

กระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของ ผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ ปร.ด. (การพยาบาล)*

ขวัญจิต คุปตานนท์ วท.ม. สรีรวิทยา**

นพพร ว่องสิริมาศ ปร.ด. (การพยาบาล)***

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ใช้วิธีการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย ข้อมูลหลักได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่มีภาวะหัวใจวายจำนวน 35 คน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบข้อมูลร่วมกับกระบวนการให้รหัส

ผลการศึกษาพบ “กระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย” แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 “ปฏิเสธความจริง” ระยะนี้เต็มไปด้วยความรู้สึกทางลบ ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายปฏิเสธการวินิจฉัยของแพทย์และทำทุกวิถีทางเพื่อพิสูจน์ว่าการวินิจฉัยของแพทย์ไม่ถูกต้อง ระยะที่ 2 “เผชิญหน้าและไม่ยอมแพ้” ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้รับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง จึงตัดสินใจลุกขึ้นสู้และเผชิญปัญหาพร้อมกับครอบครัว และปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด แม้ต้องประสบปัญหาหลายครั้งแต่สามารถแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ ระยะที่ 3 “พึงพอใจกับชีวิต” ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายปรับมุมมองความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในทางบวก ดำเนินชีวิตตามปกติ ร่วมกับการมีภาวะหัวใจวาย วางแผนชีวิตสำหรับครอบครัวและวาระสุดท้ายของตนเอง

ผลการศึกษานี้เป็นมุมมองใหม่ที่ชี้ให้เห็นถึงกระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่บุคลากรในทีมสุขภาพให้เกิดความเข้าใจ และสามารถพัฒนารูปแบบที่เฉพาะในการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายได้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(4) 108-122

คำสำคัญ: การจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย การสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐาน

*ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ E-mail Address: juntima@swu.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจวายเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่มีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา¹ สำหรับประเทศไทยแม้ว่ายังไม่มีการบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะ แต่จากสถิติพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2548-2550 มีอัตราการตายของคนไทยด้วยโรคหัวใจรวมถึงภาวะหัวใจวาย 28.2, 28.4, และ 29.5 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีชีวิตอยู่กับภาวะหัวใจวายก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ³ เนื่องมาจากภาวะหัวใจวายก่อให้เกิดข้อจำกัดทางร่างกายหลายประการ ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง³⁻⁷ ต้องเผชิญกับความกลัวและความไม่แน่นอน เกิดความไม่แน่ใจในสุขภาพของตนเอง เกิดความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเองและครอบครัว^{8,9} ผู้ป่วยไม่รู้อนาคตของตนเอง ไม่รู้ว่าอาการจะกำเริบเมื่อไร เนื่องจากอาการของภาวะหัวใจวายอาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้⁹⁻¹⁰ อีกทั้งรูปแบบในการดำเนินชีวิตประจำวันมีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งในเรื่องการรับประทานยา อาหาร น้ำ และการออกกำลังกาย ด้วยเหตุนี้ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายจึงมักมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเกิดขึ้น¹¹⁻¹³ บางรายอาจมีความคิดที่จะทำร้ายตัวเองจนถึงคิดฆ่าตัวตาย^{9,14} ดังนั้นเมื่อพูดถึงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย จึงไม่ใช่การคำนึงถึงเฉพาะการดูแลให้ผู้ป่วยทำตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น แต่ยังเป็น การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจวายอย่างปกติสุขอีกด้วย ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่ยังเป็นผลการศึกษาในต่างประเทศ โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตสังคมและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย¹¹⁻¹³ ได้แก่ อายุ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความวิตกกังวลและความแตกต่างของเชื้อชาติ เป็นต้น โดยเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรต่างๆ ส่วนใหญ่พัฒนามาจากความคิดของบุคลากรทางด้านสุขภาพแทบทั้งสิ้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายในประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยมีวัฒนธรรม ประเพณีมายาวนาน ความเชื่อและความศรัทธาในการดำเนินชีวิตของคนไทยจึงมีความแตกต่างจากประชากรในประเทศแถบตะวันตก

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ป่วยมีการจัดการทางด้านจิตใจและภาวะของอารมณ์อย่างไรเมื่อมีภาวะหัวใจวาย โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในทัศนคติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายเป็นหลัก ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพเข้าใจถึงสถานการณ์ทางด้านจิตใจอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะดังกล่าว และข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือ เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งหาแนวทางส่งเสริมผู้ป่วยให้มีศักยภาพในการจัดการทางจิตใจและอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายในทัศนคติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ใบอนุญาต 17/2553 และผ่านการพิจารณาจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจึงประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจและคลินิกตรวจโรคอายุรกรรมเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย เมื่อผู้ที่มีภาวะหัวใจวายยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเข้าพบ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงว่า สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงเพิ่มเติมว่า ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์สุดท้ายจะนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาและการพัฒนารูปแบบการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายเท่านั้น จากนั้นจึงขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแสดงความสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐาน (grounded theory) ประชากรคือ ผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย ซึ่งภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ ให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียดแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling)

โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวาย มีอายุมากกว่า 18 ปี อยู่ในระหว่างการรักษาภาวะหัวใจวายทั้งการรักษาทางอายุรกรรมและศัลยกรรม

การเก็บข้อมูลเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งเป็นสถานที่ส่วนตัว ได้แก่ ที่อยู่อาศัยของผู้ให้ข้อมูล หรือ ห้องทำงานของผู้วิจัย ซึ่งปราศจากการรบกวน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองด้วยการสัมภาษณ์พูดคุยในเรื่องทั่วไป ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ เพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณคุกคาม และทำให้เกิดความเป็นกันเองและไว้วางใจผู้วิจัย สำหรับแนวคำถามที่เตรียมไว้นั้นได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจวายมากกว่า 10 ปี ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น กรณีสมาถ์ถึงอารมณ์หรือสภาพจิตใจของท่านในครั้งแรกที่ทราบจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจวาย ท่านจัดการกับอารมณ์หรือสภาพจิตใจตอนนั้นอย่างไร สิ่งใดเป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจให้จัดการเช่นนั้น เป็นต้น ซึ่งในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลให้บันทึกเทปตลอดการสัมภาษณ์ได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง โดยการสัมภาษณ์ครั้งแรก ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้ และนำมาให้

ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งห่างจากครั้งแรกประมาณ 2-3 สัปดาห์ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีเวลาทบทวนเรื่องที่เล่าให้ผู้วิจัยฟัง และผู้วิจัยมีเวลาตรวจสอบข้อมูลที่สัมภาษณ์ไปแล้ว อีกครั้งหนึ่ง การสัมภาษณ์ครั้งที่สองใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์ในคำถามที่คำตอบยังไม่ชัดเจน เนื่องจากในการสัมภาษณ์ครั้งแรกบางครั้งผู้ให้ข้อมูลขอพักเป็นช่วงๆ ระหว่างการสัมภาษณ์หรือบางครั้งผู้ให้ข้อมูลติดภารกิจกะทันหัน ทำให้ขาดความต่อเนื่องและชัดเจนของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม (field note) ถึงบรรยากาศในขณะที่สัมภาษณ์ ทำทาง สีน้า น้ำเสียง พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงความรู้สึกของผู้วิจัย ในขณะที่สัมภาษณ์ สำหรับการยุติการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยยุติการรวบรวมข้อมูลและการสัมภาษณ์เมื่อทฤษฎีถึงจุดอิ่มตัว (theoretical saturation) กล่าวคือ หากคำตอบหรือคำสัมภาษณ์ที่ได้ยังมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไปเรื่อยๆ จนการสัมภาษณ์นั้นได้คำตอบที่ซ้ำกันหรือข้อมูลเหมือนกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น จึงหยุดสัมภาษณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 ราย

นอกจากนี้ในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐาน (grounded theory) ต้องมีการคำนึงถึงการเลือกตัวอย่างตามทฤษฎี (theoretical sampling) ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายทั้งเพศหญิงและชาย เป็นผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจวายตั้งแต่ 1 เดือน ถึงมากกว่า 5 ปี นอกจากนี้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงเรื่องราว อารมณ์ สภาวะจิตใจ และการจัดการปัญหาต่างๆ ของตนเอง ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน โดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูล การให้รหัส และเปรียบเทียบกับทฤษฎี

ให้รหัสที่ทำในผู้ให้ข้อมูลคนก่อน นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ ซึ่งผู้วิจัยทำเช่นนี้ซ้ำไปมาจนข้อมูลอิ่มตัว ไม่มีประเด็นใหม่ๆ เกิดขึ้นมา ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 35 ราย ทุกรายได้รับการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ใช้เวลาสัมภาษณ์รวม 48 ชั่วโมง จึงได้ข้อมูลที่เพียงพอที่แสดงถึงความสมบูรณ์ของตัวอย่างเชิงทฤษฎี¹⁵

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติหาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ในกรณีของข้อมูลของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีของสเตอร์ราและคอบิน¹⁶ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบข้อมูลร่วมกับกระบวนการให้รหัส ซึ่งดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์ทุกคำพูด คำต่อคำ จากนั้นเป็นการให้รหัส ผู้วิจัยเริ่มต้นจากการการลงรหัสแบบเปิด (open coding) เป็นการให้รหัสที่สะท้อนสิ่งที่ปรากฏในข้อมูลนั้น เช่น จากข้อมูล “ใครเป็นโรคนี้แล้วตายแน่ๆ” ผู้วิจัยให้รหัสว่า “การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย” จากนั้นใช้การลงรหัสแบบบรรยาย (axial coding) เพื่อเชื่อมโยงรหัสแต่ละรหัสสร้างเป็นมโนทัศน์ และกลุ่มมโนทัศน์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ 27 มโนทัศน์ เช่น คิดฆ่าตัวตาย ทำตามแผนการรักษา ใช้เวลากับครอบครัวและคนรัก เป็นต้น โดยมีกลุ่มมโนทัศน์ซึ่งได้มาจากการเชื่อมโยงมโนทัศน์เข้าด้วยกันตามเงื่อนไขที่เป็นสาเหตุ คุณสมบัติ บริบท การจัดการปรากฏการณ์นั้นและผลที่ตามมา ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ตามสภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) หนีความจริง 2) เผชิญหน้าและไม่ยอมแพ้ และ 3) ฟังพอใจกับชีวิต จากนั้นจึงใช้การลงรหัสแบบคัดสรร (selective coding) เพื่อนำไปสู่มโนทัศน์ที่เป็นแก่นสาระของการวิจัย ในที่นี้ได้แก่ กระบวนการจัดการทางด้าน

จิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย

สำหรับความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวคิดของแม็กซเวลล์¹⁷ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ตรงกับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น เริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจในการให้ข้อมูลเชิงลึก การยืนยันความถูกต้องของบทสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลทุกราย โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และนำข้อสรุปดังกล่าวกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งที่สองเพื่อยืนยันความถูกต้อง นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เขียนบันทึกภาคสนามบรรยายถึงบรรยากาศในขณะสัมภาษณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระหว่างการเก็บข้อมูลเพื่อเป็นการสะท้อนความคิด และลดอคติที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของผลการวิจัยโดยผู้ที่มีภาวะหัวใจวายที่ไม่ได้เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายนานกว่า 10 ปี จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ตรวจสอบทุกท่านมีความเห็นสอดคล้องกับผลการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีอายุระหว่าง 46 - 73 ปี ($M = 58.15$, $SD = 11.72$) โดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.6 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ

51.43 ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ มีรายได้ระหว่าง 500-22,500 บาท ($M = 4,800$, $Median = 3,000$, $SD = 7624.88$) โดยแหล่งที่มาของรายได้ คือ จากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือจากการทำงานของตนเองและจากการช่วยเหลือของรัฐบาล นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจวายที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 2 และ 3 ร่วมกัน¹⁰ คิดเป็นร้อยละ 85.7 โดยผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 โรค โดย 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ร้อยละ 52.5) โรคลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 18.9) และภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 1.5) สำหรับสิทธิในการรักษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองคิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมาคือการใช้สิทธิการรักษาของข้าราชการ และการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง คิดเป็นร้อยละ 12.1 และ 6.1 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า การจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายนั้นมีการกระทำเป็นระยะ เป็นกระบวนการ เรียกว่า “กระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย” โดยกระบวนการนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เรียกว่า “ปฏิเสธความจริง” ระยะที่ 2 เรียกว่า “เผชิญหน้าและไม่ยอมแพ้” และระยะที่ 3 เรียกว่า “พึงพอใจกับชีวิต” (แผนภูมิ) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 “ปฏิเสธความจริง” ระยะนี้เริ่มจากผู้ให้ข้อมูลได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนเองมีภาวะหัวใจวาย ทำให้เกิดอารมณ์ต่อต้านและเกิดรู้สึกทางลบต่อแพทย์ ต่อที่มสุขภาพ โชคชะตา และตัวเอง ความรู้สึกทางลบดังกล่าว ได้แก่ ซ็อค ตกใจ รับไม่ได้ ไม่เชื่อถือแพทย์และโกรธว่าแพทย์โกหก แพทย์ไม่เก่ง โกรธโชคชะตา เสียใจ เศร้า รู้สึกอ้าวน้ำ

