



ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วรัญญา เกษไชย พย.ม.*

(วันรับบทความ: 23 กันยายน พ.ศ.2563/ วันแก้ไขบทความ: 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 34 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการสุ่มจากคิวการรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย แนวทางการพยาบาลเพื่อจัดการภาวะหายใจลำบากในระยะเฉียบพลัน แนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และรูปแบบการดูแลในระยะหลังจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ชุดแบบสอบถาม 6 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการหายใจลำบากของเบิร์ก 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม 4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิต และ 6) แบบบันทึกการกลับมาอนรรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์การดูแลและช่วงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลด้วยสถิติ Paired T-Test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีระดับของอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย มีความสามารถในการทำกิจกรรม และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และมีการกลับมาอนรรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ดังนั้น ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาล และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำงานวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน ภาวะหัวใจล้มเหลว การกลับมาอนรรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Aomio_nurse4817@hotmail.com Tel: 089-770-6556



The Effect of the Transitional Care Model for Heart Failure Patients, Kingnarai Hospital

Waranya Kedchai M.N.S.*

(Received Date: September 23, 2020, Revised Date: November 19, 2020, Accepted Date: November 23, 2020)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research is to examine the effect of transitional nursing care model for heart failure patients at Kingnarai Hospital, Lopburi. The study consisted of two phases: phase 1) during patients were in the hospital, and phase 2) after being discharged from the hospital (4 weeks). The subjects were 34 heart failure patients. The participants were randomly selected from heart failure patients who were admitted in the Female Medicine ward. Research instruments comprised of: 1) demographic data form. 2) modified Borg's Scale 3) functional capacity 4) fluid and sodium control behavior congestive heart failure patients questionnaire. 5) quality of life assessment and 6) the record of readmission in heart failure patients. All data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results showed that: after receiving the transitional nursing care models for heart failure patients, the participants reported that dyspnea symptoms, functional capacity, the ability of water and sodium controlling, and quality of life is better than before receiving the transitional care models statistically significant ($p < .001$). Moreover, the readmission rate is reduced at the significant level .001. Additionally, the results of this study indicate that the transitional care model for heart failure patient could help to improve the effectiveness of nursing care for heart failure patients in both acute and chronic care. Therefore, this model should be used as the nursing practice guideline for improving the effectiveness of nursing care for heart failure patients and providing baseline information for further research as well.

Keywords: transitional care model, heart failure, readmission

*Professional Nurse, King-Narai Hospital

*Corresponding Author, Email: Aomio_nurse4817@hotmail.com Tel: 089-770-6556



บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหัวใจที่รุนแรงและเรื้อรัง เป็นความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ส่งผลให้หัวใจบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ การพยากรณ์โรคไม่ดี โดยพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจะเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกในระยะท้ายสุดของกลุ่มโรคหัวใจเกือบทุกชนิด^{1,2} จากการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติจะทำให้เกิดการคั่งของสารน้ำทั่วร่างกายรวมถึงมีการคั่งของเลือดในปอด ผู้ป่วยเกิดภาวะปอดบวม น้ำเย็บปอด เกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ซึ่งนับเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิต นอกจากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ยังมีปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลให้เกิดอาการกำเริบเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมานอนในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการไม่รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา^{3,4} สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีอุบัติการณ์การกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูงเป็นอันดับที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 19⁶ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ปัจจุบันผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าภายใน 10 ปีข้างหน้า ประชากรทั่วโลกจะป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลว 17-25 ล้านคน⁵

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ มีสถิติการรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นจาก 1,349, 1,370 เป็น 1,530 ราย ตามลำดับ และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แม้ว่าปัจจุบันโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจะมีนโยบายให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ แต่อัตราการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนสูงขึ้น มีการกลับมานอนซ้ำภายใน 1-2 สัปดาห์ เฉลี่ยอยู่ที่ 12 วันหลังจำหน่าย³

จากการทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 60 ฉบับ พบภาวะแทรกซ้อนที่มีความถี่สูงสุดระหว่างการดูแล ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว

และภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำน้อยกว่า 28 วัน ร้อยละ 50 มีการเสียชีวิตจากภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 12 อาการทรุดลงหลังรับไว้และมีการย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned ICU) ร้อยละ 13.33 จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเภสัชกร พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเฉียบพลันยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน การดูแลผู้ป่วยรวมถึงการติดตามอาการยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ตลอดจนรูปแบบการดูแลยังไม่มี การเชื่อมโยงระหว่างสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ เช่น รับประทานอาหารเค็ม รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาหรือปรับยาเอง และไม่มาตามนัดสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยของ วรวิญญา เกษไชย⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมความควบคุมหน้าและไซเตียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความควบคุมหน้าและไซเตียมในร่างกายอยู่ในระดับต่ำ จากการวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามการดูแล ไม่ทราบว่เมื่อเกิดอาการผิดปกติแล้วควรปรึกษาใครหรือควรทำอย่างไร ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระบบการวางแผนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายยังไม่ครอบคลุม ระบบการวางแผนจำหน่ายที่ผ่านมาเป็นเพียงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ขาดการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ผ่านมายังเป็นงานที่พยาบาลปฏิบัติ ยังไม่ครอบคลุมทุกขั้นตอน ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ การดูแลจะสิ้นสุดลงที่เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังไม่ต่อเนื่องถึงบ้านผู้ป่วย

จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา ในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย จึงได้นำรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมาใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยขึ้นให้สอดคล้องตรงกับบริบทเกิดความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมมีความ



ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะคงที่ และระยะหลังจำหน่าย และมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ^{9,10}

ซึ่งกำหนดรูปแบบการดูแลที่มีลักษณะครอบคลุม 2 ระยะ คือ 1) ระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลัน ร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองในระยะก่อนจำหน่าย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา 2) ระยะหลังจำหน่าย โดยอาศัยบทบาทของพยาบาล คือ เป็นผู้ดูแลโดยตรงและโดยการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาในการดูแล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ชะลอความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ลดจำนวนครั้งของการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ตลอดจนนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต่ออาการหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรม พฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย คุณภาพชีวิต และการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมุติฐานการวิจัย

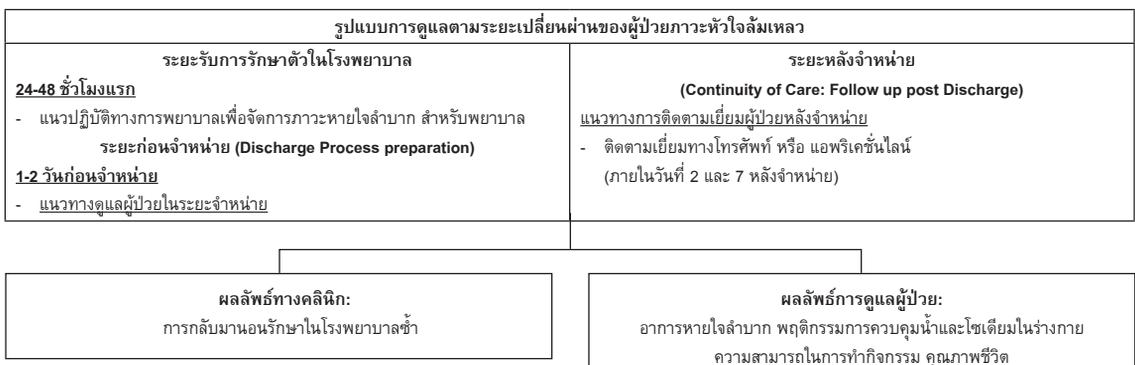
1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมีอาการหายใจลำบากลดลงใน 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงแรก
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมีความสามารถในการ

ทำกิจกรรม มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน

3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านไม่มีการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวทางการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์และคณะ^{9,10} มาเป็นกรอบในการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีกำหนดรูปแบบการดูแลที่มีลักษณะครอบคลุม 2 ระยะ 1) ระยะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลันตามแนวทางปฏิบัติ ร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อหาคอบคลุมถึงพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย การจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับโรคโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้เหมาะสมในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) ระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องต่อเนื่อง ให้ทราบถึงปัญหาความต้องการในแต่ละระยะเปลี่ยนผ่าน โดยอาศัยบทบาทของพยาบาลประสานความร่วมมือในการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยอาศัยบทบาทของพยาบาล คือ เป็นผู้ดูแลโดยตรงและประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแล





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (One group pre-post test design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากค่าขนาดอิทธิพลของการวิจัย แบบหนึ่งกลุ่มที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (before-after study by Jekel, Katz, & Elmore)^{14,15} มีค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัย เท่ากับ 1.78 จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่ม (Random sampling) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรู้สึกตัวดีมีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์เข้าใจภาษาไทยได้ดีตอบคำถามได้ ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับที่ 1 ถึง 3 และมีอาการคงที่ ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก ก่อนการทดลอง ยินยอมให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามในการเข้าร่วมการวิจัยเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถทำกิจกรรมการเข้าร่วมโปรแกรมได้ เช่น มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระดับรุนแรง มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือมีโรคอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และมีเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้หรือเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งแพทย์ผู้รักษาพิจารณาเห็นว่าควรยุติการเข้าร่วมโครงการ และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตามที่กำหนดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วระยะหนึ่ง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสที่ KNH 02/2563 ก่อนดำเนินการ

ปีที่ 38 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม 2563

เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิ์ที่จะออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ให้งานนามด้วยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและการรายงานผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และประยุกต์จากรูปแบบการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์^{9,10} ประกอบด้วยการดูแลระยะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่าย

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ข้อมูลด้าน อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ประวัติการนอนในโรงพยาบาลซ้ำที่ได้รับ โรคร่วม เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการตรวจ Echocardiogram

2) แบบประเมินอาการหายใจลำบากของเบอร์ก (Modified Borg's scale [MBS])⁵ เป็นแบบประเมินที่มีสเกลระหว่าง 0-10 มีการจัดลำดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตั้งแต่น้อยไปหามาก ถ้าไม่มีอาการหายใจลำบากให้ค่าเท่ากับ 0 ถ้ามีอาการหายใจลำบากมากที่สุดให้ค่าเท่ากับ 10 โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการหายใจลำบากตามความรู้สึกขณะนั้นด้วยตนเอง โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ อาการหายใจลำบากน้อย (0-3.33) อาการหายใจลำบากปานกลาง (3.34-6.66) และอาการหายใจลำบากมาก (6.67-10)

3) แบบสอบถามพฤติกรรมความควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ วรัญญา เกษไชย⁶ ซึ่งเป็นแบบวัดพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับได้แก่ น้อยที่สุด น้อย



ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายโดยรวม ดังนี้

ค่าคะแนน 34-79 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

ค่าคะแนน 80-124 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 125-170 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับสูง

มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .97 และผู้วิจัยนำหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .93

4) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional capacity) เป็นระยะทาง (เมตร) ที่สามารถเดินได้ในกาเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (Six minute walk test)

5) แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า (Minnesota living with heart failure questionnaire) ของเรคเตอร์ คูโบและคอห์น เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยมีค่าคะแนน 0-5 คะแนน คะแนนเต็ม 105 คะแนน โดยค่าคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง ถ้าคะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตต่ำ (0-35) คุณภาพปานกลาง (36-70) และคุณภาพชีวิตสูง (71-105) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .94 และผู้วิจัยนำหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตเท่ากับ .82

6) แบบบันทึกการกลับมาอนนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการกลับมาอนนในโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สถานบริการสุขภาพเอกชนหรือในโรงพยาบาลของรัฐด้วยอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยนับ ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 28 วันหลัง

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ในผู้ป่วยแต่ละรายไม่ว่ากลับเข้ารับการรักษาที่ครั้งจะนับเป็นการกลับมารักษาซ้ำ 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการดำเนินงาน การรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

