



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน
แบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
RISK MANAGEMENT PARTICIPATION FOR PREVENTING THE
RECURRENT OF CONGESTIVE HEART FAILURE AT HOME
BY COMMUNITY NURSE PRACTITIONERS

นิตยา ทานันท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน
แบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
RISK MANAGEMENT PARTICIPATION FOR PREVENTING THE
RECURRENT OF CONGESTIVE HEART FAILURE AT HOME
BY COMMUNITY NURSE PRACTITIONERS

นิตยา ทานันท์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2557

ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธีอมร ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพโยคัม กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย กรรมการ

อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิศักดิ์ กสิผล ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

รองศาสตราจารย์อัสยา จันทร์วิธานุชิต คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

**การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม
โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน**

นิตยา ทานันท์ 544013

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม, ประ.ด. (การพยาบาล)

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดครั้งแรกอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยประจำในชุมชนเขตห้วยสี่ย จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ ครอบครัว/ผู้ดูแล แพทย์อายุรกรรมหัวใจ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ปัจจัยครอบครัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วย บทบาทของผู้เกี่ยวข้องที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำแยกได้ 4 ประเด็น คือ 1) พยาบาลยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสืบค้นสิ่งที่จะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำและครอบครัว/ผู้ดูแลไม่ทราบสิ่งบ่งชี้หรืออาการเตือนของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 2) แพทย์ขาดการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และพยาบาลให้ การพยาบาลตามอาการ แต่ไม่มีการจัดลำดับของปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 3) ให้สุขศึกษาก่อนการจำหน่ายแบบทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง และ 4) ขาดการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

รูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง 2) ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) ลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยงโดยผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ 4) ติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง กิจกรรมที่ร่วมกันออกแบบ คือ คู่มือป้องกันการภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน แบบบันทึกการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำดื่ม การชั่งน้ำหนัก การออกกำลังกาย การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำสำหรับครอบครัว/ผู้ดูแล แนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านสำหรับบุคลากรสุขภาพ ภายหลังการพัฒนา รูปแบบพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง = 3.74 และ 4.61 และพฤติกรรมการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง = 3.43 และ 4.49 ส่วนน้ำหนักตัว ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง = 54.84 และ 53.20 และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง = 2.05 และ 2.48 ด้านครอบครัว/ผู้ดูแล พบว่าการรับรู้ความรุนแรง ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง =

4.17 และ 4.95 และพฤติกรรมการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง = 3.75 และ 4.55 อย่างมีนัยสำคัญ การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างเดิม และวิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการความเสี่ยง การมีส่วนร่วม ภาวะหัวใจล้มเหลว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน



RISK MANAGEMENT PARTICIPATION FOR PREVENTING THE RECURRENT OF CONGESTIVE HEART FAILURE AT HOME BY COMMUNITY NURSE PRACTITIONERS

NITTAYA TANUN 544013

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KAMONTIP KHUNGTUMNEAM, Ph.D. (NURSING)

DVANIDA DURONGRITICHAI, Dr.P.H.

ABSTRACT

The purpose of this action research aimed to study the relative factors of congestive heart failure's recurrent situation, develop the system of risk management in participation among patients, family and medical profession and study the result of develop system. Major perspectives sample are 30 ischemic heart disease patients aged 60 years or higher in St.Louis community Bangkok. And have diagnosis from doctor that the first time of CHF was happened and cure continuingly at least 1 year at St.Louis hospital, minor perspectives sample are relations caregivers, cardiologist, community nurse practitioner, nurse, pharmacist, nutritionist and physical therapist. Data collation was carried out using the questionnaires, interview and participatory notification. Data analysis was performed using Paired. t-test and content analysis.

The result showed that the relative factors of CHF's recurrent situation included patient and family factors. Patient factor is perceived barriers, family factor is perceived severity. The role of relative people could be effected to the recurrent situation in 4 cases. Firstly nurse doesn't concern about searching the recurrent situation's causes and relations and caregivers don't know the symptom or condition of the recurrent. Secondly doctors don't of patient's severity and ordered nurse to follow the symptom but don't rearrange the relative factors. Thirdly giving the knowledge before the treatment plan in common way. Finally the evaluation of curing CHF's patient wasn't found.

The develop risk management system consisted 4 steps. First, know the risk factors together, secondly set the new role for risk evaluation and analysis. Thirdly doing the risk management in action by relations caregivers and medical profession. Finally following the result of the risk' managements. The risk management activity is the manual of the recurrent CHF prevention for patient, relations and caregivers. Included the symptom observation and symptoms of the recurrent situation at home. And the way to management risk of the recurrent situation for medical profession.

After the system was developed mean of perceived susceptibility before develop system = 3.74, after develop system = 4.45, Health behavior before develop system = 3.43, after develop system = 4.49. Patient weight before develop system = 58.84, after develop system = 53.2 it was lower significantly.

Perceived barriers was lower significantly before develop system = 2.45, after develop system = 2.05. Relations and caregiver found that perceived severity was higher significantly from 3.75 to 4.55.

Medical profession have more role in searching risk factor of recurrent situation in continuingly system. The recommendation for this research is follow and evaluation the system that develop continuingly in the same case. And analyze the way recurrent situation was happened, patient's behavior relations and caregivers. For evaluation proficiency and efficiency of risk management system for the recurrent of CHF at home prevention.

Keywords: risk management, participation, congestive heart failure, community nurse practitioners



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยความกรุณา เอาใจใส่และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากอาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์ และศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และ ตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการทำวิทยานิพนธ์ในทุกขั้นตอน รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เอาใจใส่แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบ ขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.เยาวภา ปฐมศิริกุล นายแพทย์บุญเสริฐู ชาติละออง นางสาว พัชรา เตโช และนางสาวทรรศนีย์ นาคราช ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาขอ แบบสอบถาม

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน และคณาจารย์พิเศษทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ ต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในภายภาคหน้า ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุดที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ให้ความ ร่วมมือและให้ความสะดวกอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่าน ครอบครัว/ ผู้ดูแล ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบุพการี คุณพ่อสนั่น คุณแม่เสาะแก้ว ทานันท์ คุณวุฒินันท์ ทองสุข ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน อาจารย์สุดารัตน์ สุวารี เพื่อน ๆ พี่ ๆ น้องที่ทำงานและ เพื่อน ๆ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่น 8 ทุกท่าน ที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่เป็นแหล่งประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้และคุณธรรมแก่ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะนำความรู้เหล่านี้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน หน้าที่การงานวิชาชีพและไปสร้างประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติสืบไป

นิตยา ทานันท์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 ขอบเขตการวิจัย	7
1.5 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	12
2.2 การจัดการความเสี่ยงกับการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	26
2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	32
2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม	41
2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	46
บทที่ 3 ระเบียบวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บข้อมูล	49
3.3 การทดสอบความแม่นยำตรงตามเนื้อหา (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ของเครื่องมือ	52
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 การดำเนินการวิจัย	55
3.7 จริยธรรมในการวิจัย	60
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
4.1 ลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วย	62
4.2 ลักษณะทั่วไปการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	72
4.3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	80
4.4 การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	98
4.5 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	119
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	127
5.2 อภิปรายผล	134
5.3 ข้อเสนอแนะ	139
บรรณานุกรม	140
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย	151
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย	152
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์	153
ภาคผนวก ง ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม	174
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	180
ประวัติผู้เขียน	181

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2	57
2 การดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 3	59
3 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามลักษณะทั่วไป	63
4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพหุกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 30)	65
5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	68
6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (n = 30)	71
7 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมของครอบครัว/ผู้ดูแล	73
8 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วย	75
9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล	77
10 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล ด้านการรักษาพยาบาล	78
11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	79
12 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ T-test ของปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	81
13 การวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล	83
14 การจัดการความเสี่ยงที่ควรเสริมสร้างจากผลการวิเคราะห์บทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	95
15 ผลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
16 การปฏิบัติจัดการความเสี่ยงตาม บทบาท หน้าที่ที่รับผิดชอบของแต่ละฝ่าย	109
17 การติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยงตามตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่าย	116
18 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ของการรับรู้โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	119
19 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test พฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	120
20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ของน้ำหนักร่างกายเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	120
21 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยด้านครอบครัว / ผู้ดูแลเปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนาแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	121
22 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test พฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยด้านครอบครัว/ผู้ดูแลเปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนาแบบ การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	122

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	วงจรกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท	34
2	กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)	47
3	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	61
4	รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	118



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure : CHF) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้เจ็บป่วยด้วยภาวะนี้ จำนวน 5 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 500,000 คนต่อปี (Well Care. 2009) ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อมในปี 2009 สูงถึง 37.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ (American Heart Association. 2012) ส่วนในยุโรป ระบาดวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลวมีประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ขึ้นไป โดยมีความชุกเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจขาดเลือด (European Heart Journal. 2012) ซึ่งโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Texas Heart Institute. 2010)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยแม้ไม่มีสถิติของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เฉพาะ แต่จากรายงานโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ด้วยพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเป็นอันดับที่สาม รองจากมะเร็งและอุบัติเหตุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี. 2552) โดยมีสถิติของโรคหัวใจขาดเลือดจากร้อยละ 10.1 ในปี 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 20.68 ในปี 2552 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553) ซึ่งพออนุมานได้ว่าย่อมมีผลให้อัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากเป็นภาวะสุดท้ายของการดำเนินโรคที่รุนแรงในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดและนำมาซึ่งการเสียชีวิต (จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. 2551 : 25) และจากการศึกษาภาระโรคของประชาชนไทยครั้งล่าสุดในปี 2542 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุที่พบบ่อยขึ้นที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดภาระโรคจำนวน 1.6 ล้านปี สุขภาวะในผู้ชาย และ 1.1 ล้านปี สุขภาวะในผู้หญิง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2554) อีกทั้งยังเป็นโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าโรคเรื้อรังอื่น ๆ มีอัตราการตาย อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูง (Lindenfeld, et al. 2010) และค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง (ชุตินธร เรียนแพง. 2548)

แม้ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือหรือยืดชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ แต่ก็ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดเนื่องจากเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของพยาธิสภาพที่หัวใจ (อมรรัตน์ สมมิตร. 2554) ผลเช่นนี้ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง (Lindenfeld, et al. 2010) กระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ รวมถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ทำให้ทนต่อการทำ

กิจวัตรประจำวันลดลง บทบาทในสังคมเปลี่ยนแปลงไปต้องการพึ่งพาคนอื่น ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ เกิดความวิตกกังวล กลัว สูญเสียพลังอำนาจรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง เครียด ท้อแท้หมดหวังซึมเศร้า ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิมทำให้ขาดรายได้เป็นภาระของครอบครัวในการหาผู้ดูแลทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายหรือต้องมีบุคคลในครอบครัวที่ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Danner อ้างถึงใน ปนัดดา สุวรรณ. 2551)

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถสูบน้ำเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. 2550) ก่อให้เกิดอาการแสดงทางคลินิก ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดออกซิเจน รวมทั้งความบกพร่องในการกำจัดของเหลวและของเสียออกจากร่างกายเนื่องจากการลดลงของเลือดที่ไปยังไต เช่น หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เพื่อย อ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย บวมตามแขนขา (อรัญช์ เจษฎาญาณเมธา. 2554 : 4) และมีโอกาสเกิดซ้ำได้เนื่องจากเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นที่หัวใจไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ถึงแม้รักษาอาการให้ดีขึ้นในระยะหนึ่งแล้ว (นิภาพร ประจันบาน. 2550) หลักการรักษาคือการเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ ป้องกันการตายจากภาวะแทรกซ้อน ชะลอการดำเนินของโรค ลดการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยการกำจัดสาเหตุที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การรับประทานยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (ปนัดดา สุวรรณ. 2551)

ภาวะหัวใจล้มเหลวข้ามักพบในผู้ป่วยประวัติเดิมเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (วิชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. 2551) รวมทั้งในผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของหัวใจขาดเลือดอยู่ก่อนหน้า ไม่ว่าจะเป็น เพศ อายุ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค โดยพบว่าเพศชายเป็นโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5 – 6 เท่า เมื่ออายุเท่ากัน (ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร. 2553 ; Hunt. 2001) ผู้ที่มีอายุมากมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย การศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอายุมากกว่า 65 ปี (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ยังคงรับประทานอาหารรสเค็ม ดื่มน้ำไม่จำกัดจำนวน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้ควบคุมน้ำหนัก การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดต่าง ๆ (วิชัย เอกพลากร. 2550) การขาดความรู้ในการสังเกตความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น และความผิดปกติที่นำมาซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2553) ผู้ที่รู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อการป้องกันโรค และหากรับรู้ว่าคุณเองมีอุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำมาก จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อ การป้องกันโรค ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ เนื่องจากสามารถกระตุ้นให้ การบีบและคลายตัวของหัวใจที่มีพยาธิสภาพอยู่เดิมไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ (นิภาพร ประจันบาน. 2550)

นอกจากนี้ ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำยังเกิดจากปัจจัยจากสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล และ บทบาทสมาชิกที่ปฏิบัติต่อผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ของครอบครัว/ผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมการดูแล (จิตติมา ฤทธิ์ตกุล. 2547) แม้บางปัจจัยจะไม่ได้มีผลโดยตรง แต่ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับ การรักษาด้วยอาการกำเริบซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (นิภาพร ประจันบาน. 2550) โดยผู้ดูแลที่มี อายุุน้อย ระดับการศึกษาสูง รายได้สูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น(สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนัก นายกรัฐมนตรี. 2552) ขณะที่ผู้ดูแลที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมักจะมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคมาก(Pender. 2006) และผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลดีจะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ดี (Pender. 2006) พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล จึงน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยในครอบครัวของตนดูแล ตนเองได้ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

การทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าการบริการสุขภาพก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ หัวใจล้มเหลวซ้ำ เช่น บุคลากรให้คำแนะนำที่ไม่เฉพาะเจาะจงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตาม แผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา การสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำสั้น ๆ ไม่เน้นย้ำอย่างจริงจัง ไม่ครอบคลุม ไม่มีแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางที่จะให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ขาดการวางแผน การจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติที่ภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้วไม่สามารถกลับไปปฏิบัติตัว ได้อย่างถูกต้อง ประกอบกับไม่มีทีมสุขภาพที่จะให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในประเด็นของการป้องกัน หัวใจล้มเหลวซ้ำเป็นการเฉพาะ (เจนเนตร พลเพชร. 2544) ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษา อีกครั้งในเวลา 1-3 เดือน จำนวนไม่น้อย (ขจร เพียสุพรรณ. 2545 ; Jaarsma & Dracup อ้างถึงใน เบลูจมาส วงศ์มณีวรรณ. 2547 ; American Heart Association. 2012)

ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำสามารถป้องกันได้โดยจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเดิมและปัจจัยเสี่ยงใหม่ เช่น อายุ เพศ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้เป็น ปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยเอง จากครอบครัวหรือผู้ดูแลใกล้ชิด และจากระบบบริการสุขภาพที่มี ปฏิสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน เสริมหนุนซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อมในการนำมาซึ่งภาวะ ดังกล่าว การป้องกันที่ดีจึงต้องจัดการกับปัจจัยที่เกิดจากทุกส่วนไปพร้อม ๆ กันให้มากที่สุด เท่าที่จะ เป็นไปได้ จึงจะลดโอกาสของการเกิด รวมทั้งลดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ รวมถึงการป้องกันการ เสียชีวิตที่อาจเกิดตามมา (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. 2543) การจัดการความเสี่ยงจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะ ช่วยป้องกันหรือจัดการปัจจัยเพื่อไม่ให้นำมาซึ่งผลไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยอีกทั้งยังช่วยเพิ่มคุณภาพ การบริการสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับบริการที่ให้ความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยไม่ให้เกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลวซ้ำได้ ภายใต้การจัดการความเสี่ยงเช่นนี้ จึงต้องทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในเรื่อง กิจวัตรประจำวันปฏิบัติตนตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและเคร่งครัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (นิภาพร

ประจันบาน. 2550) อีกทั้งครอบครัวต้องช่วยสนับสนุนผู้ป่วยด้วยอีกทางหนึ่ง และบุคลากรสุขภาพเองก็ต้องให้ความสำคัญกับการค้นหาและจัดการปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนเฝ้าระวังไม่ให้มีเหตุการณ์ใด ๆ ชักนำไปสู่ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้

การจัดการความเสี่ยงเป็นการบ่งชี้สิ่งที่อาจนำมาซึ่งโอกาสเกิดสิ่งไม่พึงประสงค์ และริบดำเนิการกับโอกาสเกิดนั้น ๆ ไม่ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ปลอดภัยและลดความสูญเสียโดยไม่จำเป็น (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. 2548 : 52) มีหลายงานวิจัยที่ศึกษาพบว่าการจัดการความเสี่ยงส่งผลดีต่อผู้ป่วยครอบครัว ชุมชนที่อยู่อาศัยและบุคลากรทางสุขภาพผู้ให้บริการ ดังเช่น พัชรินทร์ วิณโรจน์ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน พบว่าเหตุเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วย การคัดกรองอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ วิธีการจัดการความเสี่ยงที่ค้นพบ ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง และการระบุความเสี่ยง วิมลพร ไสยวรรณ (2554) วิจัยการพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยการค้นหา ความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงและประเมินผลร่วมกัน พบว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากการให้บริการโดยตรงมี 5 ประเด็น คือ 1) การให้เลือดและสารน้ำ 2) การบาดเจ็บจากการผูกมัด 3) การตกเตียง/ลื่นหกล้ม 4) การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธีหรือเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด และ 5) การได้รับการดูแลไม่ตรงตามแผนการรักษา แบบการบริหารความเสี่ยงที่เป็นผลจากการศึกษา คือการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะต้องบริหารความเสี่ยง นุสรรา สุทธิธรรม (2552) ได้พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ แบบมีส่วนร่วมของพยาบาลและญาติ โดย 1) วิเคราะห์สาเหตุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ญาติและการปฏิบัติพยาบาล หาแนวทางป้องกัน แก้ไข 2) ร่วมกันกำหนดรูปแบบการบริหารความเสี่ยง 3) นำไปทดลองใช้ และ 4) ประเมินผล วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจลดลง ดังนั้น การที่จะจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำให้ประสบผลสำเร็จ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพที่จะต้องช่วยกันค้นหา ประเมินและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิที่มีแนวโน้มของอุบัติการณ์โรคหัวใจขาดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับสถานการณ์ระดับประเทศและมีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรมหัวใจ

ผู้ป่วยในชั้น 14 และแผนกวิกฤตหัวใจพบว่าอุบัติการณ์โรคหัวใจขาดเลือดในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2554 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งแรกด้วย ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 8.47 และร้อยละ 33.9 และกลับมาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในช่วงเวลา 3 เดือน หลังจำหน่ายจากร้อยละ 1.6 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 3.57 ในปี พ.ศ. 2554 ตามลำดับจากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในปี 2554 พบมีจำนวน 56 ราย เป็นผู้มีอายุสูงกว่า 60 ปี จำนวน 53 ราย ต่ำกว่า 60 ปี 3 ราย สาเหตุเดิมของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด 25 ราย ร้อยละ 44.6 หัวใจเต้นผิดจังหวะ 3 ราย ร้อยละ 5.4 ลิ้นหัวใจ 4 ราย ร้อยละ 7.1 โรคไต 21 ราย ร้อยละ 37.5 โรคปอด 1 ราย ร้อยละ 1.8 กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวไม่ดี จำนวน 2 ราย 3.57% (สำนักมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์. 2554) แต่ไม่พบการระบุสาเหตุทางคลินิกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยเหล่านี้

จากการศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 25 ราย พบว่ามีการบันทึกพฤติกรรมที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น รับประทานอาหารเสริม 18 ราย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 5 ราย ไม่จำกัดน้ำดื่ม 2 ราย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอายุ 60 ปีขึ้นไป บางรายให้ข้อมูลว่าแม้จะทราบเป็นอย่างดีถึงวิธีปฏิบัติตนและข้อควรระวังต่าง ๆ แต่ก็ไม่ได้ที่จะรับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ บางรายไม่สามารถควบคุมอาหารเฉพาะภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เนื่องจากต้องรับประทานร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว จำกัดน้ำดื่มแต่ไม่ทุกวัน บางครั้งดื่มน้ำชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น น้ำซุ๊ป นม เป็นต้น บางรายไม่ชั่งน้ำหนักตัวทุกวันเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ส่วนมากรับประทานยาตามแผนการรักษาแต่มีบางครั้งที่ต้องไปทำธุระนอกบ้านแล้วกลัวการปัสสาวะบ่อยจึงรับประทานยาขับปัสสาวะในวันนั้น บางรายไม่ทราบอาการนำ เช่น ไอนอนราบไม่ได้ตอนกลางคืนและไม่ทราบว่าอาการสามารถเกิดขึ้นได้ บางรายทราบอาการนำ แต่อยู่คนเดียวและปล่อยให้อาการรุนแรงจึงจะมาโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พบว่าผู้ดูแลบางรายไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเพราะช่วงกลางวันต้องไปทำงาน ปล่อยให้ผู้ป่วยรับประทานยาด้วยตนเอง ทำให้บางครั้งรับประทานยามิติดขนาดเพราะมองฉลากยาไม่ชัดบางครั้งครอบครัวจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารสำเร็จรูปเพราะไม่มีเวลาทำเอง บางครอบครัว/ผู้ดูแลไม่มีเวลาพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด และไม่มีเวลากำกับให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน บางครอบครัว/ผู้ดูแลไม่ทราบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดและไม่ทราบเหตุผลความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติ ขณะที่บางครอบครัว/ผู้ดูแล ไม่ทราบว่าอาการใดเป็นอาการนำของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ คิดว่าอาการเหล่านั้นเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะพาไปโรงพยาบาลต่อเมื่อผู้ป่วยเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ใจสั่นแน่นหน้าอก บวม ปัสสาวะไม่ออก เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์พยาบาลแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรมหัวใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำพบว่าเน้นให้การพยาบาลตามแผนการรักษาและอาการที่พบ ยังไม่มีการค้นหาปัจจัย

ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านได้จะให้คำแนะนำแบบทั่วไปไม่แตกต่างจากเมื่อเกิดหัวใจล้มเหลวครั้งแรก สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกพบว่าการพยาบาลตามแผนการรักษาและอาการที่พบเช่นเดียวกัน การตรวจพิเศษที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ การทำอัลตราซาวด์หัวใจ (Echocardiogram) และเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) เพื่อดูประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และภาวะน้ำเกินในร่างกาย เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านแม้จะมีแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่เน้นให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา อาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตามนัด แต่วิธีการให้คำแนะนำพบว่าไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายหลังจากจำหน่าย 3 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเรื่องอาการหอบเหนื่อย บวม การรับประทานยาและอาหาร 1 ครั้ง ทางโทรศัพท์พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยแต่ยังไม่มีการไปเยี่ยมที่บ้านและไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับศูนย์สาธารณสุขในชุมชน จะเห็นได้ว่าสิ่งที่เป็นความเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ มีทั้งจากการปฏิบัติตนของตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลและบุคลากรทางสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำไม่มากเท่าที่ควร หากไม่ดำเนินการจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาทั้งหมด ทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย โดยเฉพาะช่วงหลังจำหน่ายที่ต้องทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองด้วยตัวเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องแล้ว ก็อาจทำให้ปริมาณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่ต้องกลับมารักษาเพิ่มจำนวนเพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ตามมาได้

ดังนั้นการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านจึงต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง กล่าวคือ ต้องค้นหาปัจจัยเสี่ยงจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพจัดการปัจจัยเสี่ยงที่พบทั้งหมดผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย หลังการจำหน่าย และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การที่จะจัดการความเสี่ยงเช่นนี้ได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพเป็นลำดับแรกเพราะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำมากที่สุด โดยต้องเป็นผู้โน้มน้าวให้ผู้ป่วยและครอบครัวรวมไปถึงบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ แพทย์อายุรกรรมหัวใจ เภสัชกร นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัดมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของตนเอง การประเมินหรือวิเคราะห์โอกาสเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผลจนกระทั่งได้แนวทางปฏิบัติหรือรูปแบบของการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจนที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจและต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดการความเสี่ยงถือเป็นการปฏิบัติการพยาบาลสมรรถนะหนึ่งในทั้งหมด 9 สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ (สภาการพยาบาล. 2551) ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่สามารถค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์

ความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงและประเมินผลด้วยการนำผู้ที่มีความเสี่ยงมาวางแผนควบคุม ป้องกัน และลดความเสี่ยงนั้น ๆ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดการ ความเสี่ยงและประสงค์ที่จะนำมาใช้ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน เพราะนอกจากจะ ช่วยให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Re-admitted) ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ลดลง แล้วยังช่วยพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเฉพาะ เป็นการส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพได้พัฒนาบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ รวมทั้งทำให้เกิด รูปแบบการบริการการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ที่นำมาซึ่งการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจล้มเหลว ยกกระตักการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว/ ผู้ดูแลและพัฒนาการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว ซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

1.3 คำถามของการวิจัย

1. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำมีอะไรบ้าง
2. รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านควรเป็นอย่างไร
3. ผลของพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้หรือไม่อย่างไร

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ภายใต้แนวคิดการจัดการความเสี่ยง เพื่อออกแบบวิธีป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดครั้งแรกอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนเขตห้วยสัและรับบริการ ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ที่โรงพยาบาลเขตห้วยสั โดยมีระยะเวลาการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2556 – มีนาคม 2557

1.5 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. **ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึง ผู้ใช้บริการที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดแล้วเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นครั้งแรก มารับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ที่โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และอาศัยอยู่ในชุมชนเซนต์หลุยส์ ระหว่างเดือนมกราคม 2556 – มกราคม 2557

2. **การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ** หมายถึง การมีอาการและอาการแสดงภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับ 2 หรือ 3 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจในวัยออร์กประกอบด้วย

2.1 ความสามารถในการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วย ระดับ 2 คือ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดบ้างเพียงเล็กน้อย ในการกระทำกิจกรรมปกติ โดยผู้ป่วยมักมีอาการเมื่อกระทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ๆ ซึ่งทำให้เกิดอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย เพลียล้า เป็นต้น

2.2 ความสามารถในการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วย ระดับ 3 คือ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดมากพอสมควรในการกระทำกิจกรรมปกติ โดยมีอาการหายใจลำบาก หรือหอบเหนื่อยอย่างรวดเร็วเมื่อกระทำกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก แต่จะไม่มีอาการขณะพัก (อรั้มซ์ เจชฎาญาณเมธา. 2554) ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามานอนพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลโดยนับตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึง 3 เดือนหลังจำหน่าย

3. **พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองที่บ้านเกี่ยวกับการควบคุมน้ำดื่ม การควบคุมอาหารรสเค็ม การรับประทานยา การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน การสังเกตอาการบวมและอาการหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้ การตรวจตามนัด และการเฝ้าระวังอาการที่ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (นิภาพร ประจันบาน. 2550)

การศึกษาครั้งนี้ประเมินจากข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมียุทธศาสตร์ทางบวกทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง กระทำพฤติกรรมนั้นน้อยมากหรือไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

น้อย หมายถึง กระทำพฤติกรรมนั้น 1 – 2 ครั้งต่อเดือน มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ปานกลาง หมายถึง กระทำพฤติกรรมนั้น 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

มาก หมายถึง กระทำพฤติกรรมนั้น 4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

มากที่สุด หมายถึง กระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

4. **ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ** หมายถึง สาเหตุใดๆที่อาจมีผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นปัจจัยจากผู้ป่วยและปัจจัยจากครอบครัว/ผู้ดูแล ปัจจัยจากผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ปัจจัยจาก

ครอบครัว/ผู้ดูแลประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อายุระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว/ผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำแต่ละปัจจัยมีนิยามปฏิบัติการดังนี้

4.1 ปัจจัยจากผู้ป่วย

- 1) อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
- 2) เพศ หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นหญิงหรือชาย
- 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีต่อโอกาสกลับเป็นซ้ำ (ชูชาติ เจริญสอน. 2549) ประเมินจากข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีข้อความทั้งทางบวก (ข้อ 2–12) และทางลบ (ข้อ 1) จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วยมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วยมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความนั้น ๆ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วยมากมีค่าคะแนนเท่ากับ 4

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วยมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

- 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ หมายถึง การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (Pender. 2006) ประเมินจากข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 9 ข้อ โดยมีข้อความทั้งทางบวก (ข้อ 9) และทางลบ (ข้อ 1 – 8) ใช้เกณฑ์การให้คะแนนเดียวกันกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

4.2 ปัจจัยด้านครอบครัว/ผู้ดูแล

1) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หมายถึง ความสัมพันธ์ของครอบครัว/ผู้ดูแลกับผู้ป่วย ทั้งทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง ลูก หลาน เป็นต้น และไม่ใช่สายเลือด เช่น ภรรยา สามี คนดูแล เป็นต้น

2) อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล

3) ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของสมาชิกครอบครัว/ผู้ดูแล แบ่งเป็น 6 ระดับ คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช. ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี

4) รายได้ของครอบครัว/ผู้ดูแล หมายถึง รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว/ผู้ดูแลที่ไม่หักค่าใช้จ่าย

5) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจของครอบครัว/ผู้ดูแล ต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (Becker, 1974) ประเมินจากข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อความทางบวก ทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่แน่ใจ หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความนั้น ๆ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

6) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติของครอบครัว/ผู้ดูแลในการจัดการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ประเมินจากข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อความทางบวกทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้นน้อยมากหรือไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

น้อย หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้น 1-2 ครั้งต่อเดือน มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ปานกลาง หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้น 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

มาก หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้น 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

มากที่สุด หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้งมีค่าคะแนนเท่ากับ 5

5. บุคลากรสุขภาพ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพ

6. การจัดการความเสี่ยง หมายถึง วิธีการ ขั้นตอนหรือกระบวนการ เพื่อกำจัดหรือจัดการปัจจัยที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน (เพียงใจ ดอนคำมูล. 2555) ตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล โดยมีเป้าหมายเพื่อไม่ให้อาการ เช่น หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย บวม ไม่มีแรงหรือปัสสาวะออกน้อยลง

7. การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การปฏิบัติใด ๆ ที่เป็นความร่วมมือกันในทุกขั้นตอนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ที่จะกำจัดหรือจัดการปัจจัยโดยมีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ด้วยการค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการติดตามประเมินผลด้วยการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตสิ่งที่ได้ปฏิบัติ การสะท้อนผล การปฏิบัติและการปรับปรุงการปฏิบัติเป็นวงจรเรื่อยไปจนได้รูปแบบที่ชัดเจนภายใต้บทบาทหน้าที่หรือความรับผิดชอบที่แต่ละฝ่ายเกี่ยวข้องแบบประสานเชื่อมโยงบนทรัพยากรที่มี (สมปอง พะมุขิตา. 2554 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. 2543)

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน ค้นหาแบบการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงภายหลังการนำไปใช้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและประมวลแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ
- 2.2 การจัดการความเสี่ยงกับการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ
- 2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน
- 2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้านแบบมีส่วนร่วม
- 2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

2.1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อหรือมีความดันในท้องหัวใจสูงกว่าปกติทำให้เกิดอาการแสดงออกทางคลินิก (clinical presentation) ต่าง ๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดออกซิเจน (oxygen) หรือสารอาหารของเนื้อเยื่อรวมทั้งความบกพร่องในการกำจัดของเหลวและของเสียออกจากร่างกายเนื่องจากการลดลงของเลือดที่ไปยังไต ตัวอย่างของอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากเวลาออกกำลังกาย (dyspnea on exertion) หรือเวลานอนราบ (orthopnea) เนื่องจากการคั่งคั่งของของเหลวที่ปอด อาการบวมตามแขนขา (peripheral edema) เนื่องจากมีของเหลวคั่งคั่งอยู่ภายนอกหลอดเลือดโดยอยู่ในเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ (interstitium) มากกว่าปกติ อาการเพลียล้าและอ่อนเพลีย เป็นต้น ถ้าอาการรุนแรงขึ้นจะเกิดภาวะหายใจล้มเหลว และถึงขั้นเสียชีวิตได้ หัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีการดำเนินโรคไม่หยุดนิ่งมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด (รังสฤษฎ์ กาญจนระวีชัย, 2545)

อรัญช์ เจษฎาญาณเมธา (2554) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2007) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวว่าเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ซับซ้อนเป็นผลจากโครงสร้างหรือความผิดปกติของหัวใจที่ไม่สามารถสูบฉีดเลือดเพื่อไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยจากการกักเก็บน้ำไว้ในร่างกาย

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เป็นผลจากความผิดปกติและระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด ทำให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกจากหัวใจหรือคลายตัวรับเลือดเข้าสู่หัวใจได้ ก่อให้เกิดอาการแสดง เช่น อาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย และมีอาการบวม เป็นต้น

2.1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว

1) การซักประวัติ ควรซักประวัติทั้งในอดีตและปัจจุบันโดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.1) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโดยพิจารณาจากการดำเนินของโรคและปัจจัยเสี่ยง เช่น ประวัติโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน เป็นต้น

1.2) เพื่อค้นหาปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ประวัติการใช้ยา

1.3) เพื่อประเมินถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยพิจารณาจากความสามารถในการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับปัจจุบัน

2) การตรวจร่างกาย (physical examination)

2.1) เพื่อประเมินถึงสภาวะคั่งค้างของของเหลวในร่างกายซึ่งอาจพบภาวะบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำและเกลือ การตรวจร่างกายนอกจากจะมีความสำคัญต่อวินิจฉัยแล้วยังใช้ตัดสินใจให้ยาขับปัสสาวะ หากเป็นโรคนี้อาจตรวจพบผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น บวมตามแขนและขา (peripheral edema) มีการคั่งของน้ำในทางเดินอาหาร คือ ไม่พบการเคลื่อนไหวของลำไส้จากการฟังเสียง มีการขยายของเส้นเลือดดำที่นำเลือดเข้าสู่หัวใจ มีภาวะปอดคั่งน้ำ โดยผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจเร็ว ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู และแน่นหน้าอก เมื่อตรวจการหายใจโดยการฟังจะพบเสียงน้ำที่ปอด (crepitation) เอ็กซเรย์ปอด (chest-x-ray) พบความผิดปกติของฟิล์มที่ระบุถึงภาวะปอดคั่งน้ำ

2.2) เพื่อประเมินถึงสภาวะการส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายของหัวใจซึ่งอาจตรวจพบภาวะที่บ่งบอกให้ทราบว่าอวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เช่น ผิวหนังซีด เย็นและชื้น ถ้าขาดเลือดรุนแรงอาจพบปลายมือปลายเท้าเขียว (cyanosis) ผู้ป่วยมีนงซีม และง่วงนอน

ไม่ตอบคำถาม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ผู้ป่วยปัสสาวะน้อยลงจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง

3) การตรวจการทำงานของหัวใจโดยวัดเสียงสะท้อนของคลื่นเสียงความถี่สูงพร้อมการวัดการไหลของเลือด (echocardiography with doppler flow study) เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยที่สุดและมีความสำคัญที่สุดอันหนึ่งในการพิจารณาความเป็นไปได้ของภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยการประเมินความเกี่ยวข้องของสาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจและลิ้นหัวใจ รวมทั้งยังใช้ประเมินชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว (systolic หรือ diastolic heart failure) ได้อีกด้วย

4) การตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินสภาวะของสารน้ำและเกลือแร่ (electrolytes) และสารน้ำในร่างกาย การทำงานของไต ตับ ตรวจบีโตนัทรียูเรติก เปปไทด์ (B-type natriuretic peptide) เพื่อช่วยในการยืนยันภาวะหัวใจล้มเหลวนอกเหนือจากอาการทางคลินิก และผลอัลตราซาวด์หัวใจ (echocardiography)

5) การติดตามค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนเลือดภายในร่างกาย (hemodynamic monitoring) โดยใช้สายสวนวัดการไหลเวียนของ หลอดเลือดแดงที่ปอด (pulmonary artery catheter) เพื่อประเมินถึงสภาวะการไหลเวียนของเลือดภายในร่างกาย

6) การตรวจด้วยกระบวนการอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้รับการแนะนำให้ทำเป็นประจำ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อพิจารณาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ พยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น แต่กระบวนการเหล่านี้จะเลือกตรวจเป็นบางรายขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์

2.1.3 ประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1) การแบ่งตามลักษณะการทำงานที่ผิดปกติของห้องหัวใจ แบ่งได้เป็น 2 ประเภทย่อยคือ