ไม่มีอนาคต ท้อแท้สิ้นหวัง หมดอาลัยตายอยากในชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลเคยรับรู้มาว่า ภาวะหัวใจวาย เป็นภาวะเจ็บป่วยร้ายแรง ทำให้คนที่เป็นอายุสั้น เสียชีวิตอย่างทรมาน ผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อว่า การมีภาวะหัวใจวายเปรียบเหมือนมีระเบิดเวลาอยู่ในตัว ซึ่งถือเป็นภาวะคุกคามความปลอดภัยในชีวิตของตนเอง

สืบเนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี ทั้งความรู้สึกโกรธและความไม่เชื่อถือที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปฏิเสธการรักษา กับแพทย์ที่ให้การวินิจฉัย โดยไม่ไปรับการรักษาตามนัด มีผู้ให้ข้อมูลเพียง 2 ราย ที่ยังคงไปพบแพทย์ตามนัดในครั้งถัดมา เนื่องจากอาการที่เป็นอยู่ยังไม่ทุเลา อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นมานี้ ทั้งความรู้สึกโกรธและการไม่เชื่อถือการวินิจฉัยของแพทย์ นอกจากทำให้ผู้ให้ข้อมูลขาดการรักษาที่สม่ำเสมอแล้ว ยังเป็นแรงผลักดันที่ทำให้มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาบ่อยครั้ง หรือเปลี่ยนสถานพยาบาลที่รักษาหลายแห่ง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลต้องการพิสูจน์ว่าการวินิจฉัยนั้นไม่ถูกต้อง ซึ่งกว่าที่ผู้ให้ข้อมูลจะยอมรับการวินิจฉัยว่าตนเองมีภาวะหัวใจวาย ผู้ให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาโดยเฉลี่ย 3-4 คน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ยังคงไปพบแพทย์ แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาบ่อยครั้งก็ตาม ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงอันตราย และความตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความสุขเมื่อไปพบแพทย์ เพราะหวาดระแวงว่าแพทย์จะให้ การวินิจฉัยโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในผู้ให้ข้อมูล บางรายยังคงไม่เชื่อในคำวินิจฉัยของแพทย์ว่าตนเองมีภาวะหัวใจวาย ดังนั้นในขณะที่รับการรักษา กับแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการแสวงหาการรักษาจากแหล่งอื่น ตามความเชื่อของตนเองและจากคำแนะนำของ

ครอบครัวและเพื่อนไปด้วยในเวลาเดียวกัน ทั้งการแพทย์ทางเลือก การรักษาตามความเชื่อ และการรักษาทางไสยศาสตร์ เช่น หมอพระ หมอน้ำมนต์ และ หมอสมุนไพร เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่สบายใจ เนื่องจากผู้รักษาเหล่านี้บอกว่อาการที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นมีหนทางรักษาให้หายได้ แม้ว่าผู้รักษาบางรายจะบอกว่หัวใจของผู้ให้ข้อมูลไม่ค่อยแข็งแรง แต่ไม่มีใครพูดว่ผู้ให้ข้อมูลมีภาวะหัวใจวาย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้นและเป็นการตอกย้ำความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลว่ว่าแพทย์วินิจฉัยไม่ถูกต้องอีกด้วย อย่างไรก็ตามอาการที่กำเริบมากขึ้น สภาพร่างกายที่ช่วยเหลื่อตนเองได้น้อยลงเรื่อยๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลท้อแท้ หลายคนคิดหาหนทางฆ่าตัวตาย ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ตนเองต้องทรมานมากขึ้นและไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบว่า ในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะของการปฏิเสธความจริง แรงสนับสนุน และการเอาใจใส่จากบุคคลอื่นเป็นที่รักหรือบุคคลในครอบครัวช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลค้นหาความต้องการของตนเองและค้นพบความหมายของการมีชีวิตอยู่ว่าจะอยู่เพื่อใครและอยู่เพื่ออะไร ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถก้าวผ่านระยะนี้ไปยังระยะต่อไปได้ ยกตัวอย่างเช่น

“ตอนแรกก็ซื่อ ตกใจ มันทาไปหมด ชาติไปทั้งตัว ป่าจำไม่ได้ว่ากลับมาบ้านยังง... ร้องให้หลายวัน ว่าหมอด้อย พุดแล้วก็อายนะ (หัวเราะ) บอกหมอโกหก หมอตรวจผิด จะเป็นได้ไง ไม่เชื่อ ไม่ไปหาหมอนั่นอีกเลย โกรธ... ใครว่ที่ไหนดี ก็ไปกับเค้า บางทีนั่งรถเป็นวัน มันก็ยิ่งเหนื่อย รู้สึกเหมือนจะตาย แต่ก็ไป ก็คิดว่าทำกรรมอะไรไว้ละ (หัวเราะ) แต่ก็ไป เพราะอยากหาย ... พอไปแรก ๆ ก็ดีขึ้น คนที่รักษา

เค้พูดดี บอกว่าน่าจะเป็นเรื่องเลือด หัวใจ
เลยอ่อน แต่รักษาได้ เค้ว่าอย่างนี้ เราก็ใจมา
(มีกำลังใจมากขึ้น) ยังหันไปคุยกับลูกเลยว่า
บอกแล้วว่าแม่ไม่ได้เป็นหัวใจ หมอน่ะยังเด็ก
ไม่แก่ รักษาไม่เป็น ... มัน (ภาวะหัวใจวาย)
ทำให้แ่ทำอะไรไม่ได้เลย ทุกอย่างลูกหลาน
ต้องเดือดร้อน ก็รู้สึกท้อ ไม่อยากเป็นภาระ
ให้พวกเค้ ป้าไม่กินอะไรเลยเป็นวัน ๆ เอาแต่
นั่งเหม่อ จนลูกชายร้องให้ เค้เข้ามากอด
บอกว่าแม่รับ ผมอยากถ่ายรูปวันรับปริญญา
กับแม่ล่ะ แม่อย่าทำอย่างนี้สิ เค้บอกว่าเค้
รักแม่ พอได้ยินอย่างนี้ ป้าก็เสียใจที่ทำให้ลูก
ร้องให้ ปกติลูกชายใจแข็งมาก ป้ารักลูกไม่อยาก
ให้เค้ทุกข์ ก็เลยคิดว่าอยากให้ลูกสมหวัง”
(ผู้หญิง อายุ 60 ปี)