1) วันที่ 1 (ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาล) ผู้วิจัยประเมินอาการหายใจลำบากผู้ป่วยแรกรับหลังรับไว้ดูแล และดำเนินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้วิจัยทำการประเมินอาการหายใจลำบากซ้ำ ในชั่วโมงที่ 24 และ ชั่วโมงที่ 48 หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2) ในวันที่ 2-3 หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่าง (ใช้ระยะเวลาประมาณ 1-3 นาที) และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินคุณภาพชีวิต รวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (เป็นผลก่อนการทดลอง) (ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที) เมื่อรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยจะดำเนินการตามแนวทางดูแลผู้ป่วยในระยะจำหน่าย โดยการประสานงาน สหสาขาวิชาชีพพร้อมดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ แจกคู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

3) ในวันที่ผู้ป่วยได้รับการอนุญาตให้กลับบ้าน จะมีการส่งผู้ป่วยไปทดสอบความสามารถในการทำกิจกรรม โดยการส่งผู้ป่วยไปเดินในทางราบใน 6 นาที (Six minute walk test) ครั้งที่ 1 (เป็นผลก่อนการทดลอง) (ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 นาที) และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามแผนการรักษาของแพทย์

4) ระยะหลังจำหน่าย จะมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย และในสัปดาห์ที่ 4 จะเป็นการมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน เป็นการประเมินผลและจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบประเมินคุณภาพชีวิต รวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (เป็นผลหลังการทดลอง) (ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที) ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกหัวใจล้มเหลว ก่อนเข้าพบแพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจประจำคลินิก และดูประวัติการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันจากระบบ HosXP และจากการสอบถามผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจประจำคลินิกเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะส่งกลุ่มตัวอย่างไป



ทดสอบความสามารถในการทำกิจกรรมโดยการส่งผู้ป่วยไปเดินในทางราบใน 6 นาที (Six minute walk test) ครั้งที่ 2 (เป็นผลหลังการทดลอง) (ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 นาที)

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอาการหายใจลำบาก คะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย และคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน โดยใช้สถิติ Paired T-Test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.70 เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเกณฑ์หลักกว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้ มีอาการหายใจลำบากขณะนอนหลับ 1-2 ชั่วโมง ฟังเสียงปอดพบเสียงกรอบแกรบ คิดเป็นร้อยละ 100 และเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยรองของภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนี้ มีอาการบวมที่ส่วนปลาย และ หายใจลำบากขณะทำกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHAFC, 2009) Class II คิดเป็นร้อยละ 67.7 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการนอนในโรงพยาบาลซ้ำ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 34)

อาการหายใจลำบาก	กลุ่มตัวอย่าง (n=34)			t	p-value
	Range	mean	SD		
ก่อนใช้รูปแบบการดูแล	6	5.73	1.81		
หลังใช้รูปแบบการดูแล 24 ชั่วโมง	6	2.82	1.56	17.05	<.001
หลังใช้รูปแบบการดูแล 48 ชั่วโมง	2	0.67	0.58	15.47	<.001

p-value <.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมโดยวัดจากระยะทางในการเดินในทางราบ ใน 6 นาที (6MWT) ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในระยะก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างมีระยะทางเฉลี่ยในการเดินในทางราบ 273.93 เมตร และพบว่าหลังใช้รูปแบบ

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 4-6 ครั้ง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.3 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 มีประวัติการได้รับยารักษาในกลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.05 กลุ่ม Beta Blocker จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.64 กลุ่ม Angiotensin Receptors Blocker จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.82 และ ยาขับปัสสาวะ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.41

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนของอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (เปรียบเทียบระหว่างก่อนใช้รูปแบบการดูแล กับหลังใช้รูปแบบการดูแล 24 ชั่วโมง และ เปรียบเทียบระหว่างก่อนใช้รูปแบบการดูแลกับหลังใช้รูปแบบการดูแล 48 ชั่วโมง)

กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการดูแลมีคะแนนของอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าใน 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงแรกหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($t=17.05$, $p < .001$) และ ($t=15.47$, $p < .001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระยะทางเฉลี่ยในการเดินในทางราบเพิ่มสูงขึ้นเป็น 346.38 เมตร สรุปได้ว่าหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($t=-6.79$, $p < .001$) (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระยะทางในการเดินในทางราบใน 6 นาที (Six minute walk test) ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 34)