1.1) ภาวะหัวใจล้มเหลวจากการบีบตัวของหัวใจ (systolic heart failure) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของการบีบตัวสูบน้ำเลือดออกจากหัวใจห้องล่าง ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เรียกภาวะที่เกิดขึ้นเนื่องจากการบีบตัวของหัวใจผิดปกติว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจากการบีบตัวของหัวใจ (systolic dysfunction heart failure) จะมีค่าการบีบตัวของหัวใจต่ำกว่าร้อยละ 40 ผู้ป่วยที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจระหว่างร้อยละ 40 – 60 จัดว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวจากการบีบตัวของหัวใจ (Ejection Fraction : EF) อยู่ในระดับปานกลางต่ำกว่าร้อยละ 40 หรือ EF น้อยกว่าร้อยละ 40

1.2) ภาวะหัวใจล้มเหลวจากการคลายตัวของหัวใจ (diastolic heart failure) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้การกลับคืนของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจเป็นไปได้น้อยลง เช่น ลิ้นหัวใจตีบตัน ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถรับเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้เต็มที่ ทำให้เกิดผลต่อเนื้อคือ ปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออก (cardiac output) แต่ละครั้งลดลงและจะมีค่าการบีบตัวของหัวใจปกติ (normal ejection fraction) คือ มากกว่าร้อยละ 60 EF มากกว่า ร้อยละ 60 ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีภาวะล้มเหลวจากการคลายตัวของหัวใจโดยไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากการบีบตัวของหัวใจ

2) การแบ่งตามความสามารถในการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Functional classification) เป็นการแบ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ใช้มาก คือ เกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association : NYHA, 2012) ซึ่งใช้บ่อยในการประเมินสภาวะผู้ป่วยทั้งทางคลินิกและการทำวิจัย เกณฑ์ดังกล่าวแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

2.1) ระดับความรุนแรง 1 (NYHA functional class I) ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ สามารถกระทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย

2.2) ระดับความรุนแรง 2 (NYHA functional class II) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดบ้างเพียงเล็กน้อย ในการกระทำกิจกรรมปกติ โดยผู้ป่วยมักมีอาการเมื่อกระทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ๆ ซึ่งทำให้เกิดอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย เปลี้ยล้า เป็นต้น

2.3) ระดับความรุนแรง 3 (NYHA functional class III) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดมากพอสมควรในการกระทำกิจกรรมปกติ โดยมีอาการหายใจลำบาก หรือหอบเหนื่อยอย่างรวดเร็วเมื่อกระทำกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก แต่จะไม่มีอาการขณะพัก

2.4) ระดับความรุนแรง 4 (NYHA functional class IV) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดอย่างมากในการกระทำกิจกรรมปกติ มีอาการเหนื่อยหอบขณะพัก

3) การแบ่งตามสภาวะของการดำเนินไปของโรค (staging of disease progression) เป็นการแบ่งสภาวะของโรคหัวใจล้มเหลวตามการดำเนินไปของโรคตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจของอเมริกา (American Heart Association : AHA, 2012) และวิทยาลัยโรคหัวใจแห่งอเมริกัน (American College of Cardiology : ACC) ดังนี้

3.1) ระดับ A (Stage A) เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ และไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาไปเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง (hypertension)

หลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerotic diseases) บริเวณหัวใจ สมอง อวัยวะส่วนปลาย เช่น แขน ขา ไต ช่องท้อง ผู้ป่วยเบาหวาน (diabetes) โรคอ้วน (obesity) กลุ่มเมตาบอลิก (metabolic syndrome) หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เช่น ยามะเร็ง ผู้ป่วยที่มีประวัติคนในครอบครัวที่มีความผิดปกติของเซลล์กล้ามเนื้อ (cardiomyopathy)

3.2) ระดับ B (Stage B) เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว และไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแต่จะพบความผิดปกติของหัวใจ (structural abnormalities) เช่น ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจโต โรคลิ้นหัวใจ มีค่าการบีบตัวของหัวใจ (ejection fraction) ต่ำ แต่ยังไม่มีอาการ เป็นต้น

3.3) ระดับ C (Stage C) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวปรากฏขึ้นและมักตรวจพบความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเวลาออกแรง ออกแรงทำงานได้เล็กน้อย นอนราบไม่ได้ เป็นต้น

3.4) ระดับ D (Stage D) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในขั้นรุนแรง เช่น มีอาการขณะพักทั้ง ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสม

2.1.4 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากการที่ปริมาตรเลือดที่บีบตัวออกแต่ละครั้งลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาในร่างกาย ได้แก่ ที่หัวใจมีการกระตุ้นระบบซิมพาเทติกทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น และเพิ่มอัตราการเต้นของชีพจรทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัวเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดเข้าสู่หัวใจมากขึ้นทำให้ขนาดห้องหัวใจโตขึ้น ผนังห้องหัวใจถูกยืดขยายออกจนผนังบางลง ทำให้หัวใจห้องล่างบีบตัวลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงทำให้อวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่ไตทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ส่งผลกระทบต่อระบบเรนินแองจิโอเทนซินเพิ่มขึ้น ทำให้มีการดูดซึมน้ำและเกลือโซเดียมกลับเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น เกิดภาวะการคั่งน้ำและเกลือในร่างกาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเกิดภาวะบวม น้ำ เช่น การบวมที่ท้อง การบวมที่เท้า เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554)

2.1.5 ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ หมายถึง พยาธิสภาพอยู่เดิมที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอแม้รักษาให้อาการดีขึ้นในระยะหนึ่ง แต่ก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดทำให้มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราวและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วย

อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย บวม ไม่มีแรง ปัสสาวะออกน้อยลง เป็นต้น (นิภาพร ประจันบาน. 2550)

สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเป็นสาเหตุเดียวกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เพียงแต่ปัจจัยเหล่านี้กระตุ้นให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง จึงทำให้เกิดอาการและอาการแสดงซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว (อรั้มซ์ เจษฎาญาณเมธา. 2554) แบ่งได้เป็น 3 สาเหตุสำคัญ คือ

1) สาเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น

1.1) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease : IHD) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction : MI) เนื่องจากการสูญเสียเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ สาเหตุนี้มักทำให้เกิดภาวะล้มเหลวจากการบีบตัวของหัวใจ มากกว่าภาวะล้มเหลวจากการคลายตัวของหัวใจ

1.2) โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (cardiomyopathies) เป็นโรคของกล้ามเนื้อหัวใจที่หาสาเหตุที่แท้จริงไม่ได้ หรือสาเหตุยังไม่ชัดเจน ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เช่น

(1) กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง (dilated cardiomyopathy) มีการขยายใหญ่ของช่องภายในหัวใจห้องล่างซ้าย โดยไม่เพิ่มความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลทำให้แรงในการบีบตัวของหัวใจลดลง สาเหตุนี้จึงทำให้เกิดภาวะล้มเหลวจากการบีบตัวของหัวใจ

(2) ผนังกล้ามเนื้อหัวใจขยาย (hypertrophic cardiomyopathy) มีการขยายใหญ่ของผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง โดยเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะมีขนาดใหญ่ขึ้น แต่เรียงตัวอย่างผิดปกติ (disarray) พยาธิสภาพนี้ทำให้ผนังหัวใจไม่ยืดหยุ่นและการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติไป จึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจคลายตัว

(3) ผนังกล้ามเนื้อหัวใจยืดหยุ่นลดลง (restrictive cardiomyopathy) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในแง่ขนาดของช่องภายในห้องหัวใจหรือความหนาของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ แต่จะพบว่าผนังกล้ามเนื้อหัวใจมีความยืดหยุ่นลดลง ไม่สามารถที่จะคลายตัวได้อย่างปกติ จึงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจคลายตัว

1.3) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) จากการติดเชื้อ พิษของยา หรือสารเคมี เป็นต้น

2) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับลิ้นหัวใจ ได้แก่ ลิ้นหัวใจตีบตัน (Valvular Stenosis : VS) หรือรั่ว (valvular regurgitation) เป็นภาวะที่ลิ้นหัวใจทำงานบกพร่อง ดังนี้

2.1) ในกรณีของลิ้นหัวใจตีบตัน (stenosis) จะทำให้การส่งผ่านของเลือดจากหัวใจห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่งเกิดขึ้นน้อยลง ทำให้เกิดการลดลงของหัวใจจากการรับเลือดเข้าสู่หัวใจ

(Preload) จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจคลายตัวได้ หรือการส่งผ่านของเลือดจากหัวใจห้องล่างไปยังปอดหรือจากหัวใจห้องล่างไปยังร่างกายลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจบีบตัวได้

2.2) ในกรณีของลิ้นหัวใจรั่ว (regurgitation) จะทำให้เลือดไหลย้อนกลับไปยังห้องหัวใจห้องบน จากหลอดเลือดแดงพัลโมนารีที่ปอด (pulmonary artery) ย้อนกลับไปยังหัวใจห้องล่างขวา (right ventricle) หรือจากหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา (aorta) กลับมายังหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) การมีลิ้นหัวใจรั่วไม่ว่าจะเป็นลิ้นหัวใจใดก็ตาม จะทำให้เกิดภาวะเลือดคั่งภายในห้องหัวใจห้องล่าง (volume overload) จึงเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจต้องบีบตัวส่งเลือดออกไปนอกหัวใจ (increased preload) ซึ่งทำให้เกิดภาวะหัวใจโต (cardiac hypertrophy) และตามมาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจบีบตัว

3) สาเหตุที่ไม่ได้เกิดจากกล้ามเนื้อหรือลิ้นหัวใจที่ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น (increased cardiac workload) เพื่อส่งเลือดปริมาณเท่าเดิมไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แบ่งเป็น 2 สาเหตุหลัก ๆ คือ สาเหตุที่มีผลเพิ่มแรงดันในการบีบตัวของหัวใจ (pressure overload) หรือมีผลเพิ่มปริมาตรภายในห้องหัวใจให้มากขึ้นกว่าปกติ (volume overload) ตัวอย่างของสาเหตุเหล่านี้เช่น

3.1) โรคความดันโลหิตสูง (systemic hypertension) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของภาวะหัวใจล้มเหลว

3.2) โรคความดันเลือดภายในปอดสูง (pulmonary hypertension) ทำให้การส่งเลือดไปยังปอดของหัวใจต้องใช้แรงในการบีบตัวสูงขึ้น

4) สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับจังหวะการเต้นของหัวใจ อาจเป็นได้ทั้งเต้นเร็วเกินไป เต้นช้าเกินไป หรือความไม่คล่องจองของการเต้นของหัวใจห้องบนและล่าง เช่น

4.1) ภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (ventricular fibrillation or tachycardia)

4.2) ภาวะหัวใจเต้นพริ้ว (atrial fibrillation or tachycardia)

4.3) หัวใจเต้นช้า (bradycardia)

4.4) หัวใจถูกบล็อก (complete heart block)

5) สาเหตุชักนำอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจ (precipitating factors) สาเหตุนี้เป็นปัจจัยอื่นที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำใน 2 ลักษณะ คือ

5.1) มีอาการขึ้นในผู้ป่วยที่โดยปกติไม่มีอาการแสดงใด ๆ หรือ

5.2) มีอาการรุนแรงขึ้นกว่าเดิมในกรณีที่โดยปกติผู้ป่วยมีอาการเพียงเล็กน้อย

การที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเนื่องจากร่างกายมีการปรับตัวชดเชย (compensated state) เพื่อรักษาระดับปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออก (cardiac output) ไว้ได้ หรือผู้ป่วยได้รับยาเพื่อควบคุมอาการ ตัวอย่างของสาเหตุชักนำ เช่น

1. ภาวะโลหิตจาง
 2. ภาวะติดเชื้อ
 3. ภาวะไข้สูง
 4. ภาวะที่มีการอุดตันของเส้นเลือดภายในปอด ทำให้เกิดความดันโลหิตในปอดสูง (pulmonary hypertension)
 5. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่รุนแรง
 6. การออกกำลังกายที่มากเกินไป
 7. การตั้งครรภ์
 8. ภาวะที่มีการคั่งของน้ำและเกลือจากการใช้ยา เช่น ยาสเตียรอยด์ (corticosteroids) หรือยาลดการอักเสบ (NSAIDs)
 9. ภาวะที่มีการคั่งของน้ำและเกลือจากการไม่ควบคุมอาหาร
 10. ภาวะไตวายเฉียบพลัน
 11. การใช้ยาที่มีผลลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial contractility) จำพวกยาปิดกั้นเบตา (Beta-blocker) ทำให้หัวใจบีบตัวน้อยลงเช่น ยาโพรปราโนลอล (propranolol) และเมโทโพรลอล (metoprolol) เป็นต้น หรือยับยั้งการผ่านของแคลเซียมออก จากภายนอกเซลล์เข้าสู่ภายในเซลล์ (calcium channel blockers) เช่น ยาเวอราพามิล (verapamil) และยาไดล์ไทอะเซม (diltiazem) เป็นต้น
- 6) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือด เพศชาย อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (วิชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. 2551)
- 7) มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ยังคงรับประทานอาหารรสเค็ม ดื่มน้ำ ไม่จำกัดจำนวน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้ควบคุมน้ำหนัก รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น บุหรี่ สุรา สารเสพติดต่าง ๆ (วิชัย เอกพลากร. 2550)
- 8) ขาดความรู้ในการสังเกตความผิดปกติ ขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ขาดการตระหนัก ถึงอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2553)
- 9) เกิดจากการดูแลของสมาชิกในครอบครัว เช่น ครอบครัวไม่มีเวลาดูแลและไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (นิภาพร ประจันบาน. 2550)
- 10) เกิดจากบริการสุขภาพที่ได้รับ ได้แก่ การได้รับการดูแลที่ไม่เฉพาะเจาะจงจาก บุคลากรที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับคำแนะนำที่มีลักษณะสั้น ๆ เนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ครอบคลุม ไม่มีแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (เจนเนตร พลเพชร. 2544)

11) ไม่มีทีมสุขภาพดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และบางรายเกิดจากการขาดการวางแผนการจำหน่าย (ขจร เพ็ญสุพรรณ. 2545 ; Jaarsma & Dracup อ้างถึงใน เบญจมาสงศ์มณีวรรณ. 2547 ; American Heart Association. 2012)

2.1.6 อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ายมีอาการและอาการแสดงเหมือนกัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 ; นิภาพร ประจันบาน. 2550) ดังนี้

อาการที่เกิดขึ้นจากการล้มเหลวของหัวใจห้องขวา (right-sided heart failure) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเนื่องจากความบกพร่องในการทำงานของหัวใจห้องล่างขวา มีผลให้เกิดการลดลงของปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออก (cardiac output) ไปยังปอดและหัวใจข้างซ้าย เมื่อปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกลดลงจะเกิดการคั่งของเลือดในหัวใจข้างขวา และความดันในหัวใจห้องขวาสูงขึ้น (increased right ventricular and diastolic pressure) ทำให้เลือดดำจากอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่จะไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (venous return) ไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องขวาได้ ผลที่เกิดขึ้น คือ เกิดการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำ (systemic venous congestion) และในอวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ (liver) และลำไส้ เป็นต้น ดังนั้น อาการทางคลินิกที่พบเป็นผลสืบเนื่องมาจากหัวใจห้องขวาล้มเหลว เช่น

- 1) บวม (peripheral edema) ตามที่ขา ข้อเท้า เนื่องจากมีการคั่งค้างของน้ำที่อยู่ในช่องต่าง ๆ ของร่างกาย (interstitial fluid)
- 2) เหนื่อยหอบ เนื่องจากปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออก (cardiac output) ลดลง การแลกเปลี่ยนออกซิเจน (oxygen) และคาร์บอนไดออกไซด์ (carbondioxide) ที่ปอดลดลง
- 3) เส้นเลือดดำโป่งและระดับสูงขึ้นที่คอ (engorged and elevated neck vein) เนื่องจากมีความดันสูงขึ้นในหลอดเลือดดำ
- 4) ตับโต (hepatomegaly or hepatic enlargement) และกดเจ็บ เนื่องจากการคั่งของเลือดในตับ เมื่อใช้มือกดที่ตับจะพบว่าเส้นเลือดดำที่คอ (jugular vein) โป่งมากขึ้น เนื่องจากความดันภายในหลอดเลือดดำที่คอสูงขึ้นจากการที่เลือดจากตับไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น (hepatojugular reflux)
- 5) เบื่ออาหาร (anorexia) แน่นท้อง (abdominal fullness) และคลื่นไส้ (nausea) เนื่องจากการคั่งของน้ำภายในทางเดินอาหาร

อาการที่เกิดขึ้นจากการล้มเหลวของหัวใจห้องซ้าย (left-sided heart failure) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นเนื่องจากความบกพร่องในการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย มีผลให้เกิดการลดลงของปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออก (cardiac output) ไปยังอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

นอกจากนี้ เมื่อปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกลดลง จะเกิดการคั่งของเลือดในหัวใจข้างซ้ายและความดันในหัวใจห้องซ้ายสูงขึ้น (increased left atrial and ventricle and diastolic pressure) ทำให้เลือดจากปอดที่จะไหลกลับเข้าสู่หัวใจไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องซ้ายได้ ผลที่เกิดขึ้น คือ เกิดการคั่งค้ำของเลือดในปอด (pulmonary congestion) อาการทางคลินิกที่พบเป็นผลสืบเนื่องมาจากหัวใจห้องขวาล้มเหลว เช่น

- 1) หายใจลำบาก (dyspnea) มีอาการหอบเหนื่อย
- 2) หอบเมื่อนอนราบ (orthopnea) และตื่นขึ้นมาหอบกลางดึก (paroxysmal nocturnal dyspnea) เกิดขึ้นเนื่องจากมีการคั่งของเลือดในปอดเพิ่มขึ้นในขณะนอนราบ
- 3) น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันและรุนแรง
- 4) เวียนศีรษะ มึนงง ซึม อ่อนเพลีย เหนื่อย เพลียล้า (fatigue) เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมอง กล้ามเนื้อและร่างกายส่วนอื่น ๆ ไม่เพียงพอ

2.1.7 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้มีผลกระทบเหมือนภาวะหัวใจล้มเหลว คือ มีผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและวิญญาณ เศรษฐกิจและสังคม และต่อครอบครัว (ผ่องพรรณอรุณแสง. 2554 ; นิภาพร ประจันบาน. 2550) ดังต่อไปนี้

- 1) ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางด้านร่างกาย คือ หายใจลำบากเวลาออกกำลังกาย (dyspnea on exertion) หรือเวลานอนราบ เนื่องจากการคั่งค้ำของของเหลวที่ปอด อาการบวมตามแขนขา (peripheral edema) เนื่องจากมีของเหลวคั่งค้ำอยู่นอกหลอดเลือดโดยอยู่ในเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ (interstitium) มากกว่าปกติ อาการเพลียล้าและอ่อนเพลียเนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและสารอาหาร
- 2) ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดตามหลังผลกระทบด้านร่างกาย คือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว เนื่องจากอาการเหนื่อยซึ่งคุกคามชีวิต กลัวการรักษาที่ไม่เคยได้รับมาก่อน วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียพลังอำนาจและคุณค่าในตนเอง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 3) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม
 - 3.1) ด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม และต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยอาจแยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น

3.2) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เช่นเดิมตามปกติและต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิม เกิดการขาดรายได้และเป็นภาระของครอบครัวในการหาผู้ดูแล ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายหรือต้องมีบุคคลในครอบครัวที่ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวขาดรายได้และค่าใช้จ่ายมากขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติตามมา เพราะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่หายขาด อาการกำเริบเป็นครั้งคราว ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังเป็นจำนวนมาก

4) ผลกระทบต่อครอบครัว

ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งถูกแยกออกจากครอบครัวที่ตนเองรักและคุ้นเคย ต้องมีการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงบทบาททั้งผู้ป่วยและสมาชิก อาจทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวตามมา เนื่องจากไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทที่เคยปฏิบัติได้ เช่น ความต้องการทางเพศลดลงหรืองดการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากเจ็บป่วย และบางคนอาจมีปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสและนำไปสู่ปัญหาของครอบครัวได้

2.1.8 การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำมีเป้าหมายหลักเหมือนกัน คือ เพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจและลดการทำงานของหัวใจเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดอัตราการตาย (american college of cardiology and the american heart association. 2001 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 ; นิภาพร ประจันบาน. 2550) โดยมีแนวทางในการรักษา คือ

1) การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic therapy)

1.1) รักษาต้นเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเบี่ยงทางหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft) เพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น

1.2) กำจัดและควบคุมปัจจัยชักนำ เช่น ให้ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ แก้ไขภาวะโลหิตจาง เป็นต้น

1.3) จำกัดปริมาณเกลือโซเดียม (sodium) ให้น้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน เพื่อป้องกันการกักเก็บน้ำซึ่งก่อให้เกิดภาวะน้ำเกิน

1.4) แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและให้ได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัด หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ

2) การรักษาด้วยยา (pharmacological therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ ซึ่งยาแต่ละกลุ่มจะออกฤทธิ์แตกต่างกันออกไป เช่น

2.1) ยาเอซอินฮิบิเตอร์ (angiotensin-converting enzyme inhibitors : ACEIs) เป็นยายับยั้งเอนไซม์ซึ่งเปลี่ยนแองจิโอเทนซินวัน (angiotensin I) เป็นแองจิโอเทนซินทู (angiotensinII) เช่น ยาแคปโตพริล (captopril) และยาอีนาพริล (enalapril) เป็นยาที่ใช้ เป็นอันดับแรกเพราะเป็นยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำและแดง จึงช่วยลดทั้งภาระของหัวใจจากการรับเลือดเข้าสู่หัวใจ (preload) และภาระของหัวใจในการบีบตัวเพื่อไล่เลือดออกจากหัวใจ (afterload) ผลคือ ลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาทีติกและช่วยลดการคั่งของน้ำและเกลือ

2.2) ยาด้านฤทธิ์แองจิโอเทนซินทูโดยเฉพาะเจาะจง (angiotensin receptor Blockers :ARBs) เช่น ยาลอซาร์แทน (losartan) ยาวาซาร์แทน (valsartan) และยาแคนดิซาร์แทน (candesartan) เป็นยาที่ให้พิจารณาใช้เวลาผู้ป่วยทนต่อยาเอซอินฮิบิเตอร์ (ACEIs) ไม่ได้เนื่องจากผลไม่พึงประสงค์หรือมีข้อห้ามใช้ เช่น อาการไอรุนแรง เป็นต้น

2.3) กลุ่มยาขยายหลอดเลือดแดง (hydralazine) ร่วมกับยาต้านปรอทขยายหลอดเลือดดำ (oral nitrate) สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2.4) ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ลดภาระของหัวใจจากการรับเลือดเข้าสู่หัวใจและช่วยควบคุมสมดุลของน้ำและเกลือในร่างกาย ไม่ใช่เป็นยาเพียงตัวเดียวในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากไม่ได้ชะลอการดำเนินของโรคหรือลดอัตราการตายของผู้ป่วย มักให้ร่วมกับยาเอซอินฮิบิเตอร์ (ACEIs) และยาลดอัตราการบีบตัวและแรงบีบตัวของหัวใจ (Beta-blockers)

2.5) ยาลดอัตราการบีบตัวและแรงบีบตัวของหัวใจ สามารถลดอัตราการตาย การดำเนินของโรค และลดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ โดยในระยะยาวมีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ (ejection fraction)

2.6) ยาเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ (digoxin) เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiac contractility) และช่วยลดการกระตุ้นระบบซิมพาทีติก (sympathetic system) จากการลดลงของภาระของหัวใจจากการรับเลือดเข้าสู่หัวใจ ช่วยลดอัตราการป่วยหรืออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (stage C) ใช้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีอาการหลังได้รับยาลดความดันกลุ่มยับยั้งเอนไซม์การเปลี่ยนของแองจิโอเทนซิน ยาลดอัตราการบีบตัวและแรงบีบตัวของหัวใจ และยาขับปัสสาวะ เนื่องจากเป็นยาที่มีผลข้างเคียงสูงและไม่ช่วยชะลอการดำเนินของโรค

2.7) ยาขับปัสสาวะไม่ทำให้โปแตสเซียมในร่างกายต่ำ (spironolactone) มีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตโดยยับยั้งแอลโดสเตอโรน แอนตาโกนิสต์ (aldosterone antagonist) ส่งผลให้ลดการสะสมของเกลือ

2.8) ยายับยั้งการผ่านของแคลเซียมอ็อกซอน (calcium channel blockers) จากภายนอกเซลล์เข้าสู่ภายในเซลล์ ไม่ใช่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากการบีบตัวของหัวใจ (systolic heart failure) และเพิ่มอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) ได้ หากจำเป็นต้องใช้ เลือกใช้ยาแอมโลดิปีน (Amlodipine) เพราะสามารถลดอัตราการตายได้

2.1.9 การป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

การป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (Texas Heart Institute. 2010 ; ปนัดดา สุวรรณ. 2551) มีแนวทางในการจัดการไม่แตกต่างไปจากการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ผู้ป่วยจะต้องระมัดระวังมากขึ้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพแนวทางการจัดการมี ดังนี้ คือ

1) การรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารไขมัน หรือมีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ขาหมู ข้างมันไก่ หนังเป็ด หนังไก่ ตับหมู ตับไก่ หมูสามชั้น สมอสัตว์ ไช้ปลา มันปู เครื่องในสัตว์ ไช้แดง กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เน้นรับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใยอาหารมาก เพราะอาหารเหล่านี้จะช่วยลดการดูดซึมไขมัน ป้องกันท้องผูก ได้แก่ อาหารจำพวกข้าว อาหารประเภทผักและถั่วผลไม้ เช่น ฝรั่ง ส้ม สับปะรด มะละกอ ควรจำกัดอาหารรสเค็ม เนื่องจากมีเกลือโซเดียมมากทำให้ร่างกายดูดน้ำกลับเข้ากระแสเลือดมากขึ้น ปริมาณเลือดในร่างกายมากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น โดยหลีกเลี่ยงการปรุงรสในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารหรือใช้เครื่องปรุงรสเพื่อชูรส ได้แก่ น้ำปลา กะปิ ซอส เกลือ ปลาร้า ผงชูรส ซุปก้อน หรือผงปรุงรสต่าง ๆ และหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารตากแห้งที่ใส่หรือหมักเกลือ เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม กุ้งแห้ง เป็นต้น ในวันหนึ่ง ๆ ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมน้อยกว่า 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน ไม่ควรรับประทานเกลือเกิน 5 กรัมต่อวัน หรือ 1 ช้อนชาต่อวัน ผู้ป่วยควรดื่มน้ำ (รวมทั้งนม น้ำหวานและน้ำผลไม้) 1,000 ซีซี ต่อวันหรือจำกัดน้ำดื่ม 4 ถึง 6 แก้วต่อวัน ถ้ามีอาการบวมหรือเหนื่อยให้ลดน้ำดื่มลงหรือดื่มน้ำเท่ากับจำนวนปัสสาวะที่ออกในแต่ละวัน

2) การไม่ใช้สารให้โทษ ควรหลีกเลี่ยงอาหาร หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ สูบบุหรี่ และสารให้โทษทุกชนิด เนื่องจากสารเหล่านี้จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอล มากขึ้นส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัว และหัวใจเต้นเร็วโดยเฉพาะแอลกอฮอล์ อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบซึ่งจะทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงมากขึ้น

3) การรับประทานยา ผู้ป่วยควรได้รับยาอย่างถูกต้องตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค เนื่องจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การหยุดรับประทานเมื่อมีอาการ

ดีขึ้น การรับประทานยาผิดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าการรักษาซ้ำได้ ผู้ป่วยต้องรู้ชื่อยา ขนาด จำนวนและผลข้างเคียงของยาที่ตนเองรับประทานผู้ป่วยไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยา และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผน การรักษาของแพทย์หรือไม่ได้รับการแนะนำจากแพทย์เพราะอาจเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้ การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ของยา

4) การดูแลสุขภาพจิต ภาวะเครียดมีผลเสียอย่างมากต่อการทำงานของหัวใจ เนื่องจากภาวะเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อสิ่งที่มีมารบกวน ก่อให้เกิดอาการของโรครุนแรงขึ้น ผู้ป่วยต้องฝึกผ่อนคลายให้มากที่สุด โดยการทำให้จิตใจให้ปลอดโปร่ง หรือหางานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบทำ เช่น การดูทีวี ฟังเพลง อ่านหนังสือที่ชอบ พบปะพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง หรือคนในครอบครัวหรือบุคคลที่คุยแล้วสบายใจ

5) การออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ ช่วยเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือดและความสามารถในการเผาผลาญออกซิเจน ช่วยเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือด ควรออกกำลังกายไม่มากหรือน้อยเกินไป ที่สำคัญต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกาย รวมทั้งควรสวมเสื้อผ้าหรือรองเท้าที่สบายไม่คับหรือหลวมจนเกินไป แนวปฏิบัติในการออกกำลังกายผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่มีอาการเจ็บหน้าอกที่สามารถทำได้และเป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมและปลอดภัย ประกอบด้วย การเดิน การถีบจักรยาน การว่ายน้ำ เดินขึ้นบันไดและยกน้ำหนัก ควรได้ออกกำลังกายโดยทั่วไปประมาณ 3 – 5 วันต่อสัปดาห์ และควรปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นนิสัย หากมีอาการดีขึ้นและไม่มีอาการผิดปกติหรือข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น อาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ มีน้ำท่วมปอด ไอเป็นฟองเลือด หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น และในการออกกำลังกายควรใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาทีต่อครั้ง แล้วค่อย ๆ เพิ่มเวลาขึ้น เช่น 10 – 15 นาที ในครั้งแรกแล้ว เพิ่มเป็น 30 นาที หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายภายใน 30 นาที หลังรับประทานยา เพราะหัวใจต้องทำงานหนักจากการเผาผลาญพลังงาน ผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการขณะออกกำลังกาย หากหายใจหอบ อ่อนเพลีย อ่อนล้า เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว ควรหยุดออกกำลังกาย เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่เพียงพอ เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะและเวียนศีรษะควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการออกกำลังกาย

6) การขับถ่าย ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรป้องกันไม่ให้เกิดภาวะท้องผูก และไม่ให้เบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะการเบ่งถ่ายอุจจาระจะทำให้หัวใจต้องออกแรงทำงานหนักขึ้น อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะและเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ควรฝึกขับถ่ายอุจจาระเนื่องจากการเบ่งถ่ายจะทำให้เกิดความดันเพิ่มในช่องอก ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง

หากมีปัญหาท้องผูกเพื่อรับยาระบาย ไม่ควรซื้อยาระบายมารับประทานเองเนื่องจากฤทธิ์ของยาอาจมีผลต่อการทำงานของหัวใจ

7) การสังเกตอาการผิดปกติหรืออาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยควรรู้จักสังเกตอาการแสดงต่าง ๆ ของภาวะน้ำคั่งได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น บวม อาการเหนื่อย รู้สึกหัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น หอบมากขึ้น นอนราบไม่ได้ รู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะมีไอตอนกลางคืน เป็นต้น หากผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังอาการเหล่านี้ของตนเองได้จะช่วยเตือนถึงอาการเปลี่ยนแปลงเริ่มแรกที่เกิดขึ้นก่อนจะกำเริบรุนแรง โดยเปรียบเทียบอาการในวันนี้กับวันก่อนหน้าเป็นประจำทุกวัน ผู้ป่วยควรชั่งน้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกัน ถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัมต่อวัน หรือ 2 กิโลกรัมครั้งต่อสัปดาห์ แสดงว่าเป็นสัญญาณของภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงขึ้น การเฝ้าระวังอาการผิดปกติเหล่านี้เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

8) การมาตรวจตามนัด การรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรค ประเมินอาการแทรกซ้อน และปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ของยาหรือจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและเหมาะสม ถ้าขาดการมาตรวจตามนัดจะส่งผลให้การกำเริบจนเป็นสาเหตุให้กลับมารักษาซ้ำได้ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงขึ้นควรมาพบแพทย์ก่อน

2.2 การจัดการความเสี่ยงกับการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

2.2.1 แนวคิดการจัดการความเสี่ยง

ความหมาย มีผู้ให้ความหมายของความเสี่ยงไว้แตกต่างกัน ดังนี้

ปรารค์ทิพ อูจะรัตน์ (2541) อธิบายว่า ความเสี่ยง หมายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการบรรลุเป้าหมายขององค์กรโดยมีโอกาสดังเกิดขึ้นกับองค์กรและส่งผลกระทบต่อเกิดความเสียหายในระดับที่แตกต่างตามสภาพแวดล้อมและวิธีการดำเนินงาน และการบริหารงานขององค์กร รวมถึงโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น การบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย เหตุร้าย อันตราย ความไม่แน่นอน และการถูกเปิดเผยความลับ เป็นต้น

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) กล่าวว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน ชื่อเสียง ความสูญเสียต่อร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บ การได้รับอันตรายและการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต

สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย (2550) ระบุว่า ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเสียเปล่า หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นใน

อนาคตและมีผลกระทบหรือทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายองค์กร ทั้งในด้านยุทธศาสตร์ การปฏิบัติงาน การเงิน และการบริหาร

เฮนซ์ ปีเตอร์ เบอร์ก (Heinz-Peter Berg. 2010 : Online) อธิบายว่า ความเสี่ยง หมายถึงความไม่แน่นอนหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ในปัจจุบัน หรือเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบในอนาคต หรือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และมีความรุนแรงหรือโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548 : 52) อธิบายความเสี่ยงในวิชาชีพพยาบาลว่าหมายรวมไปถึงภาวะที่เกิดกับจิตวิญญาณและอารมณ์ด้วย ทั้งนี้ภาวะความเสี่ยงสามารถเกิดขึ้นได้จากสภาวะแวดล้อม ภูมิศาสตร์ การจัดการ การให้บริการ การปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับปัญหา

โดยสรุปความเสี่ยงจึงหมายถึง โอกาสหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อาจเกิดขึ้นในอนาคต และมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ประเภทของความเสี่ยง

ปรานค์ทิพ อุจระรัตน์ (2541) กล่าวถึงประเภทของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการบริการสุขภาพว่าสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความเสี่ยงทั่วไป (non clinical risk) เป็นความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม อัคคีภัย สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เครื่องมือทางการแพทย์ ภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ เช่น โรคระบาด อุบัติเหตุ หมู่ม รวมถึงข้อร้องเรียนต่าง ๆ

2. ความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก (common clinical risk) เป็นเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย อันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลหรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ตัวอย่างความเสี่ยงทั่วไปทางคลินิก เช่น การระบุตัวผู้ป่วย การใช้ยา การผ่าตัด การติดเชื้อจากการดูแลรักษา การดูแลรักษาที่ล่าช้า การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การให้เลือด/สารน้ำ การลื่น พลัดตก หกล้ม การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

3. ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (special clinical risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย และอาจเกิดอันตราย ภาวะไม่พึงประสงค์หรือการเสียชีวิต โดยมีการระบุเฉพาะโรค เป็นความเสี่ยงที่มีความเฉพาะและแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน เป็นกลุ่มโรคที่เกิดขึ้นบ่อย และ/หรือความเสี่ยงสูงจากการทบทวนการรักษา หรือมีตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนั้น ๆ มีผลลัพธ์ยังไม่เป็นที่พึงพอใจ เช่น มีอัตราการตายสูง มี

อุบัติการณ์การเกิดสูง ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค เช่น ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยโรคหอบหืด เป็นต้น

อนูวัฒน์ ศุภชุตikul (2543) ได้จำแนกความเสี่ยงหรือความสูญเสียในการให้บริการสุขภาพไว้ 7 ประการ ได้แก่

1. ความเสี่ยงหรือความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาลซึ่งแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การลื่นหกล้ม การตกเตียง การติดเชื้ การตัดอวัยวะผิดหรือส่วนที่ปกติของร่างกายออก การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น

1.2 ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้าทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่มองไม่เห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้หรือความไม่เป็นส่วนตัว

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล

1.4 ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจ และขาดการสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนา และการดำเนินการไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในนี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ ของเจ้าหน้าที่ หรือของบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานที่มีฝีมือที่ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานหมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหา

7. การเกิดภาวะที่ต้องชดใช้ค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาลจะเห็นได้ว่าการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำถือเป็นการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค

การบริหารความเสี่ยง

ปรารค์ทิพ อุจะรัตน์ (2541) และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่าการบริหารความเสี่ยงคือ กระบวนการที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบและการรับรู้ เพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่อาจเกิดจากความเสี่ยงต่าง ๆ กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification)
2. การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment)
3. การจัดการกับความเสี่ยง (Risk treatment)
4. การประเมินผล (Evaluation of risk treatment)

แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการบริหารความเสี่ยงที่ต้องตระหนักถึงความเสี่ยงขณะให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อป้องกันอันตรายหรือความสูญเสียเป็นกิจกรรมทั้งเชิงรุกและตั้งรับ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไข และพัฒนาระบบ และป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ ทั้งนี้เพื่อเตรียมการสำหรับการจัดการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการค้นหาความเสี่ยงสามารถกระทำได้หลายวิธี ดังนี้

