้น พบว่าหากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลอยู่หลายครั้ง ผู้ที่ให้ข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการรักษาได้ดีที่สุดคือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด และเรียกร้องสิทธิให้แก่ผู้ป่วยในบางเรื่อง เช่น การรับสิทธิในการรักษา ตามสิทธิต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยควรได้รับ การรับยาแทนผู้ป่วย เป็นต้น

3. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

ความต้องการสิ่งแวดล้อมมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ คือ สิ่งแวดล้อมจะต้องมีความน่าเชื่อถือ ความง่าย ความยืดหยุ่น ความปลอดภัยและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสมได้ ซึ่งหากเปรียบเทียบกับระบบการดูแล ต่อ 5 องค์ประกอบ ได้กล่าวไว้ดังนี้ การดูแลผู้ป่วยควรมีความ

น่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับ สามารถดูแลได้ตรงกับสภาพผู้ป่วยในแต่ละบุคคล การดูแลต่อเนื่องมี ประสิทธิภาพ ปลอดภัย และทำที่สุคราคาค่าใช้จ่ายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมการดูแลนี้จะครอบคลุม ถึงเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ยานพาหนะใน การรับส่งผู้ป่วยเพื่อไปตรวจการรักษา ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้ป่วย และการสูญเสียรายได้ ที่เกิดขึ้นโดยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การดูแล ดังต่อไปนี้

3.1 สภาพสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวสูญเสียพฤติกรรม การเข้าสังคมหรือทำให้หน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ลดน้อยลง หรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลย มีการแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในสิ่งรอบข้าง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ (Thomas et al., 2008) นอกจากนั้นผู้ป่วย กลุ่มนี้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสูญเสียเวลาในการ ไปตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนเป็นจำนวนมาก (กรมการแพทย์, 2555; สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2554) ผู้ดูแลควรมีการร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลได้อย่างเหมาะสมกับการดูแลในทางปฏิบัติ เกิดความง่ายในการนำไปใช้ ความยืดหยุ่น ในการกระทำในแต่ละวัน และมีในวันข้างหน้า และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยรวมถึงค่าใช้จ่าย เหมาะสม ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการให้การดูแลเกี่ยวกับ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจ ล้มเหลวมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและ เข้าสังคม ได้

3.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอย่างเหมาะสมตามความสามารถ ของผู้ดูแลและสิ่งเอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย การจัดการภายในบ้าน หรือเตรียมความพร้อมก่อนออกนอก บ้าน เช่นการเตรียมยาเป็นต้น และระวังอุบัติเหตุภายนอกบ้านให้แก่ผู้ป่วย (HFSA, 2010)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมของผู้ดูแลที่ดี ส่งผลให้การเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดีขึ้นตามไปด้วย (D'Alto et al., 2003; Molloy et al., 2005) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจ ล้มเหลวดังต่อไปนี้

1. **อายุของผู้ดูแล** เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีปัญหาจากผลกระทบการเปลี่ยนแปลงของ ระบบในร่างกายและการเสื่อมตามวัยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือ (HFSA, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลได้แก่ การหายใจ การกิน การขับถ่าย การนอนหลับ การคงไว้ซึ่งสุขภาพและการดูแลด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความผิดปกติ

หรือเสื่อมสภาพ เช่น ความเจ็บป่วยก็จำเป็นต้องเติมเต็มด้วยการรักษาและการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความ ต้องการด้านสุขภาพเพื่อการอยู่รอดของชีวิต การวิจัยระดับ Meta-analysis พบว่าผู้ดูแลมักมีอายุ 50 ปีขึ้นไปทำให้การดูแลด้าน ยา การออกกำลังกาย การให้คำแนะนำผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการเรื่องอาหารและน้ำดื่ม การควบคุมน้ำดื่ม และด้านอื่น ๆ จนนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแล เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอุบัติการณ์การตาย (Molloy et al., 2005) จากการศึกษาอายุกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีอายุเฉลี่ย 62.7 ปี พบว่า อายุ สัมพันธ์ตรงกันข้ามกับการรับรู้ต่อภาระงาน แต่สัมพันธ์กับ การรับรู้สุขภาพทางจิตของผู้ดูแล อภิปรายผลได้ว่า ผู้ดูแลที่อายุมากขึ้น จะสามารถเข้าใจบริบทงานได้ดี สามารถทำตามได้ดี และมีสุขภาพจิตโดยรวมดีกว่าผู้ดูแลที่อายุน้อย (Bakas et al., 2006) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอายุ เฉลี่ย 54 ปี (30-77 ปี) พบว่า คู่สามีภรรยาของผู้ป่วยมีความสุขทางจิตดีขึ้นถ้าผู้ดูแลอายุมากขึ้น จากการอภิปรายผลพบว่า เกิดจากผู้ดูแลที่อายุน้อย ต้องดูแลบุตรที่ยังเรียน หรือต้องทำงานไปด้วยกัน ทำให้มี ภาวะสุขภาพทางจิต ที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่อายุมากและรู้สึกพึงพอใจในชีวิตแล้ว (Dracup et al., 2004)

2. รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องสูญเสียเวลาในการไปตรวจตามแพทย์ นัดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากรายงานของโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมาที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายประมาณปีละ 70,170.64 บาท (สถิติโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา, 2554) จากการศึกษาของ Delgado et al. (2014) พบว่า รายได้หรือเงินมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว ยิ่งผู้ป่วยมีพยาธิสภาพ โรคหรือความรุนแรงมาก ค่าใช้จ่ายในการจัดหาจำเป็นต้องมี มากขึ้น จากการศึกษาของ Mainar et al. (2015) ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว อายุเฉลี่ย 72.4 ปี ที่มีอาการแทรกซ้อน โดยเฉพาะ โรคไตวายภายหลัง 2 ปีมีค่าใช้จ่ายในการดูแลและทรัพยากรต้องใ้ มากขึ้นทั้งเงินและบุคลากรทางแพทย์ และจากการศึกษาของ Hupcey et al. (2011) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายติดตามโดยศูนย์การดูแลเฉพาะทางด้านภาวะหัวใจล้มเหลว ในการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 45 ราย แบ่งเป็นผู้ดูแลเพศหญิง 39 ราย เพศชาย ระยะ การศึกษา 12 และ 18 เดือน พบว่ากลุ่มที่มีปัญหาด้านการเงินซึ่งเกิดจากผู้ป่วยต้องลาออกจากงาน หรือผู้ดูแลตกงานทำให้สูญเสียรายได้ในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมาจากการที่ ประกันสุขภาพบางชนิดไม่จ่ายเงินส่วนต่างในการรักษาบางประเภทหรือเกิดจากค่าใช้จ่ายในการ เดินทาง หรือค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลบุตร รวมถึงมีค่าใช้จ่ายอื่นๆส่งผลให้เงินขาด สภาพคล่อง ในที่สุดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยให้การดูแลลดลง

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้ความรู้ในการดูแลเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ เช่น เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกายหรือแม้กระทั่งขณะพักอยู่หนึ่ง ๆ อาการอ่อนเพลีย เป็นลมหรือหน้ามืดง่าย นอนราบไม่ได้ ต้องลุกขึ้นมาล้างห้องน้ำในเวลากลางคืน บวมบริเวณขาและเท้า อาการอึดอัดและแน่นท้อง การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (ปกรณ์ โสหัสเสนา, 2553; วิทยา ศรีดามา, 2546) และการจัดการกับการควบคุมน้ำเข้า-น้ำออก การควบคุมปริมาณโซเดียม การรับประทานยา เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554) จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หลังการให้ความรู้ร่วมกับระบบสนับสนุน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น (จิราภรณ์ มีชูสิน, 2553) จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะที่ 2-3 และมีผู้ดูแลจำนวน 96 ราย เกี่ยวกับวิธีการให้ความรู้และการฝึกฝนทักษะด้านการจัดการอาการรวมทั้งติดตามอาการ พบว่า ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Wongpiriyayothar et al., 2008) และการศึกษาของ Harding et al. (2008) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 3-4 จำนวน 20 ราย ผู้ดูแลจำนวน 11 คนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในด้านการดูแลเมื่อเกิดการผิดปกติและการเตรียมความในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการทรุดลง พบว่า การให้ข้อมูลต้องประกอบด้วย การหาวิธีจัดการในการค้นหาข้อมูล การแนะนำความรู้ การสอนและทำงานร่วมกัน รวมถึงการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงจะเกิดผลดีกับผู้ป่วย

4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลตนเองได้น้อยหรือทำไม่ได้ (วันดี โดสุขศรี, 2539) และส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันลดลง (Fauci et al., 2008) ด้านจิตใจ ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจเกิดความวิตกกังวล จิตใจหม่นหมอง ไร้ไหว และความซึมเศร้า (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551) จากการศึกษาของ Gohler et al. (2006) พบว่าโรคประจำตัวเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่โดยเฉพาะสามีภรรยาสูงอายุที่ทั้งคู่ต้องดูแลกันและกันทำให้การดูแลตนเองลดลงส่งผลต่อสุขภาพตนเองตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ HFSA (2010) ที่พบว่าเมื่อ สุขภาพของผู้ดูแล ไม่ว่าจะทางกายหรือจิตใจลดลง อัตราการตายของผู้ป่วยจะสูงขึ้น การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกับความสามารถในการดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยลดลง เช่น มีการกลับมาอนโรงพยาบาล โดยไม่จำเป็นมากขึ้น หรือตายมากขึ้น (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551)

5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากต้องดูแลเรื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว การให้ความใส่ใจกับความรู้สึกไม่สบายของผู้ป่วย รวมถึงเรื่องละเอียดอ่อนของภาพลักษณ์ อັคมโนทัศน์และเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยอีกด้วย (ปกรณ์ โล่ห์เลขา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Molloy et al. (2005) ที่พบว่าความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยการแสดง ความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ และแสดงความใส่ใจในการดูแลด้านต่าง ๆ เช่น การพาผู้ป่วยไปรักษา การดูแลสุขวิทยา การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการจัดสิ่งแวดล้อม บรรยากาศที่ดีในครอบครัว ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการแก้ปัญหาด้วยกันทำให้ผู้ป่วยได้รับความใส่ใจและผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ Bakas et al. (2006) ที่พบว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีสัมพันธ์กับผู้ป่วยพฤติกรรมดูแลที่ดีขึ้น

6. การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจาก ผู้ป่วยจะแสดงอาการหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมเล็กน้อยแต่อาการดีขึ้นเมื่อพักหรือแสดงอาการหอบเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกแม้กระทั่งขณะพัก (Libby et al., 2008) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการช่วยเหลือทางสังคม (HFSA, 2010) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ย่อมจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นด้านสิ่งจำเป็นในการดูแลต่าง ๆ และด้านจิตใจ ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลที่ดี จากการศึกษาของ Nauser (2007) ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายผลลัพธ์การรับรู้บทบาทหรือการรับรู้พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลถึงร้อยละ 13 จากการศึกษาของ Hupcey et al. (2011) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายติดตามโดยศูนย์การดูแลเฉพาะทางด้านภาวะหัวใจล้มเหลวในการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 45 ราย แบ่งเป็นผู้ดูแลเพศหญิง 39 ราย เพศชาย 6 ราย ระยะเวลาการศึกษา 12 และ 18 เดือน พบว่า ผู้ดูแลจะดูแลได้ลำบากขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว การดูแลผู้ป่วยจะเกิดปัญหาตามมาทำให้ผู้ดูแลตัดขาดออกจากสังคมและทำให้ขาดที่ปรึกษาในการขอความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ยิ่งผู้ดูแลออกจากสังคม หรือแยกตัว ก็ยังมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทำได้ลดลง และการศึกษาเชิงคุณภาพของ Kitko et al. (2013) ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ลดภาระงานของผู้ดูแล ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ดีขึ้นและสามารถลดภาวะอาการกำเริบในผู้ป่วยทำให้

ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยได้ มีผลทำให้ผู้ดูแลได้ดีขึ้น

7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องสูญเสียเวลาในการไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง (สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2554) จึงจำเป็นต้องให้เวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลมีความสำคัญต่อการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น เรื่องการชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทุกวันในเวลาเดียวกัน การสังเกตอาการ การจำกัดน้ำ การบันทึกปริมาณปัสสาวะทุกวัน การพาไปพบแพทย์ การรับประทานยา การประเมินการเต้นของชีพจร การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและแก้ไขปัญหาท้องผูก การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554) ศิริพันธุ์ สาสัคย์ (2551) กล่าวว่า ระยะเวลาและความสำคัญของเวลาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามแต่บริบทและสถานการณ์ การดูแลในระยะเวลายาวนานย่อมเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า ระยะเวลาในการดูแลเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสิทธิผลการดูแล ยิ่งดูแลผู้ป่วยนานก็ยิ่งมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลและแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้อง จากการศึกษาของ Pressler et al. (2013) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ 1-4 จำนวน 63 ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบ 4 เดือน และ 8 พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันที่มากขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลที่มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงโรคมามากขึ้นจำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลมากขึ้น

8. ระยะเวลาในการดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจาก ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีความซับซ้อนในการดูแล การดูแลมีความจำเพาะ (HFSA, 2010) แตกต่างจากโรคอาการอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะเพื่อประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยการแสดงอาการต่อเหตุการณ์ที่ประสบตามแต่ประสบการณ์ และการให้ความหมายต่อสถานการณ์ของแต่ละบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการของการรับฟัง การตั้งคำถาม และเหนือสิ่งอื่นใด การตีความหมายหรือการให้ความหมายจะสัมพันธ์กับ การรับรู้ วิถีชีวิต และความรู้ของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถบอกได้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจะแสดงออกมา จากการศึกษาของ Lubkin and Larsen (2006) พบว่าการเจ็บป่วยระยะเวลายาวนานส่งผลให้เกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และการศึกษาของ Pressler et al. (2013) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ 1-4 จำนวน 63 ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบ 4 เดือน และ 8 เดือน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลที่ยาวนานขึ้นทำให้ความซึมเศร้าของผู้ดูแลลดลงเนื่องจาก

สามารถปรับตัวได้มากขึ้น สามารถรับมือกับปัญหาได้มากขึ้น และความพร้อมในการดูแลได้ดีขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะต่าง ๆ จำนวนมาก แต่บริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแล้วแต่มีความแตกต่างจากภาวะหรือโรคอื่น ๆ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่จำเพาะต่อการดูแลเฉพาะภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อจะนำไปสู่การปรับปรุง แก้ไข เปลี่ยนแปลง และส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่จะทำให้พฤติกรรมการดูแลดีขึ้น อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วย กล่าวคือ ช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นและอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตในที่สุด รวมถึงผลลัพธ์ในการดูแล โดยช่วยให้เกิดการลดค่าใช้จ่าย และลดภาระแก่ผู้ดูแลอีกทางหนึ่ง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 3 และ 4 ตามเกณฑ์ของการแบ่งระดับความรุนแรงของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย โดยมีโรคร่วมกลุ่มโรคหัวใจและระบบหลอดเลือดเท่านั้น และเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทำหน้าที่หลักในการให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแลที่บ้านมีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดนครราชสีมาตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีภูมิลำเนา จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่ศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ดังต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน โดยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมเกี่ยวกับหัวใจและระบบหลอดเลือดและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 3 และ 4 ตามเกณฑ์ของการแบ่งระดับความรุนแรงของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย และไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล

3. สามารถได้ยินและสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยเข้าใจ

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตร $N \geq 50 + 8M$ ($M =$ จำนวนตัวแปรต้น) (Tabachnick & Fidell, 2007) เนื่องจากการศึกษานี้ใช้สถิติวิเคราะห์ด้วยค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson ทั้งนี้การศึกษาในครั้งนี้มีตัวแปรต้นจำนวน 8 ตัวแปร ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เท่ากับ 114 ราย

$$N \geq 50 + 8M$$

N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

M คือ จำนวนตัวแปร

$$\text{แทนค่าสูตร } N \geq 50 + 8M$$

$$\geq 50 + (8 \times 8)$$

$$\geq 114$$

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 114 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอข้อมูลและหมายเลขบัตร โรงพยาบาลของผู้ป่วย (Hospital number) ซึ่งเป็นรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2556 ถึง วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2557
2. ผู้วิจัยทำการจับฉลากเลขคู่เลขคี่อย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการสุ่ม หลังจากนั้นนำที่จับฉลากมาเลือกตามหมายเลขบัตร โรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ลงท้ายด้วยเลขคู่หรือเลขคี่อย่างใดอย่างหนึ่งในแต่ละวันที่จับฉลากได้ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อจับหมายเลขคู่ เลือกหมายเลขบัตร โรงพยาบาล หมายเลขคู่มาดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด หากผู้ป่วยที่สุ่มได้มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างต่อไป (ใช้เวลาเก็บข้อมูลทั้งหมด จำนวน 1 เดือน เฉลี่ยวันละประมาณ 4-5 คน) ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มแบบนี้ในทุกวันจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ จำนวน 114 ราย
3. เมื่อสุ่มได้รายชื่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนหรือบุคลากรทางสุขภาพ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อติดต่อกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวรายคนที่บ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยซักถามหาผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวประจำโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ระบุตัวผู้ดูแลเป็นประจำ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ จะสัมภาษณ์จากผู้ดูแลในบ้านว่าใครเป็นผู้ดูแลหลักแทนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 6 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวจนถึงปัจจุบัน

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ และเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูก ผิด และ ไม่แน่ใจ เป็นการวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีจำนวน 2 ข้อ ด้านการจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม มีจำนวน 2 ข้อ ด้านการรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ มีจำนวน 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนสม่ำเสมอ มีจำนวน 4 ข้อ และด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกินมีจำนวน 3 ข้อ การให้คะแนนหากตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน และไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยทำการกลับคะแนนของข้อความทางลบก่อนที่จะนำมาคิดคะแนนรวม โดยคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ระหว่าง 0-17 คะแนน คะแนนมากหมายถึงผู้ดูแลสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้มาก การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0-17 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1977, pp.14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{\text{Maximum-Minimum}}{\text{Interval}} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} \\ &= \frac{17-0}{3} \\ &= 5.67 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 0.00-5.67

หมายถึง ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดีต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 5.68-11.34

หมายถึง ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดีปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 11.35-17.00 หมายถึง ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
ภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดีมาก

3. แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ วันดี
เข้มจันทร์ฉาย (2538) ลักษณะของแบบวัดประกอบด้วยข้อความที่สัมพันธ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
ในปัจจุบันของผู้สูงอายุ มีจำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น
ผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความคิดเห็น หรือความรู้สึกโดยทั่วไปว่าภาวะสุขภาพของ
ตนเองอยู่ในระดับใด ได้แก่ ดีมาก ดี พอใช้ หรือ ไม่ดี โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

สุขภาพดีมาก	ให้	4 คะแนน
สุขภาพดี	ให้	3 คะแนน
สุขภาพพอใช้	ให้	2 คะแนน
สุขภาพไม่ดี	ให้	1 คะแนน

4. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่าง
ผู้ดูแลกับผู้ป่วยของ เพียงใจ ศิริไพรวงศ์ (2540) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดความใกล้ชิด
สนิทสนมของ Walker and Thompson (1993) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงความรัก
ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือไว้วางใจ การยอมรับความคิดและคำวิจารณ์
ของกันและกัน ความผูกพันและความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 17 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	ให้	0 คะแนน
ระดับที่ 2 รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	ให้	1 คะแนน
ระดับที่ 3 รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ระดับที่ 4 รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	ให้	3 คะแนน
ระดับที่ 5 รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอดเวลา	ให้	4 คะแนน
ระดับที่ 6 รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	ให้	5 คะแนน

คะแนนรวมของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย อยู่ระหว่าง 0-85 คะแนน
คะแนนสูง หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดี ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง สัมพันธภาพ
ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่ดี นอกจากนี้แบบวัดนี้ยังมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ เป็นคำถามที่ให้ผู้ดูแล
ตอบได้อย่างอิสระเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยก่อนและขณะที่ผู้ดูแลรับบทบาทการ
ดูแล คำถามปลายเปิดนี้ไม่นำมาคิดคะแนน แต่นำมาใช้เป็นแนวทางในการอภิปรายและวิเคราะห์ถึง
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย คะแนนรวมของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย อยู่
ระหว่าง 0-85 คะแนน การแปลผลมี 3 ระดับคือ มีสัมพันธภาพระดับต่ำ ปานกลางและสูง โดยแบ่ง

ระดับคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ดังนี้

0-28	คะแนน	มีสัมพันธภาพระดับต่ำ
28.1-56	คะแนน	มีสัมพันธภาพระดับปานกลาง
56.1-85	คะแนน	มีสัมพันธภาพระดับสูง

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ภรภัทร อิมโธฐ (2550) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายในทางบวกทั้งหมด ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ไม่มีเลย หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้นเลย ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 18.00-90.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 18.00-42.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 43.00-66.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 67.00-90.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

6. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกาย จิต-สังคม และสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง

และไม่ปฏิบัติเลย ประกอบด้วย ด้านร่างกาย มีจำนวน 16 ข้อ ด้านจิต-สังคม มีจำนวน 2 ข้อ และ
สิ่งแวดล้อมมีจำนวน 2 ข้อ โดยมีรายละเอียดของความหมายและการให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในข้อความนั้น มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในข้อความนั้น 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุใน ข้อความนั้นเลย ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 20-60 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ
Best (1977, pp. 14) ดังนี้

$$\begin{aligned} \frac{\text{Maximum-Minimum}}{\text{Interval}} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{60-20}{3} \\ &= 13.33 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 20.00-33.33	หมายถึง	พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดีต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 33.34-46.66	หมายถึง	พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดีปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 46.67-60.00	หมายถึง	พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยการหาความตรงตามเนื้อหา
(Content validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวและ
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจและ
หลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์

ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน พยาบาลผู้มิประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา ระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 5 ปี 1 ท่าน แล้วนำข้อมูลมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยแบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวได้ค่า CVI เท่ากับ 0.85 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข ภายใต้อำนาจแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ส่วนแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงใด ๆ และเป็นแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดทั้ง 3 ชุดดังกล่าว

2. การตรวจสอบความเที่ยง

2.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson ได้เท่ากับ .76

2.2 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการทดสอบแบบวัดซ้ำ (Test-retest method) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้ววัดซ้ำในกลุ่มเดียวกัน นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson ได้ค่า 1.0

2.3 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวกับนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90, .82 และ .73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์เสนอผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตเข้าทำการวิจัยในจังหวัดนครราชสีมา

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเขตจังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่บ้าน ผู้วิจัยเริ่มการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

5. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30-45 นาทีต่อราย ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อความสะดวกต่อการให้ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้วผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล กล่าวขอบคุณผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือตัวแทนในการพาไปพบกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว จึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยให้ข้อมูลดังนี้
 - 2.1 แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
 - 2.2 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ โดยสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกช่วงเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - 2.3 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทน ชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยครั้งนี้ถูกนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมด

ของกลุ่มตัวอย่างเก็บไว้ในตู้เอกสารปิดด้วยกุญแจ และจะทำลายหลังจากเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างอายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 114 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบความเรียงแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ตั้งรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวจนถึงปัจจุบัน แสดงไว้ในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ค่าพิสัย ค่าคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงไว้ในตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การ

สนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงไว้ในตารางที่ 4

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร คือ พิจารณาการวัดของตัวแปรต้นและตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่าง มีการสุ่มมาจากประชากร ตรวจสอบลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปรว่ามีความสัมพันธ์แบบเส้นตรง (Linear relationship) ตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีลักษณะปกติ (Histogram, Stem and leaf plot, Box plots, สถิติ Kolmogorow-smimov และค่า Fisher's skewness coefficient & Fisher's kurtosis coefficient)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ ได้ผลการวิเคราะห์ซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามระดับความรุนแรง ($N = 114$)

ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะที่ 3	85	74.56
ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะที่ 4	29	25.44

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงระยะที่ 3 จำนวน 85 คน (ร้อยละ 74.56) รองลงมา มีระดับความรุนแรง ระยะที่ 4 (ร้อยละ 25.44)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลต่อวัน และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวจนถึงปัจจุบัน วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 114$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($M = 48.80$, $SD = 11.06$, $MIN = 30$, $MAX = 68$)		
20-40 ปี	32	28.07
41-60 ปี	49	42.98
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	33	28.95
เพศ		
ชาย	34	29.80
หญิง	80	70.20
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	96	84.20
คู่สมรส	14	12.30
หลาน	4	3.50
ศาสนา		
พุทธ	114	100.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	5.30
ประถมศึกษา	79	69.30
มัธยมศึกษา	19	16.70
อนุปริญญา	10	8.70
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
10,000-15,000 บาทต่อเดือน	62	54.50
5,000-10,000 บาทต่อเดือน	29	25.40
15,000-20,000 บาทต่อเดือน	11	9.60
20,000-25,000 บาทต่อเดือน	8	7.00
ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	4	3.50
อาชีพ		
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	51	44.90

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรกรรม	29	25.40
รับจ้าง	11	9.60
รับราชการ	11	9.60
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ เอกชน	8	7.00
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ชั่วโมง	12	10.50
6-10 ชั่วโมง	31	27.20
11-15 ชั่วโมง	35	30.70
16-20 ชั่วโมง	8	7.00
มากกว่า 20 ชั่วโมงขึ้นไป	28	24.60
ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล ($M = 4.25, SD = 33.61, MIN = 1, MAX = 12$)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	84	73.68
6 ปี-10 ปี	26	22.81
11 ปี-15 ปี	4	3.51

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 42.98) รองลงมา อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 28.95) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.20) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) จบการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 69.30) ส่วนใหญ่เป็นอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 44.90) รองลงมาอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 25.40) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 54.50) ส่วนใหญ่เป็นระยะเวลาในการดูแลต่อวัน มากกว่า 10-15 ชั่วโมง (ร้อยละ 30.70) รองลงมาเป็น มากกว่า 5-10 ชั่วโมง (ร้อยละ 27.20) และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 73.68)

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ($N = 114$)

ตัวแปร	ค่าพิสัย	ค่าคะแนน	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	0-17	3-14	8.30	2.91	ระดับปานกลาง
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	1-4	2-4	3.00	0.83	ระดับดี
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	40-80	34-80	59.69	12.56	ระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	18-90	40-87	59.42	12.81	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว	15-60	30-54	39.46	4.89	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X} = 8.33$, $SD = 2.91$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X} = 3.00$, $SD = 0.83$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์สูง ($\bar{X} = 59.69$, $SD = 12.56$) การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X} = 59.42$, $SD = 12.81$) และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ($\bar{X} = 39.46$, $SD = 4.89$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในงานวิจัยนี้มี 8 ปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($N = 114$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ Pearson (r)	p-value
1. อายุของผู้ดูแล	-0.52	0.01
2. รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล	0.40	0.01
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	0.36	0.01
4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	0.50	0.01
5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	0.27	0.01
6. การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	0.38	0.01
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน	0.20	0.05
8. ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล	0.19	0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52, p < .01$) รายได้ของครอบครัวผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .01$) ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50, p < .01$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .01$) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .05$) และระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

คุณของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p < .05$) ซึ่ง
เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 114 ราย ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .76, 1.00, .90, .82 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's product moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 42.98) รองลงมาคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 28.95) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.20) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.30) มีอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 44.90) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 25.40) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 54.50) มีระยะเวลาในการดูแลต่อวัน มากกว่า 10-15 ชั่วโมง (ร้อยละ 30.70) รองลงมาคือ มากกว่า 5-10 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 27.20) และระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 73.68)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

2.1 อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52, p < .01$)

2.2 รายได้ของครอบครัวผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .01$)

2.3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$)

2.4 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50, p < .01$)

2.5 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$)

2.6 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .01$)

2.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .05$)

2.8 ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

อายุของผู้ดูแล ผลการศึกษานี้พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากสมรรถนะด้านร่างกายของผู้ดูแลอายุน้อยดีกว่าผู้ดูแลที่อายุมาก (Deary et al., 2009) สมรรถนะด้านร่างกายมีความสำคัญต่อการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวต้องการความช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวันและการดูแลซึ่งต้องใช้สมรรถนะด้านร่างกายที่ดี จากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มที่อายุน้อยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีสมรรถนะด้านร่างกายที่ดีมีสภาพจิตใจที่มีวุฒิภาวะและพร้อมที่จะเป็นผู้ดูแลและเป็นวัยที่ได้ถูกกำหนดบทบาทจากสังคมว่าเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าวัยอื่น ๆ (วันดี โดสุขศรี, 2539) จากการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย และคณะ (2542) พบว่า

อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จากการศึกษาของ Morse et al. (2012) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาด้านการรับรู้และร่างกาย พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการเอาใจใส่และการให้ความเคารพต่อผู้ดูแล และการศึกษาของ Riviere et al. (2002) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิเสธอาหาร และจากการศึกษาของ Miller et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลอายุมากมีความสัมพันธ์กับความเป็นไปได้ในพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้ของครอบครัวผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากรายได้ที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดหาปัจจัยต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เพราะรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นทั้งทรัพยากรในการดูแล และเป็นปัจจัยที่ได้รับผลกระทบทางลบจากการดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Saunders (2008) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 50 คน พบว่าภาระทางการเงินมีแนวโน้มความสัมพันธ์กับภาระด้านครอบครัว ภาระด้านสุขภาพของผู้ดูแล และอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาระต่าง ๆ ของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ายาที่จำเป็นต้องออกค่าใช้จ่ายเอง เวชภัณฑ์ เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดัน ค่าตรวจรักษา การจัดหายานพาหนะเพื่อรับส่งผู้ป่วยไปกลับที่โรงพยาบาลหรือคลินิก การติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อติดต่อขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล การจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น ยิ่งหากต้องดูแลระยะเวลายาวนาน ค่าใช้จ่ายยิ่งเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Libby et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nauser (2007) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งมีอิทธิพลทางบวกต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการศึกษาของ วรธิดา มาศเกษม (2552) เรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้ความรู้ในการดูแลเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่ง

ความรู้จะช่วยในการแก้ปัญหาสังเกตอาการที่ผิดปกติ การจัดการอาการต่าง ๆ ดังนั้นความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร ประจันบาน (2550) ที่พบว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยในภาวะหัวใจล้มเหลว หลังการได้รับความรู้ ข้อมูล คำแนะนำที่ถูกต้องร่วมกับการฝึกทักษะต่าง ๆ พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะปฏิบัติตามเรื่องยา อาหาร และการสังเกตอาการที่ผิดปกติได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของ HFSA (2010) ที่พบว่า การให้ความรู้เป็นสิ่งจำเป็นกับผู้ดูแลเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความแตกต่างจากโรคอื่นและมีความซับซ้อนอย่างมาก การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการแก้ปัญหา การสังเกตอาการที่ผิดปกติ การจัดการด้านอาหารและจำกัดน้ำและเกลือ โซเดียมให้เหมาะสม การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารกระตุ้น การงดสูบบุหรี่ การประเมินผลข้างเคียงของยา การจัดการภาวะท้องผูก การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการจัดการสิ่งแวดล้อม การให้การดูแลที่เหมาะสม เมื่อให้ความรู้ร่วมกับทักษะจะเกิดผลลัพธ์ของพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น เมื่อพิจารณาจากข้อความที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถหยุดยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้เอง หากไม่มีอาการบวมหรือหายใจหอบเหนื่อย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 0.57, SD = 0.51$) เนื่องจากผู้ดูแลเรียนรู้ว่าผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวต้องรักษาตลอดชีวิตไม่สามารถหยุดยาเอง (Wongpiriyayothar et al., 2008) และจากการสอนจากทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาและการจัดการบริหารเรื่องยา (วรินทร์ เวียงโสด, 2547) จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลสามารถจัดการยาได้อย่างเหมาะสมไม่หยุดยาเอง