“... รู้ เคยได้ยินเค้พูดถึงกันว่ามัน
(ภาวะหัวใจวาย) อันตราย เป็นแล้วตายแน่ ๆ
คนที่เป็นก็จะทรมาณมาก ๆ ทำอะไรก็ได้
กินอะไรก็ได้ ที่นี้พอมาเป็นเรา พอหมอบ
บอกว่าเราเป็น ก็รับไม่ได้สิ กลัวมากมากเลย
ใจวูบเลย บอกไม่ถูก รู้สึกเหมือน แบบไม่
ปลอดภัย เหมือนเรามีระเบิดในตัว จะระเบิด
เมื่อไหร่ก็ไม่รู้ ... ทำงานไม่ได้ ลูกต้องให้เงิน
ใช้ คิด คิด คิดตลอด ว่าทำไมถึงเป็นอย่างนี้
... ไปหาหมอมมา 3-4 ที่ ทั้งรัฐบาล ทั้งเอกชน
เค้บอกเหมือนกันหมด แ่ ยอมแพ้ ไม่รู้จะ
อยู่ไปทำไม ... ไปเอามีดมาแล้วก็จะเชือด
ข้อมือ แต่ตอนจะลงมีด ลูกโทรมาพอดี กะว่า
จะสั่งเสียกับเค้ก็เลยรับโทรศัพท์ เค้ก็บอกว่า
อยู่ตลาดกับหม่าม้า (แม่) ถามว่าเย็นนี้ป้า
(พ่อ) อยากกินอะไร มันตื้อไปหมด รู้เลยว่า
ถ้าเราทำ เค้จะเสียใจ” (ผู้ชาย อายุ 54 ปี)

ระยะที่ 2 “เผชิญหน้าและไม่ยอมแพ้” ผู้ให้
ข้อมูลตระหนักถึงคุณค่าของตนเองต่อครอบครัว
และอยากมีชีวิตต่อไป จึงเข้ารับการรักษากับแพทย์
มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองใหม่เพื่อให้
สอดคล้องกับแผนการรักษา แม้ว่าแผนการรักษาจะ
ต่างกับวิถีดำเนินชีวิตเดิมอย่างสิ้นเชิงก็ตาม ผลการ
วิจัยพบว่า ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งความสับสน ความ
ท้อแท้เนื่องจากลักษณะของความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถ
ทำนายได้ บางครั้งผู้ให้ข้อมูลดำเนินชีวิตตามแผนการ
รักษาทั้งน้ำตา แต่ก็กัดฟันสู้ ไม่ยอมแพ้ พยายาม
ถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
พยายามเรียนรู้ธรรมชาติของภาวะหัวใจวาย ตลอดจนจน
ปัจจัยที่ทำให้หัวใจทำงานแย่ง และการจัดการกับ
อาการที่เกิดขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูลมีการศึกษา
ธรรมะ นั่งสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ โดยเฉพาะเมื่อเวลา
ท้อแท้ ว้าวุ่นหรือสับสน เนื่องจากเชื่อว่า หากจิตใจสงบ
อาการของโรคจะไม่กำเริบ ผู้ให้ข้อมูลมีการลดการ
สร้างบาปโดยเริ่มจากการรับประทานชีวิต รับประทาน
เนื้อสัตว์น้อยลง ไม่เบียดเบียนสัตว์อื่น ทำให้รู้สึก
สบายใจขึ้น ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลเผชิญกับสภาพร่างกาย
ที่มีข้อจำกัดมากขึ้น ต้องเผชิญกับอาการของโรคที่
กำเริบรุนแรงบ่อยขึ้น ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจาก
ต้องตื่นขึ้นมา นั่งหอบตอนกลางคืนบ่อยครั้ง บางราย
ต้องออกจากงานเนื่องจากต้องลางานบ่อย ทำให้ต้อง
เผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจทั้งค่าใช้จ่ายในชีวิต
ประจำวันของตนเองและของครอบครัว ค่าเดินทาง
มาพบแพทย์ และค่ายาบางตัวที่ต้องจ่ายเอง แต่ผู้ให้
ข้อมูลได้รับกำลังใจทั้งจากครอบครัวและจากบุคลากร
ในทีมสุขภาพ ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหาไปได้
ดังตัวอย่าง

“คิดว่าถอยไม่ได้ ต้องสู้อย่างน้อยก็เพื่อ
ครอบครัว ทั้งลูกทั้งเมีย หลายทีที่เห็นพวกเค้

แอบร้องไห้ เลยกบอกตัวเองว่ายังตายไม่ได้ ยอมแพ้ไม่ได้ ... ตอนแรกๆ รักษาไปมันไม่ค่อยดี ทรมาณมาก กินข้าวไป อ้วกไป เพราะมันจืดมากมาก ท้องไส้มันไม่รับ ยังไงไม่รู้พอถึงเวลากินมันจะอยากอ้วก เคยนะปิดจานทิ้งไปเลย มันหงุดหงิด เคยตะโกนตำหนอว่าลองให้หมอมากินเองว่าจะกินได้หรือเปล่า ... เมียก็พยายามทำกับข้าวที่เราชอบ แต่มันไม่อร่อย ลุงรู้ว่าเมียลุงเค้าเป็นห่วง เพราะเห็นเค้าแอบร้องไห้เวลาเราไม่กินข้าว ทั้งลูกทั้งเมียลุงเค้ามากินแบบเดียวกับลุงเลย กินงานเดียวกัน ลุงก็เลยได้คิด ก็เลยพยายามจะกินให้ได้ ... บางทีอยู่ๆ อาการมันก็เป็นหนัก บางทีก็ตี โรคเวรโรคกรรมอะไรไม่รู้ ตอนนั้นต้องลางานบ่อย ก็เกรงใจนายจ้าง เค้าก็เรียกไปว่า เค้าเองก็คงเห็นใจ แต่เศรษฐกิจมันแย่มาก ลุงก็เลยลาออกมา อีกร้อยอย่างมันทำไม่ไหว งานมันหนัก จะยกแก้วน้ำยังยาก ก็เลยออกก็ไม่มีเงิน เคยคิดจะไปขทาน แต่ขึ้นบันไดสะพานลอยยังไม่ไหวเลย (หัวเราะ) เลยไม่ได้ทำ ... วันหนึ่งไปเจอพระที่เคยรู้จัก หลวงพี่ก็บอกว่า ลุงกรรมเยอะ ให้ทำบุญ ก็สอนให้นั่งสมาธิ ก็นั่งมาตลอด ดีมาก” (ผู้ชาย อายุ 65 ปี)