- 1) มองอดีต เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้นต่อไปนี้
 - 1.1) ระบบบันทึกข้อมูลที่มีอยู่เดิม เช่น การรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เคยเกิดขึ้น เวชระเบียนของผู้ป่วย ใบลาป่วย ลากิจของบุคลากร เรื่องร้องเรียน ข้อฟ้องร้องต่าง ๆ
 - 1.2) ประสบการณ์ของบุคคล โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล หรือใช้วิธีการระดมสมองเพื่อหาคำตอบที่หลากหลายและเปิดกว้าง
 - 1.3) ประสบการณ์หรือความผิดพลาดของบุคคลอื่น จากการอ่านวารสารวิชาการ การเข้าร่วมประชุมวิชาการ การติดตามข่าวสารต่าง ๆ รวมทั้งการมีเครือข่ายกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ
- 2) มองปัจจุบันประกอบด้วย
 - 2.1) การสำรวจสภาพการณ์จริง สำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังเกตการณ์ทำงาน สังเกตอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับผลงาน
 - 2.2) การวิเคราะห์จากระบบงานที่ทำอยู่
 - 2.3) การทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยและจากบัญชีความเสี่ยง

3) มองอนาคตเป็นการค้นหาความเสี่ยงระหว่างการทำงานโดยมีความมุ่งหมายสำคัญ คือ เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การควบคุมความเสียหายที่จะเกิดขึ้นตามมาและการป้องกันปัญหาในอนาคต

การค้นหาความเสี่ยงสามารถทำได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จากการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ การระดมสมอง การทบทวนคู่มือการปฏิบัติงานหรือการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน สิ่งสำคัญคือ การทำให้บุคลากรมีความเข้าใจว่าการค้นหาความเสี่ยงมีเป้าหมายเพื่อให้รู้ว่ามีความเสี่ยงใดที่เกิดขึ้น และให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงซ้ำ

2. การประเมินหรือการวิเคราะห์ความเสี่ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุระดับความรุนแรงของปัญหาและโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงนั้น โดยการตอบคำถามว่าโอกาสเกิดความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด บ่อยไหม จะก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใดและในสถานการณ์ใดที่มีโอกาสเกิดมากในขั้นตอนของการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ๆ คือ การควบคุมความเสียหาย การจัดทำแฟ้มรายชื่อความเสี่ยงที่มีในหน่วยงานและการปรับปรุงรายชื่อความเสี่ยง

1) การควบคุมความเสียหาย คือ การประเมินขั้นต้น และตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในเหตุการณ์และต้องแก้ไขสถานการณ์ในขณะนั้น และเมื่อควบคุมสถานการณ์ได้แล้วต้องมีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงของเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีเหตุการณ์เกิดขึ้นต้องพิจารณาหาสาเหตุ ผลลัพธ์ที่มีต่อบุคลากร หน่วยงานและองค์กร และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เหตุการณ์นั้นซ้ำอีก

2) การจัดทำแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยงที่มีในหน่วยงาน เป็นการรวบรวมความเสียหาย อันตรายหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นหรือโอกาสที่จะเกิดขึ้นจากความเสี่ยงที่มีในหน่วยงานโดยรายชื่อความเสี่ยงต้องครอบคลุมความเสี่ยงทั้งสองลักษณะ คือความเสี่ยงที่พบได้ทั่วไปในหน่วยงานและความเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะของการปฏิบัติงานที่แตกต่างไปตามหน่วยงาน ข้อมูลที่รวบรวมในแฟ้มบัญชีรายชื่อความเสี่ยงประกอบด้วยชนิดของอันตราย การบาดเจ็บหรือความเสียหายที่มีต่อบุคลากร ความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละชนิด

3) การปรับปรุงรายชื่อความเสี่ยง ซึ่งจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งความเสี่ยงที่สำคัญต่อหน่วยงาน

3. การจัดการความเสี่ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุ 2) ตรวจสอบได้เร็วที่สุด 3) จัดการกับความเสียหายที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และ 4) ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุซ้ำ กลยุทธ์สำคัญในการจัดการความเสี่ยง มีดังนี้

1) การป้องกันความเสี่ยง เป็นการกำหนดมาตรการที่จะควบคุมความเสี่ยง สามารถทำได้โดยการฝึกอบรม การให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงเพื่อพัฒนาบุคลากร ส่งเสริมให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอนและข้อตกลงในการทำงาน กำหนดแนวทางในการดูแล ผู้ใช้บริการและต้องมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา มีการวางแผน ป้องกันอุบัติเหตุภัยความเสียหายที่รุนแรง และผลกระทบที่อาจตามมา

2) การยอมรับความเสี่ยง เป็นการยอมรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นโดยองค์กรจะต้อง ได้จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อรองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าการที่จะต้องทำ ประกันภัยกับบริษัทประกันภัย

3) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการจัดการ เมื่อพบว่าใช้กลวิธี ต่าง ๆ แล้วความเสี่ยงก็ไม่อาจยุติได้ อาจหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้โดยไม่ทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดความ สูญเสีย เช่น ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็นต้น

4) การลดความเสี่ยง เป็นกลยุทธ์ที่ใช้เมื่อไม่สามารถที่จะควบคุม ยอมรับ หลีกเลี่ยง หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นต้องทำให้ความเสี่ยงนั้นเกิดความรุนแรงหรือผลเสียหายน้อยที่สุด เช่น การสอบสวนและการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์เพื่อลดภาระการชดใช้ การให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และ ตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาด้วยความใส่ใจทันที

5) การถ่ายโอนความเสี่ยง เป็นการถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังหน่วยงานอื่น โดยการยอมจ่าย เบี้ยประกันให้บริษัทประกันเพื่อจำกัดค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียให้แก่ผู้ป่วย โดยการให้บริษัทประกัน เป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติกิจกรรมบริหารความเสี่ยงขององค์กรซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ลดลงได้

การเลือกกลยุทธ์เพื่อจัดการกับภาวะเสี่ยงแต่ละชนิด ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับ เป้าหมายของการจัดการภาวะเสี่ยงและความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด ช่วยลดความเสียหาย ลดค่าใช้จ่ายและลดโอกาสที่จะถูกฟ้องร้องจากผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น บุคลากรทางการแพทย์อาจได้รับบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ ผู้จัดการภาวะเสี่ยงใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะเสี่ยงด้วยการจัดให้มีการดูแลและบำรุงรักษาโดยบริษัท ผู้ให้บริการอุปกรณ์ดังกล่าว และจัดอบรมบุคลากรให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือดังกล่าวปีละครั้ง เป็นต้น

เมื่อสามารถเลือกแนวทางในการปฏิบัติได้แล้ว ผู้จัดการความเสี่ยงต้องติดต่อสื่อสารให้ บุคลากรทางสุขภาพทุกระดับได้รับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดความ ตระหนักต่อการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ของหน่วยงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง ผู้ร่วมงานและผู้ป่วย จัดเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้แก่บุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์

เครื่องมือและจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานของหน่วยงานรวมทั้งคอยควบคุมและตรวจเยี่ยมให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่บุคลากรให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างสะดวกและถูกต้อง

4. การประเมินผล การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบริหาร ความเสี่ยงที่จะบอกถึงความสำเร็จและคุณภาพของการบริหารความเสี่ยง ซึ่งกฎแห่งความสำเร็จของกระบวนการบริหารความเสี่ยงขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่และการติดตามผลของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคลากรทุกคนได้ร่วมกันรายงานอย่างรวดเร็วและให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็น การทบทวนว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่ขั้นตอนของการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงนั้นแล้ว ความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ถ้ายังไม่ลดลงหรือยังไม่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต้องทบทวนปรับปรุงแก้ไขใหม่ กิจกรรม การประเมินผลความเสี่ยง ได้แก่

- 1) การติดตามเครื่องชี้วัดความเสี่ยงของหน่วยงานประจำเดือน
- 2) การทบทวนประสบการณ์เบื้องหลังเครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงประจำปีโดยให้ความสำคัญกับการเกิดอุบัติเหตุซ้ำขึ้นอีกทั้งที่มีมาตรการป้องกัน
- 3) การตรวจสอบความเสี่ยงที่พบใหม่ เพื่อประเมินว่าต้องใช้กลยุทธ์ใหม่เพิ่มขึ้นหรือไม่

2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

เนื่องด้วยการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพที่ต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยงร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ผู้วิจัยจึงทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การวิจัยเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม แต่ละแนวคิดมีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับการมีนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเอง และผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย

ในวิชาชีพพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงเป็นสิ่งที่ เป็นประโยชน์ที่แสดงถึงความพยายาม และการประเมินความเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ การดูแลในคลินิกดีขึ้น รับรู้ถึงสถานการณ์ทางคลินิก และกลายเป็นความตระหนักผลกระทบด้านนโยบายและการปฏิบัติการผ่านระบบ ทำให้การทำงานมีความชัดเจนมากขึ้น มีบริการสุขภาพและแนวทาง (guideline) สำหรับดูแลและให้การพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย นักวิจัยต้องรู้จักสังเกตและวินิจฉัยปัญหา และเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติกิจกรรม (implement) บนพื้นฐานความรู้ที่ได้จาก การวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นกระบวนการวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (participation) การร่วมมือ (collaboration) ของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น (improve) เพื่อการเปลี่ยนแปลง (change) การสร้างความรู้ใหม่ (constructive new knowledge) โดยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะต้องบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้น ๆ นอกจากนั้น ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยต้องใช้หลักการทำงานแบบหุ้นส่วน (partnership) มีความเชื่อร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยเป็นการปลดปล่อยให้เกิดความอิสระ (emancipation) นักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยมีอำนาจหน้าที่เท่าเทียมกัน เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต ซึ่งสามารถออกแบบการเก็บข้อมูลทั้งปริมาณและคุณภาพเพื่อตอบโจทย์ปัญหาวิจัยให้ครอบคลุม นำไปปฏิบัติได้จริงเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน (สมปอง พะมุลิลลา. 2554)

2.3.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research : PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กรหรือชุมชน เข้ามาร่วมศึกษาปัญหาโดยกระทำร่วมกันกับนักวิจัย ผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและอภิปรายผลการวิจัย มีองค์ประกอบที่แตกต่างจากการวิจัยรูปแบบอื่น ๆ ที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยเน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหา และผลการดำเนินการแก้ปัญหา เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการวิจัยในทุกๆระยะของการวิจัย 2) มีการปฏิบัติการหรือการดำเนินการแก้ปัญหา เพื่อการพัฒนาเน้นวงจรการเรียนรู้ คือ การปฏิบัติการ-การสะท้อนกลับ-การปฏิบัติการ เป็นวงจรต่อเนื่องไปในการแก้ปัญหา และ 3) มีกระบวนการเรียนรู้ คือมีการเรียนรู้ที่เกิดจากการถอดประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหา และนำความรู้ที่ได้จากกระบวนการเรียนรู้นี้ย้อนกลับเป็นแนวทางในการปฏิบัติการระยะต่อไป (สิทธิธัญญ์ ประพุทธนิตติสาร. 2546)

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถนำมาใช้ในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้เนื่องจากแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ได้ค้นหาปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการ

ความเสี่ยงให้ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในทุกขั้นตอน

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการของกลุ่มหรือองค์การชุมชนตั้งแต่ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติโดยมีความเข้าใจปัญหาของตนเองและตระหนักถึงสิทธิ์ของตนที่มีต่อสิ่งนั้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการที่บุคคลได้รับข้อมูลใหม่ที่จะช่วยเพิ่มอำนาจทางความคิดและมีโอกาสได้ร่วมวิเคราะห์และตัดสินใจกำหนดเป้าหมายในกิจกรรมเหล่านั้น (โกวิทย์ อ่างถึงใน เปล่งศรี ไวกุณินันท์. 2554)

ขั้นตอนในการดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม (เอกสารประกอบการเรียนวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 โดย วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. 2554 : 14 – 15) สามารถแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม

- วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนค้นหาปัญหาของตนเอง ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาและตัดสินใจว่าจะรับหรือไม่รับโครงการพัฒนาที่เข้ามาในชุมชน
- กิจกรรมที่ดำเนินงาน รัฐบาลกับประชาชนจะต้องติดต่อพบปะกันเพื่อปรึกษาหารือกันหาผู้นำและแกนนำในชุมชน เก็บข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของประชาชน

2. ขั้นวางแผนร่วมกับชุมชน

- วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถวางแผนเพื่อค้นหาทรัพยากรเทคโนโลยีที่หาได้ในชุมชนและวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น
- กิจกรรมที่ดำเนินงาน บุคลากรต้องออกไปพบประชาชนที่เป็นผู้นำ แกนนำในชุมชน ค้นหาผู้นำที่สามารถร่วมโครงการได้และพัฒนาผู้นำขึ้นมาพร้อมกันวางแผนดำเนินงาน

3. ขั้นดำเนินงานตามแผน

- วัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินงานตามแผนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนโดยให้ประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานและควบคุมงานเอง
- กิจกรรมที่ดำเนินงาน ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมทุกครั้ง มีการกำหนดการติดตาม ควบคุม กำกับงานและมอบหมายให้ชุมชนดำเนินการเอง

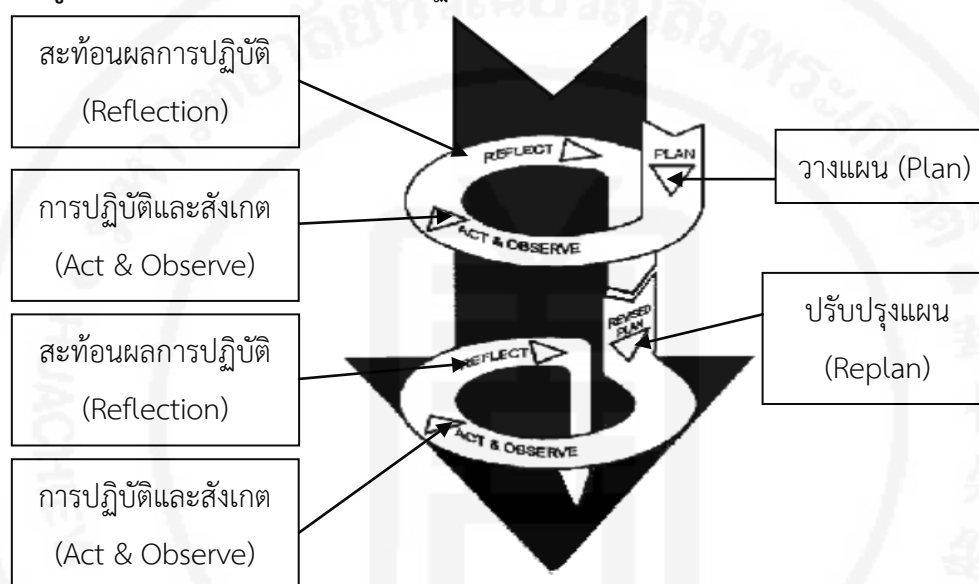
4. ขั้นควบคุมกำกับและการประเมินผล

- วัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมผลการดำเนินงานทุกขั้นตอน ค้นหาปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ วางแผนควบคุมกำกับงาน กำหนดหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ

- กิจกรรมที่ดำเนินงาน คือ จัดระบบข้อมูลข่าวสาร พบปะปรึกษาหารือเพื่อประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแทกการ์ท มีดังนี้ (Kemmis & Mc Taggart. 1988)

แผนภูมิที่ 1 วงจรกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท



ที่มา: เคมมิสและแมคแทกการ์ท (Kemmis & Mc Taggart. 1988)

กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 2) การปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ 3) การสังเกตการณ์ เป็นการติดตามผลการปฏิบัติ และ 4) การสะท้อนกลับ เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ กระบวนการรวมทั้งผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานและดำเนินการ เช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางการปฏิบัติไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสภาวการณ์เงื่อนไข

อื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจจะไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งและเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม การเมืองและอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสภาวะการณ์เวลานั้น

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในเวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนการปฏิบัติที่ดีย่อมต้องเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขในขณะนั้นและต่อเนื่องเป็นพลวัตภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำ รวมทั้งสังเกตปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติว่ามีสภาพหรือลักษณะอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำจากการสังเกตอย่างครุ่นคิด ไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการ และผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้การสะท้อนกลับได้ผล ได้แก่ การอภิปราย ชักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มซึ่งจะนำไปสู่การรื้อถอนแนวคิดความเชื่อและการปฏิบัติงานอย่างเดิมไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทบทวนและวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วม

สุมาลี ไชยแสนทา (2546) ได้พัฒนางานทันตสาธารณสุขโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ผู้เข้าร่วมพัฒนางานประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็ก กลุ่มแกนนำชุมชน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้วิจัย ดำเนินการส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 5 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์พิจารณาและหาสาเหตุของปัญหา 2) การวางแผนการปฏิบัติงาน 3) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติงาน 4) การติดตามประเมินผลระหว่างการปฏิบัติงาน และ 5) ประเมินผลการปฏิบัติงานเมื่อสิ้นสุดกระบวนการ ผลการศึกษาหลังการใช้กระบวนการพบว่าสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างเต็มที่ใน

3 ขั้นตอนแรก คือ 1) ชาวบ้านได้เข้ามาร่วมระดมความคิดเพื่อหาสาเหตุของสุขภาพ ซึ่งทำให้ทราบ ปัญหาสุขภาพสำคัญที่เกิดขึ้นกับลูกหลานของตน 2) ชุมชนร่วมกันวางแผนจัดทำโครงการและ กิจกรรมเพื่อนำไปปฏิบัติการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และปัญหาทันตสุขภาพในเด็ก 4 โครงการ ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โครงการครอบครัวอบอุ่น โครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อม และ โครงการพัฒนาความพร้อมเด็กก่อนวัยเรียน 3) ผู้ปกครองเด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันปฏิบัติ ในโครงการและกิจกรรมการแก้ไขปัญหา 2 โครงการ คือ กิจกรรมจัดเลี้ยงอาหารเสริมและกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และชุมชนได้นำกระบวนการของการวิจัยครั้งนี้ไปขยายผลในการแก้ไขปัญหา ด้านอื่น ๆ

ทรงศนีย์ นาคราช จริยาวัตร คมพยัคฆ์ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ (2550) ได้พัฒนากระบวนการการดูแล และป้องกันอาการหอบซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน ภายใต้การวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วยเด็ก ก่อนวัยเรียน ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพในชุมชน คณะกรรมการ หมู่บ้านและประชาชนในชุมชน ขั้นตอนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด อาการหอบซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน 2) พัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการดูแล และป้องกัน การเกิดอาการหอบซ้ำ และ 3) ศึกษาผลการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันต่อการป้องกันอาการ หอบซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนภายหลังการดำเนินกิจกรรมปรากฏว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหอบซ้ำใน เด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดของเด็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหอบหืด พฤติกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบซ้ำของผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อมภายในและบริเวณ บ้าน กระบวนการการดูแลและป้องกันอาการหอบซ้ำอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธ์ปันความคิดในทีมสุขภาพถึงชุมชน 2) รวมจิตดูแลแก้ไขปัญหาหอบซ้ำจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 3) ร่วมดำเนินการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ต้องโน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดมาร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ สะท้อนคิด สร้างการยอมรับปัจจัย สาเหตุของชุมชน ออกแบบกิจกรรม กำหนดผู้ปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติและประเมินผลจนเกิดรูปธรรมที่ ชัดเจน ภายหลังการดำเนินงานแม้ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กไม่ลดลง แต่ผู้ดูแลเด็กก็มี การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดหอบหืดซ้ำและ พฤติกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ บุคลากรสุขภาพใน โรงพยาบาลและในชุมชนเพิ่มบทบาทด้านเวชปฏิบัติในการตรวจรักษาแก่เด็ก สร้างความตระหนักต่อ ผู้ดูแลเด็กและวางระบบการดูแลต่อเนื่องและคณะกรรมการหมู่บ้านเพิ่มการจัดการสิ่งแวดล้อมใน ชุมชนมากขึ้น

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (Durongritichai, 2007) ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บในบริเวณที่อยู่อาศัยของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนริมทางรถไฟ เขตดุสิต กรุงเทพมหานครโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัย พบว่า ผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วย พยาบาล ครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐและเอกชน ขั้นตอนการเกิดการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยง 2) การวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการบาดเจ็บในเด็กก่อนวัยเรียน และการวิเคราะห์บทบาทของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการบาดเจ็บ 3) การพัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อการป้องกันการบาดเจ็บในบริเวณที่อยู่อาศัยให้แก่เด็กก่อนวัยเรียน และ 4) การประเมินผลการพัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเอง กิจกรรมประกอบด้วยการพัฒนาพฤติกรรมเด็ก ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพการจัดการสิ่งแวดล้อมเสียงและการปรับปรุงบริการสุขภาพ ภายหลังการดำเนินกิจกรรมปรากฏว่าผู้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บให้แก่เด็กมากขึ้น ใช้วิธีการเลี้ยงดูเด็กที่สอนมากกว่าลงโทษ จัดการผลิตภัณฑ์ที่อันตรายและสิ่งแวดล้อมในและนอกบ้านมากขึ้น เด็กมีอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บในบริเวณที่อยู่อาศัยลดลง บุคลากรสุขภาพให้ความสำคัญกับกิจกรรมป้องกันสุขภาพมากขึ้น มีการพัฒนากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันขยายไปยังชุมชนอื่น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ปลอดภัย ใฝ่ระวังปัจจัยที่อาจส่งผลให้เด็กเกิดการบาดเจ็บในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถแสดงศักยภาพด้านการป้องกันสุขภาพได้นอกเหนือจากบทบาทเดิม

ธีรนุช ยินดีสุข (2554) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยผู้ร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พัฒนาขึ้นแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) การประชุมวางแผนเพื่อทบทวนปัญหา ค้นหาปัญหา และการสร้างแนวปฏิบัติ 2) นำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติ 3) การสะท้อนการปฏิบัติและเสนอปัญหาจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4) การปรับปรุงแผน ภายหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติ ภายหลังดำเนินกิจกรรมปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นแม้ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวไม่เปลี่ยนแปลงหลังจำหน่าย 1 เดือน ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและจำนวนครั้งของการกลับมารักษาาก่อนกำหนดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับสูง

2.3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม

วิมลพร ไสยวรรณ (2545) พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการด้านการบริหารทางการพยาบาล และนักวิชาการด้านการบริหารความเสี่ยง ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม และ 2) การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ หลังดำเนินการพบว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการให้บริการโดยตรงมี 5 ประเด็น คือ 1) การให้เลือดและสารน้ำ 2) การบาดเจ็บจากการผูกมัด 3) การตกเตียง/ลื่นหกล้ม 4) การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการที่พยาบาลใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ถูกวิธีหรือเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ชำรุด และ 5) การได้รับการดูแลไม่ตรงตามแผนการรักษา เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมพบว่าด้านที่ได้รับความร่วมมือระดับมาก คือ ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่ ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง ด้านวิธีการจัดการความเสี่ยง และด้านการประเมินผล ส่วนด้านการค้นหาความเสี่ยงพบว่ามีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

สุภภัทร ม่วงอ่ำ (2549) ศึกษาการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงการให้วัคซีน บี ซี จี ทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการและประชุมกลุ่ม พบว่าก่อนดำเนินการ มีการค้นหาความเสี่ยง และจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงแต่ไม่มีการกำหนดแนวทางการป้องกันความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ หลังการพัฒนาได้มีแนวทางการจัดการ ประกอบด้วย 1) แบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์ / เหตุการณ์ 2) แนวทางการปฏิบัติการฉีดวัคซีน บี ซี จี ทารกแรกเกิด 3) แนวทางการจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับการให้ฉีดวัคซีน บี ซี จี ทารกแรกเกิด 4) แบบฟอร์มการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และ 5) เอกสารแผ่นพับคำแนะนำมารดาสำหรับทารกที่ได้รับวัคซีน บี ซี จี รวมทั้งไม่พบข้อผิดพลาดในการให้ฉีดวัคซีน บี ซี จี ทารกแรกเกิด

เอี่ยมพร ชมพูนี (2551) ได้พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ผ่าตัดหู คอ จมูก และผ่าตัดจักษุ ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัด ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งทีมและกำหนดหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 3) แนวทางการสื่อสารในการบริหารความเสี่ยงระหว่างทีมผ่าตัด 4) การฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง 5) การกำหนดและทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดให้ชัดเจนหลังการปฏิบัติตาม

แนวทางที่พัฒนาขึ้นพบว่าสามารถป้องกันความเสี่ยงเรื่องการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดประเภท และป้องกันความเสี่ยงเรื่องการลืมนำสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยได้

ชลธิชา รอดเพชรภัย (2552) ได้ศึกษาการจัดการความเสี่ยงต่อการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดในบุคลากรพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดำเนินการโดยการประชุมกลุ่ม การสังเกต และการใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูล ผลพบว่า 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดจากการปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดเกิดจากตัวผู้ปฏิบัติงานประมาทและขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านอุปกรณ์ ได้แก่ การไม่มีกล่องปลดเข็มฉีดยา ด้านสิ่งแวดล้อม คือ แสงสว่างไม่เพียงพอ ด้านสภาพการทำงาน คือ สถานการณ์รีบเร่งฉุกเฉินในการปฏิบัติงาน 3) การจัดการความเสี่ยง คือ การจัดหากล่องปลดเข็มฉีดยา กิจกรรมเพื่อนเตือนเพื่อนขณะปฏิบัติงาน จัดทำคู่มือการป้องกันการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดจากการปฏิบัติงาน 4) การประเมินผลหลังการจัดการความเสี่ยงพบว่า พยาบาลปฏิบัติตามหลักการป้องกันอุบัติเหตุได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

นุสรุ สุธิธรรม (2552) ได้พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลและญาติในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการ 1) วิเคราะห์หาสาเหตุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ญาติและการปฏิบัติการพยาบาล หาแนวทางป้องกัน แก้ไข 2) ร่วมกันกำหนดรูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ 3) นำไปทดลองใช้ 4) เปรียบเทียบ อัตราอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการศึกษาได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจแบบมีส่วนร่วม และจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจลดลง

ภัทรวรรณ ชัยสวัสดิ์ (2553) ได้พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาได้รูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่ประกอบด้วย 1) การกำหนดบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยใน 2) การกำหนดแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงของหอผู้ป่วย 3) การกำหนดมาตรการจัดการเมื่อมีอุบัติการณ์หรือความเสี่ยง ผู้เข้าร่วมการพัฒนาประกอบด้วยพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยใน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมอง ภายหลังจากดำเนินการพบว่าสามารถพัฒนาความรู้ และการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยใน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภัทรธิดา โภคาพันธ์ (2553) ได้พัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา ได้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน โดยดำเนินการกระบวนการตามขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ คือ การวางแผน การดำเนินการ การตรวจสอบและการสะท้อนผล หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าผู้เข้าร่วมกระบวนการมี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ ภาวะผู้นำ การกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยงที่มีการมอบอำนาจการตัดสินใจแก่หัวหน้าหน่วยงานและการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพในทุกกระดับ

พัชรินทร์ วิณโรจน์ นภาพร แก้วนิมิตชัย วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจรรย์วัตร คมพยัคฆ์ (2554) ศึกษาการจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนพบว่าผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วย ผู้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข การประเมินความเสี่ยงดำเนินการโดยกำหนดวัตถุประสงค์และการระบุความเสี่ยงผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความเสี่ยงประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

เปล่งศรี ไวยุฒินันท์ (2554) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของสุขภาพมารดาและทารกของโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพเรือ พบว่าผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอกสูติรีเวชกรรม และแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ขั้นตอนประกอบด้วย การศึกษาระดับการมีส่วนร่วม และแนวทางการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของสุขภาพมารดาและทารกหลังการดำเนินงาน พบว่าผู้มีส่วนร่วมมีความคิดเห็นต่อการมีบทบาทในการบริหารความเสี่ยง ในภาพรวมระดับปานกลาง ด้านที่มีส่วนร่วมระดับมาก คือ การค้นหาความเสี่ยง

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ประมวลมานั้น พบว่าการจัดการความเสี่ยงโดยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการสามารถพัฒนาความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง การปฏิบัติกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ การประชุมกลุ่มสามารถทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การบริหารความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมทุกวงจรจะทำให้อัตราการเกิดอุบัติการณ์เสี่ยงต่าง ๆ ลดลงได้ แต่จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ศึกษามาพบว่าการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงมีแต่บุคลากรทางสุขภาพเท่านั้นไม่มีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบริหาร

ความเสี่ยงด้วย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงด้วยเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวเห็นความสำคัญและมองว่าเป็นปัญหาของตนเอง ร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา ก่อให้เกิดความยั่งยืนและความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม

สรุปได้ว่าการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านนั้น สามารถนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ร่วมกับแนวคิดการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เพราะในกระบวนการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องในแต่ละกระบวนการ คือ การร่วมคิดและตัดสินใจในการวางแผน การดำเนินกิจกรรมและการติดตามประเมินผล โดยมีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนเกิดรูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพได้

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายส่วน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้มีบทบาทหลักในการโน้มน้าวบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์อายุรกรรมหัวใจ นักโภชนาการ นักกายภาพ เภสัชกร และครอบครัว ให้เข้ามาจัดการปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ซึ่งแต่ละส่วนมีบทบาทแตกต่างกัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ขอกกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโดยละเอียดขณะที่กล่าวถึงบทบาทของบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ โดยสรุป ดังนี้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาสุขภาพในชุมชน บริหารจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ รวมทั้งรักษาเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้ระบบจัดการรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ การใช้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ (สภาการพยาบาล. 2551)

การเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และครอบครัว/ผู้ดูแล รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำถือเป็นการป้องกันสุขภาพระดับตติยภูมิหรือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลาอันยาวนานไม่หายขาดและสามารถเกิดซ้ำได้ง่าย การป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ จึงต้องประสานงานกับบุคลากรสุขภาพเพื่อกำหนดบทบาท หน้าที่รับผิดชอบ มีการเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านสามารถป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้วยแนวทางเดียวกันในการจัดการความเสี่ยงโดยบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการจัดการความเสี่ยงมีดังนี้

1.1 บทบาทผู้จัดการการดูแล (manager) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องบูรณาการความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในด้านพยาธิสรีระวิทยาและเภสัชวิทยา แนวทางป้องกันและการรักษา หลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ รวมถึงศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พร้อมทั้งประเมินปัญหา ค้นหาความเสี่ยงแล้วนำมาวางแผนพัฒนาแนวทางหรือคั่นหารูปแบบในการจัดการความเสี่ยง โดยประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมและเห็นคุณค่าในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

1.2 บทบาทผู้ดูแลโดยตรง (direct care) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาที่ซับซ้อนภายใต้พฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ทั้งจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ เสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลยอมรับเหตุการณ์ ตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกรณีที่ไม่สามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ได้ สร้างความตระหนักในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ตลอดจนวางแผนการดูแลและจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.3 บทบาทในการประสานงาน (collaboration) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้มีความสามารถในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำให้แก่ผู้ป่วย โดยกระตุ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมดูแลตนเองที่บ้านอย่างถูกต้อง สหสาขาวิชาชีพพร้อม

วางแผนแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำภายใต้บทบาทหน้าที่ของตนเองและติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ตลอดจนพัฒนาบทบาทเชิงวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

1.4 บทบาทให้ความรู้ (education) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำวิธีการป้องกัน การรักษา การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามแผนการรักษา เช่น การลดการรับประทานอาหารเค็ม การรับประทานยา การชั่งน้ำหนักตัว การมาตรวจตามนัด เป็นต้น สอนและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลมั่นใจในศักยภาพว่าจะสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ยังต้องให้ความรู้ และแนวทางปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแก่ สหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ทุกฝ่ายค้นหา ประเมินจัดการและประเมินผลการจัดการความเสี่ยงได้ถูกต้องทั้งในการให้บริการที่โรงพยาบาลและระหว่างการเยี่ยมบ้าน

1.5 บทบาทในการให้คำปรึกษาด้านการดูแล (consultant) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสามารถให้คำปรึกษากับบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับรายละเอียดในขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยประมวลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

1.6 บทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้นำในการค้นหาและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพราะภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่หายขาดและมีโอกาสเกิดซ้ำได้ง่ายดังที่กล่าวแล้วข้างต้น หากไม่จัดการปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ นอกจากนั้น ยังต้องโน้มน้าวให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมมือกันออกแบบวิธีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำและนำมาจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ค้นหาได้ให้สอดคล้องกับบริบท โดยกระบวนการทบทวนการปฏิบัติงาน ผลการวิจัย เพื่อวิเคราะห์และหาแนวทางปรับปรุงการทำงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.7 บทบาทผู้ตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical decision making) เนื่องจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และครอบครัว/ผู้ดูแลมากที่สุดซึ่งเปรียบเสมือนสื่อกลางระหว่างการจัดบริการสุขภาพกับผู้รับบริการ จึงมีบทบาทสำคัญที่จะต้องพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว/ผู้ดูแลด้วยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ รวมทั้งเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามแผนการรักษาซ้ำได้ด้วยตนเอง รวมทั้งเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ในการร่วมตัดสินใจในแผนการดูแลที่เน้นจัดการความเสี่ยง โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและหลักจริยธรรมในการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามผลลัพธ์การปฏิบัติเชิงจริยธรรมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากการบริการสุขภาพที่ดีที่สุด

1.8 บทบาทการมีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องค้นคว้า รวบรวมความรู้ ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม อย่างเป็นระบบโดยรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบวิธีการจัดการความเสี่ยงให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ รวมทั้งเผยแพร่วิธีการหรือแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลอันจะนำมาซึ่งการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.9 บทบาทการมีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสามารถกำหนดผลลัพธ์หรือตัวชี้วัดทางการพยาบาลของการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้อย่างถูกต้องสามารถพัฒนาเครื่องมือ รวบรวมข้อมูล ดำเนินการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลก่อนหลังการใช้วิธีการหรือรูปแบบพัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยตลอดจนนำผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติมาเป็นแนวทางสำหรับจัดการปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ถูกต้องตามแผนการรักษา

2. พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กระทำต่อร่างกาย และจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การรุกรามของโรค การฟื้นฟูสภาพและกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาเบื้องต้น (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. 2553)

3. ครอบครัว สมาชิกในครอบครัวนอกจากจะมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย หรือไม่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตแล้ว ยังมีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทของตน เมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยบทบาทของบุคคลจะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของการเจ็บป่วยนั้นและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย บิดา มารดามีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิดด้วยความรักและความผูกพันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุตรมีหน้าที่ดูแลบิดา มารดาเมื่อเจ็บป่วยและให้

การดูแลด้วยความรักความห่วงใยดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และพุลสุข หิงคานนท์. 2553)

4. เกสัชกร เป็นบุคคลที่พบกับผู้ป่วยในจุดแรกด้วยการสอบถามปัญหาเกี่ยวกับสาธารณสุขพื้นฐานโดยเฉพาะเกี่ยวกับยา การใช้ยา ผลข้างเคียงของยา ฯลฯ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของเกสัชกรจึงค่อนข้างกว้างซึ่งจะสรุปเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้ (คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554)

- 1) เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก่บุคลากรทางการแพทย์และแก่ผู้ป่วย
- 2) เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการคัดเลือกยาที่ถูกต้องและมีประสิทธิผลการรักษาตามหลักวิชา เข้ามาใช้ในสถานพยาบาล เพื่อให้เหมาะแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
- 3) เป็นผู้ส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยและแนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่ใช้ยา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยอาศัยหลักการทางเภสัชวิทยา และการบำบัดเพื่อช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ และไม่เกินความจำเป็น
- 4) เป็นผู้ติดตามและประเมินผลการใช้ยาว่าเป็นไปตามความมุ่งหวังของแผนการรักษาหรือไม่ โดยใช้กรรมวิธีทางเภสัชวิทยา ชีวเภสัชกรรม และเภสัชจลศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและคุ้มค่า
- 5) ดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา โดยปราศจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events) จากสาเหตุต่างๆ ในทุกระดับ

5. นักกายภาพบำบัด เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รักษา และจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติที่เกิดขึ้นจากสภาพและภาวะของโรค ซึ่งเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของชีวิต ซึ่งนักกายภาพบำบัดมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ (สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2554)

- 1) ตรวจประเมินความผิดปกติทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วย
 - 2) วิเคราะห์และวางแผนการรักษาทางกายภาพบำบัด
 - 3) เลือกและให้การรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสม
 - 4) ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง
 - 5) ส่งต่อผู้ป่วยแก่บุคลากรข้างเคียงที่สามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้
 - 6) ค้นคว้าวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์วิธีการรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
6. นักโภชนาการ เป็นบุคลากรที่ศึกษาและเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2555)

1) ส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การกำหนดอาหารให้ผู้ป่วย สร้างนิสัยหรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีให้กับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคหลังกลับบ้านหรือเมื่อหายป่วยเป็นคนปกติ อันเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำซ้อน

