



# การจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน\*

## Risk Management Participation for Preventing the Recurrent of Congestive Heart Failure at Home by Community Nurse Practitioners

นิตยา ทานันท์\*\*

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย\*\*\*

กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม\*\*\*\*

จิตร ลิทธิอมร\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ พัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข และเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดครั้งแรกอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยประจำในชุมชนเขตห้วยลี้ กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 ราย กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ ครอบครัว/ผู้ดูแล แพทย์อายุรกรรมหัวใจ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ได้รับความแม่นยำตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

\*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*\*มหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*\*\*รองศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*\*\*\*\*ศาสตราจารย์กิตติคุณผู้ทรงคุณวุฒิ



ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ สำหรับปัจจัยครอบครัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วย

รูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโน้มน้าวให้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง 2) ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) ลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยงโดยผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข 4) ติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง

กิจกรรมที่ร่วมกันออกแบบ คือ คู่มือป้องกันและแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) น้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ด้านครอบครัว/ผู้ดูแล พบว่า การรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ :** การจัดการความเสี่ยง การมีส่วนร่วม ภาวะหัวใจล้มเหลว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

## Abstract

The purpose of this action research aimed to study the risk factors of congestive heart failure recurrent situation, develop the system of risk management in participation among patients, family and medical profession and study the result of the developed system by Community Nurse Practitioners. Major perspective samples were 30 ischemic heart disease'patients aged 60 years or higher resided in St.Louis community Bangkok Metropolitan. The first thing doctor found was the occurrence of CHF and treated was continuingly tor at least 1 year at St.Louis hospital. Minor perspective samples were relations , caregivers, cardiologist, community nurse practitioners, profesional nurses, pharmacists, nutritionists and physical therapists. Data collection was carried out using the questionnaires, interviews and participatory notifications. Data analysis was performed using paired t-test and content analysis.



The result showed that the risk factors of CHF's recurrent situation included patient and family factors. Patient factor was perceived barriers, family factor was perceived severity.

The developed risk management system by Community Nurse Practitioners 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; and finally, follow the result of the risk managements.

The risk management activity was the manual of the recurrent CHF prevention for patients, relations and caregivers, included the symptoms 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, health behavior developed significantly ( $p < 0.05$ ); patient's weight after developed system was reduced significantly ( $p < 0.05$ ), perceived barriers were reduced significantly ( $p < 0.05$ ), and relations and caregiver found that perceived severity was increased significantly ( $p < 0.05$ )

**Keywords :** Risk management, participation, congestive heart failure, community nurse practitioners

## บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถสูบฉีดโลหิตให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้มีอาการหายใจเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ เพลีย อ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีอาการบวมตามแขนขา จากการศึกษาความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวในยุโรประดับวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลวมีประมาณร้อยละ 1-2 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่ขึ้นไป โดยมีความชุกเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 ราย ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มี

ภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจขาดเลือด (European Society of Cardiology. 2012 : Online) และยังเกี่ยวข้องกับ เพศ อายุ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ครอบครัวไม่มีเวลาดูแลและไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเกิดจากบริการสุขภาพที่ได้รับ ได้แก่ การได้รับการดูแลที่ไม่เฉพาะเจาะจงจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบกับการไม่มีทีมสุขภาพดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และบางรายเกิดจากการขาดการวางแผนการจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในเวลา 1- 3 เดือน (ขจร เพ็ญสุพรรณ. 2545) หลักการรักษาเน้นเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของ



หัวใจ ชะลอการดำเนินของโรค ลดการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ โดยกำจัลดปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

ในปี พ.ศ. 2553-2554 แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรมหัวใจผู้ป่วยในชั้น 14 โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งแรกด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวคิดเป็นร้อยละ 8.47 และ 33.9 ตามลำดับ มีการกลับเข้ามาอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายในช่วงเวลา 3 เดือน หลังจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 1.6 และ 3.57 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการจัดการความเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลวจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และ สหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งมีบทบาทในการค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผล และนำผู้ที่มีความเสี่ยงมาวางแผนควบคุม ป้องกัน และลดความเสี่ยงซ้ำ (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาต่างๆ. 2551 : ออนไลน์) ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านซึ่งต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จึงเห็นความสำคัญของการ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงจากตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อจัดการ