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผลการศึกษานี้พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มนี้ ภาวะสุขภาพในระดับดี ($\bar{X} = 2.79, SD = 0.63$) เมื่อมีการรับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพที่ดีจะสามารถแสดงออกของพฤติกรรมได้ดีขึ้นและจริงจังมากขึ้น (วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gohler et al. (2006) ที่พบว่าเมื่อสุขภาพของผู้ดูแลไม่ว่าทางกายภาพหรือจิตใจดีขึ้น พฤติกรรมดูแลด้านการให้ความสำคัญเรื่องยา การประเมินอาการ การพาไปพบแพทย์ การปฏิบัติตามการให้คำแนะนำของแพทย์ผู้ให้การรักษาจะดีขึ้น ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอีกด้วย อีกการศึกษาหนึ่งในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาต่อการรับรู้ในการแสดงอารมณ์โกรธ ความกังวล ความซึมเศร้า อารมณ์โกรธเคือง พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเป็นไปได้ในการแสดงออกในพฤติกรรมที่ดี และไม่ทำร้ายผู้ป่วย (MacNeil et al., 2009) เช่นเดียวกันกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจที่ดีส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการดูแลได้

ดีขึ้น (Bakas, 2006; Nauser, 2007)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความต้องการด้านจิตใจและสังคม อารมณ์ การรับรู้ ทักษะคิด และปัจจัยด้านวิถีชีวิตหรือการให้คุณค่า และการนำไปสู่ความเป็นมนุษย์ รวมไปถึงการคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมอีกด้วย ด้วยการแสดงความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ การนับถือ การยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน ความผูกพัน และความรู้สึกถึงความมั่นคงในสัมพันธภาพ และแสดงความใส่ใจในการดูแลด้านต่าง ๆ เช่น การพาผู้ป่วยไปรักษา การดูแลสุขวิทยา การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการจัดสิ่งแวดล้อม บรรยากาศที่ดีในครอบครัว ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการแก้ปัญหาาร่วมกัน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สัมพันธภาพของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับสูงเนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยและด้วยวัฒนธรรมของคนในสังคมไทยที่คนในครอบครัวจะดูแลคนในครอบครัว และให้ความสำคัญเรื่องกตัญญูและมีความพึงพอใจที่ได้ดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องตนเองมา โดยจะเห็นได้จาก เมื่อพิจารณารายชื่อจากข้อคำถามที่กล่าวว่า ฉันมีความสุขเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ($M = 4.97, SD = 0.18$) จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือคู่สามี ภรรยา ทำให้การดูแลมีความผูกพันกัน และมีความสุขที่ได้ทดแทนบุญคุณในฐานะบุตรหรือได้แสดงบทบาทของคู่สามี ภรรยา อย่างเต็มที่ (วันดี โดสุขศรี, 2539) การศึกษาของ อภิญญา วงศ์พิริยโยธา (2551) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะ 2-3 พบว่า เมื่อให้บุตรหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ นิภาพร ประจันบาน (2550) ที่พบว่าเมื่อให้ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะบุตรหรือคนในครอบครัวกับผู้ป่วยร่วมกับการส่งเสริมด้านทักษะการดูแลทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลที่ดีขึ้นอันเป็นผลให้ลดอุบัติการณ์การกลับมาอน โรงพยาบาลไม่จำเป็น

การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้จะเนื่องจากผู้ดูแลกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านทรัพยากร เมื่อผู้ดูแลได้รับรู้ว่ามี การสนับสนุนทางสังคมจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแล โดยในแต่ละด้านประกอบด้วย การแสดงพฤติกรรมดังนี้ 1) ด้านข้อมูล การให้ข้อมูลด้าน

ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาอาจเป็นรูปแบบการโทรศัพท์ตามเช็ยมาจากเจ้าหน้าที่ การให้ข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษาหรือการใช้สื่อสารสนเทศต่าง ๆ ในการติดตามอาการผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้นรวมถึงกรณีผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลมีที่ปรึกษากับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หรือพาไปพบแพทย์ที่รักษาประจำหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านรวมถึงการได้รับการสอนที่เหมาะสมหลังออกจากโรงพยาบาล 2) ด้านอารมณ์ การให้ความใส่ใจ ความรู้สึกต่อผู้ดูแล หรือความไม่สบายใจหรือความไม่สุขสบายของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย 3) ด้านการประเมิน การให้ผู้ดูแลได้รู้สิ่งที่ตนเองทำถูกหรือไม่ และทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินตนเองให้เกิดพฤติกรรมดูแลเหมาะสมและต่อเนื่อง 4) ด้านทรัพยากร การสนับสนุนอุปกรณ์ให้ผู้ดูแล เช่น เครื่องชั่งน้ำหนักหรือไปซังที่สถานีอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ทำให้ผู้ดูแลประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม การบันทึกซึ่งการบันทึกปริมาณปัสสาวะของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทุกวัน ได้จากการสนับสนุนทางสังคม เหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจะเห็นได้จากคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในระดับปานกลางด้วย ($\bar{X} = 39.46$, $SD = 4.89$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรินทร์เวียงไธสง (2547) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะที่ 1-4 ที่พบว่า เมื่อให้การดูแลการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลสามารถในช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้นและผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น การศึกษาของ ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงษ์ (2548) ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า การสนับสนุนผู้ดูแลเรื่องการให้ยาทำให้พฤติกรรมหรือความสามารถในการให้ยากับผู้ป่วยดีขึ้นและผู้ป่วยจดจำยา รวมถึงความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และการศึกษา ของ Shabriari, Ahmadi, Babae, Mehrabi, and Sadeghi (2013) ที่พบว่าเมื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลทำให้พฤติกรรมดูแลและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดี

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องสูญเสียเวลาในการไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง (สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2554) จึงจำเป็นต้องให้เวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลมีความสำคัญต่อการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น เรื่องการชั่งน้ำหนักตัวผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทุกวันในเวลาเดียวกัน การสังเกตอาการ การจำกัดน้ำ การบันทึกปริมาณปัสสาวะทุกวัน การพาไปพบแพทย์ การรับประทานยา การประเมินการเดินของชีพจร การดูแลเรื่องการ

รับประทานอาหารและแก้ไขปัญหาท้องผูก การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554) ศิริพันธ์์ สาสัจย์ (2551) กล่าวว่า ระยะเวลาและความสำคัญของเวลาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามแต่บริบทและสถานการณ์ การดูแลในระยะเวลาที่ยาวนานย่อมเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า ระยะเวลาในการดูแลเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสิทธิผลการดูแล ยิ่งดูแลผู้ป่วยนานก็ยิ่งมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล และแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาของ Pressler et al. (2013) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันที่ยาวขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลที่มากขึ้น

ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจาก ผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีความซับซ้อนในการดูแล การดูแลมีความจำเพาะ (HFSA, 2010) แตกต่างจากโรคอาการอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะเพื่อประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยการแสดงอาการต่อเหตุการณ์ที่ประสบตามแต่ประสบการณ์ และการให้ความหมายต่อสถานการณ์ของแต่ละบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการของการรับฟัง การตั้งคำถาม และเหนือสิ่งอื่นใด การตีความหมายหรือการให้ความหมายจะสัมพันธ์กับ การรับรู้ วิถีชีวิต และความรู้ของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถบอกได้ถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจะแสดงออกมา จากการศึกษาของ Lubkin and Larsen (2006) พบว่าการเจ็บป่วยระยะเวลายาวนานส่งผลให้เกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อิม โอสฐ (2550) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถหรือพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลยาวนานขึ้นทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นในอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอีกทั้งในผู้ดูแลกลุ่มนี้มีแหล่งสนับสนุนให้การช่วยเหลือหลายด้านทำให้เมื่อการดูแลระยะเวลายาวนานผู้ดูแลสามารถดูแลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ ส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล สร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณะจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการเรียนการสอนและการให้บริการทางวิชาการเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. พยาบาลและนักวิจัยควรนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อหาปัจจัยทำนายหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ควรขยายผลการศึกษาี้โดยทำการวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นหรือในพื้นที่ต่าง ๆ

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2555). สถิติโรค. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.32.40/statreport/index.html>
- เกศสุดา มณีกระจ่างแสง. (2544). ผลการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จอม สุวรรณ โณ. (2552). การจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง: ผู้สูงอายุมีสมรรถนะต่างจากผู้ใหญ่หรือไม่? วารสารสภาการพยาบาล, 24(1), 36-48.
- จันทนงค์ อินทร์สุข. (2550). ปัจจัยทำนายบทบาทผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ทิพทัส. (2543). บทบาทสมาชิกในการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจ โรค จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2548). เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ มีชูสิน. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 18(2), 19-33.
- ชุตินธร เรียนแพง. (2548). การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉิราพร ศุภสิริวุฒิ. (2548). ปัจจัยด้านลักษณะทางจิต ด้านสภาพแวดล้อม และด้านชีวสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการดูแลเกื้อหนุนบุพการีสูงอายุของบุตร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพรรณ วิริยะศิริกุล. (2548). *อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร. (2549). *อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิภาพร ประจันบาน. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้าการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- บุญมา หลีสิน. (2535). *บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต: ศึกษากรณีครอบครัวเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปกรณ์ โล่ห์เลขา. (2553). *หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง: การรักษาและการป้องกัน*. เข้าถึงได้จาก www.thaidoctor.org/download
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- ปานจิตต์ เข็มตำอังก์. (2546). *ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ปาริฉัตร กุลยาบาล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่
ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยะรัตน์ นิมพิทกษพงษ์. (2548). การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการให้ยาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.
วารสารวิชาการสาธารณสุข, 4(4), 649-660.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). การพยาบาลผู้ป่วย โรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คลังนานา
วิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). การบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ.
ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พุทธศักราช 2546. (2546, 31 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 1-8.
- เพียงใจ ตรีไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัว
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภรภัทร อิ่มโอบุ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มินตกาญจน์ ชลอรักษ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยวัย โรคที่บ้านของผู้ดูแลใน
เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย.
รวมารชิบัติพยาบาลสาร, 9(2), 156-166.
- เขวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาใน
โรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, วัฒนา บันเทิงสุข
และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2549). รายงานการวิจัยการสร้างระบบเครือข่ายญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
เรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี สรรเสริญ. (2551). ญาติผู้ดูแล: ขุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(3), 1-13.