2) ส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มญาติผู้ป่วย

3) ส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มคนปกติ

4) ส่งเสริมโภชนาการในชุมชน

7. แพทย์ (แพทยสภา. 2555) เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกำหนดไว้ว่าแพทย์ต้องมีความรู้ความสามารถและเจตคติในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอย่างดี เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศในอนาคต โดยสรุปแล้วแพทย์มีหน้าที่ดังนี้

1) วินิจฉัยโรครวมถึงการตรวจร่างกาย สังเกตและให้การรักษาทางอายุรกรรมและศัลยกรรมในความผิดปกติของร่างกายและจิตใจของมนุษย์อาจทำงานเฉพาะการให้คำแนะนำ และการรักษาทางยาหรือทางผ่าตัดเกี่ยวกับโรคหรือความผิดปกติเฉพาะอย่าง

2) ทำการวิจัยปัญหาทางการแพทย์และปฏิบัติงานที่ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์

3) ตรวจค้นโรคและความผิดปกติต่างของมนุษย์เพื่อให้ทราบแก่นแท้สมมติฐาน อาการแสดง และผลของโรคและความผิดปกตินั้น ๆ ช่วยกำหนดวิธีการรักษา ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุของความผิดปกติในร่างกาย

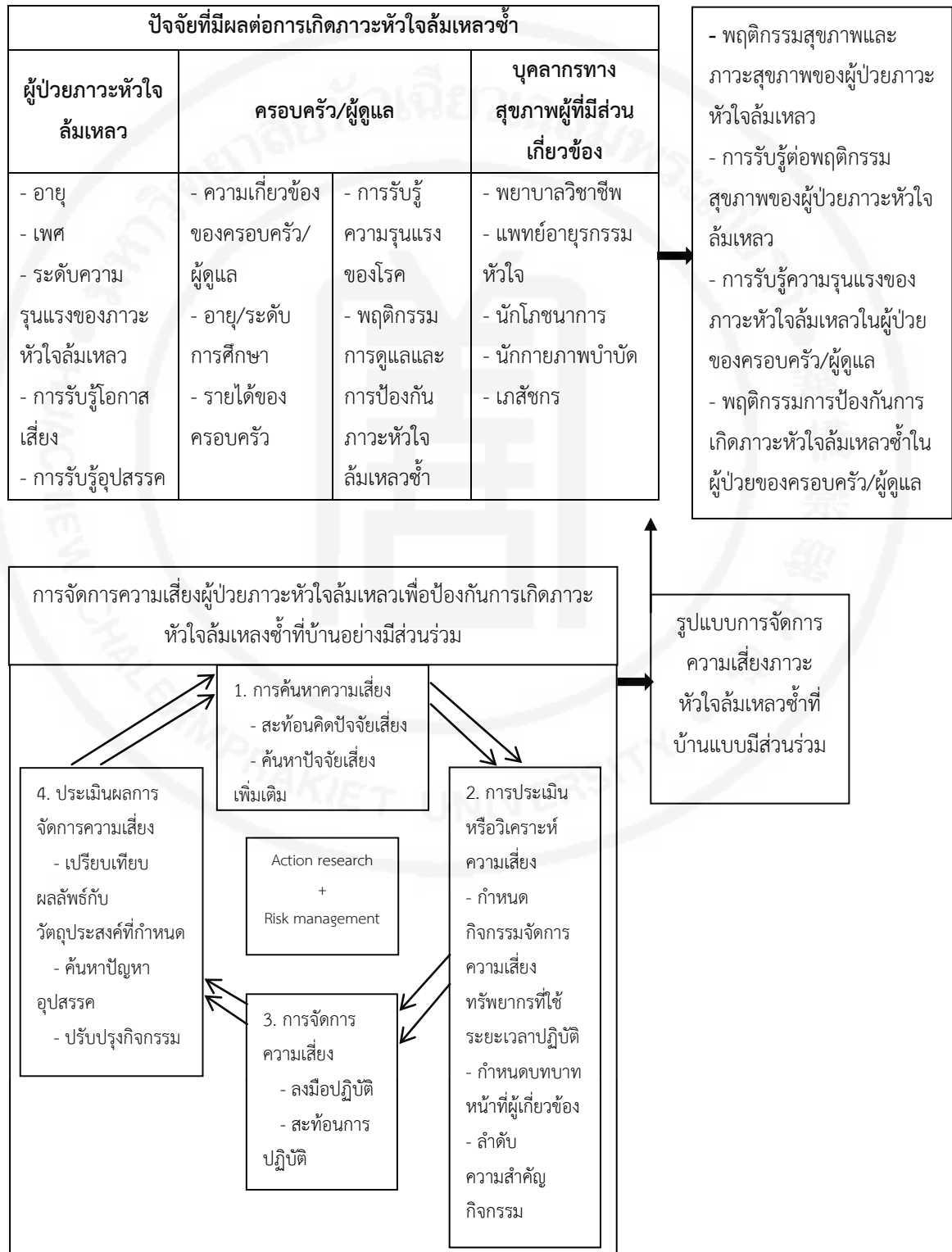
4) ให้คำปรึกษาและสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วย ญาติและผู้ร่วมงาน รวมทั้งปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน จำเป็นต้องจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกันระหว่างครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ตั้งแต่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์หรือประเมินความเสี่ยงและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยง โดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและแนวคิดบริหารความเสี่ยง เพื่อมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยงเพิ่มการรับรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล พัฒนาระบบบทบาทบุคลากรสุขภาพ ภายใต้บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จนได้รูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อ

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้ (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ และศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ระเบียบวิธีการศึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

แต่ละขั้นตอนใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยออกแบบวิธีการศึกษาในแต่ละขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และอาศัยอยู่ในชุมชนเซนต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นครั้งแรก โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับ 2 และ 3 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจในวัยอร์ค จำนวน 30 คน

2. แพทย์เห็นชอบให้เข้าร่วมการวิจัยได้

3. อาศัยประจำในชุมชนเซนต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานครที่ผู้วิจัยสามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ ระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตรและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี นับตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 – มกราคม 2557

4. มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง ภาษาไทยได้

5. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอีกหลายส่วนจึงกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายรอง ดังนี้

1. ครอบครัว/ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล 7 คน ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรมหัวใจ 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมสำหรับกลุ่มเป้าหมายหลักและรองมีความแตกต่างกัน ดังนี้

3.2.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. แบบสอบถามผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบสอบถามชุดนี้ใช้ประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ส่วน แต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะงาน รายได้ของตนเองและครอบครัว สิทธิในการรักษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มยาที่รับประทานในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นการควบคุมน้ำดื่ม 2 ข้อ การควบคุมอาหารรสเค็ม 3 ข้อ การรับประทานยา 4 ข้อ การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะแรก 3 ข้อ และการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ข้อ เกณฑ์ในการเลือกตอบ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำพฤติกรรมนั้นน้อยมาก หรือไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

น้อย หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำพฤติกรรมนั้น 1-2 ครั้ง ต่อเดือน มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำพฤติกรรมนั้น 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

มาก หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำพฤติกรรมนั้น 4-6 ครั้ง ต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

มากที่สุด หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อความแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์ในการเลือกตอบ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความนั้น ๆ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ประกอบด้วยข้อความแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์ในการเลือกตอบ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความนั้น ๆ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

2. แบบสัมภาษณ์

เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก ประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

และใช้ระหว่างการพัฒนาารูปแบบการจัดการความเสี่ยงโดยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน (ภาคผนวก ค)

3.2.2 กลุ่มเป้าหมายรอง

ผู้เกี่ยวข้องแต่ละส่วนใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแตกต่างกัน ดังนี้

1. ครอบครัว/ผู้ดูแล เป็นแบบสอบถาม ครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ใช้ประเมินก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ และความเกี่ยวข้องของครอบครัว/ผู้ดูแลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งทางสายเลือดและไม่ใช่ว่าสายเลือด

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์ในการเลือกตอบ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่แน่ใจ หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความนั้น ๆ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแลมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัวและผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ เกณฑ์ในการเลือกตอบ คือน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด แต่ละระดับมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้นน้อยมากหรือไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย

น้อย หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้น 1 – 2 ครั้งต่อเดือน

ปานกลาง หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้น 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์

มาก หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำพฤติกรรมนั้น 4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์

มากที่สุด หมายถึง ครอบครัว/ผู้ดูแลท่านกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง

2. บุคลิกภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ประเภทเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพที่เน้นการประเมินอาการ อาการแสดงและสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเมื่อแรกเริ่ม การให้คำแนะนำครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำก่อนจำหน่าย และการประสานงานในการบริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำระหว่างหน่วยงานและวิธีดำเนินการเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

3.3 การทดสอบความแม่นยำตรงตามเนื้อหา (validity) และความเชื่อถือได้ (reliability) ของเครื่องมือ

ความแม่นยำตรงตามเนื้อหา : ผู้วิจัยหาความแม่นยำตรงของเครื่องมือทุกชุดด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสามารถของเครื่องมือในการวัดให้ได้ในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัด โดยเป็นอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์ผู้ชำนาญการด้านการให้คำปรึกษางานวิจัย 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ได้ค่าความตรง (Content Validity Index : CVI) = 0.92

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) : หลังจากที่ผู้วิจัยปรับปรุงการใช้ภาษาในเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิครบถ้วนแล้วได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลนครธน จังหวัดกรุงเทพมหานครเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีบริบทลักษณะของประชากร และกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.88

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลทั้งแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธีตามที่กล่าวข้างต้นรวมทั้งการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม แต่ละวิธีมีรายละเอียดของการดำเนินงาน ดังนี้

1. แบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ด้วยตนเองโดยเก็บวันที่มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและมีอาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ ใช้เวลาในการเก็บแบบสอบถามอย่างน้อย 30 นาที ก่อนเก็บแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะตรวจสอบการมีคุณสมบัติและคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง หลังจากนั้นจะแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟังกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ ส่วนของครอบครัว/ผู้ดูแลก็จะปฏิบัติในลักษณะเดียวกันหากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะตอบข้อสงสัยเหล่านั้นจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะเข้าใจ

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ด้วยแนวสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของงานวิจัย ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์และนัดหมายล่วงหน้า โดยให้ผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพเลือกช่วงเวลา ที่สะดวก แต่แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเทป และจดบันทึกก่อนสัมภาษณ์ทุกครั้ง หลังจากผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว จะนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยแยกเป็นประเด็นสำคัญ

3. การสนทนากลุ่ม (focus groups) ผู้วิจัยกำหนดที่จะสนทนากลุ่มอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งของการสนทนากลุ่ม สมาชิกจะประกอบไปด้วยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) รวบรวมการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายหลักและรองเพื่อเติมเต็มข้อมูลของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่ได้จากแบบสอบถามและค้นหาปัจจัยด้านครอบครัว/ผู้ดูแลที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

2) ศึกษาบทบาทหน้าที่ หน้าที่รับผิดชอบ และกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคลากรสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว/ผู้ดูแล

3) รวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรคและผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนาแบบแผนการจัดการความเสี่ยง และ หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกเป็นประเด็นสำคัญ

4. การประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการ (small group meeting) เป็นการประชุมเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในแต่ละระยะของการพัฒนารูปแบบ ในการประชุมแต่ละครั้งผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึกวัตถุประสงค์เพื่อ

1) นำเสนอข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ การบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว/ผู้ดูแล บทบาทหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2) ให้กลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรองทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และร่วมกันคิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม และกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การประเมินผลร่วมกัน สะท้อนปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมในแต่ละช่วงของการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3) ค้นหารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านจากการมีส่วนร่วม บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องที่เปลี่ยนแปลงไปของกิจกรรมและโครงการที่เกิดขึ้น

ทุกครั้งหลังการประชุมจะมีการสรุปบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายต้องปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องนำมาในการประชุมครั้งถัดไป เพื่อให้ทุกฝ่ายเตรียมความพร้อมล่วงหน้า

5. การประชุมกลุ่มย่อยแบบไม่เป็นทางการ (informal meeting) เป็นการเก็บรวบรวมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) เติมเต็มประเด็นต่าง ๆ ที่ยังไม่ครบถ้วนจากการประชุมกลุ่มย่อยอย่างเป็นทางการ

2) ให้เกิดการพูดคุยปรึกษากันระหว่างกลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรอง เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ปัญหาอุปสรรคในการจัดการความเสี่ยง สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ต้องการให้โรงพยาบาลดำเนินการ

6. การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของบริบทนั้น โดยสังเกตปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรองตลอดการดำเนินการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสามารถตรวจสอบได้ สิ่งที่ผู้วิจัยสังเกต ประกอบด้วย

1) รายละเอียดในเรื่องของการกระทำ เหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์เชิงลึกและขณะเยี่ยมบ้านในพื้นที่

2) การให้ความหมายความคิด ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ที่ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมนั้น ๆ

7. การบันทึกภาคสนามจากการสังเกต (field notes) โดยจดบันทึกเหตุการณ์จากการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีหรือไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม รวมทั้งบันทึกสิ่งแวดล้อมหรือบริบทอื่น ๆ เพื่อ

1) ให้ได้รายละเอียดของลักษณะทั่วไป ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ที่ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ที่มีต่อการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

2) ช่วยเติมเต็มข้อมูลที่ขาดหายไป และนำข้อมูลที่ได้มารวมกับข้อมูลส่วนอื่น ๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์และตีความข้อมูลในภายหลังส่งผลให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น

3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมและการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และรูปแบบที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้น รวมทั้งสิ้น 10 เดือน (มิถุนายน 2556 - มีนาคม 2557)

3.6 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยกำหนดเป็น 3 ขั้นตอน รายละเอียดในแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน (มิถุนายน – สิงหาคม 2556) ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก

1.1 หลังจากทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

1.2 คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียนการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ชั้น 14 โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

1.3 สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นหัวใจขาดเลือดแล้วเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นครั้งแรก ด้วยแบบสอบถาม

1.4 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถาม แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่กำหนด คือ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการรับรู้ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้วยสถิติที่ (t-test)

2. กลุ่มเป้าหมายรอง

2.1 ขออนุญาตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อสัมภาษณ์ครอบครัว/ผู้ดูแล

2.2 สัมภาษณ์ครอบครัว/ผู้ดูแล ด้วยแบบสอบถาม

2.3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการรับรู้ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของครอบครัว/ผู้ดูแล ที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้วยสถิติที่

2.4 ศึกษาบทบาทหน้าที่ของแพทย์อายุรกรรมหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ด้วยแนวสัมภาษณ์และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาการปฏิบัติจริงที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

2.5 วิเคราะห์ข้อมูลใน ข้อ 2.4 โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

เป็นการเสนอผลการศึกษาที่พบในขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทราบ โน้มน้าวให้แต่ละฝ่ายค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ความมากน้อยของโอกาสเกิด ความเกี่ยวข้องของตนเองกับโอกาสเกิดความเสี่ยงนั้น ๆ ค้นหาศักยภาพตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อมาวางแผนควบคุมกำกับกิจกรรมและการทำงานเพื่อลดความเสี่ยงของผู้เกี่ยวข้อง ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยกำหนดที่จะใช้เทคนิคการประชุมกลุ่มย่อยทั้งแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการอย่างน้อย 3 ครั้ง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม จนกระทั่งเกิดแผน กิจกรรมและหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยทุกครั้งจะส่งแบบเชิญเข้าร่วมประชุมก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน กระบวนการทั้งหมดใช้ระยะเวลาประมาณ 7 เดือน แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง เป็นระยะของการสะท้อนข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำและนำมาสู่การสร้างข้อตกลงระหว่างผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. นำเสนอข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
2. ให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เคยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อค้นหาบทบาทของผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่าย
3. ให้ผู้เกี่ยวข้องสะท้อนความรู้สึกต่อข้อมูลและปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่เกิดจากการกระทำของตนเอง และให้ผู้เกี่ยวข้องเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม หลังจากนั้นนำมาสรุปเป็นภาพรวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเสนอความต้องการของกันและกันในการลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ระยะที่ 2 ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง เป็นระยะของการค้นหาสาเหตุเพิ่มเติมและโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยยังคงนำเสนอปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพื่อยืนยันถึงปัญหาที่พบ

2. ให้ผู้เกี่ยวข้องกำหนดกิจกรรมหรือแนวทางที่ต้องการปฏิบัติ เป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และข้อตกลงร่วมกันที่จะปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในการประเมินความเสี่ยง จัดลำดับความเสี่ยง และจัดการความเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

3. ผู้วิจัยประสานและติดตามให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดดำเนินการตามกิจกรรมที่ต้องการปฏิบัติและข้อตกลงที่ให้ไว้

ระยะที่ 3 การจัดการความเสี่ยง เป็นระยะของการสร้างแนวทางการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจนเกิดแนวปฏิบัติหรือกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

1. ลงมือดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ จนเกิดรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

2. ผู้วิจัยประสานให้เกิดการทำงานร่วมกันของบุคลากรสุขภาพเป็นทีม และติดตามให้ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด และให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันตลอดเวลา

3. ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ กิจกรรมที่ปฏิบัติได้และไม่ได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ค้นหาปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขให้เหมาะสม

ระยะที่ 4 การประเมินผล เป็นระยะติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมเพื่อให้ทุกฝ่ายปฏิบัติตามขั้นตอนที่วางไว้และสร้างความต่อเนื่องของการทำงานของผู้เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดย

1. ผู้วิจัยสังเกตกระบวนการและผลการเปลี่ยนแปลงในแต่ละกิจกรรม

2. โน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละส่วนปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานและปฏิบัติตาม

3. ประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละฝ่ายเป็นระยะ ๆ

ตารางที่ 1 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนการพัฒนาแบบ การจัดการความเสี่ยง	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้ โดยประมาณ
1. ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง - นำเสนอข้อมูลปัจจัยเสี่ยง - ค้นหาบทบาทของผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่าย - สรุปปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะ หัวใจล้มเหลวซ้ำและเสนอการลดความเสี่ยง	- การประชุมแบบ เป็นทางการและไม่ เป็นทางการ - การสัมภาษณ์เชิง ลึก	วิเคราะห์ข้อมูลเชิง เนื้อหา	กันยายน – ตุลาคม 2556

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ การจัดการความเสี่ยง	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้ โดยประมาณ
<p>2. ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ใน การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยืนยันถึงปัญหาที่พบ - กำหนดกิจกรรมหรือแนวทางที่ ต้องการปฏิบัติ เป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และข้อตกลงร่วมกันที่จะปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ - ประสานและติดตามให้ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งหมดดำเนินการตามกิจกรรมที่ต้องการ ปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึก ภาคสนาม - การสังเกตแบบ มีส่วนร่วม - การประชุมกลุ่ม ย่อยแบบเป็น ทางการและไม่เป็น ทางการ 	วิเคราะห์ข้อมูลเชิง เนื้อหา	ตุลาคม-พฤศจิกายน 2556
<p>3. การจัดการความเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลงมือดำเนินงานตามกิจกรรมที่ กำหนดไว้ - ประสานให้เกิดการทำงานร่วมกัน ของบุคลากรสุขภาพและติดตามให้ ผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนดำเนินการตามบทบาท หน้าที่ที่กำหนด - ร่วมกันวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ให้เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - การสังเกตแบบ มีส่วนร่วม - การประชุมกลุ่ม ย่อยแบบเป็น ทางการและไม่เป็น ทางการ - การบันทึก ภาคสนาม 	วิเคราะห์ข้อมูลเชิง เนื้อหา	พฤศจิกายน 2556 - มีนาคม 2557
<p>4. การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สังเกตกระบวนการและผลการ เปลี่ยนแปลงในแต่ละกิจกรรม - โนม์นำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละ ส่วนปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปสู่ เป้าหมายที่วางไว้ ปรับปรุงกิจกรรมการ ดำเนินงานและปฏิบัติตาม - ประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละ ฝ่ายเป็นระยะ ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึก ภาคสนาม - การสังเกตอย่าง มีส่วนร่วม - การประชุมกลุ่ม ย่อยแบบเป็น ทางการและไม่เป็น ทางการ - การสัมภาษณ์ เชิงลึก 	วิเคราะห์ข้อมูลเชิง เนื้อหา	พฤศจิกายน 2556 - มีนาคม 2557

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ค้นหาศักยภาพ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการจัดการความเสี่ยง รวมทั้งวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายหลัก ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 วิเคราะห์กระบวนการจัดการความเสี่ยงและผลของการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ทบทวนและสรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการจัดการความเสี่ยงและปัจจัยขัดขวางการดำเนินกิจกรรมที่นำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

3.2 วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละส่วนในการจัดการความเสี่ยงร่วมกัน

3.3 วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมด้วยสถิติแพร์-ทีเทสต์ (Paired t- test)

3.4 วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมด้วยสถิติแพร์-ทีเทสต์

ตารางที่ 2 การดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 3

การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยง	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
1. รูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตแบบมีส่วนร่วม - การประชุมกลุ่มย่อย	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	พฤศจิกายน 2556 - มีนาคม 2557
2. การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การสังเกตแบบมีส่วนร่วม - การประชุมกลุ่มย่อย	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	พฤศจิกายน 2556 - มีนาคม 2557
3. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	แบบสอบถามสำหรับ	สถิติแพร์-ทีเทสต์	มีนาคม 2557

ตารางที่ 2 (ต่อ)

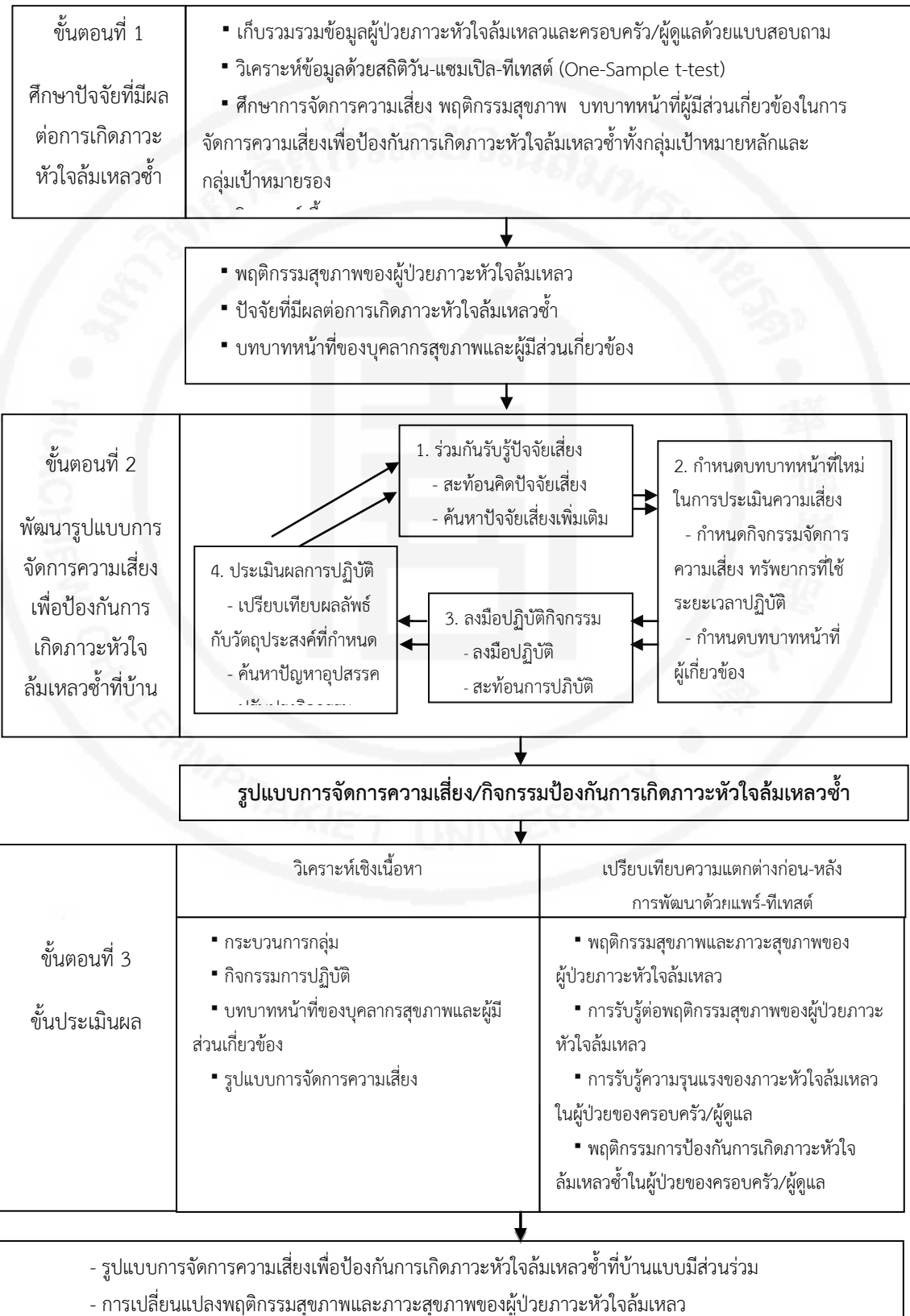
การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยง	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ - ภาวะสุขภาพ - พฤติกรรมสุขภาพ 	กลุ่มเป้าหมายหลัก ชุดเดิม		
4. การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว <ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ต่อภาวะหัวใจล้มเหลว - พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 	แบบสอบถาม สำหรับ กลุ่มเป้าหมายรอง ชุดเดิม	สถิติแพร์-ทีเทสต์	มีนาคม 2557

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อและจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และได้รับหนังสือรับรองเลขที่ อ.149/2556 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดกระบวนการศึกษา ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ถูกวิจัยเป็นอย่างมาก โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับขั้นตอนการศึกษาอย่างละเอียดพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ ได้มีอิสระในการเลือกที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและยกเลิกที่จะเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยปกปิด ชื่อ-นามสกุล และใช้การระบุตำแหน่งของผู้เกี่ยวข้องในการวิจัยแทนการใช้ชื่อจริง ในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ว่าจะเป็นการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก การบันทึกเทปหรือการอัดวิดีโอ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ถูกวิจัยทุกครั้ง และระหว่างการพูดคุยในกระบวนการกลุ่ม ถ้าผู้เกี่ยวข้องไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลขณะนั้น ผู้วิจัยจะเคารพสิทธิในการยุติการให้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้อาจจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นโดยไม่มีการเปิดเผยแก่บุคคลอื่นๆ หรือไม่พาดพิงถึงผู้ให้ข้อมูลในทุกรณี

จากขั้นตอนที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปเป็นแผนภูมิขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้
(แผนภูมิที่ 3)

แผนภูมิที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยง และผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น เพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จังหวัด กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะเสนอผลการศึกษาลำดับ ดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วย

4.2 ลักษณะทั่วไปการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

4.3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำประกอบด้วย

4.3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล

4.3.2 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาล

4.4 การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

4.5 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

4.1 ลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วย

4.1.1 ลักษณะทั่วไป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.70 อายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 43.30 ร้อยละ 53.30 สถานภาพสมรสเป็นหม้าย โดยมากจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 43.30

เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 76.70 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ร้อยละ 70.00 มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 83.30 สิทธิในการรักษาพยาบาลโดยมากชำระค่าใช้จ่ายเอง ร้อยละ 93.40 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 83.40 ส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 53.30 และยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 60.00 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	23	76.70
- หญิง	7	23.30
อายุ (ปี)		
- อายุ 60 – 69 ปี	6	20.00
- อายุ 70 – 79 ปี	7	23.30
- อายุ 80 – 89 ปี	13	43.30
- อายุ 90 – 99 ปี	4	13.40
สถานภาพสมรส		
- คู่	11	36.70
- แยก	1	3.30
- หม้าย	16	53.30
- หย่า	2	6.70
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	23.30
- ประถมศึกษา	13	43.30
- มัธยมศึกษา	4	13.30
- มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช.	2	6.70
- ปริญญาตรี	2	6.70
- สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.70

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
อาชีพ		
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	23	76.70
- รับจ้าง ค้าขาย	1	3.30
- เกษตรกรรม	4	13.30
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	6.70
รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือน		
- ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง	21	70.00
- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	2	6.70
- 5,001 – 10,000 บาท	1	3.30
- มากกว่า 10,000 บาท	6	20.00
รายได้ของครอบครัว		
- เพียงพอและมีเหลือเก็บ	25	83.30
- เพียงพอกับรายจ่าย	5	16.70
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
- ชำระค่าใช้จ่ายเอง	28	93.40
- เบิกประกันสุขภาพ	1	3.30
- เบิกราชการ	1	3.30
การอยู่อาศัย		
- อยู่คนเดียว	1	3.30
- อยู่กับภรรยา/สามี (เพียง 2 คน)	1	3.30
- อยู่กับบุตร	25	83.40
- อยู่กับหลาน	3	10.00
เป็นโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคประจำตัวอื่น ๆ ก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว		
- โรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง	16	53.30
- โรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคเบาหวาน	8	26.70
- โรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคเส้นหัวใจ	2	6.70
- โรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคไต	4	13.30

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
กลุ่มยาที่ได้รับในปัจจุบัน		
- ยาขับปัสสาวะ	18	60.00
- ยาช่วยเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ	2	6.70
- ยาลดความดัน	10	33.30

4.1.2 พฤติกรรมสุขภาพ

ปรากฏว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X} = 3.43$, S.D = 0.59 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานยาได้ถูกต้องและครบตามแพทย์สั่ง $\bar{X} = 4.20$, S.D = 0.66 รองลงมา คือ มาพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อรู้สึกหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น $\bar{X} = 3.90$, S.D = 0.884 และการหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษาของแพทย์หรือไม่ได้รับการแนะนำจากแพทย์ $\bar{X} = 3.83$, S.D = 0.87 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การชั่งน้ำหนักตัวก่อนอาหารเข้าทุกวันเพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย $\bar{X} = 2.16$, S.D = 0.79 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 30)

พฤติกรรมสุขภาพ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
1. ควบคุมการดื่มน้ำทุกประเภทไม่เกินวันละ 4-6 แก้วต่อวัน	6.7 (2)	20.0 (6)	50.0 (15)	13.3 (4)	10.0 (3)	3.00	1.01
2. ไม่สามารถดื่มน้ำได้เหมือนคนปกติทั่วไปเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย	10.0 (3)	13.3 (4)	36.7 (11)	30.0 (9)	10.0 (3)	3.16	1.11

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
3. ควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียม (เกลือแกง) ได้ โดยการงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เช่น หมูหยอง กุนเชียง ซีอิ๊ว ผงชูรส คะนอ รสดี น้ำปลา น้ำพริก อาหาร หมักดอง อาหารกระป๋องต่าง ๆ แหนม ปลาเค็ม เป็นต้น	3.3 (1)	33.3 (10)	23.4 (7)	26.7 (8)	13.3 (4)	3.13	1.13
4. บอกคนปรุงอาหารไม่ต้องใส่ผงชูรส น้ำปลา คะนอ รสดี ซีอิ๊วหรือเครื่องปรุงอื่น ๆ เพิ่มในอาหาร	6.6 (2)	26.7 (8)	13.3 (4)	36.7 (11)	16.7 (5)	3.30	1.23
5. เลือกรับประทานอาหารที่รสชาดไม่เค็มและไม่เติมน้ำตาล ซีอิ๊ว คะนอ รสดี ผงชูรสหรือน้ำปลา เช่น แกงจืด ปลานึ่ง ปลาต้ม ผัดผัก เป็นต้น	3.3 (1)	13.3 (4)	36.7 (11)	30 (9)	16.7 (5)	3.43	1.04
6. รับประทานยาได้ถูกต้องและครบตามแพทย์สั่ง	- (0)	- (0)	13.3 (4)	53.3 (16)	33.4 (10)	4.20	0.66
7. หลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษาของแพทย์ หรือไม่ได้รับการแนะนำจากแพทย์	- (0)	10.0 (3)	16.7 (5)	53.3 (16)	20.0 (6)	3.83	0.87
8. แม้ว่าออกทำธุระนอกบ้านยังคงรับประทานยาหัวใจและยาขับปัสสาวะ	16.7 (5)	16.7 (5)	3.3 (1)	43.3 (13)	20 (6)	3.33	1.42

อย่างต่อเนือง							
9. ไม่ปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาที่ใช้ในปัจจุบันเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	10.0 (3)	3.3 (1)	16.7 (5)	43.3 (13)	26.7 (8)	3.73	1.20

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
10. ชั่งน้ำหนักตัวก่อนอาหารเช้าทุกวันเพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย	16.7 (5)	56.7 (17)	20.0 (6)	6.6 (2)	- (0)	2.16	0.79
11. สังเกตเวลาทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง มีอาการเหนื่อยมากขึ้น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อประเมินอาการเริ่มต้นของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	6.7 (2)	16.7 (5)	36.7 (11)	26.7 (8)	13.2 (4)	3.23	1.10
12. สังเกตอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ต้องใช้หมอนหนุนสูงขึ้นเพื่อประเมินความต้องการออกซิเจนของร่างกาย	10.0 (3)	10.0 (3)	23.3 (7)	40.0 (12)	16.7 (5)	3.43	1.19
13. มาพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อรู้สึกมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น	3.3 (1)	3.3 (1)	13.4 (4)	60.0 (18)	20.0 (6)	3.90	0.88
14. ต้องนั่งพักหรือนอนเมื่อมีอาการเหนื่อยขณะออกแรงทำกิจกรรม	- (0)	3.3 (1)	30.0 (9)	50.0 (15)	16.7 (5)	3.80	0.76
15. เล่าอาการ	3.3	10.0	16.7	53.3	16.7	3.70	0.98

เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น มี อาการบวมขึ้นปีสภาวะออก น้อยลง เหนื่อยหอบมากขึ้น เวลาทำกิจกรรมประจำวันให้ คนในครอบครัวฟัง	(1)	(3)	(5)	(16)	(5)		
รวม						3.43	0.59

4.1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ผลการศึกษา ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยรวมในระดับดี $\bar{X} = 3.74$, S.D = 0.38 โดยรับรู้ว่าการขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ไม่สามารถจำกัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ และการรับรู้ภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้มากที่สุด $\bar{X} = 4.10$, S.D = 0.60 รองลงมา คือ การรับประทานอาหารรสเค็ม รับประทานอาหารกระป๋อง ของหมักดอง น้ำพริก น้ำปลา ซีอิ๊ว คะนอ รสดี ผงชูรส หมูหยอง อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ $\bar{X} = 3.90$, S.D = 0.75 และส่วนภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเป็นภาวะที่ไม่สามารถป้องกันได้ $\bar{X} = 2.53$, S.D = 0.89 เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยรับรู้ น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
1. ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เป็นภาวะที่ไม่สามารถ ป้องกันได้	6.7 (2)	50.0 (15)	30.0 (9)	10.0 (3)	3.3 (1)	2.53	0.89
2. ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ จะมีโอกาสเป็นมากในคนที่ มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ ขาดเลือด	3.3 (1)	3.3 (1)	23.4 (7)	56.7 (17)	13.3 (4)	3.73	0.86

3. ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ มักพบในคนที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป	- (0)	10.0 (3)	13.3 (4)	73.4 (22)	3.3 (1)	3.70	0.70
4. ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้	- (0)	3.3 (1)	3.3 (1)	73.4 (22)	20 (6)	4.10	0.60
5. การไม่จำกัดน้ำดื่มใน ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลวซ้ำได้	- (0)	- (0)	26.7 (8)	60.0 (18)	13.3 (4)	3.86	0.62

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
6. การรับประทาน อาหารรสเค็มรับประทาน อาหารกระป๋อง ของหมัก ดอง น้ำพริก น้ำปลา ซีอิ๊ว คะนอ รสดี ผงชูรสหมู หยอง อาจทำให้เกิดภาวะ หัวใจล้มเหลวซ้ำได้	- (0)	- (0)	33.3 (10)	43.4 (13)	23.3 (7)	3.90	0.75
7. การใส่ผงชูรส คะนอ รสดี น้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มลงใน อาหารที่รับประทานอาจทำ ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซ้ำได้	- (0)	- (0)	36.7 (11)	46.7 (14)	16.6 (5)	3.80 0.71	
8. การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ สามารถกระตุ้นให้อาการ ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ กำเริบได้	- (0)	3.3 (1)	26.7 (8)	53.3 (16)	16.7 (5)	3.83	0.74

9. การหยุดรับประทานยาขับปัสสาวะเองอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้	- (0)	- (0)	30.0 (9)	56.7 (17)	13.3 (4)	3.83	0.64
10. การไม่ซึ้่งน้ำหนักตัวทุกวันอาจทำให้ไม่ทราบโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้จากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น	- (0)	10.0 (3)	33.3 (10)	50.0 (15)	6.7 (2)	3.53	0.77
11. การไม่ไปพบแพทย์ตามนัดอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงขึ้น	- (0)	- (0)	16.7 (5)	66.7 (20)	16.6 (5)	4.00	0.58