ระยะทางในการเดินในทางราบใน 6 นาที (ระยะทางเมตร)	กลุ่มตัวอย่าง (n=34)			t	p-value
	Range	Mean	SD		
ก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย	140	273.93	137.42	-6.79	<.001
หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย	150	346.38	153.6		

p-value <.001

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการควบคุม

น้ำและโซเดียมในร่างกายอยู่ในระดับต่ำ (M = 51.05, SD = 11.18) และหลังจากใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น (M = 142.53, SD = 18.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .001 (t=-38.14, p < .001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 34)

พฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียม ในร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	กลุ่มตัวอย่าง (n=34)			t	p-value
	M	SD	แปลผล		
ก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย	51.05	11.18	พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ	-38.14	<.001
หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย	142.53	18.48	พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง		

p-value <.001

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ

ต่ำ (M = 40.08, SD = 7.01) และหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับเพิ่มสูงขึ้น (M = 59.38, SD = 14.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .001 (t=7.80, p < .001) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 34)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว	กลุ่มตัวอย่าง (n=34)			t	p-value
	M	SD	แปลผล		
ก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย	40.08	7.01	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ	7.80	<.001
หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย	59.38	14.47	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง		

p-value <.001

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มตัวอย่างมีการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ร้อยละ 47 และหลังใช้

รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเพียงร้อยละ 8.8 หลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มตัวอย่างมีการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .001 (t=-4.81, p < .001) (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 34)

การกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	ก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย				t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มี	16	47.05	3	8.82	-4.81	<.001
ไม่มี	18	52.95	31	91.18		

p-value <.001

การอภิปรายผล

หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากลดลงตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1 จากรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเฉียบพลันมีแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยแรกเริ่ม มีการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม แนวทางการประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการประเมิน Classification ตาม New York Heart Association การประเมินอาการหายใจลำบากโดยการใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากของเบิร์ก รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับอาการหายใจลำบาก ซึ่งประกอบไปด้วย แนวทางการจัดการอาการหายใจลำบากโดยไม่ใช้ยา และการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากในระดับต่ำ จะมีการจัดท่านอนหนุนหมอน 1 ใบ ตะแคงขาจัดปลายเท้าทำ Dorsal Flexion ร่วมกับให้ผู้ป่วยหายใจแบบเป่าปาก การแนะนำการหายใจแบบซ้าๆ ลึกๆ (Pursed lip breathing) และในรายที่มีอาการหายใจลำบากในระดับสูง มีการจัดท่านั่งพุงบนโต๊ะโดยใช้หมอนรองใต้ศีรษะ แนะนำการหายใจแบบซ้าๆ ลึกๆ เป่าออกทางปาก การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ O₂ High Flow Nasal cannular และหากอาการถ้าไม่ทุเลาปฏิบัติตามแนวทางการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น แนวทางของรูปแบบการดูแลจะมีการเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาเป็นระยะ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและจัดการกับอาการหายใจลำบากอย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้อาการหายใจลำบากลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Jennifer P. Stevens¹⁶ ศึกษาถึงโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะวิกฤต พบว่าร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการหายใจลำบากอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลงภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการดูแล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย คุณภาพชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น และความสามารถในการทำกิจกรรมที่สูงขึ้น รวมถึงมีการกลับมานอนในโรงพยาบาลปีที่ 38 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม 2563