- โรงพยาบาลวิภาวดี. (2552). *ภาวะหัวใจล้มเหลว*. เข้าถึงได้จาก <http://www.yourhealthyguide.com/article/ah-heart-failure.html>
- วรธิดา มาศเกษม. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก หน่วยโรคระบบประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- วรรณรัตน์ ถาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาภรณ์ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล และเวชกา กลิ่นวิจิตร. (2547). *สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออก*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรินทร์ เวียงโอสถ. (2547). *ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบครอบคลุมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- วันดี โดสุขศรี. (2539). *ศึกษาความสามารถในการดูแลความเครียด และภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). (2546). *ตำราอายุรแพทย์ 4*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). (2548). *Evidence-based clinical practice guideline ทางอายุรกรรม 2548*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์ห้วงค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพันธ์ สาธิตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *โครงการศึกษาวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถิติโรค กรมการแพทย์. (2552). *ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยในตามกลุ่มโรคที่พบสูงสุด 10 อันดับแรก จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ และจำนวนวันอยู่รักษาเฉลี่ย ปีงบประมาณ 2552*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>
- สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2554). *สถิติจำนวนผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ปีงบประมาณ 2554*. เข้าถึงได้จาก *ฐานข้อมูลแผนกเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*.
- สถิติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2557). *สถิติจำนวนผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ปีงบประมาณ 2556*. เข้าถึงได้จาก *ฐานข้อมูลแผนกเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*.
- สมยศ ศรีจารนัย, วารี สุตกรบุทธิ์, อรวลีน เถาว์ชาติ, วิชิตา ธีธรรมมา และมีฤทธิ์ ศรีประไพหม. (2545). พฤติกรรมของผู้ดูแลกับการควบคุมโรคเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(3), 12-20.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. ม.ป.ท.
- สลิษา หลิมศิริรัตน์. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ของญาติผู้ดูแล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชบุรี*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2553). *ข้อมูลและสถิติ*. เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-diseasedata.php>
- สุมาลี พรืมพราย. (2549). *ผลของการจัดทำนอรร่วมกับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- เสาวลักษณ์ เนตรซัง. (2545). การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวล จากการดูแลและปัจจัยด้านดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, สุพัตรา บัวที, สมเสาวนุช จมูศรี, นงเยาว์ มีเทียน และวิไลพร พิทักษานุรัตน์. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อระดับความรู้พฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. (2551). ผลของโปรแกรมการดูแลที่บ้านต่อการดูแลที่บ้านต่อการบรรเทาอาการและความผาสุกในผู้ที่มีหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 12(1), 25-38.
- อรทัย ศักดิ์สูง. (2543). การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างทฤษฎี แอนดราโกจี (*Andragogy*) ของมัลคอล์ม โนลส์ กับวิธีการสอนในหลักสูตรผู้บริหารสถานศึกษาระดับสูง ของสถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษานอกโรงเรียน, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรัญญา ไพรวัลย์. (2551). ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Aldred, H., Gott, M., & Gariballa, S. (2005). Advanced heart failure: Impact on older patients and informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 116-124.
- American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice [AACE]. (2011). AACE diabetes care plan guidelines. *Endocr Pract*, 17(2), 1-53.
- American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2014). Heart disease and stroke statistics-2014 update. *Circulation*, 125, e2-e220.
- Bakas, T., Pressler, S. J., Johnson, E. A., Nauser, J. A., & Shaneyfelt, T. (2006). Family caregiving in heart failure. *Nursing Research*, 55(3), 1-26.

- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G., Miller, S., Weiner, M., & Lance, C. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *The American Geriatrics Society, 53*, 255-261.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Brandon, A. F., Schuessler, J. B., Ellison, K. J., & Lazenby, R. B. (2009). The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. *Applied Nursing Research, 22*, e1-e7.
- Brazil, K., Bedard, M., & Willison, K. (2002). Factors associated with home death for individuals who receive home support services: A retrospective cohort study. *BMC Palliative Care, 1*(2), 1-6.
- Brostrom, A., Stromberg, A., Dahlstrom, U., & Fridlund, B. (2004). Sleep difficulties, daytime sleepiness, and health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *Journal Cardiovascular Nursing, 19*, 234-242.
- Browne, S., Macdonald, S., May C., Macleod, U., & Mair, F. (2014). Patient, carer and professional perspectives on barriers and facilitators to quality care in advanced heart failure. *PLOS ONE, 9*(3), e93288.
- Buapan, A. (2008). *Factors influencing adaptation in heart failure patients*. Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Burn, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Butler, J. (2010). The management of heart failure. *Practice Nursing, 21*(6), 290.
- Carter, J. H., Lyons, K. S., Stewart, B. J., Archbold, P. G., & Scobee, R. (2010). Does age make a difference in caregiver strain? Comparison of young versus older caregivers in early-stage Parkinson's disease. *Mov Disord, 25*(6), 716-722.
- Chin, M., & Goldman, L. (1997). Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure. *American Journal Of Public Health, 87*(4), 643-648.
- Choi-Kwon, S., Mitchell, P. H., Veith, R., Teri, L., Buzaitis, A., Cain, K. C., Beker, K. J., Tirschwell, D., Fruin, M., Choi, J., & Kim, J. (2009). Comparing perceived burden for Korean and American informal caregivers of stroke survivors. *Rehabil Nurs, 34*(4), 141.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Currow, D. C., Catherine B. C., Agar, M., Phillips, J., McCaffrey, N., & Abernethy, A. P. (2011). Palliative caregivers who would not take on the caring role again. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(4), 661-672.
- D'Alto, M., Pacileo, G., & Calabrò, R. (2003). Non pharmacologic care of heart failure: Patient, family, and hospital organization. *American Journal of Cardiology*, 8(91), 51F-54F.
- Dahlberg, L., Demack, S., & Bamba, C. (2007). Age and gender of informal carers: A population-based study in the UK. *Health Soc Care Community*, 15(5), 469-45.
- Deary, I., Corley, J., Gow, A., Harris, S., Houlihan, L., & Marioni, R. (2009). Age-associated cognitive decline. *British Medical Bulletin*, 92, 135-152.
- Delgado, J., Oliva, J., Llano, M., Pascual-Figal, D., Grillo, J., Comín-Colet, J., Díaz, B., Concha, L., Martí, B., & Peña, L. (2014). Health care and non health care costs in the treatment of patients with symptomatic chronic heart failure in Spain. *Revista Espanola de Cardiologia*, 67(8), 643-650.
- Dougherty, C., & Thompson, E. (2009). Intimate partner physical and mental health after sudden cardiac arrest and receipt of an implantable cardioverter defibrillator. *Research in Nursing & Health*, 32(4), 432-442.
- Dracup, K., Evangelista, L., Doering, L., Tullman, D., Moser, D., & Hamilton, M. (2004). Emotional well-being in spouses of patients with advanced heart failure. *Heart and Lung*, 33(6), 354-361.
- Ekman, I., & Ehrenberg, A. (2002). Fatigue in chronic heart failure does gender make a difference?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(1), 77-82.
- Ekman, I., Cleland, J., Swedberg, K., Charlesworth, A., Metra, M., & Poole-Wilson, P. (2005). Symptoms in patients with heart failure are prognostic predictors: insights from COMET. *Journal of Cardiac Failure*, 11, 288-292.
- Evangelista, L. S., Darcup, K., Doering, L., Westlake, C., Fonnarow, G. C., & Hamilton, M. (2002). Emotional well-being of heart failure patients and their caregivers. *Journal of Cardiac Failure*, 8, 300-305.

- Fauci, A. S., Kasper, D. L., Longo, D. L., Braunward, E., Hauser, S. L., & Jameson, J. L. (2008). *Harrison's principles of internal medicine* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Feld, S., Dunkle, R. E., Schroepfer, T., & Shen, H. (2010). Does gender moderate factors associated with whether spouses are the sole providers of IADL care to their partners?. *Journal of Aging Research, 32*(4), 499-526.
- Fredman, L., Cauley, J. A., Hochberg, M., Ensrud, K., & Doros, G. (2010). Mortality associated with caregiving, general stress, and caregiving-related stress in elderly women: results of caregiver-study of osteoporotic fractures. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*, 937-943.
- Friedman, M. M. (1998). Family developmental theory. In M. M. Friedman, *Family nursing: Research, theory, and practice*. Stanford, CN: Appleton & Lange.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Elaine, G. (2003). *Family nursing: Research, theory & practice*. Upper Saddle River, NJ.: Prentice Hall.
- Friedmann, E., Sue, A., Fang, L., Patricia, G. M., Deborah C., & Gottlieb, S. S. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal, 152*(5), 940.e1-940.e8.
- Gohler, A., Januzzi, J. L., Worrell, S. S., Osterziel, K. J., Gazelle, G. S., Dietz, R., & Siebert, U. (2006). A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 12*(7), 554-567.
- Gome, B., & Higginson, I. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: Systematic review. *British Medical Journal, 332*(7540), 515-521.
- Harding R., Selman, L., Beynon, T., Hodson, F., Coady, E., Read, C., Walton, M., Gibbs, L., Higginson, I. (2008). Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *Journal Pain Symptom Manage, 36*(2), 149-56.
- Harris, J., Eng, J., Miller, W., & Dawson, A. (2010). The role of caregiver involvement in upper-limb treatment in individuals with subacute stroke. *Physical Therapy, 90*(9), 1302-1310.

- Hertzog, M., Pozehl, B., & Duncan, K. (2010). Cluster analysis of symptom occurrence to identify subgroups of heart failure patients: A pilot study. *Journal of Cardiovascular Nursing, 25*(4), 273-283.
- Higginson, I. J., & Sen-Gupta, GJA. (2000). Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med, (3)* 287-300.
- Hooley, P. J., Butler, G., & Howler, J. G. (2005). The relationship of quality of life, depression, and caregiver burden in outpatients with congestive heart failure. *Congestive Heart Failure, 11*(6), 303-10.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Phillippines: Addison-Wesley.
- Hupcey, J., Fenstermacher, K., Kitko, L., & Fogg, J. (2011). Palliative needs of spousal caregivers of patients with heart failure followed at specialized heart failure centers. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 13*(3), 142-150.
- Hwang, B., Fleischmann, K. E., Howie-Esquivel, J., Stotts, N. A., & Discup, K. (2011). Caregiving for patients with heart failure: Impact on patients' families. *American Journal of Critical Care, 20*(6), 431-442.
- Juntunen, A. (2002). *Professional and lay care in the Tanzanian village of Ilembula*. Retrived from <http://herkules.oulu.fi/isbn9514264312/html/c204.html>
- Kahana, E., Biegel, D. E., & Wykle, M. L. (1994). *Family caregiving across the lifespan*. California: Sage.
- Kitko, L., Hupcey, J., Gilchrist, J., & Boehmer, J. (2013). Caring for a spouse with end-stage heart failure through implantation of a left ventricular assist device as destination therapy. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 42*(3), 195-201.
- Kraegel, J., Mousseau, V., Goldsmith, C., & Arora, R. (1974). *Patient care system*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Lai, D. W, Luk, P. K., & Andruske, C. L. (2007). Gender differences in caregiving: a case in Chinese Canadian caregivers. *Journal of Women & Aging, 19*(3-4), 161-178.
- Lang, N. M., Kraegel, J. M., Rantz, M. J., & Krejci, J. W. (1990). *Quality of health care for older people in America: A review of nursing studies*. Kansas City, MO: American Nurses Association.