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
12. การขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ไม่สามารถจำกัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้	- (0)	- (0)	13.3 (4)	63.4 (19)	13.3 (7)	4.10	0.60
รวม						3.74	0.38

4.1.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ผลการศึกษารับรู้อุปสรรค ปรากฏว่าโดยรวมแล้วผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในระดับน้อย $\bar{X} = 2.48$, $S.D = 0.47$ โดยรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเมื่อเกิดเจ็บป่วยไม่เคยต้องดูแลตนเองโดยลำพังเพราะมีลูกหลานคอยดูแลสม่ำเสมอมากที่สุด $\bar{X} = 3.96$, $S.D = 1.21$ รองลงมา คือ เมื่อทำธุระนอกบ้านไม่สามารถควบคุมอาหารได้เหมือนในโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีอาหารเฉพาะโรคขายตามท้องตลาด $\bar{X} = 3.20$, $S.D = 1.06$ และเมื่ออยู่บ้านคนเดียวไม่สามารถจัดยากินเองได้เพราะบางครั้งมีหลงลืม และสายตามองเห็นไม่ชัดตามวัย $\bar{X} = 2.80$, $S.D = 1.09$ ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจ

ล้มเหลวซ้ำน้อยที่สุด คือ ไม่สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์เนื่องจาก ปัจจุบันยามีราคาแพงขึ้น $\bar{X} = 1.63$, S.D = 0.61 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ (n = 30)

การรับรู้อุปสรรค	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
1. ไม่สะดวกที่จะมาตรวจตามนัดเพราะไม่มีใครพามา ลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้าน	40.0 (12)	50.0 (15)	10.0 (3)	- (0)	- (0)	1.70	0.65
2. ไม่สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์เนื่องจากปัจจุบันยามีราคาแพงขึ้น	43.3 (13)	50.0 (15)	6.7 (2)	- (0)	- (0)	1.63	0.61
3. เมื่ออยู่ที่บ้านไม่สามารถควบคุมอาหารเฉพาะภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เนื่องจากต้องรับประทานอาหารร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวที่ไม่ต้องควบคุมอาหาร	13.3 (4)	46.7 (14)	23.3 (7)	16.7 (5)	- (0)	2.43	0.93
4. เมื่อทำธุระนอกบ้านไม่สามารถควบคุมอาหารได้เหมือนในโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีอาหารเฉพาะโรคขายตามท้องตลาด	10.0 (3)	13.3 (4)	26.7 (8)	46.7 (14)	3.3 (1)	3.20	1.06
5. เมื่ออยู่บ้านคนเดียวไม่สามารถจัดยากินเองได้ เพราะบางครั้งมีหลงลืม	10.0 (3)	40.0 (12)	10.0 (3)	40.0 (12)	- (0)	2.80	1.09

และสายตามองเห็นไม่ชัดตามวัย							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรค	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
6. ไม่กล้าสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากแพทย์หรือพยาบาล	26.7 (8)	60.0 (18)	10.0 (3)	3.3 (1)	- (0)	1.90	0.71
7. เมื่อต้องการปรึกษาเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นไม่สามารถติดต่อหรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพได้ตลอดเวลา	10.0 (3)	36.7 (11)	30.0 (9)	23.3 (7)	- (0)	2.66	0.95
8. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ได้	26.7 (8)	50.0 (15)	13.3 (4)	6.7 (2)	3.3 (1)	2.10	0.99
9. เมื่อเกิดเจ็บป่วยไม่เคยต้องดูแลตนเองโดยลำพังเพราะมีลูกหลานคอยดูแลสม่ำเสมอ	10.0 (3)	- (0)	3.3 (1)	56.7 (17)	30.0 (9)	3.96	1.21
รวม						2.48	0.47

4.2 ลักษณะทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

4.2.1 ลักษณะทั่วไปของครอบครัว/ผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาลักษณะทั่วไปของครอบครัว/ผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 53.30 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.30 สถานภาพโสด ร้อยละ 60.00 โดยมากจบการศึกษาใน

ระดับชั้นประถมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 33.33 ร้อยละ 33.30 มีอาชีพค้าขาย และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 73.30 และรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอค่าใช้จ่าย และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 76.70 ร้อยละ 80.00 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ดังแสดงไว้ใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว/ผู้ดูแล

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
- 21-30 ปี	3	10.00
- 31-40 ปี	5	16.70
- 41-60 ปี	16	53.30
- 61-70 ปี	6	20.00
เพศ		
- ชาย	2	6.70
- หญิง	28	93.30
สถานภาพสมรส		
- คู่	6	20.00
- โสด	18	60.00
- แยก	1	3.30
- หม้าย	4	13.30
- หย่า	1	3.40
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	6.70
- ประถมศึกษา	10	33.33
- มัธยมศึกษา	3	10.00
- มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	5	16.67
- ปริญญาตรี	8	26.60
- สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.70
อาชีพ		
- ไม่ได้ทำงาน	3	10.00

- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	2	6.70
- รับจ้าง	5	16.70

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
- ค้าขาย	10	33.30
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	20.00
- พนักงานบริษัทเอกชน	4	13.30
รายได้ของครอบครัว/ผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน		
- ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง	1	3.30
- ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	2	6.70
- 5,001-10,000 บาท	5	16.70
- มากกว่า 10,000 บาท	22	73.30
ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย		
- เพียงพอและมีเหลือเก็บ	23	76.70
- เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	7	23.30
ความเกี่ยวข้องของครอบครัว/ผู้ดูแล		
- สายเลือดเดียวกัน (เช่น บุตร หลาน)	24	80.00
- ไม่ใช่สายเลือดเดียวกัน (เช่น ภรรยา/สามี คนดูแล)	6	20.00

4.2.2 การรับรู้ความรุนแรงภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล

ผลการศึกษาปรากฏว่าโดยรวมแล้วครอบครัว/ผู้ดูแล รับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ในระดับดี $\bar{X} = 4.17$, $S.D = 0.46$ โดยรับรู้มากที่สุดว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นแล้วไม่สามารถหายได้เอง แต่ต้องได้รับต้องรักษา $\bar{X} = 4.30$, $S.D = 0.59$ รองลงมา คือ อาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ใจสั่นแน่นหน้าอก บวม ปัสสาวะไม่ออกในแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น $\bar{X} = 4.26$, $S.D = 0.44$ และส่วนการรับรู้ที่น้อยที่สุด คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ต้องกำจัดการเหตุที่ทำให้มีอาการ เช่น การไม่ควบคุมอาหาร น้ำหนัก การไม่รับประทานตามแพทย์สั่ง เป็นต้น $\bar{X} = 3.93$, $S.D = 0.82$ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของครอบครัว/ผู้ดูแล
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วย

การรับรู้ความรุนแรง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
1. ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแล้วไม่สามารถหาย ได้เอง แต่ต้องได้รับต้อง รักษา	- (0)	- (0)	6.7 (2)	56.7 (17)	36.6 (11)	4.30	0.59
2. ภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อเป็นแล้วจำเป็นต้อง รักษาและดูแลอย่าง ใกล้ชิดเนื่องจากอาจทำ ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้	- (0)	- (0)	3.3 (1)	73.3 (22)	23.4 (7)	4.20	0.48
3. ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่ต้องกำจั สาเหตุที่ทำให้มีอาการ เช่น การไม่ควบคุม อาหาร น้ำหนัก การไม่ รับประทานตามแพทย์สั่ง เป็นต้น	3.3 (1)	- (0)	16.7 (5)	60.0 (18)	20 (6)	3.93	0.82
4. การรักษาภาวะ หัวใจล้มเหลวใช้เวลาใน การรักษาานเนื่องจาก เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ เรื้อรังไม่สามารถ หายขาดได้	- (0)	- (0)	13.3 (4)	70.0 (21)	16.7 (5)	4.03	0.55
5. อาการของภาวะ หัวใจล้มเหลวที่ต้องรักษา ด่วนคือ เหนื่อยหอบ นอน ราบไม่ได้ ใจสั่นแน่น หน้าอก บวม ปัสสาวะ ไม่ออก	- (0)	3.3 (1)	3.3 (1)	63.4 (19)	30.0 (9)	4.20	0.66

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
6. ภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เป็นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง มี ผลต่อสภาพร่างกายและ จิตใจของผู้ป่วย	- (0)	3.3 (1)	- (0)	70.0 (21)	26.7 (8)	4.20	0.61
7. อาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ใจสั่นแน่น หน้าอก บวม ปัสสาวะไม่ ออกในแต่ละครั้งทำให้ ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก ขึ้น	- (0)	- (0)	- (0)	73.3 (22)	26.7 (8)	4.26	0.44
รวม						4.17	0.46

4.2.3 พฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล

พฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาลและ พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1) พฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ในภาพรวมครอบครัว/ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ในระดับดี $\bar{X} = 3.71$, S.D = 0.55 โดยพฤติกรรมที่ป้องกันมากที่สุด คือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทาน ยาได้ถูกต้องและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง $\bar{X} = 4.26$, S.D = 0.73 ไม่เคยหยุดยาผู้ป่วยเองเมื่อผู้ป่วย ไม่มีอาการบวมหรือเหนื่อยหอบเหนื่อย $\bar{X} = 4.26$, S.D = 0.90 เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย นอนราบ ไม่ได้ บวม ปัสสาวะออกน้อยลงจะรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที $\bar{X} = 4.26$, S.D = 0.63 สำหรับ พฤติกรรมที่ครอบครัว/ผู้ดูแลปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้ซึ้ช้ น้ำหนักตัวทุกวัน $\bar{X} = 2.16$, S.D = 0.74 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกำบังโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล

พฤติกรรมกำบังโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาได้ถูกต้องและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	- (0)	- (0)	16.7 (5)	40.0 (12)	43.3 (13)	4.26	0.73
2. ไม่เคยซื้อยาให้ผู้ป่วยรับประทานเอง นอกจากแพทย์สั่งเท่านั้น	3.3 (1)	3.3 (1)	10.0 (3)	36.7 (11)	46.7 (14)	4.20	0.99
3. ปฏิเสธแพทย์ทุกครั้งเมื่อรับประทานยาแล้วมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น	3.3 (1)	- (0)	10.0 (3)	40.0 (12)	46.7 (14)	4.26	0.90
4. เมื่อพาผู้ป่วยไปทำธุระนอกบ้านนำยาไปรับประทานด้วยเสมอ	- (0)	3.3 (1)	13.3 (4)	40.0 (12)	43.4 (13)	4.23	0.81
5. เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม ปัสสาวะออกน้อยลงจะรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที	- (0)	- (0)	10.0 (3)	53.3 (16)	36.7 (11)	4.26	0.63
6. หลีกเลี่ยงซื้ออาหารนอกบ้าน อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง หรือปรุงอาหารที่มีรสเค็ม ใส่น้ำปลา รสดี กระเทียมชูรส ซีอิ๊วเพิ่มให้ผู้ป่วย	3.3 (1)	13.3 (4)	30.0 (9)	36.7 (11)	16.7 (5)	3.50	1.04
7. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเกินวันละ 4-6 แก้ว	3.3 (1)	20.0 (6)	30.0 (9)	33.3 (10)	13.4 (4)	3.33	1.06
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน	16.7 (5)	53.3 (16)	26.7 (8)	3.3 (1)	- (0)	2.16	0.74
9. ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากวารสารต่างๆเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหัวใจ	3.3 (1)	16.7 (5)	53.3 (16)	13.3 (4)	13.4 (4)	3.16	0.98

ล้มเหลว							
รวม						3.71	0.55

2) พฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาล

ในภาพรวมครอบครัว/ผู้ดูแล มีพฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาลในระดับดี $\bar{X} = 3.91$, S.D = 0.64 โดยพฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ ให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ $\bar{X} = 4.30$, S.D = 0.65 รองลงมา คือ ไม่เคยให้ผู้ป่วยขาดยาที่ใช้รับประทานเป็นประจำ $\bar{X} = 4.10$, S.D = 0.75 และไม่เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ $\bar{X} = 4.06$, S.D = 0.94 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมที่ครอบครัว/ผู้ดูแลปฏิบัติน้อยที่สุด คือ รู้ผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ $\bar{X} = 3.23$, S.D = 1.13) ตามลำดับ ดังในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล ด้านการรักษาพยาบาล

พฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาล	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
1. ไม่เคยให้ผู้ป่วยขาดยาที่ใช้รับประทานเป็นประจำ	- (0)	3.3 (1)	13.3 (4)	53.4 (16)	30.0 (9)	4.10	0.75
2. พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ ไม่เคยขาด	- (0)	3.3 (1)	23.3 (7)	40 (12)	33.4 (10)	4.03	0.85
3. รู้ชนิดและจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทาน	- (0)	10.0 (3)	33.3 (10)	26.7 (8)	30.0 (9)	3.76	1.00
4. รู้ผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่	3.3 (1)	23.3 (7)	40.0 (12)	13.4 (4)	20 (6)	3.23	1.13
5. ให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ	- (0)	- (0)	10.0 (3)	50.0 (15)	40 (12)	4.30	0.65
6. ไม่เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	- (0)	13.3 (4)	- (0)	53.3 (16)	33.4 (10)	4.06	0.94
รวม						3.91	0.64

3) พฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ

ในภาพรวมครอบครัว/ผู้ดูแล มีพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพในระดับดี $\bar{X} = 3.62$, S.D = 0.52 โดยพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ ดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเมื่อเวลาผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย $\bar{X} = 4.16$, S.D = 0.59 สำหรับพฤติกรรมที่ครอบครัว/ผู้ดูแลปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่เหมาะสมเช่น การเดิน การถีบจักรยาน ประมาณ 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง หรือตามแพทย์สั่ง $\bar{X} = 2.66$, S.D = 0.71 ตามลำดับ ดังในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)	ร้อยละ (คน)		
1. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การถีบจักรยาน ประมาณ 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง หรือตามแพทย์สั่ง	6.7 (2)	26.7 (8)	60.0 (18)	6.6 (2)	- (0)	2.66	0.71
2. ดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเมื่อเวลาผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย	- (0)	- (0)	10.0 (2)	63.3 (19)	26.7 (8)	4.16	0.59
3. หลีกเลี่ยงให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง หรือปรุงอาหารที่มี ใส่น้ำปลา ซีอิ๊ว รสดี คะนอ ผงชูรส เพิ่มให้ผู้ป่วย	- (0)	3.3 (1)	20.0 (6)	46.7 (14)	30.0 (9)	4.03	0.80
รวม						3.62	0.52

4.3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

4.3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล

ในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน (ตารางที่ 12) ผู้วิจัยได้แบ่งแต่ละปัจจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย

อายุ แบ่งเป็น 60 – 79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป

เพศ แบ่งเป็น เพศหญิง กับ เพศชาย

การอาศัยอยู่กับครอบครัว แบ่งเป็น อยู่คนเดียว และอยู่กับสามี ภรรยา/บุตรหลาน

ระดับการศึกษา แบ่งเป็นต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา และชั้นประถมศึกษาขึ้นไป

ความเพียงพอของรายได้ แบ่งเป็น เพียงพอ/มีเหลือเก็บ และเพียงพอกับรายจ่าย

การรับรู้โอกาสเสี่ยง แบ่งเป็น ค่าช่วงคะแนน 2 กลุ่ม คือ 34 – 45 คะแนนและ 46 คะแนนขึ้นไป

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ แบ่งเป็นค่าช่วงคะแนน 2 กลุ่ม คือ 12 – 20 คะแนน และ 21 คะแนนขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่ามีเพียงการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเท่านั้นที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญ

2) ปัจจัยเสี่ยงด้านครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วย

ความเกี่ยวข้องของครอบครัว/ผู้ดูแล แบ่งเป็นสายเลือดเดียวกัน และไม่ใช่อายุเลือดเดียวกัน

อายุ แบ่งเป็น 21 – 40 ปี และ 41 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา แบ่งเป็น ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาและชั้นประถมศึกษาขึ้นไป

อาชีพ แบ่งเป็นไม่ได้ทำงานและมีงานทำ

ความเพียงพอของรายได้ แบ่งเป็น เพียงพอ/มีเหลือเก็บและเพียงพอกับรายจ่าย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค แบ่งเป็น ค่าช่วงคะแนน 2 กลุ่ม คือ 21–28 คะแนน และ 29 คะแนนขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ t-test ของปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	P-value
ด้านผู้ป่วย				
อายุ (ปี)				
- 60 – 79 ปี	52.30	11.18	0.49	0.62
- 80 ปีขึ้นไป	50.64	7.29		
เพศ				
- ชาย	51.74	7.82	0.40	0.69
- หญิง	50.14	12.96		
การอยู่อาศัย				
- อยู่คนเดียว	44.00	0	- 0.29	0.76
- อยู่กับสามี ภรรยา/บุตร หลาน	51.62	9.08		
ระดับการศึกษา				
- ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา	49.80	7.51	- 1.36	0.18
- ประถมศึกษาขึ้นไป	54.50	11.29		
ความเพียงพอของรายได้				
- เพียงพอ/มีเหลือเก็บ	52.36	9.09	1.36	0.18
- เพียงพอกับรายจ่าย	46.40	7.70		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
- 34 – 45 คะแนน	48.80	7.64	- 1.59	0.12
- 46 คะแนนขึ้นไป	59.93	9.83		
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน				
- 12 – 20 คะแนน	56.09	9.53	2.20	0.02*
- 21 คะแนนขึ้นไป	48.63	7.71		
ด้านผู้ดูแล/ครอบครัว				
ความเกี่ยวข้องของครอบครัว/ผู้ดูแล				
- สายเลือดเดียวกัน (เช่น บุตร หลาน)	67.87	10.18	0.12	0.90

- ไม่ใช่สายเลือดเดียวกัน (เช่น ภรรยา /สามี คนดูแล)	67.33	3.93		
--	-------	------	--	--

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	P-value
อายุ				
- 21 – 40 ปี	69.00	6.78	0.43	0.66
- 41 ปีขึ้นไป	67.31	10.05		
ระดับการศึกษา				
- ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา	61.50	2.12	-0.99	0.32
- ประถมศึกษาขึ้นไป	68.21	9.37		
อาชีพ				
- ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน แม่บ้าน	67.20	11.36	- 0.14	0.88
- มีงานทำ(เช่น รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	67.88	9.00		
ความเพียงพอของรายได้				
- เพียงพอ/มีเหลือเก็บ	67.60	9.90	- 0.16	0.86
- เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	68.28	7.11		
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว				
- 21 – 28 คะแนน	63.72	7.74	- 3.42	0.00*
- 29 คะแนนขึ้นไป	73.83	8.02		

* P-value < 0.05

4.3.2 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพ เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ จะนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
<p>ระยะที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง</p>	<p>ประเด็นที่ 1 สหวิชาชีพตรวจรักษาและให้คำแนะนำการรับประทานยา รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนปกติ โดยยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสืบค้นสิ่งที่จะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ</p> <p>แพทย์ที่แผนกสถาบันหัวใจ ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยและรักษาตามข้อมูลที่พบในการตรวจครั้งนั้น ๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ แต่ยังไม่ได้ซักถามผู้ป่วยหรือครอบครัวถึงปัจจัยที่อาจมีผลให้ผู้ป่วยแต่ละราย มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำจำนวนมากขึ้นนะ แต่ส่วนมากผมให้การรักษาตามอาการที่มาเบื้องต้นมากกว่า อย่าง เหนื่อย บวม ก็ให้ยาลดเหนื่อยขับปัสสาวะ ยังไม่ค่อยได้สืบค้นถึงสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วยซักเท่าไร เช่น เรื่องพฤติกรรมก่อนมา ร.พ เป็นต้น...” I09_P8L85</p> <p>สำหรับการรักษาในหอผู้ป่วยพบว่าแพทย์รักษาตามอาการและอาการแสดง ณ ปัจจุบันที่มุ่งให้หายจากอาการเหล่านั้น รวมทั้งมีการวางแผนการรักษาที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และในการจำหน่ายผู้ป่วย แพทย์จะให้คำแนะนำการรับประทานยา แต่ไม่ได้เน้นสอบถามถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอย่างชัดเจน ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ส่วนมากผมก็รักษาผู้ป่วยตามอาการที่มานั้นแหละ ไม่ค่อยได้ซักถามถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนมา ร.พ เท่าไร ถ้ามีเวลาก็มีถามบ้าง ว่าช่วงนี้กินเค็มหรือดื่มน้ำมากกว่าปกติหรือเปล่า...” I09_P8L90</p>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>สำหรับเภสัชกร กรณีผู้ป่วยนอก หลังจากจัดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จะให้คำแนะนำเฉพาะวิธีรับประทานยาและผลข้างเคียงที่อาจพบ กรณีผู้ป่วยใน ไม่พบว่ามี การให้คำแนะนำการรับประทานยาแต่อย่างใด เนื่องจากเห็นว่าพยาบาลปฏิบัติอยู่แล้ว ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ที่ผ่านมาเภสัชกรเอง ยังไม่ได้มีบทบาทมากนักในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรก หรือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวล้มซ้ำ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านก็จะจัดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนมากพยาบาลบันทึกมากกว่าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาตามที่จัดไป และเมื่อผู้ป่วยกลับมาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เกี่ยวกับเรื่องยาที่ให้ไปก็ยังไม่มีการซักถามถึงรายละเอียดว่ากินยาต่อเนื่องหรือไม่ มีการปรับยาเองไหม การเก็บรักษาเป็นไง หรือแม้แต่มีกินยาอย่างอื่นที่ไม่ใช่เกี่ยวกับโรคด้วยหรือไม่...” I06_P7L37</p> <p>นักกายภาพบำบัดจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรก หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเฉพาะการให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม และข้อควรระวังในการออกกำลังกายระหว่างรักษาตัวในหอผู้ป่วยเมื่อแพทย์ส่งปรึกษาเท่านั้น ลักษณะของคำแนะนำจะพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (functional class) ที่ผู้ป่วยเป็น ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ที่ผ่านมานักกายภาพบำบัดยังไม่มียบทบาทในการให้การดูแลหรือแนะนำหรือแม้แต่การซักประวัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ส่วนมากจะให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมและข้อควรระวังในการออกกำลังกายเมื่อได้รับการส่งปรึกษาเท่านั้น...” I05_P6L20</p>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>นักโภชนาการพบว่าไม่เคยมีการให้คำแนะนำเป็นการเฉพาะกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรก หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ที่ผ่านมาจะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคไตหรือเบาหวาน ส่วนผู้ป่วยอื่นจะจัดอาหารตามแผนการรักษาและให้คำแนะนำกว้าง ๆ และเฉพาะกับผู้ป่วยที่สนใจเท่านั้น ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ส่วนแผนกโภชนาการของพื้นที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกหรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเฉพาะที่ผ่านมายังไม่มี จะมีก็คือ ให้ความรู้และคำปรึกษาด้านโภชนาการบำบัด แก่ผู้ป่วยที่สนใจ มีการชักประวัติหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยประเมินการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน หรือภาวะของโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น ที่ส่งผลต่อการจัดอาหารของผู้ป่วย และมีการคำนวณพลังงานสารอาหารของผู้ป่วย ตามคำสั่งเบิกอาหารของแพทย์ เพื่อจัดอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคเท่านั้น...” I07_P7L77</p> <p>ประเด็นที่ 2 พยาบาลวิชาชีพให้การรักษารักษาขั้นต้น และการพยาบาลที่เน้นตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสืบค้นสาเหตุให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด</p> <p>ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่าให้การพยาบาลเบื้องต้นตามแผนการรักษา ยังไม่มีการชักประวัติถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ส่วนมากถ้าผู้ป่วยมา ก็ให้ยาลดเหนื่อย ชับปัสสาวะตามแผนการรักษานั้นแหละ เพราะที่ข้างล่างคนไข้เยอะ ไม่มีเวลาซักถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำหรือ...” I05_P7L3</p>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>บนหอผู้ป่วย เมื่อแรกรับจะซักประวัติผู้ป่วยโดยเน้นอาการและอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาหลังจากนั้นจะปฏิบัติตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลตามอาการและอาการแสดงที่ประเมินพบ โดยยังไม่ได้ซักประวัติถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น แต่อัตรากำลังในแต่ละเวรคงที่ เมื่อแพทย์เห็นว่าสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลจะให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติโดยไม่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ที่ผ่านมามพบาทในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ว่าจะเป็นหัวใจล้มเหลวครั้งแรกหรือหัวใจล้มเหลวซ้ำ คือ ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ จากจำนวนที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่ตึกมีจำนวนมากขึ้น อาจเกิดจากการซักประวัติที่ไม่ละเอียดจากผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เช่น การรับประทานอาหารเค็ม การควบคุมน้ำดื่ม หรือการรับประทาน ยา หรือแม้แต่การสังเกตอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำก็ไม่ได้มีการส่งต่อหรือบันทึกกันเลย...” I01_P1L10</p> <p>ประเด็นที่ 3 ครอบครัวยุคใหม่ไม่ทราบถึงบ่งชี้หรืออาการเตือนของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ</p> <p>จากการสอบถามครอบครัว/ผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่ายังไม่ทราบเกี่ยวกับอาการเตือนของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ฉันเห็นอาการเริ่มบวมขึ้นมาหลายวันแล้ว ไม่เห็นเหนื่อยเลยไม่ได้พามาหาหมอ วันนี้เหนื่อยมาก นอนเหมือนราบก็ไม่ได้เหมือนทุกวันถึงได้พามาที่นี่แหละ...” I01_P1L3</p>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
<p>ระยะที่ 2 การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง</p>	<p>สำหรับข้อมูลที่ได้จากครอบครัว/ผู้ดูแลที่เฝ้าอาการผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยในพบว่าไม่ทราบวิธีการสังเกตอาการเตือนของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ฉันไม่รู้ว่าจะเวลาคนป่วย ไอตอนกลางคืนแล้วเหนื่อยนอนราบไม่ได้ เป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย นี่ถือว่าเป็นอาการของคนเป็นหวัด...” I02_P2L1</p> <p>จากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยในพบว่าครอบครัว/ผู้ดูแล ไม่ทราบวิธีสังเกตความผิดปกติหรืออาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่เพิ่มขึ้นดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ปัจจัยอีกอย่างนะที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดซ้ำที่ว่าจะมาจากการที่ ครอบครัว/ผู้ดูแล เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้วขาดความรู้หรือไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการสังเกตอาการภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เช่น การไม่สังเกตผู้ป่วยว่ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหรือการที่ปัสสาวะออกน้อยลง เหนื่อยมากขึ้น กว่าจะพาผู้ป่วยมาอีกทีก็อาการหนักแล้ว...” I01_P1L3</p> <p>ประเด็นที่ 1 แพทย์ขาดการบันทึกการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำทุกราย</p> <p>แพทย์ที่แผนกสถาบันหัวใจให้ข้อมูลว่า การสังเกตตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินอาการและแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำจะใช้แนวทางของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association. 2012) ซึ่งเป็นการให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ จะไม่สามารถปฏิบัติในผู้ป่วยทุกรายเนื่องจากมีข้อจำกัดจากปริมาณคนไข้ในแต่ละวัน ดังข้อมูลที่ว่า</p>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>“...ผมก็ระบุให้ระบุว่าอยู่ในระดับความรุนแรงไหนของภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่ทุกราย บางวันมันน้อยมีเวลาเขียนให้ แต่บางครั้งไม่ทัน เพราะคนไข้นัดเยอะ ต้องขึ้นมาเขียนที่ตึกให้ย้อนหลัง...” I09_P10L103</p> <p>ในระหว่างการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย แพทย์จะมีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำย้อนหลังให้ แต่ไม่ทุกราย ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...การแบ่ง functional class ถ้าทำได้ในผู้ป่วยทุกรายผมก็ว่าดีนะเพื่อจะได้ประเมินอาการได้ เมื่อนอนในโรงพยาบาล และ กลับบ้านได้ แต่ส่วนมากไม่มีเวลา บางครั้งจะนั่งเขียนให้ ก็ถูกตามตลอดเพราะคนไข้ช่วงนี้เยอะทั้ง OPD และ IPD...” I09_P12L10</p> <p>ในการจำหน่ายผู้ป่วย แพทย์จะไม่ได้ระบุการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำไว้ในรายงานผู้ป่วย ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ที่ผ่านมายังไม่มีการระบุเลยว่าตอนกลับบ้านมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ใน functional class ไหน มีแต่เฉพาะบาง case ตอนแรกรับ ที่ผมระบุ...” I09_P13L22</p> <p>ประเด็นที่ 2 เกสัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ ยังไม่เคยมีการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>สำหรับเกสัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนากรในอดีตและปัจจุบัน พบว่าไม่มีการประเมินถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกหรือภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพราะปฏิบัติงานเฉพาะที่แผนกของตนเอง โดยจะให้บริการผู้ป่วยเมื่อได้รับคำสั่งจากแพทย์ให้ส่งปรึกษาเท่านั้น ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...สำหรับเกสัชกรที่ผ่านมามาทบาทในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือในรายที่เป็นซ้ำ</p>

	จะทำหลังจากที่ได้รับแจ้งจากพยาบาลบนเตียงแล้ว...” I06_P6L17
--	---

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>“...ที่ผ่านมายังไม่มีกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมของ นักรกายภาพที่ร่วมกับวิชาชีพอื่นในการดูแลทั้งผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวและรายที่เป็นซ้ำ...” I05_P6L5</p> <p>“...โภชนาการของที่มีบทบาทในการให้การดูแล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกหรือครั้งหลังที่เฉพาะที่ ผ่านมายังไม่มี จะมีก็ คือ ให้ความรู้และคำปรึกษาด้าน โภชนาการบำบัด แก่ผู้ป่วยที่สนใจ...” I06_P7L39</p> <p>ประเด็นที่ 3 มีการให้การพยาบาลตามอาการ แต่ไม่มี การจัดลำดับของปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ หัวใจล้มเหลวซ้ำ</p> <p>พยาบาลวิชาชีพที่แผนกอายุรกรรมหัวใจชั้น 14 เน้นให้การพยาบาลตามอาการและอาการแสดงปัจจุบันที่ พบโดยยังไม่ได้ค้นหาว่าผู้ป่วยมีสิ่งใดเป็นปัจจัยที่ทำให้มี โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ส่วนมากดูแลให้รับประทานยาขับปัสสาวะตาม แผนการรักษาดูแลให้หายเหนื่อย แต่ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอันไหนสำคัญมากกว่ากันไม่ได้ ลงลึกถึงขนาดนั้น ส่วนมากถามภาพรวมมากกว่า ในเรื่อง ของการรับประทานยา อาหาร น้ำตามที หมอสั่งหรือไม่...” I01_P2L28</p> <p>พยาบาลวิชาชีพที่หออผู้ป่วยให้การพยาบาลตาม อาการและแผนการรักษา เมื่อทราบปัจจัยที่ทำให้เกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ แต่ไม่ได้มีการจัดว่าปัจจัยเสี่ยงไหน ที่สำคัญก่อนหลังและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การให้ คำแนะนำส่วนมากเป็นภาพรวม ไม่ได้ให้คำแนะนำลงลึก ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ</p>

	ในครั้งนี้ ตั้งข้อมูลที่ว่า
--	-----------------------------

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>“...เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านก็ให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร น้ำดื่มที่ควรดื่ม การมาตามนัด เป็นต้น แต่ไม่ได้ลงลึกหรือกว่าผู้ป่วยมา นอนในร.พ ด้วยปัจจัยเสี่ยงไหนมากกว่า คำแนะนำจะเน้นปัจจัยนั้น ๆ ไปเลย เพราะส่วนมากที่ให้คำแนะนำเป็นภาพรวมมากกว่า...” I02_P3L12</p>
<p>ระยะที่ 3 การจัดการความเสี่ยง</p>	<p>ประเด็นที่ 1 พยาบาลวิชาชีพให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายแบบทั่วไปและยังไม่มีติดตามผู้ป่วยอย่างชัดเจน</p> <p>ในการให้สุขศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายส่วนมากเป็นแบบทั่วไป คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเป็นภาพรวมเกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด ไม่ได้เฉพาะเจาะจงลงไป เช่น ใน 1 วันสามารถรับประทานเกลือได้เท่าไร น้ำได้กี่แก้วต่อวัน เป็นต้น ตั้งข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ที่ผ่านมากการดูแลหรือกิจกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น คือ การให้คำแนะนำแบบ self-education ซึ่งทำให้ไม่สามารถลงลึกถึงรายละเอียดได้โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมน้ำและอาหาร มี D/C plan แต่ไม่ครอบคลุม มีการโทรและเยี่ยม case เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน แค่ครั้งเดียว และไม่มีการเยี่ยมที่บ้าน...” I01_P2L34</p> <p>ประเด็นที่ 2 นักกายภาพบำบัด เภสัชกรและโภชนาการในอดีตและปัจจุบันยังไม่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ</p>

	<p>นักกายภาพบำบัดยังไม่พบว่ามีกรให้คำแนะนำและสอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมและข้อควรระวังแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือในรายที่เกิดซ้ำเป็นการเฉพาะ จะปฏิบัติภายหลังจากได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์เท่านั้น ดังข้อมูลที่ว่า</p>
--	--

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>“...ที่ผ่านมามีไม่ค่อยได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซีกเท่าไร ที่ให้คำแนะนำบ่อยจะเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจแล้วมากกว่า แต่ก็มีบ้างเวลาที่มีทางดึกโทรมาตามก็จะมี ให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมและข้อควรระวังมากกว่า และผ่านมายังไม่มีกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมของนักกายภาพที่ร่วมกับวิชาชีพอื่นในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว...” I05_P6L1</p> <p>“...ที่ผ่านมายังไม่มีกิจกรรมหรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและยังไม่มีคู่มือบันทึกการออกกำลังกายเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านสำหรับครอบครัว/ผู้ดูแล ที่ต้องดูแลผู้ป่วย ที่เห็นและช่วยทำมีแต่คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจนะ...” I06_P5L7</p> <p>เภสัชกรมักปฏิบัติงานประจำในแผนกเภสัชกรเป็นส่วนใหญ่โดยเน้นจัดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำปรึกษาด้านยา แนะนำข้อควรระวังหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยา จะไปพบผู้ป่วยตามหอผู้ป่วยเมื่อได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์เท่านั้น ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ที่ผ่านมามีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ว่าเป็นหัวใจล้มเหลวครั้งแรก หรือหัวใจล้มเหลวซ้ำ จะเป็นหลังจากที่ได้รับแจ้งจากพยาบาลบน</p>

	<p>ติกแล้วว่ามีแผนการรักษามาช่วยแนะนำเรื่องยาให้ด้วย เพราะส่วนใหญ่พยาบาลประจำตึกให้คำแนะนำเอง...”</p> <p>I06_P7L1</p> <p>นักโภชนาการส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานประจำเฉพาะที่แผนกโภชนาการ บทบาทหลักคือให้ความรู้และคำปรึกษาด้านโภชนาการบำบัดแก่ผู้ป่วยที่สนใจ และคำนวณพลังงานสารอาหารของผู้ป่วยตามคำสั่งเบิกอาหารของแพทย์ ดังข้อมูลที่ว่า</p>
--	---

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>“...การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เฉพาะยังไม่มีจะมีก็แต่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ของการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เท่านั้น ที่ผ่านมาก็จะมีการจัดทำ เอกสารโรคหัวใจให้กับผู้ป่วยและญาติ แต่เป็นแบบรวมไม่ได้เจาะจงหรือเน้นที่การรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือเกิดภาวะนี้ซ้ำ จะปฏิบัติเหมือนกัน คือ จัดแยกบัตรสีอาหารเพื่อความสะดวกในการทำงานและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์...” P07_P8L51</p> <p>“...ที่ผ่านมาแผนกที่มีการจัดทำเอกสารเฉพาะโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดัน ส่วนใหญ่เป็นแผ่นพับให้แก่ผู้ป่วย และญาติและผู้สนใจ แต่ไม่มีคู่มือหรือเอกสารที่ให้ความรู้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีก็เห็นจะเป็นคนไข้ CABG และก็ stroke นะ...” I07_P7L50</p> <p>ประเด็นที่ 3 พยาบาลวิชาชีพให้สุศึกษาแก่ครอบครัว/ผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายแบบทั่วไป</p> <p>ที่ผ่านมาและปัจจุบันการให้สุศึกษาแก่ครอบครัว/ผู้ดูแล ก่อนการจำหน่ายเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวแบบกว้างๆเท่านั้น ดังข้อมูลที่ว่า</p>

	<p>“...ในการให้สุขศึกษาแก่ครอบครัว/ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมามีการให้ความรู้และแจกแผ่นพับซึ่งเนื้อหาเป็นการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแบบทั่วไป ยังไม่มีคู่มือที่หรือกิจกรรมที่จับต้องได้ มองเห็นได้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น อาหารที่สามารถรับประทานได้น้ำที่สามารถดื่มได้ในแต่ละวัน จำนวนเกลือที่สามารถรับประทานได้ควรตวงเป็นจำนวนให้เห็นชัดเจน ต้องสังเกตอาการอะไรบ้างที่สำคัญของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน...” I03_P2L66</p>
--	--