“เหมือนอยู่บนหลังเสือ ลงมาไม่ได้ ลงมาก็ตาย แต่ถ้ายังไม่อยากตายก็ต้องอยู่ให้ได้ ... ร่างกายก็กินยา แต่เรื่องใจคือไม่ดี เราไม่รู้ว่าเพราะกรรมเก่าหรือเปล่า ลุงก็เลยสวดมนต์ทุกวัน ขอโทษจากเจ้ากรรมนายเวร... พอดีขึ้นก็ทำงานทำ งานเก่าทำไม่ได้แล้ว เจ้านายเค้าเชิญออก เพราะทำงานไม่คุ้มค่าจ้าง (หัวเราะ) ก็คิดว่าเราก็กินอยู่ดี จะเกาะเมียกินก็ง่ายก็เลยมาซื้อโมไซต์รับจ้าง ไม่ต้องออกแรงมาก วันไหนเหนื่อยก็พัก ไม่ได้เดือดร้อนใครด้วย

ได้เงินค่ากับข้าวด้วย ... ที่หมอบอกก็ทำยากอย่างกินข้าวไปสั่งที่ร้าน ถ้าเจ้าของร้านไม่เข้าใจก็หาว่าเราจุกจิก ไม่ใส่น้ำมันไม่ใส่น้ำมัน เค้าเคยลองทำกินเองนะ เพราะเมียไปทำงาน เชื้อมัยกว่าจะได้กิน ต้องหายใจหอบก่อนเป็นชั่วโมงเลยซื้อกินดีกว่า ... หมอดีพยาบาลก็ดี ดีมาก ๆ อดทน อดทนมากมายนะ เพราะผมถามเยาะเพราะมันไม่รู้ คนมันไม่ได้เรียน มันก็ไม่ได้ไม่เข้าใจ ก็อยากรู้ ก็ต้องถาม ก็ถามคุณหมอโรคนี้มันเป็นไง อันตรายมากจริงหรือ จะตายเมื่อไหร่ (หัวเราะ) หมอเค้าตอบดี ตอบหมดไม่ว่าเรา แต่บางทีก็ดู (หัวเราะ) อย่างถ้าน้ำหนักขึ้นจะโดนแล้ว แรก ๆ บางครั้งก็น้อยใจว่าคนคราวลูกมาก แต่ตอนหลังก็เข้าใจว่าหมอยกให้เราหาย แต่ถ้าทำดี ๆ หมอเค้าก็ชมให้กำลังใจ เรื่องหยูกยา บางทีก็บอกหมอลุงไม่มีตังค์ซื้อ ไม่ต้องสั่งมากนะ หมอเค้าก็ให้ฟรีเลย บางทีคุณพยาบาลก็ให้ตั้งค้ค่ารถมาอีก ... ถามว่าเคยท้อมัย ตอบได้เลยว่าบ่อยมาก ๆ แต่ทั้งลูกเมีย ทั้งเพื่อน ทุกคนสู้เพื่อเรา แล้วเราจะยอมแพ้หรือ ไม่ได้หรอก” (ผู้ชาย อายุ 60 ปี)

ระยะที่ 3 “ฟังพอใจกับชีวิต” ผู้ให้ข้อมูลยอมรับสัจธรรมว่าไม่มีใครที่มีชีวิตตลอดไป ทุกคนต้องตาย จึงเปลี่ยนมุมมองภาวะหัวใจวายให้เป็นบวก โดยมองว่าภาวะหัวใจวายทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถทราบระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่อย่างคร่าว ๆ ทำให้ไม่ประมาทในการใช้ชีวิต ผู้ให้ข้อมูลพยายามทำวันนี้ให้ดีที่สุด เพราะไม่แน่ใจว่าจะมีลมหายใจในวันพรุ่งนี้หรือไม่ จึงวางแผนในการดำเนินชีวิตจนถึงวาระสุดท้าย บางรายทำพินัยกรรมเพื่อป้องกันความยุ่งยากภายหลังการตายของตน นอกจากนี้ภาวะหัวใจวายยังทำให้ครอบครัวมีเวลา

อยู่ร่วมกันมากขึ้น พูดคุยกันมากขึ้น บอกรักกันทั้ง ด้วยคำพูดและการกระทำมากขึ้นโดยไม่เขินอาย เพราะกลัวว่าจะไม่มีโอกาสภายหลัง ผู้ให้ข้อมูลใช้ชีวิตบนทางสายกลาง มีความยืดหยุ่นเพื่อรักษาความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับแผนการรักษาของแพทย์มากขึ้น ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลทำกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น เช่น การทำบุญ เข้าวัด ฟังพระเทศน์มากขึ้น ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าเป็นการสะสมบุญสำหรับชาติภพต่อไป ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลจึงมีชีวิตอย่างปกติสุขแม้ว่าจะมีโรคประจำตัวก็ตาม ยกตัวอย่างเช่น

“อ่านหนังสือธรรมะ เคื่บบอกว่า ไม่มีใครอยู่ค่าฟ้า ทุกคนต้องตายหมดแม้แต่พระพุทธเจ้า ก็คิดว่าจริงอย่างที่เคื่บว่า ก็เลยคิดว่าป่าโซคดีทำให้ไม่ประมาทกับชีวิต เมื่อก่อนได้เงินมาก็เก็บหมด พออย่างก็ใช้บ้างเก็บบ้าง เก็บชื้อน้อ่ง เพราะป่าไม่ได้แต่งงาน ก็เขียนจดหมายบอกเลยว่ เงินอันนั้นอันนี้ให้ใครบ้าง เงินมันก็ไม่ไ้ได้มากแต่ชื้อเก็บจนอนตายแล้วสะตุ้ง อย่างงานศพเนี้ยบอกเลยสวดก็วันแฉะ ไม่ต้องเก็บเป็นภาระ รูปเรีบเตรียมหมดแล้ว ... พอรู้ว่เป็นก็อ่านหนังสือ งามหมอบ้าง ป่าก็รู้แล้วว่จะทำยังงิ ตอนแรกไม่รู้ไม่กล้ากินอะไรเลยก็ยั้งแ่ แต่ตอนนีรู้แล้ว บางครั้งก็ตามใจตัวเองบ้าง อย่างกินน้ำพริกบ้าง แต่ก็เตรียมตัวเลขนะว่ต้องกินยาชื้อบื้อ หมอบอกให้ปรับยาเอง ... ชีวิตตอนนี้ก็ปกติดี ก็ใช้หลักคิดว่า โรคนี้มันเป็นโรคประจำตัวคิดว่ามันเป็นเพื่อนตายก็เลยเออดีเหมือนกัน ไม่เหงา” (ผู้หญิง อายุ 59 ปี)