ซ้ำลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .001 ดังตารางที่ 2, 3, 4 และ 5 โดยสาระสำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมในทุกๆ ด้านก่อนจำหน่าย โดยการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอทั้งเรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่สำคัญครอบคลุมทั้งด้านการควบคุมอาหารที่มีโซเดียมสูง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจำกัดน้ำและโซเดียมในร่างกาย และการประเมินการคั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกาย การสังเกตอาการที่ผิดปกติ และการจัดการกับอาการหายใจลำบากเบื้องต้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ทักษะในการดูแลตนเอง เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งจำหน่ายจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการซ้ำส่งผลให้อัตราการกลับมานอนในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Charlene, et al.¹⁷ ศึกษาถึงโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ใน 4 สัปดาห์หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นและอัตราการกลับมานอนในโรงพยาบาลซ้ำลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาอีกหลายงานวิจัยที่สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้นและมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง^{18,19} จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่เกิดจากการประยุกต์แนวปฏิบัติการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์และคณะ^{9,10} ช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างครอบคลุม โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะก่อนจำหน่ายและติดตามการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่าย การดูแลตามรูปแบบการดูแลดังกล่าวจึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป



ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสิทธิภาพในการลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มพฤติกรรมการควบคุมน้ำและโซเดียมในร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม, คุณภาพชีวิต และลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง พยายามควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติพยาบาลและพัฒนาศมรรถนะในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพและควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการสร้างแผนการจัดการดูแล (care map) เพื่อพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชร่วมกับทีมสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ญาติ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

References

- Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circulation Research* 2013; 113(6): 146-159.
- Soomhirun R, Monkong S, Khuwawananasamrit K. Literature review related to the management for reducing readmission in patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2009; 20(1): 17-32.
- Alex J, Christopher E, Kuchibhatia K, Gaudlen L, Cuffe M, Blazing M. Depressed heart failure patients are twice as likely to die or be re-admitted to hospital. 2009 [database on the Internet]. 2010 [cited 2020 January 12] Available from: <http://www.emaxhealth.com>.
- Anderson MA, Levsen JM, Bryant PJ, Brown SM. Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. *Journal of Nursing* 2006; 21(2): 160-167.
- World Health Organization. Majorcardiovascular study shows substantial regional differences [database on the Internet]. 2010 [cited 2020 January 2] Available from: <http://WHO.int/topic/cardiocardiovascular-diseases/en>.
- Heart Failure Council of Thailand. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart Failure Guideline. Bangkok: Nextstep D-Sign Limited Partnership; 2019.
- Kedchai W. Factors related to fluid and sodium control behavior among non-adherence congestive heart failure patients. Chonburi: Burapha University; 2015.
- Department of Medical Records and Statistics. Annual statistical report 2019. Lopburi: Medical Statistics Reporting Unit, Medical Records and Statistics King-Narai Hospital; 2020.
- Naylor MD, Brooten D, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized elders: a randomized controlled trial. *Journal American Geriatrics Society* 2004; 52(5):675-84.
- Naylor MD. Transitional care of older adults. in Archbold P, Stewart B. (Eds.). *Annual review of nursing research*. New york: Spinnger 2002; 20: 127-47.
- Borg. Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1982; 14(5): 377-381.
- Chunhawong K. Effects of home exercise program on exercise ability and quality of life in chronic heart failure patients. Changmai: Changmai University; 2008.
- Kamontrip hanpadungkit. 6-minute walk test [database on the Internet]. 2010 [cited 2020 January 2] Available from: <http://rehabmed.or.th/main/wp-content>.
- Jekel JF, Katz DL, Wild D, Elmore JG. *Epidemiology, biostatistics, and preventive medicine: with student consult online access*. (3rd ed.). USA: Saunders; 2007.
- Solai N. Effect of home cardiac rehabilitation on the quality of life among heart failure patients. Changmai: Changmai University; 2008.
- Jennifer PS, Tenzin D, Richard S, Carl OD, Kathy B, Michael DH, Robert BB. Prevalence of dyspnea among hospitalized patients at the time of admission. *Journal of Pain and Symptom Management* 2018; 56(1): 15-22.
- Charlene DW, Stephanie JW, Judith BC, Erik S, Sanjeev KG. Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic. *Care of Patients with Cardiovascular Disorders* 2017; 46(2): 79-84.
- Shyu Y, Chen M, Chen S, Wang H, Shao J. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregiver. *Journal of Clinical Nursing & Residential Care* 2008; 17: 2497-2508.
- Rhiantong J, Malathum P. Outcomes of an advanced practice nurse-led continuing care program in people with heart failure. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2019; 23(1): 32-46.