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
<p>ระยะที่ 4 การประเมินผล</p>	<p>ประเด็นที่ 1 แพทย์ขาดแนวทางปฏิบัติสำหรับการประเมินค่าการบีบตัวของหัวใจ</p> <p>แพทย์จากทั้งที่แผนกสถาบันหัวใจและในหอผู้ป่วยประเมินผลการรักษา อาการและอาการแสดงที่ดีขึ้น แต่ไม่ได้เน้นย้ำสอบถามถึงการปรับพฤติกรรมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ส่วนมากหลังการรักษา จะถามอาการที่ผู้ป่วยดีขึ้น และประเมินผลโดยทำ Echocardiogram เพื่อดูการบีบตัวของหัวใจแต่ไม่ทุกราย เพราะบางครั้งยุ่งมากไม่มีเวลา อีกอย่างถ้าทำตอนแรกรับมือภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว ก่อนกลับบ้านถ้าผู้ป่วยหายเหนื่อยแล้วก็ไม่ค่อยได้ทำซ้ำอีก ส่วนเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำว่ามีการปรับเปลี่ยนหรือไม่ส่วนมากไม่ได้สอบถาม...” I09_P10L108</p> <p>ประเด็นที่ 2 พยาบาลขาดการประเมินและทบทวนผลการพยาบาล</p> <p>พยาบาลที่แผนกสถาบันหัวใจประเมินผลการ</p>

	<p>พยาบาลครั้งก่อนจากอาการและอาการแสดงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในวันที่ครบนัด ส่วนพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยในประเมินผลการพยาบาลโดยอาศัยตัวชี้วัดประจำตึก ซึ่งตัวชี้วัดเน้นเฉพาะจำนวนผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลและกลับมานอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...พยาบาลที่ตึกเรามีการติดตามตัวชี้วัดของเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวของหน่วยงานประจำเดือน เกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาและรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ แต่ยังไม่เคยเอาอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นมาทบทวนหรือแก้ไขสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ...” I02_P2L42</p>
--	---

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์
	<p>ประเด็นที่ 3 เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ ยังไม่เคยมีการประเมินผลการให้คำแนะนำ</p> <p>สำหรับเภสัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ ในอดีตและปัจจุบันยังไม่มีประเมินผลคำแนะนำที่ให้ไปกับทั้งผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลแล้วมีการปฏิบัติตามหรือไม่ ดังข้อมูลที่ว่า</p> <p>“...ที่ผ่านมาย้ายยาผู้ป่วยตามแผนการรักษา แต่ไม่ได้ซักถามถึงวิธีรับประทานยาว่าปฏิบัติถูกต้องหรือไม่และไม่เคยซักถามว่ามีอาการข้างเคียงใดเกิดขึ้นบ้าง...” I06_P6L15</p> <p>“...ที่ผ่านมาให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมและข้อควรระวังในผู้ป่วย PCT หัวใจ และตามแพทย์ consult ให้ดูผู้ป่วย แต่ไม่ได้ซักถามถึงวิธีการออกกำลังกายว่าปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่...” I05_P6L7</p> <p>“...ที่ผ่านมาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทาน</p>

	อาหารที่เหมาะสมกับโรค คำนวณพลังงานสารอาหารของผู้ป่วย ตามคำสั่งเบิกอาหารของแพทย์ แต่ไม่ได้ซักถามว่ากลับไปจริงตามคำแนะนำหรือเปล่า...” I07_P8L10
--	---

จากการวิเคราะห์บทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพ ยังไม่เพียงพอและครอบคลุม และสามารถกำหนดประเด็นที่ควรนำมาปรับเพื่อเสริมสร้างบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้มีความชัดเจนในการจัดการความเสี่ยง ดังนี้

ตารางที่ 14 การจัดการความเสี่ยงที่ควรเสริมสร้างจากผลการวิเคราะห์บทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

การจัดการความเสี่ยง	ประเด็น	การจัดการความเสี่ยงที่ควรเสริมสร้าง
ระยะที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง	ประเด็นที่ 1 สหสาขาวิชาชีพตรวจรักษาและให้คำแนะนำการรับประทานยา รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนปกติ โดยยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสืบค้นสิ่งที่จะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันกำหนดแบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะเพื่อสืบค้นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 2. มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาให้เภสัชกร การรับประทานอาหาร ให้ นักโภชนาการ การออกกำลังกายให้นักกายภาพบำบัด การติดตามต่อเนื่องให้แก่สถาบันหัวใจและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ไขสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่ประเมินได้ในแต่ละครั้ง
	ประเด็นที่ 2 ครอบครัว/ผู้ดูแลไม่ทราบสิ่งบ่งชี้หรืออาการเตือนของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้ครอบครัว/ผู้ดูแลเกี่ยวกับสาเหตุที่จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 2. จัดทำแบบฟอร์มบันทึกสิ่งบ่งชี้หรืออาการเตือนของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพื่อให้ครอบครัว/ผู้ดูแล ฝ้าระวังและ

		ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เช่น อาการหอบเหนื่อย บวมมากขึ้น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ปัสสาวะน้อยลง เป็นต้น
ระยะที่ 2 การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง	ประเด็นที่ 1 แพทย์ขาดการบันทึกการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกราย	กำหนดแบบฟอร์มบันทึกการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ที่ผู้ป่วยรู้สึกขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในผู้ป่วยทุกรายไว้ในใบซักประวัติ และประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การจัดการความเสี่ยง	ประเด็น	การจัดการความเสี่ยงที่ควรเสริมสร้าง
	ประเด็นที่ 2 เกสัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนากร ยังไม่เคยมีการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว	กำหนดแบบฟอร์มให้เกสัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนากรบันทึกการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้งดกิจกรรมตามความเหมาะสมกับความรุนแรงที่ประเมินได้
	ประเด็นที่ 3 มีการให้การพยาบาลตามอาการ แต่ไม่มีการจัดลำดับของปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	มีแบบฟอร์มในการประเมินและจัดลำดับปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำตามความสำคัญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลของครอบครัว/ผู้ดูแล เป็นต้น
ระยะที่ 3 การจัดการความเสี่ยง	ประเด็นที่ 1 พยาบาล วิชาชีพให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายแบบทั่วไปและยังไม่มีติดตามผู้ป่วยอย่างชัดเจน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้คำแนะนำและมีคู่มือ ภาพพลิก ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่เข้าใจง่ายและเป็นรูปธรรม 2. มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแล

		ผู้ป่วยตั้งแต่แรกได้รับจนกระทั่งติดตามผู้ป่วยถึงที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำสำหรับพยาบาลรับผู้ป่วยนอก รับผู้ป่วยใน และพยาบาลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพที่ตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
	ประเด็นที่ 2 เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนาการในอดีตและปัจจุบันยังไม่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	ให้สหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมสร้างคู่มือการดูแลและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดย 1. เภสัชกร - กำหนดเนื้อหาหายาที่ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ควรทราบ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน ยาที่มีข้อจำกัดในการใช้หรือห้ามใช้

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การจัดการความเสี่ยง	ประเด็น	การจัดการความเสี่ยงที่ควรเสริมสร้าง
		2. นักกายภาพบำบัด - กำหนดเนื้อหาการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของร่างกายและหัวใจดีขึ้น มีผลดีต่อหลอดเลือดแดงส่วนปลายและกล้ามเนื้อหัวใจ วิธีการตรวจสอบอาการและสัญญาณชีพระหว่างและหลังการออกกำลังกาย - สร้างคู่มือบันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเอง 3. นักโภชนาการ - กำหนดรายการและคำนวณแคลอรีอาหารที่สามารถรับประทานได้เพื่อควบคุมปริมาณเกลือโซเดียมและลดการกักเก็บน้ำ

		ซึ่งก่อให้เกิดภาวะน้ำเกิน - กำหนดรายการอาหารทดแทน เช่น ไม่ควรรับประทานเกลือเกิน 5 กรัมต่อวัน หรือ 1 ช้อนชาต่อวัน และไม่ควรรับประทาน โซเดียมเกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน ควร รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารมาก เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช เป็นต้น
ระยะที่ 4 การประเมินผล	ประเด็นที่ 1 แพทย์ขาด แนวทางปฏิบัติสำหรับการ ประเมินค่าการบีบตัวของ หัวใจ	แพทย์ประเมินการบีบตัวของหัวใจในผู้ป่วย ทุกรายทั้งตอนแรกรับและก่อนกลับบ้าน โดยมีแบบฟอร์มให้บันทึก
	ประเด็นที่ 2 พยาบาลขาด การประเมินและทบทวน ผลการพยาบาล	1. ติดตามผลของตัวชี้วัด และนำมา ทบทวน ประเมินผลการดูแล วิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลวซ้ำ

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การจัดการความเสี่ยง	ประเด็น	การจัดการความเสี่ยงที่ควรเสริมสร้าง
		2. ประเมินผลของการดำเนินงานของแต่ละฝ่าย ทบทวนปรับปรุงแก้ไขการทำงาน ร่วมกันเป็นระยะ
	ประเด็นที่ 3 เภสัชกร นัก กายภาพบำบัดและนัก โภชนาการ ยังไม่เคยมีการ ประเมินผลการให้ คำแนะนำ	1. เภสัชกร ประเมินความครบถ้วนของ การได้รับยาและอาการที่เกิดจากผลข้างเคียง ของยา 2. นักกายภาพบำบัด ประเมินผลการ บันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเองของ ผู้ป่วย 3. นักโภชนาการ ประเมินลักษณะและปริมาณ อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน โดยกำหนด พลังงานให้ผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแล

		ได้รับทราบ
--	--	------------

จากปัจจัยเสี่ยงที่พบว่าเมื่อมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้านผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และผลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ทั้งที่มีนัยสำคัญและไม่มีนัยสำคัญ รวมทั้งผลการวิเคราะห์บทบาทของบุคลากรสุขภาพทั้งหมดมาเป็นข้อมูลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ตามลำดับต่อไป

4.4 การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และปัจจัยด้านการปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพ พบว่าจุดเริ่มต้นของการพัฒนารูปแบบควรอยู่ที่สถาบันหัวใจ ซึ่งเป็นแผนกผู้ป่วยนอกเนื่องจากเป็นจุดแรกที่ทำให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และต้องส่งต่อตลอดจนรับข้อมูลจากหอผู้ป่วย ชั้น 14 เพื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเริ่มจากการนำเสนอปัจจัยเสี่ยงที่พบทั้งหมดผ่านการประชุมกลุ่มให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ เพื่อยืนยันปัจจัยเสี่ยง จัดลำดับความสำคัญ ค้นหาวิธีจัดการปัจจัยเสี่ยง และประเมินผลกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงนั้น ผู้วิจัยจะทำหน้าที่ประสานงาน และกระตุ้นให้การดำเนินการจัดการความเสี่ยงเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ตามที่แต่ละฝ่ายร่วมกันกำหนด โดยใช้การประชุมกลุ่มใหญ่ 1 ครั้ง และกลุ่มย่อย 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งของการประชุมสมาชิกประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล แพทย์อายุรกรรมหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ในการประชุมจะเน้นการสร้างความตระหนักในบทบาทของผู้เกี่ยวข้องที่จัดการความเสี่ยงได้ดียิ่งแล้ว และส่วนที่ยังไม่มีการเชื่อมประสานระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เน้นการร่วมกันออกแบบวิธีการหรือรูปแบบการปฏิบัติงานที่สามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการประเมินหรือวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงนั้น วิธีจัดการกับปัจจัยเสี่ยง และการประเมินผลหลังดำเนินการกับปัจจัยเสี่ยงร่วมกันว่าสามารถปรับเปลี่ยนและลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้หรือไม่อย่างไร สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว/ผู้ดูแลจะเน้นเป็นพิเศษถึงปัจจัยเฉพาะบุคคลที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การวิเคราะห์และจัดการกับปัจจัยเสี่ยงนั้น การดูแลตนเองที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันเมื่ออยู่ที่บ้าน ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพจะให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการส่งต่อข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วยไปยังสถาบันหัวใจและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล การโทรศัพท์เยี่ยมหลังผู้ป่วยถูกจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาล และการเยี่ยมบ้าน และเมื่อกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมดูแลเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำกลายเป็นการปฏิบัติปกติที่ชัดเจนและบุคลากรสุขภาพจัดการความเสี่ยงตามบทบาทหน้าที่ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงจะประเมินผลลัพธ์ 2 ส่วน ส่วนของผู้ป่วย ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนของครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วย การรับรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการพัฒนาได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง

ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน เป็นระยะของการเสนอข้อมูลปัจจัยเสี่ยงทั้งที่มีนัยสำคัญ และไม่มีนัยสำคัญต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด โดยการประชุมกลุ่มย่อยและประชุมร่วมแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ วัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ปัญหาาร่วมกันเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอ อุดบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่เพิ่มขึ้น ผลการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่มีนัยสำคัญ คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีนัยสำคัญ คือ อายุ เพศ การอาศัยอยู่กับ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่วนด้านครอบครัว/ผู้ดูแล ปัจจัยเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีนัยสำคัญ คือ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีนัยสำคัญ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ให้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ทราบแนวโน้มของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการประชุมกลุ่มร่วมกัน โดยนำเสนอให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล แพทย์อายุรกรรมหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ได้รับความทราบ

1.2 ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพิ่มเติม พบว่าสาเหตุเพิ่มเติม มีทั้งสาเหตุจากผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ดังนี้

- สาเหตุจากผู้ป่วยที่เพิ่มเติมประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม คือ ไม่สามารถควบคุมอาหารเค็มและปริมาณน้ำดื่มได้ บางครั้งมีการปรับยาที่รับประทานเอง และไม่สามารถสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเริ่มแรกได้

- สาเหตุจากครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วย การไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและไม่ได้มีส่วนร่วมในแผนการรักษาของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย

พร้อมกันนี้ผู้วิจัยโน้มน้าวให้แต่ละส่วนเห็นว่าแต่ละปัจจัยที่พบมีผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้อย่างไร ตามลำดับความสำคัญของปัจจัยที่พบเหล่านั้น

1.3 ผู้วิจัยกระตุ้นและสะท้อนคิดเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องวิเคราะห์ความสำคัญของบทบาทหน้าที่ตนเองในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยโดยเน้นว่าผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมจัดการความเสี่ยงกับทีมบุคลากรสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ครอบครัว/ผู้ดูแลควรเข้าร่วมกิจกรรมจัดการความเสี่ยงกับทีมบุคลากรสุขภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น แพทย์ควรเป็นที่ปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและตรวจการทำงานของหัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อนในผู้ป่วยทุกราย พยาบาลควรวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับทุกครั้ง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เน้นเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนรักษาและคำแนะนำต่างๆด้วยความมั่นใจอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งต่อข้อมูลการดูแลไปยังสถาบันหัวใจและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเพื่อติดตามเป็นระยะ เกสซิกควรเป็นที่ปรึกษาเรื่องยา จัดทำคู่มือการรับประทานยา มอบให้ผู้ป่วยติดตัวกลับไปและนำมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง พร้อมยาเดิม นักกายภาพบำบัดควรให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดทำคู่มือบันทึกการออกกำลังกาย และนักโภชนาการควรกำหนดรายการและคำนวณจำนวนเกลือโซเดียมในแต่ละวันที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ จัดทำคู่มือและแบบฟอร์มให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลบันทึกรายการและเครื่องปรุงอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานใน แต่ละวัน

หลังจากนั้นผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวข้องร่วมกันค้นหาจุดเริ่มต้นของการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านพบว่าคือ พยาบาลวิชาชีพที่ตึกอายุรกรรมหัวใจชั้น 14 เนื่องจากใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลมากที่สุดรวมทั้งเป็นหน่วยงานแรกที่ดูแลผู้ป่วย ต่อมา คือ อายุรแพทย์โรคหัวใจเพราะต้องเป็น ผู้วินิจฉัยและให้การรักษาโดยตรง พยาบาลประจำสถาบันหัวใจเพราะต้องติดตามเมื่อผู้ป่วยครบนัดและพยาบาลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเพราะต้องติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงที่บ้าน

ส่วนจุดเริ่มต้นสำหรับผู้ป่วย คือ การประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ จุดเริ่มต้นของครอบครัว/ผู้ดูแล คือ การประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยและพฤติกรรมป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เพื่อนำปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ที่ได้มาพัฒนารูปแบบจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

เมื่อผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ร่วมกันว่ามีปัจจัยเสี่ยงใดบ้างที่สามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ การดำเนินงานในระยะต่อไป คือ การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อค้นหาโอกาสเกิดความเสี่ยงหรือความสูญเสียจากความเสี่ยงที่ค้นหาได้

ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงและวิธีจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน ประกอบด้วย การโน้มน้าวให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดกำหนดกิจกรรมที่ตนเองต้องการปฏิบัติ กิจกรรมที่ผู้เกี่ยวข้องอื่นควรปฏิบัติและกิจกรรมที่ควรดำเนินการร่วมกัน โดยเริ่มจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งเป็นผู้วิจัยยังคงนำเสนอปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพื่อยืนยันถึงปัญหาที่พบ เน้นการทบทวนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แต่ละฝ่ายควรปฏิบัติเพื่อจัดการสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ อธิบายความสำคัญของการทำงานเป็นทีมที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ช่วยผู้ป่วยให้สามารถค้นหาและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ และกำหนดวิธีปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการที่จะค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ			
	การค้นหาความเสี่ยง	การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	การประเมินผล
แพทย์	บันทึกผลการค้นหา สาเหตุต่าง ๆ ลงในแบบฟอร์ม การประเมินปัจจัยเสี่ยง และ ชักประวัติ ตั้งแต่แรกรับ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น	บันทึกระดับความรุนแรง ระดับ 2 ระดับ 3 ของภาวะหัวใจล้มเหลวในแบบฟอร์ม การประเมินปัจจัยเสี่ยง และ ชักประวัติตั้งแต่แรกรับ	เป็นที่ปรึกษาให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะเรื่องการรักษา และการวินิจฉัยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	ตรวจการทำงานของหัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกราย เมื่อแรกรับและก่อนกลับบ้าน
พยาบาลวิชาชีพ	บันทึกผลการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ลงในแบบฟอร์ม การประเมินปัจจัยเสี่ยง และชักประวัติ ตั้งแต่แรกรับ	บันทึกปัจจัยเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลของครอบครัว/ผู้ดูแล เป็นต้น ลงในแบบฟอร์ม การประเมินปัจจัยเสี่ยงและ ชักประวัติตั้งแต่แรกรับ	<ol style="list-style-type: none"> วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับทุกครั้ง ให้ความรู้การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำโดยภาพพลิกที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย ให้คำแนะนำการใช้คู่มือ สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล เช่น การสังเกตอาการเหนื่อย บวม การชั่งน้ำหนักทุกวัน การควบคุม 	ติดตามผลของตัวชี้วัด และ นำมาทบทวน ประเมินผล การดูแล ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

			ปริมาณอาหารที่มีเกลือโซเดียม	
--	--	--	------------------------------	--

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ			
	การค้นหาความเสี่ยง	การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง	การจัดการ ความเสี่ยง	การประเมินผล
			<p>4. ส่งต่อข้อมูลการดูแลไปยังสถาบันหัวใจ และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเพื่อติดตามอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5. โทรศัพท์เยี่ยมบ้านที่เน้นติดตามอาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในวันที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน</p>	
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	บันทึกผลการค้นหาปัจจัยเสี่ยงตามลำดับความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำลงในแบบฟอร์ม การประเมิน	บันทึกข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำตามลำดับความสำคัญ ลงในแบบฟอร์มการประเมินปัจจัยเสี่ยง และ ชักประวัติตั้งแต่แรกรับ เสนอ	<p>1. ส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ</p>	ประเมินผลของการดำเนินงานของแต่ละฝ่าย ร่วมกันในการจัดการความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อป้องกันภาวะหัวใจ

	ปัจจัยเสี่ยงและช้กประวัติ ตั้งแต่ แรกรับ เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น	ให้ผู้มีส่วนร่วมแต่ละฝ่ายเห็น ความสำคัญ เพื่อวางแผนจัดการ ความเสี่ยง	ผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนป้องกัน การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 2. เชื่อมประสานผู้มีส่วน เกี่ยวข้องให้เยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียง ก่อนกลับบ้าน	ล้มเหลวซ้ำ ถ้าปฏิบัติตาม แผนแล้วความเสี่ยงยังไม่ ลดลง ต้องมีการทบทวน ปรับปรุงแก้ไขใหม่ร่วมกัน
--	--	--	--	--

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ			
	การค้นหาความเสี่ยง	การประเมินหรือวิเคราะห์ ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	การประเมินผล
			3. เน้นเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตาม ขั้นตอนรักษาได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน 4. เยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 ของ เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาลเพื่อติดตามประเมินผล การดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ	
เภสัชกร	บันทึกผลการช้กประวัติการ	บันทึกความรุนแรงของภาวะ	1. เป็นที่ปรึกษาเรื่องยากลุ่มช่วย	ประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย

	ไข้ยาของผู้ป่วยที่อาจมีส่วนทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซ้ำลงในแบบฟอร์มการประเมินปัจจัยเสี่ยงและ ชัก ประวัติตั้งแต่แรกรับ	หัวใจล้มเหลวและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา	การบีบตัวของหัวใจ ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน และยาที่มีข้อจำกัดในการใช้หรือห้ามใช้	ครอบครัว/ผู้ดูแลตามที่ได้ให้คำแนะนำในครั้งก่อน
--	--	---	---	--

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ			
	การค้นหาความเสี่ยง	การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	การประเมินผล
			2. ให้คำแนะนำการสังเกตผลข้างเคียงของยา และอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มองเห็นภาพผิดปกติ ใจสั่น ปัสสาวะมากกว่าปกติ เป็นตะคริว มึนงง เวียนศีรษะ เป็นต้น แก่ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล 3. จัดทำคู่มือการรับประทานยา และรายการยาให้ผู้ป่วยติดตัวกลับไป	

			และนำมาโรงพยาบาลทุกครั้งพร้อมยาเดิมเพื่อการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง	
--	--	--	--	--

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ			
	การค้นหาความเสี่ยง	การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	การประเมินผล
นักกายภาพบำบัด	บันทึกผลการซักประวัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาลที่อาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำลงในแบบฟอร์มการประเมินปัจจัยเสี่ยงและ ซักประวัติตั้งแต่แรกรับ	บันทึกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวลงในแบบฟอร์มและปัจจัยเสี่ยงด้านกิจกรรมทางกาย	1. ให้คำแนะนำการออกกำลังกายประเภทแอโรบิก สำหรับผู้ป่วย เฉพาะราย และวิธีตรวจสอบอาการและสัญญาณชีพก่อนการออกกำลังกาย เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาที เป็นต้น และกิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การถีบจักรยานอยู่กับที่ การเดิน ระยะเวลา 10-60 นาทีต่อครั้ง ความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ 2. สร้างคู่มือบันทึกการออกกำลังกาย ประกอบด้วยกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกาย อัตราการหายใจและอัตราการเต้น	ประเมินผลผู้ป่วยครอบครัว/ผู้ดูแลว่าสามารถปฏิบัติตามที่ได้ให้คำแนะนำในครั้งก่อนหรือไม่ เพียงใด

			ของหัวใจก่อนการออกกำลังกาย และอาการ ที่เกิดขึ้นระหว่าง การออกกำลังกาย เป็นต้น	
--	--	--	--	--

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ			
	การค้นหาความเสี่ยง	การประเมินหรือวิเคราะห์ ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	การประเมินผล
นักโภชนาการ	บันทึกผลการซักประวัติ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร ของผู้ป่วยก่อนมา โรงพยาบาลที่อาจมีส่วนทำ ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลวซ้ำลงในแบบฟอร์ม การประเมินปัจจัยเสี่ยงและ ซักประวัติ ตั้งแต่แรกรับ	บันทึกความรุนแรงของภาวะ หัวใจล้มเหลวลงในแบบฟอร์ม และปัจจัยเสี่ยงด้านการ รับประทานอาหาร	1. กำหนดรายการและคำนวณ แคลอรีอาหารให้ผู้ป่วยเฉพาะราย 2. คำนวณจำนวนเกลือโซเดียมในแต่ละ วันที่ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถรับประทานได้ 3. จัดทำคู่มือและแบบฟอร์มให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล บันทึกรายการและ เครื่องปรุงอาหารที่รับประทาน	ประเมินผลการปฏิบัติตาม คำแนะนำในครั้งก่อนและ ตรวจสอบความถูกต้องของ การบันทึกรายการอาหารที่ รับประทาน
ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว	ร่วมค้นหาสาเหตุที่อาจทำ ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซ้ำและบันทึกลงในคู่มือการ	ร่วมประเมินและจัดลำดับ ความสำคัญสาเหตุที่อาจทำให้ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำลง	1. เข้าร่วมกิจกรรมจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านกับ ทีมบุคลากรสุขภาพ	ประเมินผลการปฏิบัติของ ตนเองและอาการที่อาจ นำมาซึ่งภาวะหัวใจ

	ปฏิบัติตัว	ในคู่มือการปฏิบัติตัว	2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหารและปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยา การชั่งน้ำหนัก การออกกำลังกาย การสังเกตอาการนำของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	ล้มเหลวซ้ำ
--	------------	-----------------------	--	------------

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ			
	การค้นหาความเสี่ยง	การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	การประเมินผล
			3. แจ้งผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้บุคลากรสุขภาพทราบเป็นระยะโดยบันทึกไว้ในคู่มือ	
ครอบครัว/ผู้ดูแล	ร่วมค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำและตรวจสอบการบันทึกของผู้ป่วยในคู่มือการปฏิบัติตัว	ร่วมประเมินและจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	1. เข้าร่วมกิจกรรมจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านกับผู้ป่วยและทีมบุคลากรสุขภาพ 2. สนับสนุน ติดตาม กำกับ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด พร้อมตรวจสอบผลการบันทึกในคู่มือ	ประเมินการมีส่วนร่วมของตนเองในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านให้แก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยง โดยผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

ในระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 7 เดือน เป็นระยะของการลงมือปฏิบัติตามบทบาทใหม่ที่ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพร่วมกันกำหนดเพื่อป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ดังนี้

ตารางที่ 16 การปฏิบัติจัดการความเสี่ยงตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของแต่ละฝ่าย

ผู้เกี่ยวข้อง	การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	การปฏิบัติขณะผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล	การติดต่อประสานงาน	การติดตามผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยง
แพทย์อายุรกรรมหัวใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหัวใจขาดเลือด 2. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว 3. ตรวจเอกซเรย์ปอด ตรวจการทำงานของหัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อนซีกประวัตติและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำตามลำดับความสำคัญ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดแผนการรักษาเฉพาะราย 2. ประเมินการเปลี่ยนแปลงภายหลังให้การรักษา 	ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องการรักษา และระบุการวินิจฉัยสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว - จำนวนปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ผู้เกี่ยวข้อง	การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	การปฏิบัติขณะผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล	การติดต่อประสานงาน	การติดตามผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยง
<p>พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน</p>	<p>1. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงตามลำดับความสำคัญที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ</p> <p>2. เชื่อมประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัจจัยเสี่ยง</p>	<p>1. ร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลสร้าง</p> <p>1.1 แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ประกอบด้วยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ การจัดการปัจจัยเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องถึงที่บ้าน</p>	<p>1. ประสานงานให้</p> <p>1.1 แพทย์เป็นที่ปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและตรวจการทำงานของหัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อนในผู้ป่วยทุกรายขณะนอนในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน</p> <p>1.2 เกสซิกเกอร์ เป็นที่ปรึกษาเรื่องการบริหารยา กลุ่มช่วยการบีบตัวของหัวใจ ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด และจัดทำรายละเอียดการรับประทานยาในคู่มือ</p>	<p>1. การใช้คู่มือและภาพพลิกที่สร้างขึ้น การรักษาและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน</p> <p>2. แนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม</p>

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ผู้เกี่ยวข้อง	การประเมินผู้ป่วย เมื่อแรกรับ	การปฏิบัติขณะผู้ป่วย นอนอยู่ในโรงพยาบาล	การติดต่อประสานงาน	การติดตามผลลัพธ์ของ การจัดการความเสี่ยง
		<p>1.2 สร้างคู่มือการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล</p> <p>1.3 สร้างภาพพลิกให้ความรู้ การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยใช้ภาพและภาษาที่เข้าใจง่าย</p> <p>2. ส่งเสริมพยาบาลใน การใช้ แนวปฏิบัติ คู่มือและภาพพลิก</p>	<p>1.3 นักโภชนาการ กำหนดรายการ และคำนวณแคลอรีอาหารที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถรับประทานได้ คำนวณจำนวนเกลือโซเดียมที่ผู้ป่วย ได้รับในแต่ละวัน โนม่น้ำวให้ใช้คู่มือและ ติดตามการสอน วิธีบันทึกรายการและ เครื่องปรุงอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน</p> <p>1.4 นักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำ การออกกำลังกายประเภท แอโรบิก สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย สอนวิธี ตรวจสอบอาการและสัญญาณชีพก่อน การออกกำลังกาย จัดทำรายละเอียด การบันทึกการออกกำลังกายในคู่มือ</p>	

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ผู้เกี่ยวข้อง	การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	การปฏิบัติขณะผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล	การติดต่อประสานงาน	การติดตามผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยง
<p>พยาบาลวิชาชีพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจร่างกายของระบบหัวใจและหลอดเลือดและซักประวัติปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 2. ซักประวัติสาเหตุที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล 3. จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่พบ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการหอบเหนื่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลง สัญญาณชีพ บวม 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่พบ 3. ให้การดูแลเรื่องการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานแพทย์ให้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและตรวจการทำงานของหัวใจโดยวัดเสียงสะท้อนขณะผู้ป่วยนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้านทุกราย 2. ประสานเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยาและจัดทำรายละเอียดการให้คำแนะนำการใช้ยาในคู่มือปฏิบัติตัว 3. ประสานนักกายภาพบำบัด ให้ความรู้เรื่องออกกำลังกายและจัดทำรายละเอียดการบันทึกการออกกำลังกายในคู่มือ 	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน - คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ผู้เกี่ยวข้อง	การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	การปฏิบัติขณะผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล	การติดต่อประสานงาน	การติดตามผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยง
	<p>4. กำหนดกิจกรรมการพยาบาลระหว่างการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>5. วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ตั้งแต่แรกรับ</p>		<p>4. ประสานนักโภชนาการให้ความรู้เรื่องการรักษาอาหารและจัดทำรายละเอียดการบันทึกการรับประทานอาหารในคู่มือ</p> <p>5. ประสานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพให้ติดตามอาการหอบเหนื่อย บวม การควบคุมอาหารและปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยา การชั่งน้ำหนัก การออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ตามนัด และแจ้งสถาบันหัวใจทราบเป็นระยะ</p> <p>6. โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมวันที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน ส่วนสัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสอบถามอาการนำของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ การปฏิบัติตัวเรื่องอาหารและปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยา การชั่งน้ำหนักและการออกกำลังกาย</p>	

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ผู้เกี่ยวข้อง	การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	การปฏิบัติขณะผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล	การติดต่อประสานงาน	การติดตามผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยง
			7. ประสานให้สหสาขาวิชาชีพ ทบทวนปัจจัยเสี่ยงที่ประเมินได้ว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่และกำหนดวิธีลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม	
เภสัชกร	ประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการรับประทานยากลุ่มช่วยการบีบตัวของหัวใจ ยาขับปัสสาวะ และยาขยายหลอดเลือด	ซักประวัติการใช้ยาที่มีส่วนให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	ประสานงานกับแพทย์อายุรกรรมหัวใจและพยาบาลวิชาชีพในการจัดทำรายละเอียดการรับประทานยาในคู่มือ และรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานมอบให้ผู้ป่วยติดตัวกลับไปและนำมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งพร้อมยาเดิมเพื่อการใช้อย่างต่อเนื่อง	- รายละเอียดการบันทึกการรับประทานอาหารและรายการยาในคู่มือ
นักกายภาพบำบัด	ซักประวัติและประเมินปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องจากการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสม	ประสานงานกับแพทย์อายุรกรรมหัวใจและพยาบาลวิชาชีพในการจัดทำรายละเอียดของการบันทึกการออกกำลังกาย	- รายละเอียดของคำแนะนำและการบันทึกการออกกำลังกายในคู่มือ

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ผู้เกี่ยวข้อง	การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	การปฏิบัติขณะผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล	การติดต่อประสานงาน	การติดตามผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยง
			<p>ในคู่มือ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย ระยะเวลาของการออกกำลังกาย อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนออกกำลังกาย และอาการที่เกิดขึ้นระหว่างออกกำลังกาย เป็นต้น</p>	
<p>นักโภชนาการ</p>	<p>ซักประวัติและประเมินปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจากการรับประทานอาหารที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว</p>	<p>ประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อจัดรายการอาหารให้เหมาะสม</p>	<p>ประสานงานกับแพทย์อายุรกรรมหัวใจ และพยาบาลวิชาชีพในการจัดทำรายละเอียดของรายการและเครื่องปรุงอาหารในคู่มือที่ผู้ป่วยรับประทาน วิธีการคำนวณแคลอรีอาหารและจำนวนเกลือโซเดียมในแต่ละวัน</p>	<p>- รายละเอียดของคำแนะนำและการบันทึกลักษณะและปริมาณอาหาร รวมทั้งจำนวนแคลอรีในคู่มือ</p>

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายภายหลังจากที่ร่วมกันจัดการปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เป็นการนำผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพมาทบทวนตนเองว่ามี การปฏิบัติเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอย่างน้อยเพียงใด ผลการติดตามมีดังนี้

ตารางที่ 17 การติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยงตามตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่าย

เรื่องที่ติดตาม	ผลลัพธ์จากการติดตาม
1. อุบัติการณ์การเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admitted) ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว	ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2556 ถึงเดือน มีนาคม 2557 ไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ
2. การใช้แนวปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านของบุคลากรสุขภาพ	พยาบาลวิชาชีพ เกสัชกร นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด มีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่แรกรับระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้าน
3. การใช้คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	ผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแลทุกรายใช้คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยาและการออกกำลังกาย และนำติดตัวมาโรงพยาบาลทุกครั้งเพื่อรายงานการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้น
4. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำดื่ม การชั่งน้ำหนัก การออกกำลังกาย การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามขั้นตอนการรักษา และดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับด้วยความมั่นใจมากขึ้นเป็นลำดับ

ตารางที่ 17 (ต่อ)

เรื่องที่ติดตาม	ผลลัพธ์จากการติดตาม
5. การตรวจการทำงานของหัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกรายขณะผู้ป่วยเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน	การบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้นก่อนกลับบ้านทุกราย
6. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว	ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น

จากกระบวนการพัฒนาทั้ง 4 ขั้นตอน สามารถสรุปเป็นแผนภาพการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 4 รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน



4.5 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนา รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน

ผู้วิจัยประเมินผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาปรากฏผล ดังนี้

4.5.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

จากตารางที่ 18 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 3.11 ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนารูปแบบ 3.33 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญด้วยเช่นกัน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา รูปแบบ ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 3.74 ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนารูปแบบ 4.61 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา รูปแบบ ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 2.48 ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนารูปแบบ 2.05

ตารางที่ 18 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเปรียบเทียบกับก่อน และหลังการพัฒนา รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

การรับรู้โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	คะแนนเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	3.74	4.61	0.38	0.35	- 8.94	0.00
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	2.48	2.05	0.47	0.35	4.29	0.00
รวม	3.11	3.33	0.29	0.24	- 2.87	0.00

* P-value < 0.05

2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากตารางที่ 19 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนาแบบ 3.43 ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนาแบบ 4.49

ตารางที่ 19 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	3.43	4.49	0.59	0.39	- 8.72	0.00

* P-value < 0.05

3) การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว

จากตารางที่ 20 พบว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญ น้ำหนักตัวก่อนพัฒนาแบบ 54.84, น้ำหนักตัวหลังพัฒนาแบบ = 53.20 ปรากฏผล ดังนี้

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

ภาวะสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
น้ำหนักตัว	54.84	53.20	4.85	4.60	7.79	0.00

* P-value < 0.05

4.5.2 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยด้านครอบครัว/ผู้ดูแล

จากตารางที่ 21 พบว่า ครอบครัว/ผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 4.17, ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนารูปแบบ 4.95

ตารางที่ 21 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยด้านครอบครัว / ผู้ดูแลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

การรับรู้	คะแนนเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	4.17	4.95	0.46	0.14	-8.52	0.00

* P-value < 0.05

4.5.3 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล

จากตารางที่ 22 พบว่าครอบครัว/ผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยโดยรวมสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 3.75 ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนารูปแบบ 4.55 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้วยเช่นกันทั้งด้านการป้องกันโรค ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 3.71 ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนารูปแบบ 4.51 ด้านการรักษาพยาบาล ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 3.91 ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนารูปแบบ 4.70 และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 3.62 ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนารูปแบบ 4.45

ตารางที่ 22 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วย ด้านครอบครัว/ผู้ดูแลเปรียบเทียบก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

พฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	คะแนนเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
ด้านการป้องกันโรค	3.71	4.51	0.55	0.21	-7.43	0.00
ด้านการรักษาพยาบาล	3.91	4.70	0.64	0.14	-6.93	0.00
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	3.62	4.45	0.52	0.26	-9.11	0.00
รวม	3.75	4.55	0.48	0.15	-9.45	0.00

* P-value <0.05

4.5.4 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ผู้วิจัยสัมภาษณ์แพทย์อายุรกรรมหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนากร และนักกายภาพบำบัด แล้ววิเคราะห์เชิงเนื้อหาอีกครั้ง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ ดังนี้

- มีการแนวทางการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอย่างเป็นรูปธรรม เริ่มต้นด้วยการประเมินและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก ถึงแผนกผู้ป่วยในชั้น 14 และส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษา มีการให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากสหวิชาชีพ ต่อเนื่องไปที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เกิดคุณค่าในการให้บริการของแต่ละบทบาทหน้าที่ ซึ่งสะท้อนจากคำบอกเล่าดังนี้

“...แนวทางที่พัฒนาขึ้นในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมขึ้นมาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลแบบครบวงจรนะ ต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมารับบริการ อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน...” I09_100157

“...ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่แรกรับ จน

กลับบ้าน และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถค้นหาปัญหาและจัดการในการวางแผนการพยาบาลได้ตาม ปัญหาที่พบ จากการประเมินที่ครบถ้วน...” I10_100157

“...ผู้ให้บริการมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น มีส่วนร่วมในการ ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์แบบมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและรักษา โดยมีรูปแบบที่เป็นรูปธรรมและสหสาขามีส่วน ร่วมในการดูแล...” I11_100157

“...แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ทําขึ้นมองว่ามี ประโยชน์ และเป็นรูปธรรมนะ ในการหาปัจจัยเสี่ยงว่าอะไร คือ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ สาเหตุอะไรที่เป็นอันดับ แรก ๆ ที่ทำให้เกิด เมื่อรู้แล้วก็แก้ไขปัญหานั้นก่อนเลยเป็นการแก้ไข ที่ถูกต้อง เมื่อก่อนไม่ค่อยรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงพวกนี้เท่าไร เมื่อมี แนวทางที่ชัดเจนอย่างนี้ทําให้มองได้ง่ายขึ้นว่าอันไหนที่เป็นปัจจัยทั้ง ด้านคลินิกและด้านพฤติกรรมที่ทําให้ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล ทําให้ เรามีความรู้เพิ่มมากขึ้นด้วย...” 10, 11_100157

- มีการทำงานร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาลเภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และใช้คู่มือ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล จนเป็น การปฏิบัติที่เป็นปกติ ซึ่งสะท้อนจากคำบอกเล่าดังนี้

“...คู่มือที่ทําขึ้นถือว่ามีประโยชน์และเข้าใจง่ายที่ผู้ป่วย และ ครอบครัวสามารถนำไปใช้ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงที่บ้านได้ เพราะสร้างขึ้นโดยสหสาขา และตัวผู้ป่วยและครอบครัวเองในการ ช่วยกันร่วมคิดร่วมทํา เช่น ในส่วนของอาหารก็จะระบุไว้เลยอะไรที่ ทานได้ไม่ได้ เท่าไรยังไง การออกกำลังกายทําได้แค่ไหน ส่วนเรื่อง ยาต้องเฝ้าอาการอะไรที่สำคัญ เป็นต้น...” I01_110157

“...พี่ว่าคู่มือที่ช่วยกันสร้างขึ้น เป็นการสร้าง/เพิ่มความมั่นใจให้ ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อ

กลับไปอยู่ที่บ้านได้ ยิ่งถ้าผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญก็จะสามารถช่วยลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำกลับมาที่โรงพยาบาลได้นะ...” I02_110257

“...การที่ให้ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางโรงพยาบาลเราร่วมรับรู้ปัญหา ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ร่วมกันถือเป็นการดีนะ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันด้วยว่าจะร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างไร โดยมีการกำหนดบทบาทขึ้น เช่น เกสซ์ กายภาพ โภชนาการ ทำหน้าที่อะไรบ้างและตัวผู้ป่วยเองก็จะสามารถได้รับความรู้และคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเป็นด้าน ๆ ไป คือพูดง่าย ๆ แก้ปัญหาให้ตรงจุด และคู่มือที่ช่วยกันทำขึ้นร่วมกัน ระหว่างสหสาขา สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวดูแลตนเองได้เมื่ออยู่ที่บ้าน และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยถ้าไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเกิดขึ้น...”