ปัจจัยเสี่ยงที่พบทั้งขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย หลังการจำหน่าย และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การที่จะจัดการความเสี่ยงเช่นนี้ได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพเป็นลำดับแรก เพราะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำมากที่สุด โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องเป็นผู้โน้มน้าวให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ อายุรกรรมหัวใจ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด มีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาสิ่งที่เป็ปัจจัยเสี่ยงของตนเอง การประเมินหรือวิเคราะห์โอกาสเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการประเมินผล จนกระทั่งได้แนวทางปฏิบัติหรือรูปแบบของการจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจนที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจและต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรและกลุ่มเป้าหมายหลัก คัดเลือกแบบเจาะจง คือเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นครั้งแรก โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับ 2 และ 3 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association. 2012 : Online) จำนวน 30 ราย อาศัยประจำในชุมชนเขตห้วยลือ กรุงเทพมหานคร และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี นับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2556 - มกราคม พ.ศ. 2557

กลุ่มเป้าหมายรอง เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายหลัก ซึ่งได้แก่ ครอบครัว/ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังคาเดียวกันของกลุ่มเป้าหมายหลัก 30 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล 7 ราย ประกอบด้วยแพทย์อายุรกรรมหัวใจ 1 ราย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ราย พยาบาลวิชาชีพ 2 ราย เภสัชกร 1 ราย นักโภชนาการ 1 ราย และนักกายภาพบำบัด 1 ราย

**เครื่องมือการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว/

ผู้ดูแล ประกอบด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และนำไปตรวจสอบความแม่นยำ (validity) ตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. 2553 : 207) ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

2.2 กลุ่มเป้าหมายรอง คือ ครอบครัว/ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วยแบบสอบถามลักษณะทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ประเภทเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างของการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2.3 แบบสัมภาษณ์ เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับใช้ในการสนทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก ประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มี



ผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และใช้ระหว่างการพัฒนาแบบการจัดการความเสี่ยง โดยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

**การทดสอบความแม่นยำตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นได้ของเครื่องมือ**

**ความแม่นยำตรงตามเนื้อหา** ผู้วิจัยหาความแม่นยำตรงของเครื่องมือทุกชุดด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา พิจารณารายข้อจำนวน 86 ข้อ ได้ค่าความตรง (content validity index : CVI) = 0.92

**การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ** หลังจาก que ผู้วิจัยปรับปรุงการใช้ภาษาในเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะของทรงคุณวุฒิครบถ้วนแล้ว ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หลังจากนั้น นำมาหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.88

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติและได้รับหนังสือรับรอง เลขที่ อ. 149/2556 (อนุมัติวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2556) และผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการวิจัย โดยอธิบายให้

กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ให้อิสระในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจและยกเลิกที่จะเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยปกปิดชื่อ-นามสกุล และใช้การระบุตำแหน่งของผู้เกี่ยวข้องแทนการใช้ชื่อจริงในทุกขั้นตอนและข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** หลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มใหญ่แบบเป็นทางการ 1 ครั้ง การประชุมกลุ่มย่อยแบบไม่เป็นทางการ 3 ครั้ง การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนามจากการสังเกต กระบวนการทั้งหมดเริ่มตั้งแต่ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน และมาโรงพยาบาลครบตามนัด ใช้ระยะ 10 เดือน โดยมีการวางแผน นำไปปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน จนได้รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน โดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแลทั้ง 30 ราย ตั้งแต่ได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลจนต่อเนื่องถึงที่บ้านนาน 1 เดือน มีการติดตามทั้งหมด 3 ครั้ง โดยมีการโทรศัพท์เยี่ยมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในวันที่ 3 และมีการเยี่ยมผู้ป่วยถึงที่บ้านในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนสุดท้าย มีการโทรศัพท์เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองได้ต่อเนื่องที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 ความเหมือนของแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ คือ หลังการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ไม่พบ

การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำภายใน 1-3 เดือน แต่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ที่ดีขึ้น ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

**ขั้นตอนการวิจัย** การวิจัยกำหนดเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ 1 เดือน

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ที่บ้าน ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ

2.1 ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง เพื่อค้นหาสาเหตุและประเด็นเพิ่มเติม และนำมาสรุปเป็นภาพรวมของสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

2.2 ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง เป็นการกำหนดบทบาทหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาปฏิบัติการ โดยที่มีผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนร่วมกัน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

2.3 การจัดการความเสี่ยง ลงมือดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ สังเกตการณ์กระบวนการและผลการเปลี่ยนแปลงในแต่ละกิจกรรมภายหลังการกำหนดผู้รับผิดชอบ สะท้อนการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ลงมือปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 6 เดือน

2.4 การประเมินผล ปรับปรุงกิจกรรมหลังจากการประชุมกลุ่มและปฏิบัติตามแผนและประเมินของการดำเนินงานของแต่ละฝ่าย

3. การศึกษาผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านเป็นการประเมินผลหรือสะท้อนผลการศึกษาปฏิบัติเพื่อรวบรวมการดำเนินงานที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอน ค้นหาศักยภาพตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อมาวางแผนควบคุมกำกับกิจกรรมและการทำงานของผู้เกี่ยวข้องและประเมินกิจกรรมที่ดำเนินงานรวมทั้งวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ของครอบครัว/ผู้ดูแล และบทบาทของสหสาขาวิชาชีพ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t- test และการวิเคราะห์เนื้อหา

## ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว** ลักษณะทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 80 – 89 ปี มีสถานภาพสมรสหม้าย ระดับการศึกษาโดยมากจบระดับประถมศึกษา เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน และไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับบุตร มีโรคประจำตัว



เป็นโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และยาที่ได้รับโดยมากเป็นยาขับปัสสาวะ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.43$ , S.D = 0.59) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.74$ , S.D = 0.38) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 2.48$ , S.D = 0.47)

**2. ลักษณะทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ** ครอบครัว/ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี เพศหญิง สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป มีอาชีพค้าขาย และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือน รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ มี

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล โดยรวมอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแลรายด้าน พบว่า 1) ด้านการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับดี 2) ด้านการรักษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี และ 3) ด้านส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

**3. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วย** ผลการวิเคราะห์ปรากฏว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของครอบครัว/ผู้ดูแล มีผลต่อภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1





### ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน

ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่บ้าน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	p-value
<b>ด้านผู้ป่วย</b> <b>การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน</b>				
น้อย	56.09	9.53	2.20	0.02*
มาก	48.63	7.71		
<b>ด้านผู้ดูแล/ครอบครัว</b> <b>การรับรู้ความรุนแรง</b>				
น้อย	63.72	7.74	- 3.42	0.00*
มาก	73.83	8.02		

\* = P-value < 0.05

**4. รูปแบบการจัดการความเสี่ยง**  
กิจกรรมการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รูปแบบการจัดการความเสี่ยงมีกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้เริ่มนำเสนอข้อมูลปัจจัยเสี่ยงทั้งที่มีนัยสำคัญและไม่มีนัยสำคัญต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นำเสนอบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ พร้อมให้ทุกฝ่ายนำเสนอความต้องการและความคาดหวังของตนให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยงโดยผู้ป่วย ครอบครัว

และบุคลากรสาธารณสุขภายใต้บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละฝ่าย และขั้นตอนที่ 4 คือ การติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง

**5. ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนา**  
**รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม**  
พบว่า การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่น้ำหนักตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการพัฒนาแบบลดต่ำกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำและ



พฤติกรรมการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว  
ซ้ำของครอบครัว/ผู้ดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น  
เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัย  
สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีความ  
สามารถในการค้นหาความเสี่ยง การประเมิน  
หรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง

การประเมินผล และนำผู้ที่มีความเสี่ยงมา  
วางแผนควบคุม ป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อ  
การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน โดยใช้ความ  
สามารถในการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง  
บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแล  
เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันของสหสาขา  
วิชาชีพ ทำให้เกิดรูปแบบที่ดูแลผู้รับบริการตั้งแต่  
ในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกัน  
โอกาสเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน		t-test	p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
<b>ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว</b>						
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	3.11	3.33	0.29	0.24	- 2.87	0.00
พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	3.43	4.49	0.59	0.39	- 8.72	0.00
น้ำหนักตัว	54.84	53.20	4.85	4.60	7.79	0.00
<b>ครอบครัว/ผู้ดูแล</b>						
การรับรู้ความรุนแรงของ ภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	4.17	4.95	0.46	0.14	-8.52	0.00
พฤติกรรมการป้องกันโอกาส เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ	3.75	4.55	0.48	0.15	-9.45	0.00



**สรุปและอภิปรายผลการวิจัย** ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้านผู้ป่วยครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอย่างมีนัยสำคัญด้านผู้ป่วย คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ เพนเดอร์และคณะ (Pender, Murdaugh and Parsons. 2006 : Online) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคจะทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากกับสิ่งขัดขวางภายในตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันลดน้อยลง ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 และ 3 ลักษณะดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงตามวัย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เมื่อต้องอยู่คนเดียวหรืออยู่กับบุตรที่ไม่ค่อยมีเวลาดูแล จึงไม่สามารถสังเกตอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกว่าเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และยังมี ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จะยิ่งทำให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในการป้องกันลดลง จึงส่งผลให้รับรู้ว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้

ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำด้านครอบครัว/ผู้ดูแล คือ การรับรู้ ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรตนิย์ นาคราช และคณะ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหอบหืดด้านครอบครัว/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลและป้องกันการ

เกิดอาการหอบหืดซ้ำ สาเหตุอาจเกิดจากการรับรู้ ความรุนแรงเป็นความเชื่อหรือความนึกคิดที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ซึ่งหากครอบครัว/ผู้ดูแล เข้าใจว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความสูญเสียและความรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จะทำให้ครอบครัว/ผู้ดูแล ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ

จากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องก่อนการพัฒนา รูปแบบ พบว่า ไม่มีรูปแบบในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548 : 52 ) ที่กล่าวว่า การตระหนักในบทบาทและการปฏิบัติใด ๆ ที่ เป็นความร่วมมือในทุกขั้นตอนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ที่จะกำจัดหรือจัดการปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการใช้แนวคิดของการจัดการความเสี่ยง มีการปฏิบัติและปรับปรุง การปฏิบัติเป็นวงจรรจนเกิดรูปแบบที่ชัดเจนภายใต้ บทบาทหน้าที่ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (สมปอง พะมุขลิลา. 2544 : 14 ; อนุวัฒน์ ศุภขัติกุล. 2543 : 7) จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้

กิจกรรมและกระบวนการจัดการ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโน้มน้าวให้แต่ละส่วนเห็นความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ โดยกระตุ้นและสะท้อนความคิด



ให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของตนเอง ร่วมกันกำหนดบทบาทความรับผิดชอบ จนเกิดการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การกำหนดบทบาทร่วมกัน การลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้เชื่อมประสานทำให้เกิดรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับที่ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่าง ๆ (2551 : ออนไลน์) กำหนดสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนว่า เป็นผู้ที่มีความสามารถในการค้นหาความเสี่ยง การประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผล และนำผู้ที่มีความเสี่ยงมาวางแผนควบคุม ป้องกัน และลดความเสี่ยงซ้ำ

การมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบครัว/ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน ได้รับความร่วมมือจากแผนกต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้เชื่อมประสานจนกระทั่งเกิดแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง คู่มือการปฏิบัติตัวที่เน้นวิธีปฏิบัติให้ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแลจัดการปัจจัยเสี่ยง และปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของเพิงใจ ดอนคำมูล (2555) ที่พบว่า การที่บุคลากรสาธารณสุข เน้น

ให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามแผนการรักษา อย่างเคร่งครัดด้วยตนเอง สามารถช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรคเรื้อรังได้ เหตุที่เป็นเช่นนี้ เพราะเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการป้องกัน รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และมีแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ อีกทั้งการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ดีขึ้น

ภายหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำลดลง ทำให้มีการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำมากขึ้น กว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรรา สุทธิธรรม (2552) ที่พบว่า การให้ผู้ปฏิบัติทุกฝ่ายมีส่วนร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หาแนวทางป้องกัน แก้ไข และร่วมกันกำหนดรูปแบบการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของท่อช่วยหายใจ สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดอุปสรรคในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำได้

ภายหลังการจัดการความเสี่ยง พบว่าครอบครัว/ผู้ดูแล รับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา



ของ ทรรศนีย์ นาคราช และคณะ (2550) ที่ศึกษากระบวนการการดูแลและป้องกันอาการหอบซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าการใช้กิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลเด็ก ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขจะเสริมสร้างศักยภาพในการค้นหาสาเหตุของการเกิดหอบซ้ำอย่างมีระบบ ช่วยจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการหอบซ้ำ และทำให้การรับรู้ของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อการเกิดอาการหอบซ้ำและป้องกันอาการหอบซ้ำได้ อาจเพราะรูปแบบการจัดการความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นเน้นให้ครอบครัว/ผู้ดูแล เข้าใจปัญหาได้ โดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะหัวใจล้มเหลว และจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านได้ด้วยตนเอง

รูปแบบที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ มีข้อดี คือ มีการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และร่วมกันเสริมสร้างศักยภาพในการค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำอย่างมีระบบ ช่วยจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ทำให้รับรู้และค่อย ๆ ซึมซับ เข้าใจ เห็นความสำคัญของการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ทุกฝ่ายค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะหัวใจล้มเหลวและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้าน (จิตติมา ภูริทัตกุล. 2547)

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องนำรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านไปใช้ โดยกำหนดเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติ คู่มือ และแบบฟอร์มการค้นหาและประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อประเมินประสิทธิภาพและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ดีขึ้น
3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรนำรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ และประเมินผลเป็นระยะ





## เอกสารอ้างอิง

- ขจร เพ็ญสุพรรณ. (2545) **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547) **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรรศนีย์ นาคราช.และคณะ. (2550) **การพัฒนากระบวนการการดูแลและป้องกันอาการหอบที่ดื้ออย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน**.วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นุสรุ สุธิธรรม. (2552) **การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก 1 โรงพยาบาลสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) นนทบุรี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553) **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ยูเออนไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. และคณะ. (2548) **การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สุขุมวิทการพิมพ์.
- เพียงใจ ดอนคำมูล. (2555) **ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ที่เป็นวัณโรคปอดในระยะเข้มข้นของการรักษาโรงพยาบาลลำปาง**.วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่างๆ. (2551) **30 มกราคม 2552 ราชกิจจานุเบกษา.126** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/-20344pdf\(16 D\) \(4 พฤศจิกายน 2555\)](http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/-20344pdf(16 D) (4 พฤศจิกายน 2555))



สมปอง พะมูลิลา. (2554) **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ**. กรุงเทพมหานคร : มาตรฐานพิมพ์.

อนันต์ ศุภชติกุล. (2543) **ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์.

อรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา. (2554) **หลักการพยาบาลโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง**. พิษณุโลก : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

European Society of Cardiology. (2012) “ **ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012**” **European Heart Journal**.33 page 1787-1784 [Online] Available : [www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/guidelinedocuments/guideline-acute%20and%20chronic-hf-ff-pdf\(4 December 2012\)](http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/guidelinedocuments/guideline-acute%20and%20chronic-hf-ff-pdf(4%20December%202012))

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](http://www.inspra.co.uk/...heart.../new-york-heart-association-nyha-functional-classification-in-heart-failure) (4 December 2012)

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006) “**Pender’s Health Promoting Model**”. [Online] Available : [http://www.sciemce.cmru.ac.th/sciblog\\_v2/blfile/102\\_\\_s151113153219.pdf](http://www.sciemce.cmru.ac.th/sciblog_v2/blfile/102__s151113153219.pdf)(1 February 2014)