“บอกไปอาจไม่เชื่อว่าตอนนี้มีความสุขมาก เพราะทำตัวสบาย สบาย ไม่เครียด ครอบครัวก็กินข้าวเย็นด้วยกันเกือบทุกเย็น เมื่อก่อนไม่มีนะ ... เดี้ยนี้บอกรักกันทุกวัน เมื่อก่อน

ไม่มีหรอก ครอบครัวคนจีน รู้ว่รักกันแต่ไม่บอก ตอนนี้ทั้งป่าทั้งลูกบอกทุกวัน กอดกันก่อนเคื่บไปทำงาน เราก็จะบอกว่มา (ผู้ให้ข้อมูล) รักป่า (สามีผู้ให้ข้อมูล) นะ ม้ารักลูกนะ บอกทุกวัน ตอนเช้า เพราะกลัวว่จะไม่ได้บอก ... ตอนเช้าก็ทำบุญ ตอนสายๆ บางทีเราก็สวดมนต์ สะสมบุญไว้ชาติหน้าจะไ้ไ้แข็งแรง” (ผู้หญิง อายุ 70 ปี)

การอภิปรายผล

อายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า วัยสูงอายุเป็นช่วงอายุที่มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจวายมากที่สุด¹⁸ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงอายุนี้เป็นช่วงวัยของความเสื่อมของเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลมีโรคประจำตัวในระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่เดิม ยิ่งเป็นสาเหตุที่สนับสนุนให้การเกิดภาวะหัวใจวายมากขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อคนของประชากรไทย โดยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีส่วนใหญ่มีรายได้จากรัฐบาลเดือนละ 500 บาท นอกจากนั้น อาจได้รับเงินจากบุคคลในครอบครัวบ้าง อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ข้อมูลบางคนที่มียาได้จากการทำงานของตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่ยังไม่ถึงระดับรุนแรงมาก¹⁰ ทำให้ยังคงมีความสามารถในการทำงาน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{14,19} ที่พบว่ารายได้ของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายส่วนหนึ่งมาจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติของสังคมไทย นอกจากนี้ หากยังสามารถทำงานได้ ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายจะยังคงทำงานเพื่อหารายได้เป็นของตนเอง

นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบ “กระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย” โดยกระบวนการนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 “ปฏิเสธความจริง” ระยะที่ 2 “เผชิญหน้าและไม่ยอมแพ้” และระยะที่ 3 “พึงพอใจกับชีวิต” ในระยะที่ 1 ภายหลังจากรับการวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลมีอารมณ์ต่อต้าน และมีความรู้สึกทางลบทั้งตกใจ ปฏิเสธ โกรธ เศร้า หมดอาลัยตายอยากในชีวิต เนื่องจากรับรู้ว่าการมีภาวะหัวใจวายเปรียบเหมือนมีภาวะคุกคามความปลอดภัยในชีวิตของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{11-13,20} ที่พบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายมักมีความไม่สมดุลทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล และซึมเศร้า เนื่องจากการไม่สามารถปรับตัวเองให้ยอมรับความตายที่ไม่คาดคิดมาก่อนได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจวาย เนื่องจากไม่เคยศึกษาในเรื่องดังกล่าวมาก่อน²¹ จึงไม่ทราบว่าจะตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ทำให้ไม่มีการเตรียมใจล่วงหน้า นอกจากนี้ ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยทราบมักมาจากการเล่าต่อกันมา ซึ่งข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดเป็นเรื่องราวที่รุนแรงเกี่ยวข้องกับการตายอย่างทรมาณ การตายอย่างกระชั้นหันเป็นแล้วต้องตายรักษาไม่หาย การอยู่อย่างตายทั้งเป็นเพราะทำอะไรไม่ได้ รับประทานอะไรไม่ได้ ทำให้การให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะหัวใจวายจึงออกมาในลักษณะภาวะคุกคามชีวิต ดังนั้นเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลจึงตกใจ รับไม่ได้ และแสดงออกมาถึงการไม่ยอมแพ้ ซึ่งถือเป็นการป้องกันการป้องกันตัวของมนุษย์โดยทั่วไป

ระยะที่ 2 “เผชิญหน้าและไม่ยอมแพ้” ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายเข้ารับการรักษาที่แพทย์ ปรับเปลี่ยน

วิถีชีวิตของตนเองใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งความรู้สึกรู้สึกของการยึดมั่น ต้องการเผชิญหน้ากับปัญหา และความรู้สึกสับสน ท้อแท้ สลับกันไป เนื่องจากผลของความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำนายได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁷ พบว่า ผู้ป่วยจะประสบกับความไม่แน่ใจทั้งจากอาการของโรค ความไม่สามารถในการปรับตัว และความจำกัดทางร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ภาวะหัวใจวายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้¹⁰ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความคับข้องใจ^{4-7,9} ในขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องการและตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อคนที่รัก จึงเกิดความสับสนระหว่างการเผชิญหน้าและการยอมแพ้ อย่างไรก็ตาม การเอาใจใส่และการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายไม่ล้มเลิกความตั้งใจที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาและสู้ต่อไป นอกจากนี้การปฏิบัติธรรมตามความเชื่อในศาสนา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนเองมีที่พึ่งทางใจ มีแสงสว่างแห่งชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁴⁻¹⁵ ที่พบว่า ศาสนาเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายมีหลักยึดและมีแนวทางในการปฏิบัติที่ทำให้จิตใจสงบ

นอกจากนี้ เพื่อกำจัดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับชีวิตตนเองต่อไป ผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามเรียนรู้ธรรมชาติของภาวะหัวใจวาย ปัจจัยที่ทำให้การเจ็บป่วยแย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁴⁻¹⁵ พบว่า ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังรวมถึงภาวะหัวใจวายพยายามที่จะเรียนรู้ถึงธรรมชาติของภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง ทั้งสาเหตุ อาการ อาการแสดง และปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการต่างๆ ดีขึ้นหรือแย่ลง เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าตนเองกำลังเผชิญกับสิ่งใด ทั้งนี้เพื่อมีเวลาในการทำใจยอมรับ หรือหาหนทางในการแก้ไขต่อไป