I11_150157

- มีการติดตามเยี่ยมและประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องถึงที่บ้าน ซึ่งสะท้อนจากคำบอกเล่า ดังนี้

“...ในการติดตามการอาการผู้ป่วยต่อเนื่องถึงบ้าน ที่ผ่านมายังไม่เห็นมีการเยี่ยมถึงที่บ้านเพื่อดูว่าผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การกินอาหารการดื่มน้ำ เป็นต้น มีแต่การโทรเยี่ยมหลังกลับบ้านแล้ว 3 วัน แต่ตอนนี้ติดตามถึงบ้านจริง ๆ ซึ่งเป็นการดีที่ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ...” I20_221256

“...ที่ผ่านมายังไม่มีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านนะค่ะ ตอนนี้มีทั้งการโทรและตามเยี่ยมที่บ้านถือว่าดีเพราะจะได้ติดตามพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง...” I21_221256

- มีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีเป้าหมายเพื่อจำกัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่ชัดเจนและต่อเนื่องโดยแพทย์ ตรวจการทำงานของ

หัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อนและแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อประเมินอาการ และจัดลำดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวขณะผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ พยาบาลวิชาชีพ วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับ ให้คำแนะนำการใช้คู่มือสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน มีแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น และใช้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะ หัวใจล้มเหลวซ้ำที่ ซึ่งสะท้อนจากคำบอกเล่า ดังนี้

“...หลังเอาแนวปฏิบัติลงไปใช้ที่ OPD ผมพยายามตรวจการทำงาน ของหัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อน กำหนดระดับความรุนแรงของ ภาวะหัวใจล้มเหลว เกือบทุกรายนะ แต่จะยกเว้นในกรณีที่เคยตรวจ การทำงานของหัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อน ภายใน 3 เดือนยังไม่ ทำซ้ำเพราะยังสามารถใช้ผลเดิมได้...” I01_100157

“...แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น ทำให้บุคลากรสุขภาพวางแผนการจำหน่าย ร่วมกัน ทำงานเป็นทีมมากขึ้น สามารถให้บริการได้สมบูรณ์แบบมาก ขึ้นเพราะมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผลของ ทีมสหสาขา ร่วมกันในการดำเนินกิจกรรม...” I07_110157

“...แนวปฏิบัติที่ทำขึ้น ถ้าใช้อย่างต่อเนื่องและทุกคนให้ความร่วมมือ จะเป็นสิ่งที่ดีมากเลยเพราะเริ่มตั้งแต่สถาบันหัวใจแล้วขึ้นมาที่ตึกเรา จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่พบโดยมีสหสาขามาร่วมด้วยในการ จัดการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์และได้รับการแก้ไขปัญหาโดยตรง เมื่อกลับบ้านเราก็ติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันการเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้...” I06_110157

“...คู่มือที่ทำขึ้น และให้ผมกลับไปที่บ้านด้วยเป็นประโยชน์นะ เพราะมีให้ลงน้ำหนักในแต่ละวัน จำนวนน้ำที่กินได้ ในแต่ละวัน ตอนนี้มีผมชั่งน้ำหนักทุกวันเลย เหมือนเป็นเครื่องช่วยเตือนเราด้วยว่า ทำอะไรได้แค่ไหน ยังไงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดหัวใจล้มเหลว เกิดขึ้นนะ...” I24_160157

“...ตอนนี้ที่บ้านให้คนดูแล ทำกับข้าวให้อามาทาน เอาคู่มือที่ให้มา ประกอบได้นะว่าถ้าจะปรุงอาหารต้องอะไร ได้แค่ไหน เพราะในคู่มือ

มีรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารและเครื่องปรุงที่เค็มมาก เค็มน้อย ดินะ
ทำให้เรารู้และจะได้ใฝ่ระวังและย้ำคนทำกับข้าวให้อามาด้วย
เพราะอยู่โรงพยาบาลที่นี้ควบคุมอาหารให้และหมอให้ยาด้วย อาการ
เลยดี กลับบ้านลองคุมอาหารเหมือนโรงพยาบาลบ้าง...”

I25_160157

“...ผมรู้แล้วว่าตอนนี้ต้องปรับพฤติกรรมตัวเองยังไงเกี่ยวกับการดื่ม
น้ำกับชั่งน้ำหนักนี้แหละ ผมต้องควบคุมน้ำหนักและจำกัดน้ำเหมือน
ที่โรงพยาบาลให้ทำ โดยใช้คู่มือที่คุณสอนนี้แหละ และตอนกลับมา
ตามที่หมอนัดผมจะเอามาให้คุณดูว่าผมสามารถควบคุมน้ำหนักได้
...” I26_170157

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มารับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 30 คน กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ ครอบครัว / ผู้ดูแล แพทย์อายุรกรรมหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด จำนวนทั้งหมด 37 คน

วิเคราะห์ลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้วยสถิติ T-test ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัย ด้านครอบครัว/ผู้ดูแล ที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป หลังพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านด้วยสถิติ Paired t-test และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบุคลากรสุขภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วย

ผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 80 – 89 ปี สถานภาพสมรสหม้าย การศึกษาโดยมากจบชั้นประถมศึกษา เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน และไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเฉย ๆ ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง แต่มีเพียงพอและเหลือเก็บ ชำระค่าใช้จ่ายเองและอาศัยอยู่กับบุตร มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว และยาที่ได้รับเป็นยาขับปัสสาวะเป็นส่วนใหญ่

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) การควบคุมน้ำดื่ม 2) การควบคุมอาหารรสเค็ม 3) การรับประทานยา 4) การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะแรก และ 5) การจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานยาได้ถูกต้องและครบตามแพทย์สั่ง และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยคือการชั่งน้ำหนักตัวทุกวันเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน

การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

5.1.2 ลักษณะทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ครอบครัว/ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี เพศหญิง สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป มีอาชีพค้าขาย และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด

การรับรู้ของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พบว่า รับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบไปด้วย

- 1) ด้านการป้องกัน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาได้ถูกต้องและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ไม่เคยหยุดยาผู้ป่วยเองเมื่อผู้ป่วยมีอาการบวมหรือหอบเหนื่อย และเมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม ปัสสาวะออกน้อยลงจะรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันทีและพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย คือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้ซึ้งน้ำหนักตัวทุกวัน
- 2) ด้านการรักษาพยาบาล พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ และพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย คือ รู้ผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่
- 3) ด้านส่งเสริมสุขภาพ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย และพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย คือ ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การถีบจักรยาน ประมาณ 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง หรือตามแพทย์สั่ง

5.1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจซ้ำ ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะงาน การอยู่อาศัย รายได้และความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล เป็นโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคประจำตัวอื่น ๆ ก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มยาที่ได้รับในปัจจุบัน

ปัจจัยด้านครอบครัว/ผู้ดูแลที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มี

นัยสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของ รายได้ และความเกี่ยวข้องของครอบครัว/ผู้ดูแลกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พบว่า สหสาขาวิชาชีพ ตรวจรักษาและให้คำแนะนำการรับประทานยา รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนปกติ โดยยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสืบค้นสิ่งที่จะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการจัดลำดับของ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ แพทย์ขาดการบันทึกการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและขาดแนวทางปฏิบัติสำหรับการประเมินค่าการบีบตัวของ หัวใจทุกราย มีการให้การพยาบาลตามอาการและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายแบบทั่วไป และยังไม่มีการติดตามผู้ป่วยอย่างชัดเจน เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนาการในอดีตและ ปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ แพทย์ พยาบาลขาดการประเมินและทบทวนผลการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพไม่มีส่วน ร่วมในการให้บริการแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

5.1.4 การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกัน โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ สามารถแบ่งกระบวนการพัฒนาได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง

ผู้วิจัยเป็นผู้เริ่มนำเสนอข้อมูลปัจจัยเสี่ยงทั้งที่มีนัยสำคัญ และไม่มีนัยสำคัญต่อโอกาสเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด โดยการประชุมกลุ่มย่อยและประชุมร่วมแบบเป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ วัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ปัญหาร่วมกันเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซ้ำและกระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลวซ้ำเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยโน้มน้าวให้แต่ละส่วนเห็นความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่มี นัยสำคัญต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำกระตุ้นและสะท้อนคิดให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องวิเคราะห์บทบาท หน้าที่ของตนเองในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงและวิธี จัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งเป็นผู้วิจัยยังคงนำเสนอปัจจัย สาเหตุที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเพื่อยืนยันถึงปัญหาที่พบ นำเสนอบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ พร้อมให้ทุกฝ่ายนำเสนอความต้องการและความคาดหวังของตนให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เน้นการทบทวนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แต่ละฝ่ายควรปฏิบัติเพื่อจัดการสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ อธิบายความสำคัญของการทำงานเป็นทีมที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ช่วยผู้ป่วยให้สามารถค้นหาและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และกำหนดวิธีปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการที่จะค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) แพทย์ บันทึกระดับความรุนแรง ระดับ 2 ระดับ 3 ของภาวะหัวใจล้มเหลวในรูปแบบฟอร์มการประเมินปัจจัยเสี่ยงและ ชักประวัติตั้งแต่แรกรับ เป็นที่ปรึกษาให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะเรื่อง การรักษาและการวินิจฉัยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

2) พยาบาลวิชาชีพ บันทึกปัจจัยเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลของครอบครัว/ผู้ดูแล เป็นต้น ลงในแบบฟอร์มการประเมินปัจจัยเสี่ยงและ ชักประวัติตั้งแต่แรกรับ วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับทุกครั้งให้ความรู้การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำโดยภาพพลิกที่ใช้ภาษาเข้าใจง่ายให้คำแนะนำการใช้คู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล เช่น การสังเกตอาการเหนื่อย บวม การชั่งน้ำหนักทุกวัน การควบคุมปริมาณอาหารที่มีเกลือโซเดียม ส่งต่อข้อมูลการดูแลไปยังสถาบันหัวใจ และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเพื่อติดตามอย่างต่อเนื่อง โทรศัพท์เยี่ยมบ้านที่เน้นติดตามอาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในวันที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน

3) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บันทึกข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำตามลำดับความสำคัญ ลงในแบบฟอร์มการประเมินปัจจัยเสี่ยงและ ชักประวัติตั้งแต่แรกรับ เสนอให้ผู้มีส่วนร่วมแต่ละฝ่ายเห็นความสำคัญ เพื่อวางแผนจัดการความเสี่ยง ส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนป้องกัน การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเชื่อมประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้เยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียงก่อนกลับบ้าน เน้นเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนรักษาได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน เยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อติดตามประเมินผลการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ

4) เกสัชกร บันทึกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา เป็นที่ปรึกษาเรื่องยากลุ่มช่วยการบีบตัวของหัวใจ ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด ยาที่มีปฏิกริยาต่อกัน และยาที่มีข้อจำกัดในการใช้หรือห้ามใช้ ให้คำแนะนำการสังเกตผลข้างเคียงของ

ยา และอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มองเห็นภาพผิดปกติ ใจสั่น ปัสสาวะมากกว่าปกติ เป็นตะคริว มีนงง เวียนศีรษะ เป็นต้น แก่ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล จัดทำคู่มือ การรับประทานยา และรายการยาให้ผู้ป่วยติดตัวกลับไปและนำมาโรงพยาบาลทุกครั้งพร้อมยาเดิม เพื่อการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

5) นักกายภาพบำบัด บันทึกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวลงในแบบฟอร์มและปัจจัยเสี่ยงด้านกิจกรรมทางกาย ให้คำแนะนำการออกกำลังกายประเภท แอโรบิก สำหรับผู้ป่วย เฉพาะราย และวิธีตรวจสอบอาการและสัญญาณชีพก่อนการออกกำลังกาย เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาที เป็นต้น และกิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น การถีบจักรยานอยู่กับที่ การเดิน ระยะเวลา 10-60 นาทีต่อครั้ง ความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ สร้างคู่มือบันทึกการออกกำลังกายประกอบด้วยกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ออกกำลังกาย อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจก่อนการออกกำลังกาย และอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกาย เป็นต้น

6) นักโภชนาการ บันทึกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวลงในแบบฟอร์มและปัจจัยเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร กำหนดรายการและจำนวนแคลอรีอาหารให้ผู้ป่วยเฉพาะราย จำนวนเกลือโซเดียมในแต่ละวันที่ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถรับประทานได้ จัดทำคู่มือและแบบฟอร์มให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล บันทึกรายการและเครื่องปรุงอาหารที่รับประทาน

7) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมประเมินและจัดลำดับความสำคัญสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำลงในคู่มือการปฏิบัติตัว

8) ครอบครัว/ผู้ดูแล ร่วมประเมินและจัดลำดับความสำคัญปัจจัยที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยงโดยผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

เป็นระยะของการลงมือปฏิบัติตามบทบาทใหม่ที่ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพกำหนดไว้ ได้ดำเนินการจัดการความเสี่ยงในลักษณะการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน โดยการกำหนดผู้รับผิดชอบแก้ไขภายใต้บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละฝ่ายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ดังนี้

1) แพทย์ กำหนดแผนการรักษาเฉพาะราย และประเมินการเปลี่ยนแปลงภายหลังให้การรักษา

2) พยาบาลวิชาชีพ ประเมินอาการหอบเหนื่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลง สัญญาณชีพ บวม ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่พบ ให้การดูแลเรื่องการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา

3) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล สร้างแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านสำหรับบุคลากรสุขภาพ ที่ประกอบด้วย การค้นหาปัจจัยเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ การจัดการปัจจัยเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องถึงที่บ้าน สร้างคู่มือการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล สร้างภาพพลิก ให้ความรู้การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำโดยใช้ภาพและภาษาที่เข้าใจง่าย ส่งเสริมพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ คู่มือ และภาพพลิก

4) เกสซ์กร จัดทำรายละเอียดการรับประทานยาในคู่มือ และรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทาน มอบให้ผู้ป่วยติดตัวกลับไปและนำมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งพร้อมยาเดิมเพื่อการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

5) นักกายภาพบำบัด จัดทำรายละเอียดของการบันทึกการออกกำลังกายในคู่มือ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย ระยะเวลาของการออกกำลังกาย อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจก่อนออกกำลังกาย และอาการที่เกิดขึ้นระหว่างออกกำลังกาย เป็นต้น

6) นักโภชนากร จัดทำรายละเอียดของรายการและเครื่องปรุงอาหารในคู่มือ ที่ผู้ป่วยรับประทาน วิธีการคำนวณแคลอรีอาหารและจำนวนเกลือโซเดียมในแต่ละวัน

7) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เข้าร่วมกิจกรรมจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านกับทีมบุคลากรสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหารและปริมาณน้ำดื่ม การรับประทานยา การชั่งน้ำหนัก การออกกำลังกาย การสังเกตอาการนำของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ แจ้งผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้บุคลากรสุขภาพทราบเป็นระยะโดยบันทึกไว้ในคู่มือ

8) ครอบครัว/ผู้ดูแล เข้าร่วมกิจกรรมจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านกับผู้ป่วยและทีมบุคลากรสุขภาพ สนับสนุน ติดตาม กำกับ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำต่างๆอย่างเคร่งครัด พร้อมตรวจสอบผลการบันทึกในคู่มือ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายภายหลังจากที่ร่วมกันจัดการปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เป็นการนำผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพทบทวนตนเองว่า การปฏิบัติเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวช่วยป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้มากน้อยเพียงใด การประเมินในการจัดการความเสี่ยง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านดังนี้

1) อุบัติการณ์การเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-Admitted) ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2556 ถึงเดือน มีนาคม 2557 ไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

2) การใช้แนวปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สร้างขึ้นโดยสหวิชาชีพ เพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านของบุคลากรสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด มีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่แรกรับอยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงที่บ้าน

3) การใช้คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สร้างขึ้นโดยสหวิชาชีพเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ทุกรายใช้คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยาและการออกกำลังกายในคู่มือและติดตัวนำมาโรงพยาบาลทุกครั้งเพื่อการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

4) ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล จากการสอบถาม พบว่าการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำดื่ม การชั่งน้ำหนัก การออกกำลังกาย การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามขั้นตอนการรักษา และสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน

5) การตรวจการทำงานของหัวใจโดยการวัดเสียงสะท้อน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกรายขณะผู้ป่วยเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยมีการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้นก่อนกลับบ้านทุกราย

6) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น

5.1.5 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1.1) การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำสูงขึ้น ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาารูปแบบ

1.2) พฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการพัฒนาารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.3) น้ำหนักตัว คะแนนเฉลี่ยน้ำหนักตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการพัฒนาารูปแบบลดลงกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ของครอบครัว/ผู้ดูแล

2.1) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2) พฤติกรรมการป้องกัน คณะแผนเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล หลังการพัฒนาแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมของ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีความสามารถในการค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผล และนำผู้ที่มีความเสี่ยงมาวางแผนควบคุม ป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านโดยใช้ความสามารถในการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแล เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพทำให้เกิดรูปแบบที่ดูแลผู้รับบริการตั้งแต่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

5.2 อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลแยกเป็นรายข้อ ดังนี้

5.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้านผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ

1) ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำโดยสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ (Becker. 1974) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการรับประธานแคลเซียมมีผลเชิงลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของหญิงวัยหมดประจำเดือน สาเหตุอาจเกิดจากการรับรู้อุปสรรคจะทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากกับสิ่งขัดขวางภายในตนเอง (Pender. 2006) ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันลดน้อยลง ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อยู่คนเดียว ลำพังหรืออยู่กับบุตร มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 และ 3 ลักษณะ ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงตามวัยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เมื่อต้องอยู่คนเดียวหรืออยู่กับบุตรที่ไม่ค่อยมีเวลาดูแล จึงไม่สามารถสังเกตอาการหรืออาการแสดงที่

บ่งบอกว่าเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและยังมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจะยิ่งทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันลดลง จึงส่งผลให้รับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถดูแลตนเองได้

2) ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้านครอบครัว/ผู้ดูแล ครอบครัว/ผู้ดูแล คือ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีนัย นาคราช, วณิดา ตุงศ์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ (2550) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหอบหืดด้านมารดา/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ ลัญชญา จำปาทอง (2545) ที่พบว่ากลุ่มที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนในระดับสูงจะทำให้พฤติกรรมที่มุ่งเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนมีมาก และจิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สาเหตุอาจเกิดจากการรับรู้ความรุนแรงเป็นความเชื่อหรือความนึกคิดที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคซึ่งหากครอบครัว/ผู้ดูแลเข้าใจว่าภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความสูญเสีย และรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จะทำให้ครอบครัว/ผู้ดูแล ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่ตีขึ้น

3) จากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องก่อนการพัฒนา ระบบพบว่าแพทย์ขาดการบันทึกการแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับประเมินค่าการบีบตัวของหัวใจให้ผู้ป่วยทุกราย พยาบาลวิชาชีพยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสืบค้นสิ่งที่จะเป็นสาเหตุและจัดลำดับของปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เน้นให้การพยาบาลตามอาการ ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายแบบทั่วไปและยังไม่มีติดตามผู้ป่วยอย่างชัดเจนต่อเนื่องถึงที่บ้าน เกษัชกร นักกายภาพบำบัดและโภชนาการ ยังไม่มีกิจกรรมการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ สหสาขาวิชาชีพไม่มีกิจกรรมหรือการประสานงานเพื่อให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และขาดการติดตามประเมินผลการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548) ที่กล่าวว่าภาระหนักในบทบาทและการปฏิบัติใด ๆ ที่เป็นการร่วมมือในทุกขั้นตอนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ ที่จะกำจัดหรือจัดการปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการใช้แนวคิดของการจัดการความเสี่ยงมีการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติเป็นวงจรจนเกิดรูปแบบที่ชัดเจนภายใต้บทบาทหน้าที่ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (สมปอง พะมูลิลา. 2544 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2543) จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้

5.2.2 การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซ้ำที่บ้าน

1) รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน พบว่ามี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยงร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยงการลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยง และการติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง โดยมีลักษณะเด่น คือ การย้าให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการสะท้อนให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบบทบาทหน้าที่เดิมที่เคยปฏิบัติอยู่ และยังไม่ได้ปฏิบัติ และได้กำหนดข้อตกลงของผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อจัดการสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวภัทร ม่วงอ่ำ (2549) ที่พัฒนาการบริหารความเสี่ยงการให้วัคซีนปชีจี ทารกแรกเกิด โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการและใช้กระบวนการกลุ่มระดมความคิด พบว่ามีร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติและจัดการความเสี่ยง ตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง จัดการความเสี่ยง การที่รูปแบบการจัดการความเสี่ยงครั้งนี้มี 4 ขั้นตอนและเกิดลักษณะเด่นเช่นนี้อาจเพราะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ จึงทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายรับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนของการจัดการความเสี่ยงร่วมกัน (นุสรุรา สุทธิธรรม. 2552)

2) กิจกรรมและกระบวนการของการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโน้มน้าวให้แต่ละส่วนเห็นความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำโดยกระตุ้นและสะท้อนคิดให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของตนเอง หลังจากนั้นร่วมกันกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย พัฒนาวិธีการจัดการความเสี่ยงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ จนเกิดการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การกำหนดบทบาทร่วมกัน การลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้เชื่อมประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับที่สภาการพยาบาล (2551) กำหนดสมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผล และนำผู้ที่มีความเสี่ยงมาวางแผนควบคุม ป้องกันและลดความเสี่ยงซ้ำ

3) การมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้รับความร่วมมือจากแผนกต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น แผนกรับผู้ป่วยนอก โรคหัวใจ แผนกรับผู้ป่วยในโรคหัวใจ แผนกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ แผนกโภชนาการ แผนกเภสัชกร

แพทยอายุรกรรมหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้เชื่อมประสานจนกระทั่งเกิดแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง คู่มือการปฏิบัติตัวที่เน้นวิธีปฏิบัติให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลจัดการปัจจัยเสี่ยง และปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองที่บ้านจนกระทั่งสามารถควบคุมน้ำหนักตัว รับประทานอาหาร รับประทานยาและออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ ดอนคำมูล (2555) พบว่าการที่บุคลากรสุขภาพเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดด้วยตนเอง สามารถช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรคเรื้อรังได้ เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการป้องกัน รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ อีกทั้งการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ดีขึ้น

5.2.3 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

1) ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยุติอุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำลดลงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรรา สุทธิธรรม (2552) ที่พบว่าทำให้ผู้ปฏิบัติทุกฝ่ายมีส่วนร่วมวิเคราะห์สาเหตุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหาแนวทางป้องกัน แก้ไข และร่วมกันกำหนดรูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดอุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพราะสามารถป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา จำนวนน้ำดื่มที่สามารถดื่มได้ในแต่ละวัน การพบแพทย์ตามนัด การชั่งน้ำหนักตัว และอาการแสดงที่สำคัญที่ต้องสังเกตเมื่อเริ่มมีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ถูกต้องมากขึ้น

2) ภายหลังจากจัดการความเสี่ยงพบว่าครอบครัว/ผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำและพฤติกรรมป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ นาคราษ, วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริญญา วัตร คมพยัคฆ์ และอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ (2550) ที่ศึกษากระบวนการการดูแลและป้องกันอาการหอบซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียนพบว่าการใช้กิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลเด็ก ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพพร้อมกันเสริมสร้างศักยภาพในการค้นหาสาเหตุของการเกิดหอบซ้ำอย่างมีระบบช่วยจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการหอบซ้ำ และทำให้การรับรู้ของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อ การเกิดอาการหอบซ้ำและป้องกันอาการหอบซ้ำได้อาจ

เพราะรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นเน้นให้ครอบครัว/ผู้ดูแล เข้าใจปัญหาได้โดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะหัวใจล้มเหลวและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้ด้วยตนเองซึ่งช่วยให้ครอบครัวค่อย ๆ ซึมซับ เข้าใจ เห็นความสำคัญของการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องส่งผลให้ครอบครัว/ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

3) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล และระดับกลุ่มประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ หลายกิจกรรม เช่น บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยแบบฟอร์มแนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน และค้นหาปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านตัวผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพจัดลำดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก ที่ผู้ป่วยรู้สึกขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยบันทึกไว้ในแบบฟอร์มแนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง ให้แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้วยโดยภาพพลิกที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และคู่มือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านที่สร้างขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพมีการส่งต่อข้อมูลให้กับสถาบันหัวใจด้วยแบบฟอร์มแนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการโทรเยี่ยมหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 วันและสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน มีแผนการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้ข้อมูลตรงกันถึงผลดีของแนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรรา สุทธิธรรม (2552) ที่พบว่า ภายหลังการประยุกต์การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงในการป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผลลัพธ์ที่ได้คือ แนวทางปฏิบัติ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ระยะการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะภายหลังผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการให้การพยาบาล เช่น การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้อุบัติการณ์การเลื่อน / หลุดของท่อช่วยหายใจ เกิดขึ้นน้อยกว่าระยะก่อนการพัฒนาแบบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา รอดเพ็ชรภัย (2552) ที่พบว่าภายหลังการจัดการความเสี่ยงต่อการถูกเข็มตำ หรือของมีคมบาดในบุคลากรพยาบาล งานอุบัติเหตุและ

ถูกเงินได้แนวทางปฏิบัติ คือ การจัดทำกล่องปลดเข็มฉีดยา กิจกรรมเพื่อนเตือนเพื่อนขณะปฏิบัติงาน การจัดทำคู่มือการป้องกันการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดจากการปฏิบัติงาน อาจเพราะกิจกรรมต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ กิจกรรมที่ดำเนินการมีลักษณะที่เกิดขึ้นจาก การมีส่วนร่วม ตั้งแต่การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงและประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ส่งผลให้ได้รูปแบบในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างชัดเจน และต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร ควรสนับสนุนให้บุคลากรสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง นำรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านไปใช้ โดยกำหนดเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

2.1) ควรติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติ คู่มือและแบบฟอร์มการค้นหาและประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทุกปีเพื่อประเมินประสิทธิภาพและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ดีขึ้น

2.2) ควรนำรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ และประเมินผลเป็นระยะ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรติดตามผลการใช้รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านในกลุ่มตัวอย่างเดิมและวิเคราะห์เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแล ด้วยการวิจัยระยะยาว (Longitudinal study)

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงเพื่อค้นหาสาเหตุที่ มีนัยสำคัญ ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ เพื่อปรับปรุงแนวทางจัดการความเสี่ยงให้ประสบความสำเร็จ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2553) **สถิติสาธารณสุข 2553**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เกษราวัลณีนิลวรางกูร และพุลสุข ศิริพูล. (2547) **การสร้างเสริมศักยภาพของเยาวชนใน
การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสาร
การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. [รายงานการวิจัย] ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
ขจร เพ็ญสุพรรณ. (2545) **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย
ภาวะหัวใจวาย**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2554) **บทบาทของเภสัชกร**. [ออนไลน์]
แหล่งที่มา : <http://www.pharm.chula.ac.th/course23/index.php> (4 มกราคม 2556)
- คู่มือการบริหารความเสี่ยงของ ชสอ. (2547) **ความหมายของการบริหารความเสี่ยง**.
[ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.fsct.com/risk/risk.pdf> (15 ธันวาคม 2555)
- จริยาวัตร คมพัยค์ม์ และพุลสุข หิงคานนท์. (มกราคม 2553) “การพยาบาลชุมชน” **บทความ
วิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 9**. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอด
การพิมพ์.
- จอม สุวรรณโณ และคณะ. (2552) **อายุกับการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์
พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) นครศรีธรรมราช : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
วลัยลักษณ์.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2551) **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจ
ล้มเหลวต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความ
รุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติมา ฤทธิ์ตกุล. (2547) **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตรา สุตสงวน. (2549) **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ)
สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- เจนเนตร พลเพชร. (2544) **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจนเนตร มณีนาถ และคณะ. (2548) **การบริหารจัดการความเสี่ยง**. กรุงเทพมหานคร : โฟนอนการพิมพ์.
- ชลธิชา รอดเพ็ชรภักย์. (2552) **การจัดการความเสี่ยงต่อการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดในบุคลากรพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ**. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาขาสาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชุตินธร เรียนแพง. (2548) **การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูชาติ เจริญสอน. (2549) **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐริกา โสโล. (2551) **ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัทพล ศรีระพันธ์. (2553) **การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ) สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงตา สุวรรณรัตน์. (2552) **ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดุสิต สดาวร. (2554) **Patient safety in ICU**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ทรรศนีย์ นาคราช, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริญญาวัตร คมพยัคฆ์ และอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. (2550) **การพัฒนากระบวนการการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ธีรนุช ยินดีสุข. (2554) แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ชลบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิภาพร ประจันบาน. (2550) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นุสรรา สุทธิธรรม. (2552) การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) นนทบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เนาวรัตน์ วัฒนันท์. (2554) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553) ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ยูเออนไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ. (2547) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปนัดดา สุวรรณ. (2551) ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรารค์ทิพย์ อุจระรัตน์. (2541) การบริหารทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- ปราณี เมธาภรณ์. (2551) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อการตอบสนองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร. (2553) ศาสตร์และศิลป์ ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปารีชาติ โรจน์พลากร-ก๊วย และยุวดี ภาษา. (2549) สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลและ
การใช้โปรแกรม SPSS for Windows. กรุงเทพมหานคร : บริษัท จุดทอง จำกัด.
- เปล่งศรี ไวกูณินันท์. (2554) การมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัย
ของสุขภาพมารดาและทารกของโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพเรือ. สารนิพนธ์ ส.ม. (สาขา
การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 7.
ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- _____. (2554) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น :
โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550) [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_docman (28 มีนาคม 2557)
- พัชรินทร์วิมลโรจน์, วนิดา ดุรงฤทธิชัย, นภาพร แก้วนิมิตชัย และจริยาวัตร คมพัยค์. (2554)
การจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชา
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พิกุล บุญช่วง. (2541) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ :
โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2548) การจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัย.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สุขุมวิทการพิมพ์.
- เพ็ญใจ ดอนคำมูล. (2555) ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อ
ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ที่เป็นวัณโรคปอดในระยะเข้มข้นของ
การรักษา โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)
เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แพทยสภา. (2555) เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา. [ออนไลน์]
แหล่งที่มา : <http://www.tmc.or.th/pdf/00054.pdf> (4 มกราคม 2556)
- ภัทร์ธิดา โภคาพันธ์. (2553) การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตาม
มาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด
อุบลราชธานีวารสารพยาบาลทหารบก. หน้า 38 – 48. อุบลราชธานี : โรงพยาบาล
ค่ายสรรพสิทธิประสงค์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ภัทรวรรณ ชัยสวัสดิ์. (2553) **การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์ จังหวัดนครพนม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์. (2545) **ระบบการจัดการข้อมูลและภาพจากเครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
- ลัญชญา จำปาทอง. (2545) **ภาวะเสี่ยง การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรม การป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2554) **กลวิธีค้นหาและการพัฒนาศักยภาพชุมชน : แนวคิดและกรณีศึกษาในชุมชน**. เอกสารประกอบการเรียนวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2. สมุทรปราการ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิจิตร วรธนะวุฒิ. (2554) **การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิชัย เอกพลากร. (2549) **สุขภาพพื้นฐานความรู้ กรณีการสร้างภูมิคุ้มกันให้หัวใจและหลอดเลือดคนไทย**. กรุงเทพมหานคร : อู่การพิมพ์.
- _____. (2550) **สะกดรอยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ .
- วิชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2551) **เช็คหัวใจไม่ให้ตายเฉียบพลัน คู่มือเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจด้วยตัวคุณเอง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรีน-ปัญญาญาณ.
- วิมลพร ไสยวรรณ. (2545) **การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา และเกรียงศักดิ์. (2555) **การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- ศกลวรรณ และนิตยา. (2554) **ประเด็นรณรงค์วันหัวใจโลก**. กรุงเทพมหานคร : สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศิริพร ปาระมะ. (2549) **พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส). (2550) **โครงการจัดการความรู้และการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายคุณธรรม**. กรุงเทพมหานคร : พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2551) **ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาต่าง ๆ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.tnc.or.th> (4 พฤศจิกายน 2555)
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550) **ภาวะหัวใจล้มเหลว**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2553) **การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร : จุดทองจำกัด.
- สมปอง พะมุลิลา. (2554) **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)**. กรุงเทพมหานคร : มายด์พับลิชชิง.
- สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2550) **คู่มือการบริหารความเสี่ยง**. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552) **สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2552**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2552) **สถิติสาเหตุการตาย**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.nso.go.th> (4 พฤศจิกายน 2555)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553) **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงชั้นตติยภูมิในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554) **กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี 2554 – 2558**. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพมหานคร) จำกัด.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555) **บทบาทของนักกำหนดอาหารต่อการส่งเสริมโภชนาการเชิงรุก**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.nutrition.anamai.go.th/temp/main/view.php> (4 มกราคม 2556)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์. (2554) **สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553) **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. (2554) **บทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัด**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.sichon.wu.ac.th/source/content.php> (4 มกราคม 2556)
- สิทธิรัฐ ประพุทธนิติสาร. (2546) **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : แนวคิดและแนวปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : วนิดา เพรส.
- สุภาพรรณ สุขคล้าย. (2553) **ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจกับภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด**. วิทยานิพนธ์ ป.ม. (สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุมาลี ไชยแสนทา. (2546) **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนางานทัศนกรรมสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. (สาขาวิชาวิจัยและสถิติการศึกษา) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2554) **การพยาบาลองค์กรรวม : กรณีศึกษา** กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส จำกัด.
- สุวภัทร ม่วงอ่ำ. (2549) **การพัฒนาการบริหารความเสี่ยง : การให้วัคซีนปี ซี จีทาร์กแรกเกิด** หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานการศึกษาอิสระ พย.ม. (สาขาการบริหารการพยาบาล) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสาวลักษณ์ ท้ามาก. (2552) **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 20 (2) หน้า 31-44.
- องอาจ นัยพัฒน์. “หลักการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ” ในงาน Thailand Research Expo 2012 วันที่ 24 สิงหาคม 2555 ณ ศูนย์ประชุมบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ ราชประสงค์ กรุงเทพมหานคร จัดโดยส่วนส่งเสริมและพัฒนาการวิจัยภารกิจบริหารจัดการผลงานวิจัย วช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2543) **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์ จำกัด.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อภิชาติ สุคนธสรรพ์. (2552) **Practice Guidelines in Cardiology**. เชียงใหม่: ทริคอิงค์.
- _____. (2553) **Coronary Artery Disease**. เชียงใหม่ : ทริคอิงค์.
- อภิญา วังศรีพิริโยธา. (2549) **ผลของโปรแกรมการดูแลที่บ้านต่อการบรรเทาอาการและความผาสุกในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ ป.ด. (สาขาพยาบาลศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมรรัตน์ สมมิตร. (2554) **ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) พิษณุโลก : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล. (2553) **การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรอนงค์ คุรุณาถ. (2553) **การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรม) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรั้มซ์ เจษฎาญาณเมธา. (2554) **หลักการใช้อำนาจในโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง**. พิษณุโลก : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อาภา นิตยศักดิ์. (2533) **การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (สาขาพยาบาลศึกษา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมพร ชมพูนี. (2551) **พัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) นนทบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- American Heart Association (AHA). (2012) **Heart Failure Performance Measurement Set**. [Online] Available : <http://www.americanheart.org/presenter> (4 December 2012)
- Arunprapai Buapan. (2008) **Factors influencing adaptation in heart failure patients**. A Thesis of nursing science (Adult Nursing) Bangkok : graduate studies mahidol university.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Becker. (1974) **A Theory of Social Interaction**. [Online] Available :
<http://www.darkwing.uoregon.edu/~cjellis/441/Becker1.pdf> (10 February 2014)
- Bruce, Robert and Victoria. (2010) **Investigation and management of congestive heart failure**. Page190 -195. New Zealand : University of Auckland.
- Clinical Practice Guideline. (2012) **Pharmacologic management of congestive heart failure**. [Online] Available : <http://www.qmo.amedd.army.mil/CPGs/CHF.pdf> (16 December 2012)
- Daneel Rossouw. (2009) **Educators as action researchers : somekey considerations**. South African Journal of Education, 29 : page 1-16.
- European Heart Journal. (2012) **ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012**. [Online] Available : <http://www.escardio.org/guidelines/esc-guidelines/Guideline> (4 December 2012)
- Govindalshwar Lingam. **Action Research : Promise and Potential for Improving Teacher Professional Practice and the Learning Organisation**. School of EducationThe University of the South Pacific ; 2012 Available from : American International Journal of Contemporary Research.
- Heinz-Peter Berg. (2010) **Risk Management : Procedures, Methods and Experiences**. [Online] Available : http://www.gnedenkoforum.org/Journal/RTA_2_2010-09.pdf (4 December 2012)
- Hunt SA, AbrahamWT, Chin MH. (2009) **Guidelines for the Diagnosis and Managementof Heart Failure in Adults**. [Online] Available :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19358937> (20 October 2012)
- Hunt. (2001) **ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and management of chronic heart Failure in the adult**. [Online] Available :
http://www.acc.org/clinical/guideline/failuref_index.html (20 October 2012)
- Joel W, Heger, et al. (1987) **Cardiology**. (2nd ed). USA. Williams & Wilkins.
- Kemmis, S., &McTaggart, R. (1988) **The Action Research Planner (3rd ed.)**. [Online] Available : [http://www.prodait.iehostion.co.uk/Action Research artworked050107](http://www.prodait.iehostion.co.uk/Action%20Research%20artworked050107) (20 October 2012)