- Lee, K., Song, E., Lennie, T., Frazier, S., Chung, M., Heo, S., Wu, J., Rayens, M., Riegel, B., & Moser, D. (2010). Symptom clusters in men and women with heart failure and their impact on cardiac event-free survival. *Journal of Cardiovascular Nursing, 25*(4), 263-272.
- Levin, J. B., Peterson, P. N., & Dolansky, M. A. (2014). Health literacy and heart failure management in patient caregiver dyads. *Journal of Cardiac Failure, 20*(10), 755-761.
- Levine, C., & Murray, T. H. (2004). *The cultures of caregiving*. Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Libby, P., Bonow, R. O., Mann, D. L., & Zipes, D. P. (2008). *Braunwald's heart disease*. Philadelphia: Elsevier.
- Linton, A. D., & Lach, H. W. (2007). *Matteson & McConnell's gerontological nursing*. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Linver, M. R., Brooks-Gunn, J., & Kohen, D. E. (2002). Family processes as pathways from income to young children's development. *Developmental Psychology, 38*, 719-734.
- Liu, Min-H., Wang, Chao-H., LEE, Chii-M., Huang, Yu-Yen, & Cherng, Wen-J. (2011). Disease knowledge, self-care behaviors and life quality in heart failure: Experience of the Taiwan national health care. *Brunei International Medical Journal, 7*(5), 269-79.
- Losadal, A., Ma'riquez-Gonza'lez, M., & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(11), 1119-1127.
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2006). *Chronic illness impact and interventions*. California: Jones and Bartlett.
- Lum, J., Liu, J., Ying, A., Sladek, J., Peckham, A., & Williams, A. P. (2011). *Informal caregiving*. Toronto: CRNCC.
- MacNeil, G., Kosberg J., Durkin, D. W. W., Dooley, K., DeCoster, J., & Williamson, G. M. (2009). Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger. *The Gerontologist, 50*(1), 76-86.
- Mainar, A., Artieda, R., & Nolla, J. (2015). Economic impact of heart failure according to the effects of kidney failure. *Revista Espanola de Cardiologia, 68*(1), 39-46.

- McMurray, J., Adamopoulos, S., Anker, S., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., Fonseca, C., Gomez-Sanchez, M., Jaarsma, T., Køber, L., Lip, G., Maggioni, A., Parkhomenko, A., Pieske, B., Popescu, B., Rønnevik, P., Rutten, F., Schwitter, J., Seferovic, P., Stepinska, J., Trindade, P., Voors, A., Zannad, F., Zeiher, A., Bax, J., Baumgartner, H., Ceconi, C., Dean, V., Deaton, C., Fagard, R., Funck-Brentano, C., Hasdai, D., Hoes, A., Kirchhof, P., Knuuti, J., Kolh, P., McDonagh, T., & Moulin. (2012). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European society of cardiology: Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal of Heart Failure*, 14(8), 803-869.
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., Chyurlia, L., & Leclerc, C. (2011). The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: A crosssectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 1-10.
- Miller, C. A. (2009). *Wellness in older adults*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, L. S., Lewis, M. S., Williamson, G. M., Lance, C. E., Dooley, W. K., Schulz, R., & Weiner, M. F. (2006). Caregiver cognitive status and potentially harmful caregiver behavior. *Aging & Mental Health*, 10(2), 125-133.
- Miller, L. S., Lewis, M. S., Williamson, G. M., Lance, C. E., Dooley, W. K., Schulz, & Weiner, M. F. (2006). Caregiver cognitive status and potentially harmful caregiver behavior. *Aging & Mental Health*, 10(2), 125-133.
- Mitzi, M. S. (2008). Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. *Western Journal Nursing Research*, 8(30), 943-959.
- Molloy, G. J., Johnston, D. W., & Witham, D. W. (2005). Family caregiving and congestive heart failure: Review and analysis. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 592-603.
- Molloy, J. G., Johnston, D. W., & Witham, M. D. (2005). Family caregiving and congestive heart failure: Review and analysis. *European Journal of Heart Failure*, 7(4), 592-603.
- Morse, J. Q., Dooley, W. K., Shaffer, D. R., Williamson, G. M., & Schulz, R. (2012). Models of self and others and their relation to positive and negative caregiving responses. *Psychology and Aging*, 27(1), 211-218.

- Murphy, J. G., & Lloyd, M. A. (2007). *Mayo clinic cardiology, concise textbook* (3rd ed). Minnesota: Mayo clinic scientific press.
- National Center for Environment Health [NCEH]. (2009). *Centers of disease control and prevention, 2009*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/healthyplaces/terminogy.htm>
- Nausser, J. A. (2007). *Heart failure family caregivers: Psychometrics of a new quality of life scale and variables associated with caregiver outcomes*. Doctoral dissertation, School of Nursing, Indiana University.
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. H. (2002). Informal caregiving: differential experiences by gender. *J Women Aging, 40*(12), 167-168.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Parish, J. M., & Shepard, J. W. (1990). Cardiovascular effects of sleep disorders. *Chest, 97*(5), 1220-1226.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. New York: Saddle River.
- Pilisuk, M. (2008). *Who benefits from global violence and war*. Retrieved from <http://www.marcpilisuk.com/index.html>
- Pioli, M. F. (2010). Global and caregiving mastery as moderators in the caregiving stress process. *Aging & Mental Health, 14*(5). 603-612.
- Plach, S. (2008). Psychological well-being in women with heart failure: Can social roles make a difference?. *Health Care for Women International, 29*(1), 54-75.
- Poulin, M. J., Brown, S. L., Ubel, P. A., Smith, D. M., Jankovic, A., & Langa, K. M. (2010). Does a helping hand mean a heavy heart? Helping behavior and well-being among spouse caregivers. *Psychology and Aging, 25*(1), 108-117.
- Pressler, S., Gradus-Pizlo, I., Chubinski, S., Smith, G., Wheeler, S., & Sloan, R. (2013). Family caregivers of patients with heart failure: a longitudinal study. *Journal Cardiovascular Nursing, 28*(5), 417-428.
- Rafiyah, I., Suttharangsee, W., & Sangchan, H. (2011). Social support and coping of Indonesian family caregivers caring for persons with schizophrenia. *Nurse Media Journal of Nursing, 1*(2), 159-169.

- Raina, K., Rogers, J., & Holm, M. (2007). Influence of the environment on activity performance in older women with heart failure. *Disability & Rehabilitation, 29*(7), 545-557.
- Rausch, S., Baker, K., & Boonmee, J. (2007 a). Sleep disturbances in caregivers of patients with end-stage congestive heart failure: Part I--the problem. *Progress in Cardiovascular Nursing, 22*(1), 38-40.
- Rausch, S., Baker, K., & Boonmee, J. (2007 b). Sleep disturbances in caregivers of patients with end-stage congestive heart failure: part II--assess and intervene. *Progress in Cardiovascular Nursing, 22*(2), 93-96.
- Riviere, S., Gillette-Guyonnet, S., Andrieu, S., Nourhashemi, F., Lauque, S., Cantet, C., Salva, A., Frisoni, G., & Vellas B. (2002). Cognitive function and caregiver burden: predictive factors for eating behaviour disorders in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 950-955.
- Rodeheffer, R. J., & Redfield, M. M. (2007). Pharmacologic therapy of systolic ventricular dysfunction and heart failure. In Murphy, J. G., & Lloyd, M. A. (Eds.), *Mayo clinic cardiology* (pp.1113-1123). New York: Mayo Clinic Scientific Press.
- Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Saunders, M. (2008). Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. *Western Journal of Nursing Research, 30*(8), 943-959.
- Saunders, M. (2009). Indicators of health-related quality of life in heart failure family caregivers. *Journal of Community Health Nursing, 26*(4), 173-182.
- Schoenfelder, D., Swanson, E., Specht, J., Maas, M., & Johnson, M. (2000). Outcome indicators for direct and indirect caregiving. *Clinical Nursing Research, 9*(1), 47-69.
- Schwarz, K. A., & Elman, C. S. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions of patients with heart failure. *Heart and Lung, 32*(2), 88-99.
- Schwarz, K., & Elman, C. (2003). Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure [Abstract]. *Heart & Lung, 32*(2), 88-99.
- Shahriari, M., Ahmadi, M., Babae, S., Mehrabi, T., & Sadeghi, M. (2013). Effects of a family support program on self-care behaviors in patients with congestive heart failure. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research, 18*(2), 152-157.

- Siefert, M. L., Williams, A., Dowd, M. F., Chappel-Aiken, L., & McCorkle, R. (2008). The caregiving experience in a racially diverse sample of cancer family caregivers. *Cancer Nurs*, 31(5), 399-407.
- Silbernagl, S., & Lang, F. (2000). *Color atlas of pathophysiology*. New York: Thieme.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. D. (2007). *Using multivariate statistic*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tang, Yu-Ying, & Chen, Shu-Pi. (2002). Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promotion International*, 17(4), 329-339.
- Tarman, V. I. (1994). Age and sex of caregivers. Missing pieces in the analysis of long-term care. *Canadian Family Physician*, 40, 963-970.
- ThaiLabonline. (2011). *Laxative/ Cathartics*. Retrieved from <http://www.thailabonline.com/drug/drug15.html>
- The American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2011). *Heart disease and stroke statistics—2011 update*. *Circulation*, 123(6), e19-e60.
- The Heart Failure Society of America. (2010). Executive summary: HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 16(6), 476-505.
- Thomas, S. A., Chapa, D. W., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M. C., & Lee, H. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence. *Pathophysiological Mechanisms and Treatment*, 28, 40-55.
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2010). *Ebersole and Hess' gerontological nursing healthy aging* (3rd ed). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Travis, S. S., McAuley, W. J., Dmochowski, J., Bernard, M. A., Kao, H. S., & Greene, R. (2007). Factors associated with medication hassles experienced by family caregivers of older adults. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 51-57.
- Vogel, R. L., Scheltens, P., Schroeder-Tanka, J. M., & Weintein, H. C. (2007). Cognitive impairment in heart failure: A systematic review of the literature. *European Journal of Heart Failure*, 9, 440-449.
- Walker, A. J., & Thompson, L. (1993). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*, 45(11), 841-849.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.

- Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai family care inventory*. Doctoral dissertation, Oregon Health Sciences University.
- Wongpiriyayothar, A., Piamjariyakul, U., & Phoebe, D. W. (2008). Effects of home-based care program on symptom alleviation and well-being among persons with chronic heart failure. *Thai Journal of Nursing Research*, *12*(1), 25-39.
- Wood, F. (1991). The meaning of caregiving. *Rehabilitation Nursing*, *16*(4), 195-198.
- Wood, S. L., Froeloicher, E. S., Motzer, S. U., & Bridges, E. J. (2010). *Cardiac nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Dementia: A public health priority*. Geneva: WHO Press.
- Wu, J., Moser, D., Lennie, T., & Riegel, B. (2008). Medication adherence in patients with heart failure: A review of literature. *Nursing Clinics of North America*, *43*(1), 133-153.
- Yabroff, R. K., & Kim, Y. (2009). Time costs associated with informal caregiving for cancer survivors. *Cancer*, *115*(18 Suppl), 4362-4373.
- Yaghmale, F. (2003). Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education Spring*, *3*(1), 25-27.
- Yancy, C., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D., Drazner, M., Fonarow, G., Geraci, S., Horwich, T., Januzzi, J., Johnson, M., Kasper, E., Levy, W., Masoudi, F., McBride, P., McMurray, J., Mitchell, J., Peterson, P., Riegel, B., Sam, F., Stevenson, L., Tang, W., Tsai, E., & Wilkoff, B. (2013). 2013 ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*, *128*, e240-e327.
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., & Halfens, R. G. (2012). Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, *44*(3), 249-257.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นายแพทย์อัยญาชุต พูลพิทยากร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
2. นางอมรรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรนาธรรม
3. รองศาสตราจารย์ ศิริวิมล วัฒนสินธุ์ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยบูรพา
4. อาจารย์ศพล เหลืองโสมนภา อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
5. นางสาวสิริรัตน์ รักศิลป์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจศัลยกรรม
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
- ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- ส่วนที่ 4 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ท่านมีอายุ.....ปี (คำนวณอายุปีเต็มโดยใช้ พ.ศ. ปัจจุบัน-พ.ศ. เกิด)

2. เพศ ชาย หญิง

3. ท่านนับถือศาสนา.....

4. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น

1. สามี ภรรยา 2. บุตร 3. หลาน

4. เครือญาติอื่น ๆ (เช่น น้องสะใภ้) 5. อื่น ๆ ระบุ

5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

5. ปริญญาตรี

2. ประถมศึกษา

6. ปริญญาโท

3. มัธยมศึกษา

7. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. อนุปริญญา

6. อาชีพของท่าน

1. ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน

5. พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เอกชน

2. เกษตรกรรม

6. รับราชการ

3. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว

7. อื่น ๆ (ระบุ).....

4. รับจ้าง

7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของท่าน

1. ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

2. 5,000-10,000 บาทต่อเดือน

3. 10,000-15,000 บาทต่อเดือน

4. 15,000-20,000 บาทต่อเดือน

5. 20,000-25,000 บาทต่อเดือน

6. 25,000-30,000 บาทต่อเดือน

7. 30,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป

8. ผู้ช่วยผู้ดูแล

1. ไม่มี

2. มีระบุ.....

9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน.....สัปดาห์

- 10. จำนวนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน.....ชั่วโมง
- 11. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น
 - 1. มี 2. ไม่มี
- 12. ลักษณะครอบครัว
 - 1. ครอบครัวเดี่ยว
 - 2. ครอบครัวขยาย
- 13. จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

- ถูก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นถูกในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
- ผิด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในข้อนั้นผิดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความในข้อนั้นถูกหรือผิดในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1. ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย และการคั่งของเลือดในหัวใจ ปอดและอวัยวะต่าง ๆ			
2. อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว คือ หายใจลำบาก เหนื่อยมากขึ้นเวลานอนราบ ลูกขึ้นมา หอบตอนกลางคืน หรือ ไอแห้งตอนกลางคืนหลังจากนอนหลับไปแล้วและมีอาการบวม เช่น บริเวณขา เป็นต้น			
3.			
17. ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ควรออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมใด ๆ เลย			

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ไม่ดี	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของท่านไม่ดี
พอใช้	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของท่านพอใช้
ดี	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของท่านดี
ดีมาก	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่าคุณภาพของท่านดีมาก

1. ปัจจุบัน ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร

- () 1. ไม่ดี
- () 2. พอใช้
- () 3. ดี
- () 4. ดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อความในคำถามเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุน หรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
ด้านอารมณ์ 1. มีผู้มาเยี่ยมเยียนท่านอยู่เสมอขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย 2. 5. มีผู้ให้ความเคารพนับถือ และยกย่องท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วย					
ด้านการประเมิน 6. ผู้อื่นมองว่าท่านเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม 7. 8. มีผู้ให้คำชมเชยท่านว่า ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้อื่น					
ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล 9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 11. 13. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่น ๆ					
ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร 14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงิน 16. 18. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ให้สะดวกสบายต่อการดูแลผู้ป่วย					

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ระดับที่ 1 ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	ให้ 0 คะแนน
ระดับที่ 2 รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	ให้ 1 คะแนน
ระดับที่ 3 รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ระดับที่ 4 รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ระดับที่ 5 รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอดเวลา	ให้ 4 คะแนน

ระดับที่ 6 รู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา

ให้ 5 คะแนน

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึก เช่นนี้เลย	รู้สึก เช่นนี้ น้อยมาก	รู้สึก เช่นนี้ บางครั้ง	รู้สึก เช่นนี้ บ่อยครั้ง	รู้สึกเช่นนี้ เกือบ ตลอด	รู้สึก เช่นนี้ ตลอดเวลา
1. ฉันและผู้ป่วยต่างต้องการใช้เวลา อยู่ร่วมกัน						
2. ฉันรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยรักฉัน						
3. ฉันและผู้ป่วยต่างซื่อสัตย์และ ไว้วางใจกัน						
4. ฉันและผู้ป่วยต่างรับฟังคำตำหนิ ถึงข้อบกพร่องของกันและกัน						
5. ฉันและผู้ป่วยมีอะไรคล้ายๆกัน						
6. ฉันและผู้ป่วยต่างนับถือและให้ เกียรติกัน						
7. ชีวิตของฉันและผู้ป่วยดีขึ้นเพราะ ต่างช่วยเหลือเกื้อกูลกัน						
8. ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ ผู้ป่วยทำให้เราต่างมีความสุข						
9. ผู้ป่วยใส่ใจกับความรู้สึกของฉัน						
10. ฉันและผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของ กันและกัน						
11. ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับ ผู้ป่วยเต็มไปด้วยความเสียดสี						
.....						
17. ฉันเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ ระหว่างฉันกับผู้ป่วย						

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในข้อความนั้นมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้ 3 คะแนน
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในข้อความนั้น 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้ 2 คะแนน
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในข้อความนั้นเลย ได้ 1 คะแนน

พฤติกรรมของท่าน	ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน)	ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน)
1. ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้อยู่ในท่านั่งหรือนอนพักโดยใช้หมอนหนุนหลายใบเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ			
2. ท่านสังเกตอาการบวมบริเวณต่างๆของร่างกายของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น แขน ขา หน้า หนึ่งตาลำตัว			
.....			
20. ท่านดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะ และหลีกเลี่ยงจากคนป่วยรายอื่น ๆ			

ภาคผนวก ค

ใบพิทักษ์สิทธิและเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รหัสจริยธรรมการวิจัย 08-10-2556

ชื่อผู้วิจัย นายกานต์ สุธรรมเทวกุล

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ มีคุณสมบัติตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ดูแลอายุมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกในครอบครัวหรืออาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวและเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล โดยทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกเมื่อประกอบกิจวัตรประจำวันแล้วแต่อาการดีขึ้นเมื่อพัก หรือผู้ป่วยมีอาการแม้ขณะพัก ผู้ดูแลสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ที่เกิด ได้ยินสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยเข้าใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 114 ราย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจำนวน 3 เดือน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสัมภาษณ์ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาทีต่อคน

ประโยชน์ที่จะได้รับ ในด้านการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดียิ่งขึ้น เช่น ลดการเข้าอนโรพยาบาลโดยไม่จำเป็น หรือลดอัตราการตาย เป็นต้น ในด้านการศึกษาด้านการพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ใช้ประกอบการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวตลอดจนใช้วางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือเพิ่มปัจจัยต่าง ๆ สุดท้ายด้านการวิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสัมภาษณ์เป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดและจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังจากเผยแพร่ผลงานวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นาย กานต์ สุธรรมเทวกุล หมายเลขโทรศัพท์ 089-0337811 หรือที่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม หมายเลขโทรศัพท์ 081-7817755

นาย กานต์ สุธรรมเทวกุล
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย
สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร ตรวจสอบการกระจายของข้อมูล ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัว มีการกระจายแบบปกติ

ตัวแปร	Skewness	Skewness/ Std. Error	Kurtosis	Kurtosis/ Std. Error
อายุของผู้ดูแล	.27	.24	-1.06	.46
รายได้ของครอบครัวผู้ดูแล	1.69	.23	1.02	.44
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	.19	.22	-.48	.43
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	.20	.23	-.82	.45
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	-.27	.24	-.82	.45
การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	.35	.23	-.89	.44
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน	.72	.23	.09	.46
ระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแล	.36	.24	-1.09	.45
พฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย	.94	.23	-1.09	.44
สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว				

จากตารางค่า Skewness/ Std. Error ไม่มากกว่า ± 2 ค่า Kurtosis/ Std. Error ไม่มากกว่า ± 2 ทุกตัว

ภาคผนวก จ

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลมหาราช-นครราชสีมา

Factors Related to Caregiving Behavior of Caregivers of Elderly with Heart Failure in Maharaj Nakhonrachasima Hospital

ชื่อนิติกร นายกานต์ สุธรรมเทวกุล

รหัสประจำตัวนิติกร 52910095 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 08 - 10 - 2556 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 114 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และบ้านของกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดนครราชสีมา
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการ ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2556

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โทร.๕๒๒๒-๓

ที่ นม ๐๐๓๒.๑๒๔/๓๑๖

วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการ

เรียน นายกานต์ สุธรรมเทวกุล

ตามที่ท่านได้ส่งเอกสารชี้แจงข้อสอบถามจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา” นั้น

ทางคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้พิจารณาครั้งที่ ๒/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ แล้วมีมติรับทราบ และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการ

นายนิพัทธ์ สีมาขจร

(นายนิพัทธ์ สีมาขจร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 สำนักงานสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ. ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
 Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)
 Clinical Research Support Office: Medical Education Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd.,
 Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND. Tel. & Fax. + 66 44 295614-5 E-mail irb@mnrh.in.th

เลขที่ใบรับรอง 014/2014

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

- โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุนภาวะหัวใจล้มเหลวใน
 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
- ผู้วิจัย : นายกานต์ สุธรรมเทวกุล
- หน่วยงานที่สังกัด : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่
 จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิก
 ที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอตั้งต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนในกรณีแก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือ
 หยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

รับรองวันที่ : 20 กุมภาพันธ์ 2557

หมดอายุวันที่ : 19 กุมภาพันธ์ 2558

(นายนิพัทธ์ สยามจร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

(นายสมอาจ ตั้งเจริญ)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ภาคผนวก ฉ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวรายข้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้ดูแลรายข้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยรายข้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับรายข้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวรายข้อ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวรายข้อ (N = 114)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	M	SD
1. ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย และการคั่งของเลือดในหัวใจ ปอดและอวัยวะต่างๆ	0.53	0.51
2. อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว คือ หายใจลำบาก เหนื่อยมากขึ้น เวลานอนราบ ลูกขึ้นมา หอบตอนกลางคืน หรือ ไอแห้งตอนกลางคืน หลังจากนอนหลับไปแล้ว และมีอาการบวม เช่น บริเวณขา เป็นต้น	0.53	0.51
3. เมื่อชั่งน้ำหนักตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบว่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นทุกวัน วันละครั้งก็โลกรัมถึงหนึ่งก็โลกรัมก่อนรับประทานอาหารเช้า แสดงว่าอาการของโรคดีขึ้น	0.50	0.51
4. อาการบวมหรือเหนื่อยหอบไม่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียม	0.50	0.51
5. ผู้สูงอายุผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถรับประทานอาหารที่มีโซเดียมเกลือแคง เช่น ปลาข้าว ปลาต้ม แหนม อาหารกระป๋อง และของหมักดองได้ตามปกติ	0.43	0.50
6. ผู้สูงอายุผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวควรรับประทานอาหารมาก ๆ ในแต่ละมื้อซึ่งจะช่วยทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น	0.47	0.51
7. ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ที่แสดงอาการบวม, เหนื่อยง่าย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น นั้น สามารถดื่มน้ำได้วันละ 2-3 ขวด เหมือนคนปกติทั่วไป (ปริมาตร 1 ขวด = 1 ลิตร)	0.53	0.51
8. การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในเวลาเดียวกัน ตรวจสอบอาการบวมของขา เท้า หรือหลังเท้า เป็นวิธีประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม	0.53	0.51
9. ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป	0.47	0.51
10. การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในเวลาเดียวกัน ตรวจสอบอาการบวมของขา เท้า หรือหลังเท้า เป็นวิธีประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม	0.47	0.51

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	<i>M</i>	<i>SD</i>
11. ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถหยุดยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้เองหากไม่มีอาการบวมหรือหายใจหอบเหนื่อย	0.57	0.51
12. ถ้าผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับยาขับปัสสาวะควรรับประทานผลไม้ เช่น กกล้วย ส้ม ร่วมด้วย	0.57	0.51
13. ยาขับปัสสาวะจะช่วยรักษาอาการบวม หอบ นอนราบไม่ได้	0.30	0.50
14. หากผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการบวม หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมภายใน 1-2 วันควรรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มขึ้นจากเดิม 1.5-2 เท่าต่อมือหรือปรับยาเองโดยไม่มีคำสั่งแพทย์	0.53	0.51
15. หลังรับประทานยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดหัว เวียนหัว ใจสั่น หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า ไอบ่อย คาพรา่มัว บวม คลื่นไส้ อาเจียน เห็นแสงสีเหลืองส้ม เป็นต้น	0.47	0.51
16. ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่กำลังรักษาด้วยยาที่รักษาหัวใจล้มเหลว เช่นยาขับปัสสาวะหรือยาอื่น ๆ สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารทุกชนิดได้เหมือนคนปกติ	0.47	0.51
17. ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ควรออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมใด ๆ เลย	0.47	0.57
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	8.30	2.91

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้ดูแลรายชื้อ (*N* = 114)

ภาวะสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>
ปัจจุบัน ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร	3.00	0.83

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (*N* = 114)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ฉันและผู้ป่วยต่างต้องการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน	3.80	1.19
2. ฉันรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยรักฉัน	4.17	1.09
3. ฉันและผู้ป่วยต่างซื่อสัตย์และไว้วางใจกัน	1.33	0.84

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	<i>M</i>	<i>SD</i>
4. ฉันและผู้ป่วยต่างรับฟังคำดำเนินถึงข้อบกพร่องของกันและกัน	4.27	1.23
5. ฉันและผู้ป่วยมีอะไรคล้าย ๆ กัน	3.80	1.19
6. ฉันและผู้ป่วยต่างนับถือและให้เกียรติกัน	4.27	0.91
7. ชีวิตของฉันและผู้ป่วยดีขึ้นเพราะต่างช่วยเหลือเกื้อกูลกัน	4.33	0.84
8. ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วยทำให้เราต่างมีความสุข	4.23	0.94
9. ผู้ป่วยใส่ใจกับความรูสึกของฉัน	4.33	0.84
10. ฉันและผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน	4.07	1.23
11. ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วยเต็มไปด้วยความเสียสละ	3.80	1.19
12. ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความคิดของฉัน	4.27	0.91
13. ฉันมีความสุขเมื่อได้ดูแลผู้ป่วย	4.97	0.18
14. ผู้ป่วยมักทำให้ฉันรูสึกสบายใจ	4.57	1.22
15. ผู้ป่วยคือบุคคลสำคัญในชีวิตฉัน	4.33	0.84
16. ฉันและผู้ป่วยต่างมีความรักให้กัน	4.30	0.92
17. ฉันเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับผู้ป่วย	4.33	0.84
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	59.69	12.56

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับรายข้อ ($N = 114$)

การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	<i>M</i>	<i>SD</i>
ด้านอารมณ์		
1. มีผู้มาเยี่ยมเยียนท่านอยู่เสมอ ขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย	3.80	0.61
2. ท่านได้รับความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วย	4.17	0.70
3. มีผู้สอบถามหรือแสดงความเห็นใจท่านในการดูแลผู้ป่วย	4.37	0.70
4. มีผู้รับฟังท่านเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	4.50	0.68
SD		
5. มีผู้ให้ความเคารพนับถือ และยกย่องท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน	3.73	0.64
ด้านการประเมิน		
6. ผู้อื่นมองว่าท่านเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม	4.27	0.64

การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	<i>M</i>	<i>SD</i>
7. มีผู้แนะนำ และตักเตือนท่าน เมื่อท่านทำไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย	4.07	0.87
8. มีผู้ให้คำชมเชยท่านว่า ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้อื่น	3.90	0.80
ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล		
9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่	3.83	0.70
10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย	3.87	0.73
11. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลผู้ป่วย	3.47	0.51
12. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความปลอดภัยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย	3.67	0.61
13. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่น ๆ	4.53	0.57
ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร		
14. ท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย	4.40	0.86
15. มีผู้ให้การช่วยเหลือท่านในเรื่องอุปกรณ์และสิ่งของต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	4.43	0.63
16. บุคคลรอบข้างพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยแทนท่านเมื่อท่านต้องไปทำธุระนอกบ้าน	4.23	0.82
17. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระท่าน ในการดูแลกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย	4.40	0.68
18. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ให้สะดวกสบายต่อการดูแลผู้ป่วย	4.40	0.68
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	59.42	12.81

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว
($N = 114$)

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้อยู่ในท่านั่งหรือนอนพักโดยใช้หมอนหนุนหลายใบเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ	1.83	0.59
2. ท่านสังเกตอาการบวมบริเวณต่างๆของร่างกายของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น แขน ขา หน้า หน้าตา ลำตัว	1.60	0.68
3. ท่านหมั่นสังเกตอาการของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ เช่น น้ำหนักตัวเพิ่ม ถ่ายปัสสาวะออกน้อยลง หายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลียและมีอาการบวมตามร่างกาย	1.80	0.85
4. ท่านชั่งน้ำหนักตัวผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทุกวันในเวลาเดียวกันเพื่อประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม	1.53	0.68
5. ในแต่ละวัน ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวดื่มน้ำโดยไม่จำกัดปริมาณ	1.57	0.68
6. ท่านบันทึกปริมาณปัสสาวะของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทุกวัน	1.43	0.73
7. กรณีผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการผิดปกติ ท่านได้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หรือพาไปพบแพทย์ที่รักษาประจำหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน	2.53	0.82
8. ท่านดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้รับประทานอาหารปริมาณมาก ๆ จนอึดทุกมื้อ	2.07	0.74
9. ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวรับประทานอาหารรสจืด โดยจำกัดการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ ผงชูรสในอาหาร ขนมปัง อาหารกระป๋อง เป็นต้น	1.83	0.59
10. ท่านดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่	1.60	0.68
11. ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์	1.80	0.85

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว	<i>M</i>	<i>SD</i>
12. ในกรณีที่ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับยาขับปัสสาวะท่านดูแลให้ ผู้สูงอายุรับประทานผลไม้จำพวกกล้วย ส้ม ร่วมด้วย	1.80	0.85
13. ท่านประเมินการเต้นของหัวใจของผู้สูงอายุโดยการจับชีพจรที่ข้อมือ ทุกครั้งก่อนให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวรับประทานยาเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจทุกครั้ง	1.57	0.63
14. ท่านสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับ เช่น หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง อาการรู้สึกไม่สุขสบาย เห็นแสงสีเหลืองส้ม เป็นต้น	1.77	0.63
15. ท่านให้ความสนใจและสอบถามเรื่องอาการเหนื่อยหอบภายหลังมี เพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างสม่ำเสมอ	1.37	0.67
16. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการพักผ่อนนอนหลับและหาก ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัญหาการพักผ่อนนอนหลับ ก็จะวางแผน พาผู้สูงอายุพบแพทย์ที่รักษาประจำ	2.13	0.63
17. ท่านดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะท้องผูก	1.83	0.65
18. ท่านดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง มาก เช่น ยกของหนัก การเบ่งถ่ายอุจจาระ	2.07	0.87
19. ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวออกกำลังกายตามสภาพ ร่างกายผู้สูงอายุทั่วไป อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที	1.70	0.70
20. ท่านดูแลผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะ และหลีกเลี่ยงจากคนป่วยราย อื่น ๆ	1.93	0.69
ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว	39.46	4.89