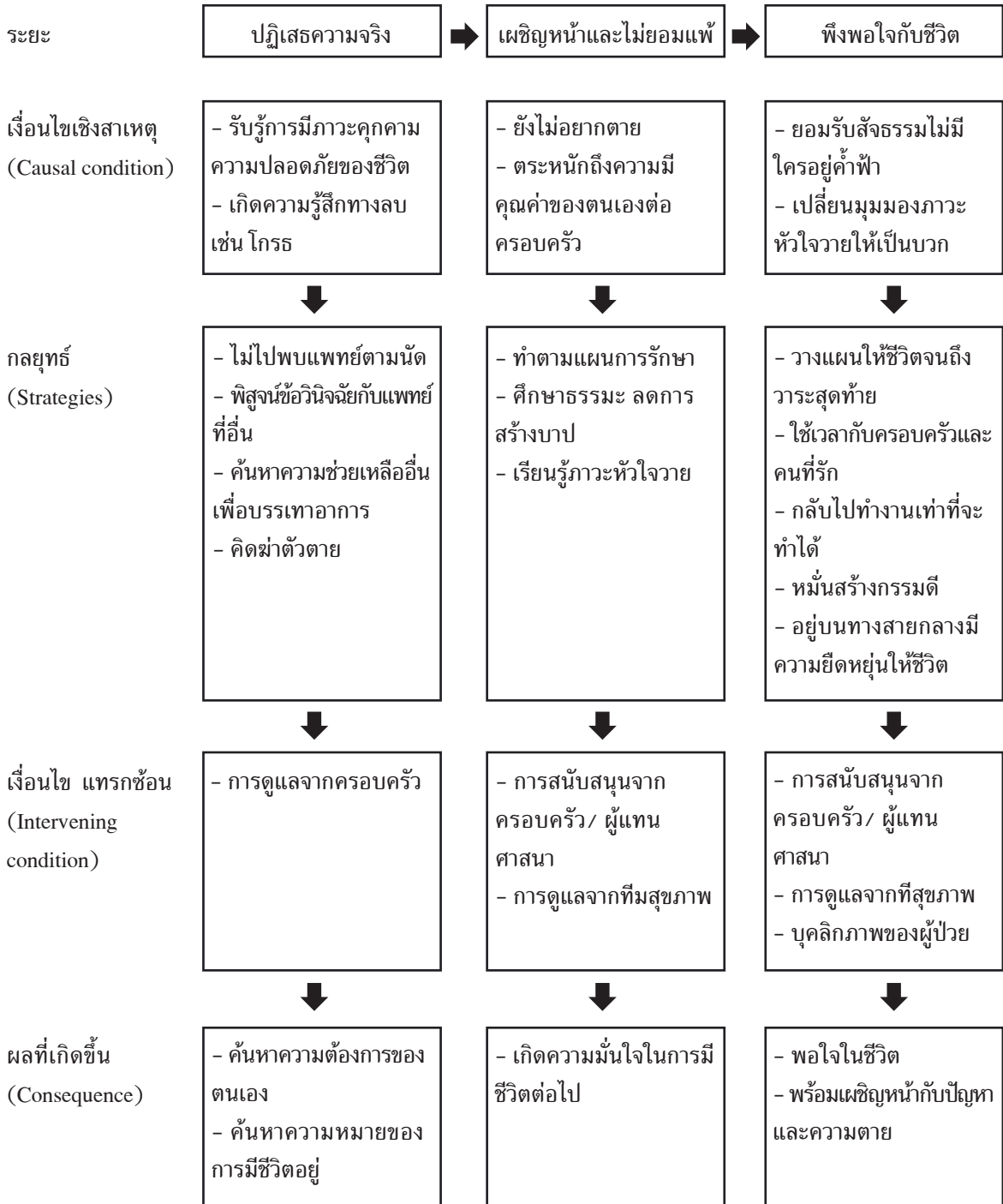
ระยะที่ 3 “พึงพอใจกับชีวิต” ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายเปลี่ยนมุมมองภาวะหัวใจวายให้เป็นบวก มีการยอมรับกับความตายว่า ทุกคนต้องตาย ทำให้มีการวางแผนให้กับชีวิตของตนเองและอนาคตของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลมีความยืดหยุ่นในการใช้ชีวิต เพื่อให้เกิดความสมดุลของชีวิตและการรักษาของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁴ ที่พบว่าการมีชีวิตอย่างปกติสุขของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย จำเป็นที่จะต้องมีความยืดหยุ่นในการดำรงชีวิต ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือในวัยผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีวิถีชีวิตที่ปฏิบัติมานานมาก ครั้นเมื่อมีภาวะหัวใจวาย ทำให้ต้องมีการปรับแผนการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ หากผู้ป่วยไม่ยืดหยุ่น จะทำให้ประสบความสำเร็จและเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต เช่นในระยะที่ 2 ได้ แต่หากผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นร่วมกับการมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ย่อมทำให้วิถีการดำเนินชีวิตสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

นอกจากนี้จากผลการวิจัยในระยะที่ 3 ที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตนั้น อาจอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในภาวะหัวใจวายมาพอสมควร

มีการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจวายตั้งแต่ในระยะที่ 2 ทำให้ทราบวิธีการรับมือกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น อีกทั้งจากการมุ่งมั่นในการกระทำความดี การไม่เบียดเบียนสัตว์อื่น การนั่งสมาธิ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้เตรียมตัว เตรียมต้นทุนสำหรับการมีชีวิตในภพหน้าแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบเมื่อคิดถึงความตาย นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากขึ้น อาจเนื่องจากการวางแผนเกี่ยวกับชีวิตทั้งหมด ไม่ได้ทิ้งภาระต่างๆ ให้ครอบครัว ทำให้ยอมรับและพึงพอใจสภาวะของชีวิตที่เป็นอยู่ได้ง่ายขึ้น

นอกจากนี้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวในทุกๆ ระยะของกระบวนการที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความต้องการและความหมายของการมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยพยายามฝ่าฟันกับปัญหาต่างๆ และสามารถก้าวผ่านปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{11-12,22} ที่พบว่า การสนับสนุนจากคนที่ผู้ป่วยรักโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อความเข้มแข็งของจิตใจของผู้ป่วย การสนับสนุนในเรื่องคุณค่าในตนเอง การอยู่เคียงข้างร่วมแก้ปัญหา การให้กำลังใจ การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกาย และการสนับสนุนด้านทุนทรัพย์ที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถมีสุขภาพที่ดีได้ และมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาต่อไป

แผนภูมิ กระบวนการจัดการทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อการมีชีวิตที่ปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย



ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้ที่มีภาวะหัวใจวาย 35 คน สามารถได้ข้อมูลอ้อมตัวที่ได้รับการตรวจสอบและยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในเขตปริมาณพลและในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ดังนั้นจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงประชากรที่มีภาวะหัวใจวายได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผน/ พัฒนาการรักษาพยาบาลที่ตรงกับความ ต้องการและเข้าได้กับชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหัวใจวายได้อย่างแท้จริง โดยหากเป็นผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค รวมถึงผลดี จากการรักษาที่เหมาะสม และในทุกกระยะ ควรรับฟัง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจวายตลอดเวลาที่มารับการรักษา เนื่องจากอาจกำลังเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ต้องการ คำปรึกษาจากทีมสุขภาพ

2. การทำวิจัยในครั้งต่อไปควรทำในประชากร ที่มีภาวะหัวใจวายที่นับถือศาสนาอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้าง เครื่องมือหรือการสร้างโปรแกรมต่างๆ ในการเสริมสร้าง กระบวนการจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ที่ ครอบคลุมผู้ที่มีภาวะหัวใจวายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ให้ข้อมูล ทุกท่านที่สละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และ ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่สนับสนุน ทุนวิจัยงบประมาณแผ่นดินในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ESC Committee for Practice Guidelines. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J* 2008; 29:2388-442.
2. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่องจำนวนและ อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุ ที่สำคัญ [database on the internet]. 2546-2550 [cited 15/8/2553]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic50/2.3.29-50.pdf>
3. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: Results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J* 2003; 4: 1014-23.
4. Martensson J, Karlsson JE, Fridlund, B. Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation. *J Adv Nurs* 1997; 25: 579-86.
5. Hobbs FDR, Kernkre JE, Roalfe AK, Davis RC, Hare R, Davies MK. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: A cross sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *Eur Heart J* 2002; 23: 1867-76.
6. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung* 2000; 29: 319-30.
7. Bosworth HB, Steinhauer KE, Orr M, Lindquist, J. H., Grambow, S. C., Oddone, E. Z. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors. *Aging Ment Health* 2004; 8: 83-91.

8. Winter CA. Heart failure: Living with uncertainty. **Prog Cardiovasc Nurs** 1999; 14: 85-91.
9. Hawthorne MH, Hixon ME. Functional status, mood disturbance and quality of life in patients with heart failure. **Prog Cardiovasc Nurs** 1994; 9: 22-32.
10. Smeltzer CS, Brenda GB, Janice LH, Kerry HC, editors. **Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing**. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
11. McMahon KM, Lip GY. Psychosocial factors in heart failure. A review of the literature. **Arch Intern Med** 2002; 162: 509-16.
12. Bean MK, Gibson D, Flattery M, Duncan A, Hess M. Psychosocial factors, quality of life, and psychological distress: Ethnic differences in patients with heart failure. **PCVN** 2009; 24: 131-40.
13. Scherer M, Himmel W, Stanske B, Scherer F, Koschack J, Kochen MM, et al. Psychological distress in primary care patients with heart failure: A longitudinal study. **Br J Gen Pract** 2007; 57: 801-807.
14. Rerkluenrit J, Panpakdee O, Malathum P, Sandelowski M, Tanomsup S. Self-care among Thai people with heart failure. **Thai J Nurs Res** 2009; 13: 43-54.
15. Panpakdee O, Hanucharurnkul S, Sritanyarat W, Kompayak J, Tanomsup S. Self-care process in Thai people with hypertension: An emerging model. **Thai J Nurs Res** 2003; 7: 121-36.
16. Strauss AL, Corbin J. **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques**. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
17. Maxwell JA. Understanding and validity in qualitative research. **Harvard Educ Rev** 1992; 62: 279-300.
18. Gillespie ND, Struthers AD. Chronic cardiac failure. In Tallis RC, Fillit, HM, editors. **Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology**. 6th ed. New York: Churchill Livingstone; 2003. p. 371-84.
19. Dickson VV, McCauley LA, Riegel B. Work-heart balance: The influence of biobehavioral variable on self-care among employees with heart failure. **AAOHN J** 2008; 52: 63-73.
20. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L. Quality of life in patients with heart failure: Do gender differences exist? **Heart Lung** 2001; 30: 105-16.
21. Artinian NT, Magnan M, Christian W, Lange MP. What do patients know about their heart failure? **Appl Nurs Res** 2002; 15: 200-8.
22. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. **Patient Educ Couns** 2002; 46: 287-95.

The Process of Mental and Emotional Management to Live Normally of Persons with Heart Failure

*Juntima Rerkluenrit Ph.D. (Nursing)**
*Khwanichit Kuptanont M.SC. (Physiology)***
*Nopporn Vongsirimaj Ph.D. (Nursing)****

Abstract: This grounded theory study aimed to explore the process of mental and emotional management of persons with heart failure. The participants were 35 persons with heart failure. In-depth interviews were the method of data collection. Constant comparison and a coding process were the basic analysis methods.

The study findings illustrated “the process of mental and emotional management to live normally of persons with heart failure.” This process consisted of three phases, including: Phase 1 – Refusing the truth; Phase 2 – Facing and not giving up; and Phase 3 – Finding life satisfactions. In Phase 1, it was full of negative emotion. The participants aggressively refused they became a person with heart failure. They sought assistance from many resources to proof their beliefs that the physician’s diagnosis was wrong. In Phase 2, with family support, the participants perceived their self-esteem and pulled themselves up to fight together. They accepted the physician’s diagnosis, and strictly followed the medical treatment regimens. Several times they faced the problems, but they could solve them, and then moved to Phase 3. In the last phase, the participants viewed heart failure as positive. Their lives went on normally with heart failure. They planned for their families and their end of life.

The findings offer a new insight into the process of mental and emotional management of persons with heart failure, which can be used as basic information to develop a specific intervention program for their quality of life.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(4) 108-122

Keywords: Mental and emotional management, Person with heart failure, Grounded theory

*Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, E-mail Address: juntima@swu.ac.th

**Lecturer, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University