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Lindenfeld, J.A., et al. (2010) **Executive summary : HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline.** Journal of Cardiac Failure. 16(6), page 475-539.
- New York Heart Association (NYHA). (2012) **functional classification in heart failure.** [Online] Available : www.inspra.co.uk/...heart.../new-york-heart-association-nyha-functional-classification-in-heart-failure (4 December 2012)
- Pender. (2006) **Pender's Health Promoting Model.** [Online] Available : http://www.sciemce.cmru.ac.th/sciblog_v2/blfile/102_s151113153219.pdf (1 February 2014)
- Rosenstock. (1974) **Social Learning Theory and the Health Belief Model.** [Online] Available : http://www.deepblue.lib.umich.edu/...42/.../10.1177_109019818801500203.pdf (10 February 2014)
- Sean MacDermott, Kaye Scholfield. (2011) **Positive Parenting Pupil Participation Project An Action Research Perspective.**RMIT University. [Online] Available : <http://www.rmit.edu.au> (10 February 2013)
- SIGN. (2007) **Management of chronic heart failure.** Scotland. Edinburgh EH2.
- Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. (2007) **Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice.** [Online] Available : www.healthquality.va.gov/chf/chf_full_text.pdf (20 December 2012)
- Texas Heart Institute. (2010) **Who is at risk for developing CHF.** [Online] Available : <http://www.texasheartinstitute.org/Research/Devices> (20 November 2012)
- The Institute of Risk Management. (2002) **A Risk Management Standard.** [Online] Available : <http://www.theirm.org/Risk Management Standard> (4 December 2012)
- Well Care. (2009) **Clinical Practice Guideline : Management of Congestive Heart Failure.** [Online] Available : http://www.wellcare.com/IL_Medicare_PEM_CHFCPG.pdf (4 December 2012)



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย



เป็นรูปที่ส่งไปให้คณะกรรมการ

เอกสารรับรอง
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 4 มิถุนายน 2556

ชื่อเรื่อง การจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวนิศยา ทานินทร์

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศเขตเชิงก จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จวิฑร์ คมพยัคฆ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง วันที่ 4 มิถุนายน 2556

เลขที่รับรอง อ.149/2556

ผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวนิตยา ทานันท์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูล ถ้าท่านเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับการสัมภาษณ์ถึงข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ในส่วนของครอบครัว/ผู้ดูแล จะได้รับการสัมภาษณ์ถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านของประชากรโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

ดิฉันขอรบกวนเวลาของท่านเล็กน้อยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้โดยจะใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และไม่มีเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำต่อไป

การตอบแบบสอบถามนี้เป็นการทำโดยสมัครใจ กรุณาตอบตามความเป็นจริงที่สุดให้ครบทุกข้อ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับข้อคำถามในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีอธิบายให้เข้าใจตลอดเวลา หากแม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูล ท่านสามารถกระทำได้ตามความสมัครใจ

ที่สำคัญที่สุดการวิจัยครั้งนี้ จะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากทุกท่านที่กรุณาสละเวลา จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

นิตยา ทานันท์

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ให้ความยินยอมในการวิจัย () ผู้ป่วย () ครอบครัว/ผู้ดูแล () บุคลากรสุขภาพ

ผนวก ค
แบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ เรื่องการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม เรื่อง การจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ประกอบด้วย

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก
 - ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ
 - ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
 - ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
2. กลุ่มเป้าหมายรอง
 - 2.1 ครอบครัว/ผู้ดูแล
 - ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของครอบครัว/ผู้ดูแล
 - ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ
 - 2.2 บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ชุดที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

เลขที่แบบสอบถามเวลา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม

เรื่อง การจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว อายุ 60 ปีขึ้นไป

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามโดยใส่เครื่องหมายถูกในวงเล็บ (v) ลงในช่องคำตอบที่

ตรงกับความเป็นจริง

ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....

HN.....

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	สำหรับผู้วิจัย
1. อายุ 1. <input type="checkbox"/> 60-69 ปี 2. <input type="checkbox"/> 70-79 ปี 3. <input type="checkbox"/> 80-89 ปี 4. <input type="checkbox"/> 90-99 ปี	
2. เพศ 1. <input type="checkbox"/> ชาย 2. <input type="checkbox"/> หญิง	
3. สถานภาพสมรส 1. <input type="checkbox"/> คู่ 2. <input type="checkbox"/> โสด 3. <input type="checkbox"/> แยก 4. <input type="checkbox"/> หม้าย 5. <input type="checkbox"/> หย่า	

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	สำหรับผู้วิจัย
4. ระดับการศึกษาสูงสุด 1. <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา 3. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา 4. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช 5. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี 6. <input checked="" type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
5. อาชีพ 1. <input type="checkbox"/> แม่บ้าน/พ่อบ้าน 2. <input type="checkbox"/> รับจ้าง ค้าขาย 3. <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม 4. <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 5. <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน	
6. ลักษณะงาน 1. <input type="checkbox"/> วิชาชีพเฉพาะทาง 2. <input type="checkbox"/> ระดับผู้บริหาร 3. <input type="checkbox"/> ใช้แรงงานมีฝีมือ 4. <input type="checkbox"/> ใช้แรงงานไม่ต้องมีฝีมือ 5. <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเฉย ๆ	
7. รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือน 1. <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง 2. <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท 3. <input type="checkbox"/> 5,001-10,000 บาท 4. <input type="checkbox"/> มากกว่า 10,000 บาท 5. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	สำหรับผู้วิจัย
<p>8. รายได้ของครอบครัวท่านเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่</p> <p>1. <input type="checkbox"/> เพียงพอและมีเหลือเก็บ</p> <p>2. <input type="checkbox"/> เพียงพอกับรายจ่าย</p> <p>3. <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย</p> <p>4. <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอและต้องกู้ยืม</p> <p>5. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p>	
<p>9. สิทธิในการรักษาพยาบาล</p> <p>1. <input type="checkbox"/> ชำระค่าใช้จ่ายเอง</p> <p>2. <input type="checkbox"/> เบิกประกันสุขภาพ</p> <p>3. <input type="checkbox"/> เบิกราชการ</p> <p>4. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....</p>	
<p>10. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ</p> <p>1. <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว</p> <p>2. <input type="checkbox"/> อยู่กับภรรยา/สามี (เพียง 2 คน)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> อยู่กับบุตร</p> <p>4. <input type="checkbox"/> อยู่กับหลาน</p> <p>5. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....</p>	
<p>11. โรคประจำตัวหรือโรคร่วมอื่น ๆ ก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>1. <input checked="" type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคเบาหวาน</p> <p>3. <input type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคลิ้นหัวใจ</p> <p>4. <input checked="" type="checkbox"/> โรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคไต</p> <p>5. <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....</p>	
<p>12. กลุ่มยาที่ได้รับในปัจจุบัน</p> <p>1. <input type="checkbox"/> ยาขับปัสสาวะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/> ยาช่วยเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>3. <input type="checkbox"/> ยาลดความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>4. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี</p>	

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยเรื่อง

- การควบคุมน้ำดื่ม 2 ข้อ
- การควบคุมอาหารรสเค็ม 3 ข้อ
- การรับประทานยา 4 ข้อ
- การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะแรก 3 ข้อ
- การจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว 3 ข้อ

โดยมีเกณฑ์ในการวัดการปฏิบัติดังนี้

- น้อยที่สุด (1) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้นน้อยมากหรือไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย
 น้อย (2) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้น 1 – 2 ครั้งต่อเดือน
 ปานกลาง (3) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้น 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 มาก (4) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้น 4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์
 มากที่สุด (5) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง

ข้อความ	การปฏิบัติ					สำหรับผู้วิจัย
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
1. ควบคุมการดื่มน้ำทุกประเภทไม่เกินวันละ 4-6 แก้วต่อวัน						
2. ไม่สามารถดื่มน้ำได้เหมือนคนปกติทั่วไปเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย						
3. ควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียม (เกลือแกง) ได้โดยการงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เช่น หมูหยอง						

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					สำหรับผู้วิจัย
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
กุนเชียง ซีอิ๊ว ผงชูรส คะนอ รสดี น้ำปลา น้ำพริก อาหารหมักดอง อาหารกระป๋องต่าง ๆ แหนม ปลาเค็ม เป็นต้น						
4. บอกคนปรุงอาหารไม่ ต้องใส่ผงชูรส น้ำปลา คะ นอ รสดี ซีอิ๊วหรือ เครื่องปรุงอื่น ๆ เพิ่มใน อาหาร						
5. เลือกรับประทาน อาหารที่รสชาดไม่เค็ม และไม่เติมน้ำ ซีอิ๊ว คะนอ รสดี ผงชูรส หรือน้ำปลา เช่น แกงจืด ปลานึ่ง ปลาต้ม ผัดผัก เป็นต้น						
6. รับประทานยาได้ ถูกต้องและครบตาม แพทย์สั่ง						
7. หลีกเลี่ยงการ รับประทานยาชนิดอื่น ที่ ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษา ของแพทย์ หรือไม่ได้รับ การแนะนำจากแพทย์						
8. แม้ว่าออกทำธุระนอก บ้านยังคงรับประทานยา						

หัวใจและยาขับปัสสาวะ อย่างต่อเนื่อง						
--	--	--	--	--	--	--

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					สำหรับผู้วิจัย
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
9. ไม่ปรับเพิ่มหรือลด ขนาดยาที่ใช้ในปัจจุบัน เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์						
10. ชั่งน้ำหนักตัวก่อน อาหารเข้าทุกวันเพื่อ ประเมินภาวะน้ำเกินใน ร่างกาย						
11. สังเกตเวลาทำ กิจกรรมที่ต้องออกแรง มี อาการเหนื่อยมากขึ้น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ ประเมินอาการเริ่มต้นของ ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ						
12. สังเกตอาการหอบ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ต้องใช้หมอนหนุนสูงขึ้น เพื่อประเมินความ ต้องการออกซิเจนของ ร่างกาย						
13. มาพบแพทย์ก่อนวัน นัดเมื่อรู้สึกหายใจ หอบ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ และน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น						
14. ต้องนั่งพักหรือนอน						

เมื่อมีอาการเหนื่อยขณะ ออกแรงทำกิจกรรม						
---	--	--	--	--	--	--

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					สำหรับผู้วิจัย
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
15. เล่าอาการเปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ เช่น มีอาการบวม ขึ้น ปัสสาวะออกน้อยลง เหนื่อยหอบมากขึ้นเวลา ทำกิจวัตรประจำวัน ให้ คนในครอบครัวฟัง						

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูกลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้ความหมายและคะแนน ดังนี้

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
 ไม่เห็นด้วย (2) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมาก
 ไม่แน่ใจ (3) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความนั้น ๆ
 เห็นด้วย (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเป็น ภาวะที่ไม่สามารถป้องกันได้						
2. ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำจะมี โอกาสเป็นมากในคนที่มโรค ประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาด เลือด						
3. ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำมักพบ ในคนที่มอายุ 60 ปีขึ้นไป						

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
4. ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้						
5. การไม่จำกัดน้ำดื่มในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้						
6. การรับประทานอาหารรสเค็มรับประทานอาหารกระป๋องของหมักดอง น้ำพริก น้ำปลา ซีอิ๊ว คะนอ รสดี ผงชูรสหมูหยอง อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้						
7. การใส่ผงชูรส คะนอ รสดี น้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มลงในอาหารที่รับประทานอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้						
8. การดื่มเหล้า สูบบุหรี่สามารถกระตุ้นให้อาการภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำกำเริบได้						
9. การหยุดรับประทานยาขับปัสสาวะเองอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้						
10. การไม่ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน อาจทำให้ไม่ทราบโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้จากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น						
11. การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่รุนแรงขึ้น						

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
12. การขาดความรู้เกี่ยวกับ ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ทำให้ไม่ สามารถจำกัดสาเหตุที่ทำให้เกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวได้						



ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูก ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้ความหมายและคะแนน ดังนี้

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
 ไม่เห็นด้วย (2) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมาก
 ไม่แน่ใจ (3) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความนั้น ๆ
 เห็นด้วย (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ไม่สะดวกที่จะมาตรวจตาม นัดเพราะไม่มีใครพามา ลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้าน						
2.ไม่สามารถรับประทานยาได้ ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของ แพทย์เนื่องจากปัจจุบันยามี ราคาแพงขึ้น						
3.เมื่ออยู่ที่บ้านไม่สามารถ ควบคุมอาหารเฉพาะภาวะหัวใจ ล้มเหลวได้ เนื่องจากต้อง รับประทานอาหารร่วมกับ บุคคลอื่นในครอบครัวที่ไม่ต้อง ควบคุมอาหาร						

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
4.เมื่อทำธุระนอกบ้านไม่สามารถควบคุมอาหารได้เหมือนในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่มีอาหารเฉพาะโรคขายตามท้องตลาด						
5.เมื่ออยู่บ้านคนเดียวไม่สามารถจัดยากินเองได้เพราะบางครั้งมีหลงลืม และสายตามองเห็นไม่ชัดตามวัย						
6.ไม่กล้าสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากแพทย์หรือพยาบาล						
7.เมื่อต้องการปรึกษาเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นไม่สามารถติดต่อหรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพได้ตลอดเวลา						
8.เมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ได้						
9.เมื่อเกิดเจ็บป่วยไม่เคยต้องดูแลตนเองโดยลำพังเพราะมีลูกหลานคอยดูแลสม่ำเสมอ						

แบบสอบถามสำหรับครอบครัว/ผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของครอบครัว/ผู้ดูแล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามโดยใส่เครื่องหมายถูกในวงเล็บ (✓) ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง

ลักษณะทั่วไปของครอบครัว/ผู้ดูแล	สำหรับผู้วิจัย
1. อายุ 1. <input type="checkbox"/> 15-20 ปี 2. <input type="checkbox"/> 21-30 ปี 3. <input type="checkbox"/> 31-40 ปี 4. <input type="checkbox"/> 41-60 ปี 5. <input type="checkbox"/> 61-70 ปี	
2. เพศ 1. <input type="checkbox"/> ชาย 2. <input type="checkbox"/> หญิง	
3. สถานภาพสมรส 1. <input type="checkbox"/> คู่ 2. <input type="checkbox"/> โสด 3. <input type="checkbox"/> แยก 4. <input type="checkbox"/> หม้าย 5. <input type="checkbox"/> หย่า	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด 1. <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา 3. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา 4. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. 5. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี 6. <input checked="" type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของครอบครัว/ผู้ดูแล	สำหรับผู้วิจัย
5. อาชีพ 1. <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน 2. <input type="checkbox"/> แม่บ้าน/พ่อบ้าน 3. <input type="checkbox"/> รับจ้าง 4. <input type="checkbox"/> ค้าขาย 5. <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม 6. <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 7. <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน 8. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
6. รายได้ของครอบครัว/ผู้ดูแลเฉลี่ยต่อเดือน 1. <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง 2. <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท 3. <input type="checkbox"/> 5,001-10,000 บาท 4. <input type="checkbox"/> มากกว่า 10,000 บาท 5. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
7. รายได้ของครอบครัว/ผู้ดูแลท่านเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่ 1. <input checked="" type="checkbox"/> เพียงพอและมีเหลือเก็บ 2. <input type="checkbox"/> เพียงพอกับรายจ่าย 3. <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 4. <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอและต้องกู้ยืม 5. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
8. ความเกี่ยวข้องของครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งทาง สายเลือดและไม่ใช่นายเลือด 1. <input type="checkbox"/> บิดา 2. <input type="checkbox"/> มารดา 3. <input type="checkbox"/> บุตร 4. <input type="checkbox"/> หลาน 5. <input type="checkbox"/> สามี 6. <input type="checkbox"/> ภรรยา	

7. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....	
--	--



ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล

คำชี้แจง : ให้ครอบครัว/ผู้ดูแลทำเครื่องหมายถูก ✓ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของตนมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้ความหมายและคะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
 ไม่เห็นด้วย (2) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นมาก
 ไม่แน่ใจ (3) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับข้อความนั้นๆ
 เห็นด้วย (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นแล้วไม่สามารถหายได้เอง แต่ต้องได้รับ ต้องรักษา						
2. ภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อเป็นแล้ว จำเป็นต้องรักษาและดูแลอย่าง ใกล้ชิดเนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตได้						
3. ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ ต้องกำจัดสาเหตุที่ทำให้มีอาการ เช่น การไม่ควบคุมอาหาร น้ำหนัก การไม่รับประทานตามแพทย์สั่ง เป็นต้น						
4. การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวใช้ เวลาในการรักษานานเนื่องจาก เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่ สามารถหายขาดได้						
5. อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ต้องรักษาด่วนคือ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ใจสั่นแน่นหน้าอก บวม ปัสสาวะไม่ออก						

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับ ผู้วิจัย
6. ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นซ้ำ หลาย ๆ ครั้ง มีผลต่อสภาพ ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย						
7. อาการเหนื่อยหอบ นอนราบ ไม่ได้ ใจสั่นแน่นหน้าอก บวม ปัสสาวะไม่ออกในแต่ละครั้งทำให้ ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น						

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำให้แก่ผู้ป่วยของครอบครัว/ผู้ดูแล

คำชี้แจง : ให้ครอบครัว/ผู้ดูแลทำเครื่องหมายถูก ✓ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของตนมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้ความหมายและคะแนน ดังนี้

- น้อยที่สุด (1) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้นน้อยมากหรือไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย
น้อย (2) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้น 1 – 2 ครั้งต่อเดือน
ปานกลาง (3) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้น 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์
มาก (4) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้น 4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์
มากที่สุด (5) หมายถึง ท่านกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำหรือทุกครั้ง

ข้อความ	การปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
พฤติกรรมด้านการป้องกันโรค						
1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ได้ถูกต้องและตรงตามเวลาที่ แพทย์สั่ง						
2. ไม่เคยเพิ่มขนาดยาให้ผู้ป่วยเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์						
3. ไม่เคยหยุดยาผู้ป่วยเองเมื่อ ผู้ป่วยไม่มีอาการบวมหรือหอบ เหนื่อย						

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
4. เมื่อพาผู้ป่วยไปทำธุระนอกบ้าน นำยาไปรับประทานด้วยเสมอ						
5. เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม ปัสสาวะออก น้อยลงจะรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ทันที						
6. หลีกเลี้ยงซื้ออาหารนอกบ้าน อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง หรือปรุงอาหารที่มีรสเค็ม ใส่น้ำปลา รสดี คะนอ ผงชูรส ซีอิ๊วเพิ่มให้ ผู้ป่วย						
7. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยตีมน้ำเกินวันละ 4-6 แก้ว						
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ซึ้่งน้ำหนักตัวทุก วัน						
9. ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจาก วารสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกัน ภาวะหัวใจล้มเหลว						
พฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาล						
1. ไม่เคยให้ผู้ป่วยขาดยาที่ใช้ รับประทานเป็นประจำ						
2. พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด สม่ำเสมอ ไม่เคยขาด						
3. รู้ชนิดและจำนวนยาที่ผู้ป่วย รับประทาน						
4. รู้ผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วย รับประทานอยู่						
5. ให้ความร่วมมือกับแพทย์และ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้วยความ เต็มใจ						

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
6. ไม่เคยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยา เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์						
พฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ 1. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่ เหมาะสมเช่น การเดิน การถีบ จักรยาน ประมาณ 3-5 ครั้งต่อ สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ต่อครั้ง หรือตามแพทย์สั่ง						
2. ดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเมื่อ เวลาผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย						
3. หลีกเลี่ยงให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารรสเค็มอาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง หรือปรุงอาหารที่มี ใส่น้ำปลา ซีอิ๊วรสดี คะนอ ผงชูรส เพิ่มให้ผู้ป่วย						

เลขที่แบบสอบถามเวลา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรสุขภาพ

เรื่องการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมายถูก/ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ตำแหน่งของท่านในปัจจุบัน
() พยาบาลวิชาชีพ () แพทย์ () เภสัชกร () นักโภชนาการ () นักกายภาพบำบัด
2. หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงาน โปรดระบุ.....
3. อาการ-อาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ครอบครัว/ผู้ดูแลพามาใช้บริการที่หน่วยบริการของท่านเป็นอย่างไร
.....
.....
4. ขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาใช้บริการที่หน่วยบริการของท่าน ท่านมีการประเมินอาการอะไรบ้าง
.....
.....
5. ท่านมีการประเมินร่างกายระบบไหนที่ท่านชำนาญและทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว
.....
.....
6. ท่านมีการวินิจฉัยเบื้องต้นอย่างไรที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ
.....
.....
7. ท่านให้การพยาบาลอะไรบ้างสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการนำมาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว
.....
.....
8. ท่านมีการประเมินหลังการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไร
.....
.....

9. ท่านมีการให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับ เรื่อง ภาวะหัวใจล้มเหลว ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ประสาน การรักษาที่ได้รับ การควบคุมน้ำและอาหาร การสังเกตอาการที่ผิดปกติและการมา พบแพทย์ตามนัดหรือไม่

.....

10. ปัญหาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอะไรบ้าง

.....

11. สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเกิดจากอะไรบ้าง และผลที่ตามมาในผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวเป็นอย่างไร

.....

12. ท่านได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไรบ้าง

.....

13. ท่านได้มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยในครั้งต่อ ๆ ไปหรือไม่ อย่างไร

.....

14. ท่านต้องการพัฒนาแนวทาง/รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันปัญหา และความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านหรือไม่

.....

15. ท่านเคยถามวิธีการดูแลของครอบครัว/ผู้ดูแลก่อนพาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการ หอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ มารับบริการที่หน่วยบริการของท่านหรือไม่ อย่างไร

.....

16. ขณะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลรักษา ท่านจัดการกับครอบครัว/ผู้ดูแลของ ผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

.....

17. ท่านได้ให้คำแนะนำครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำก่อนจำหน่าย, ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ อย่างไร

.....
.....

18. ท่านประสานงานในการบริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำระหว่างหน่วยงานอย่างไร

.....
.....



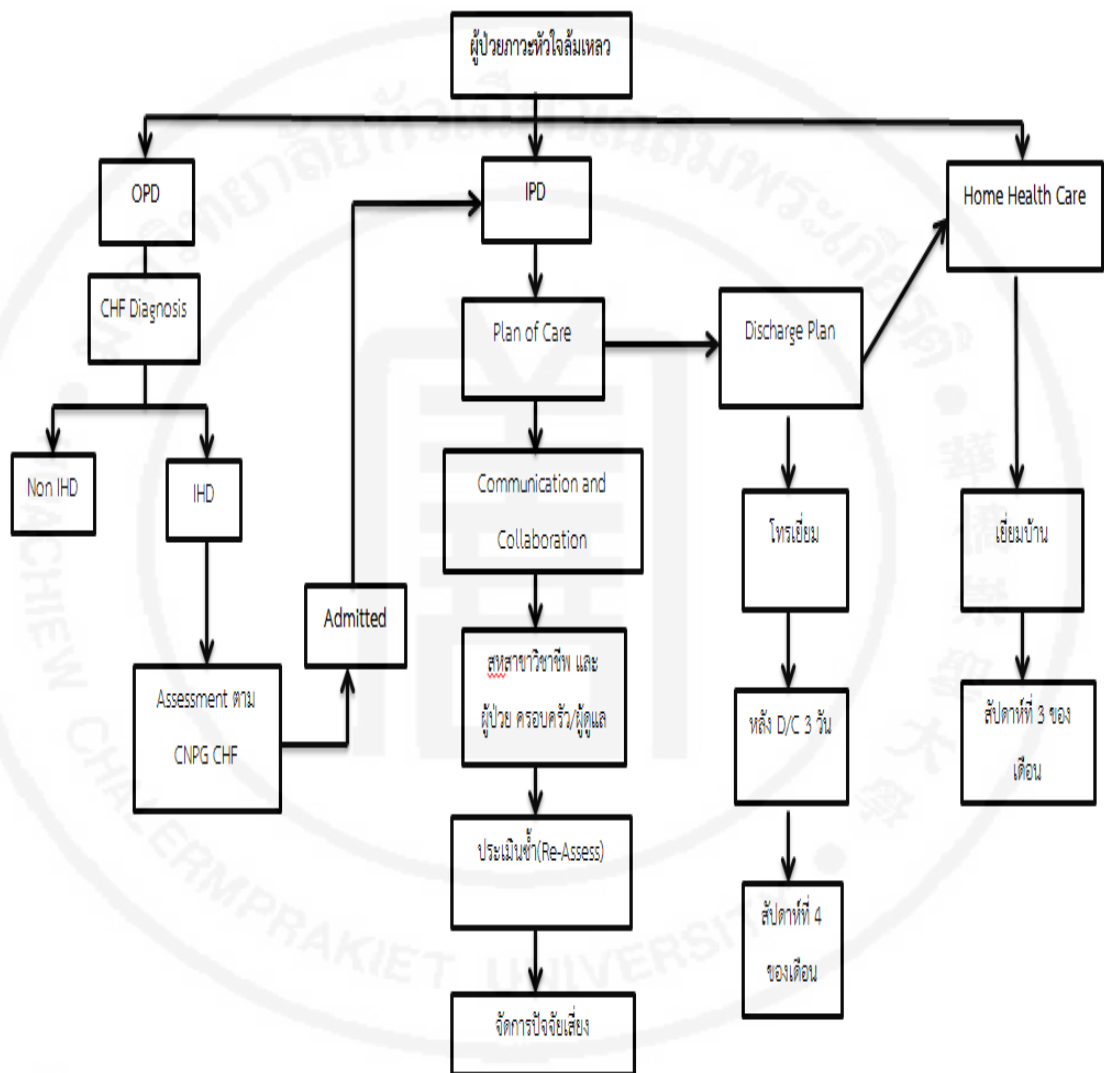
ชุดที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว

แนวคำถามหลัก	แนวคำถามรอง
1. คนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยส่วนมากเกิดจากสาเหตุใดได้บ้าง	- ปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
2. อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบบ่อยมีอะไรบ้าง	- อาการที่เกิดจากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย คือ อะไร
3. จะวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างไร	- ผู้ใดบ้างควรได้รับการตรวจหาภาวะหัวใจล้มเหลว
4. เป้าหมายในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวคืออะไร	- ถ้าควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวได้จะป้องกันอาการอะไรได้บ้าง
5. จะสังเกตได้อย่างไรว่าเริ่มมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว	- วิธีแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเริ่มมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

ผนวก ง

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม



คู่มือสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวทางการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม

แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล



โดย

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์และนางสาวนิตยา ทานันท์

นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

แนวปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....

HN.....AN.....

Date.....TimeAdmit to

Temp.....C PR...../min RR...../min B.....PmmHg

Weight Admission:.....kg

Heart Failure Diagnosis

IH

Non IH

NYHA class on Admission

Echocardiogram EF =%

Class 1 No symptoms

Class 2 symptoms with moderate exertion

Class 3 symptoms with minor exertion

Class 4 symptoms at rest

ส่วนที่ 1 สถาบันหัวใจ

รายการ	Intervention	Yes	No	Reason
1. การประเมิน (Assessment)	<u>ปัจจัยเสี่ยงด้านคลินิก</u>			
	1. อายุ 60 ปีขึ้นไป			
	2. มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด			
	<u>ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 2-3</u>			
	<u>อาการ</u>			
	<u>ดังต่อไปนี้</u>			
	Dyspnea at rest			
	Dyspnea on exertion (DOE)			
	Orthopnea/PND			
	Night cough			
	Fatigue/weakness			
	Weight gain			
Legs swollen				
Abdominal swollen /discomfort				
Lost of appetite				

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

รายการ	Intervention	Yes	No	Reason
	Chest pain/jaw pain			
	Palpitation			
	P > 100/min, R > 30/min			
	O2 sat < 90 %			
	ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ			
	รับประทานอาหารรสเค็ม/มีเกลือโซเดียม			
	ควบคุมน้ำดื่ม 4-6 แก้ว/วัน			
	ซึ้นน้ำหนักตัวทุกวัน			
	ออกกำลังกายที่เหมาะสม			
	รับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
	พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง			
	สังเกตอาการ เช่น เหนื่อย บวม เป็นต้น			
	อาศัยอยู่กับครอบครัว/ผู้ดูแล			
2.การตรวจ ประกอบการวินิจฉัย (Investigation)	CXR			
	Echocardiogram LVEF= %			
	EKG			
	Lab BNP + ระบุ			
3.Medication and Intervention	Diuretic ระบุ.....			
	Vasodilators ระบุ.....			
	Inotropic drugs ระบุ.....			
	Beta blocker ระบุ.....			
	on O2 canular 2 LPM prn / keep O2 sat > 90 %			
	Daily weight before breakfast/drink			
	Daily I/O			
	Vital signs Q 4 hrs			
	bed rest			

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

รายการ	Intervention	Yes	No	Reason
	Nutrition low salt diet			
	Fluid restriction < 1,000 cc/day			
	IV line Peripheral lock			
	ส่วนที่ 2 แผนกผู้ป่วยในชั้น 14			
4. Consultation - Rehab - Nutrition - Pharmacy	โทรศัพท์ Consult ตั้งแต่แรกรับเพื่อสหสาขา วิชาชีพวางแผนให้ความรู้และเสริมสร้างพลัง อำนาจกับผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล			
5. Education - Know CHF - Life style change - Diet and fluid intake - Daily weight - Medication - When to call	หลังจากประเมินอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ ขึ้นอยู่ในระยะคงที่อย่างน้อย 24 ชั่วโมงตาม เกณฑ์ คือ 1. ไม่มีอาการหอบเหนื่อย 2. สัญญาณ ชีพปกติ มีการประเมินความรู้ ความสามารถ ของ ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว			
	แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมโดยใช้ภาพพลิก และคู่มือที่ เข้าใจง่ายในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที			
	ทบทวนความรู้และความสามารถของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ในการดูแลที่บ้านเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ			
6. Discharge Plan	วางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ โดย มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว/ ผู้ดูแลเพื่อกลับบ้าน ในการใช้คู่มือการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล			
	ส่งต่อข้อมูลให้กับสถาบันหัวใจ และศูนย์ส่งเสริม สุขภาพ			

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

รายการ	Intervention	Yes	No	Reason
	วางแผนโทรเยี่ยมหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 วันและสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน ส่วนที่ 3 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ			
7. Home Health Care	วางแผนการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน โดยวางแผนการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			

ส่วนที่ 4 แผนกผู้ป่วยในชั้น 14

Medications Discharge Order

Medications			
Cardiac medication	Name	Admission dose	Discharge dose
Diuretic			
Vasodilators			
Inotropic drugs			
Beta blocker			
อื่น ๆ			

NYHA classification

NYHA classification	Class 1 No symptoms	Class 2 symptoms with moderate exertion	Class 3 symptoms with minor exertion	Class 4 symptoms at rest
Admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Echocardiogram

Echocardiogram	EF (%)
Admission	
Discharge	

Discharge to Home Date.....

Weight Discharge:.....kg

Nurse Signature.....

ผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเรื่องการจัดการ
ความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

1. ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร
อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
2. นายแพทย์บุญเสริฐ ชาติละออง
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหัวใจ หัวหน้าแผนกสถาบันหัวใจ
โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
3. นางสาวพัชรา เตโซ
อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
4. ดร.เยาวภา ปฐมศิริกุล
อาจารย์ผู้อำนวยการด้านการให้คำปรึกษางานวิจัย มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
5. นางสาวทรงศนี นาคราช
พยาบาลชำนาญการขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล นางสาวนิตยา ทานันท์
วัน เดือน ปีเกิด 4 มิถุนายน 2521
ที่อยู่ปัจจุบัน 27 โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร
จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10120

ประวัติการศึกษา
พ.ศ. 2544 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ประวัติการทำงาน
พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพประจำการแผนกอายุรกรรมและ
ศัลยกรรมหัวใจ ชั้น 14 โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร