



การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลยโสธร

Development of Self-Care Management Promotion Model for Heart Failure Patients at the Heart failure Clinic in Yasothon Hospital

Benjarat Sangiamvibool, M.S.N

Heart Failure Clinic

Yasothon Hospital, Yasothon Province

Pui3050@gmail.com

เบญจรัตน์ เสงี่ยมวิบูล, พย.ม.

คลินิกหัวใจล้มเหลว

โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

Received: Apr 10, 2025

Revised: Jul 13, 2025

Accepted: Aug 26, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลยโสธร และศึกษาผลลัพธ์หลังพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 9 คน และผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว จำนวน 90 คน ขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่างต้นแบบ (Draft Prototype) (R1D1) ศึกษา สำรวจปัญหา และวิเคราะห์สถานการณ์ จากเวชระเบียน ทบทวนตัวชี้วัดการดำเนินงาน และสังเคราะห์เพื่อร่างต้นแบบการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) (R2D2) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และนำผลการศึกษามาปรับและพัฒนา ระยะที่ 3 ระยะทดสอบประสิทธิภาพของต้นแบบองค์ความรู้ใหม่ (R3D3) ใช้รูปแบบการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาแล้วและสรุปผล ดำเนินการวิจัยเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 – เมษายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย ระยะที่ 1 คือ แบบบันทึกเวชระเบียนและแนวคำถามปลายเปิด ระยะที่ 2 คือ รูปแบบส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และระยะที่ 3 คือ แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินคุณภาพชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลว แบบบันทึกความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6-MWT) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง มีความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6-MWT) ดีกว่าก่อนการศึกษามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และไม่มีอาการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ควรนำรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองไปใช้ในคลินิกหัวใจล้มเหลว และในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น (6-MWT) และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว, คลินิกหัวใจล้มเหลว, การจัดการดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต



Abstract

This research and development aimed to develop a self-care management promotion model for heart failure patients at the heart failure clinic in Yasothon Hospital and evaluate the effect after development. The sample was divided into two groups, specifically selected: a multidisciplinary team of 9 people and 90 heart failure patients receiving services at a heart failure clinic. The research process is divided into 3 phases: Phase 1: Draft Prototype Analysis and Synthesis (R1D1). The prototype was developed by studying the problems and analyzing the situation from medical records and key performance indicators, to prepare a draft of the self-care management promotion model. Phase 2: Prototype Development (R2D2): The developed model is tested, and the study results are adjusted and developed. Phase 3: test the effectiveness of the new knowledge prototype (R3D3). Used the self-care management promotion model that was developed and summarized. The Data were collected from May 2024 to April 2025. The research tool includes: Phase 1, the medical recording form, and the Open-ended questions line. Phase 2: the self-care management promotion model. Phase 3 includes data collection form, the self-care assessment form for heart failure patients. The quality of life of heart failure questionnaire and the six-minute walk test (6-MWT) recorder. Data were analyzed by mean, standard deviation, and the T-test.

The result showed that the self-care management promotion model has been developed with a multidisciplinary team in a systemic care of patients and patients with heart failure after receiving self-care management promotion model were significantly better than before using this service $p < .05$ level in Self-care management, Quality of life, six minute walk test (6-MWT) and non of the sample readmission within 6 months.

The results of this study suggest that the self-care management promotion model should be implemented in heart failure clinics and patients with other chronic diseases to help them effectively manage self-care, attain a better quality of life (6-MWT), and reduce the rate of readmission.

Keywords: Heart Failure Patients, Heart Failure Clinic, Self-Care Management, Quality of Life



บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทยเพราะเป็นอาการทางคลินิกที่ซับซ้อน เป็นผลมาจากความผิดปกติส่วนใดส่วนหนึ่งของโครงสร้างหรือหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถรับเลือดกลับหรือบีบเลือดออกจากหัวใจได้¹ อาการของโรคมีหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกันและเป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคหัวใจล้มเหลว จึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการและส่งผลให้การดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น² และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจของประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข³ ในปี 2563-2565 พบว่าการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 32.6, 33.5 และ 35.1 ตามลำดับ แม้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับการรักษาเป็นอย่างดี แต่มีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่จำกัดการดื่มน้ำ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ การไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ รวมถึงการไม่มาพบแพทย์ตามนัด⁴ ตลอดจนมีข้อจำกัดการรักษาที่ทำให้ไม่สามารถปรับยาได้ตามมาตรฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น⁵ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน⁶ สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้ปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่เฉพาะกับภาวะหัวใจล้มเหลว⁷

โรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปัญหาซับซ้อน พบว่ามีผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ยประมาณ 866 คน/ปี และจากสถิติผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 724, 862 และ 1,012 คน ตามลำดับ

คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลยโสธร ได้มีการจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2558 เดิมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับดูแลจากแพทย์อายุรกรรมและพยาบาลประจำคลินิก ยังไม่มีการร่วมดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีรูปแบบและการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้ความรู้และทักษะในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่เพียงพอและการศึกษาย้อนหลังโดยทบทวนประวัติการรักษาและเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่กลับมาด้วยอาการเหนื่อยหอบ ไอ แน่นหน้าอก⁸ ผลจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ ร้อยละ 55.3 ประเมินอาการตนเองได้ว่าผิดปกติ อาทิ อาการบวม การเหนื่อยหอบ อาการตื่นมาหอบเหนื่อยในขณะนอนหลับและไม่สามารถประเมินความรุนแรงได้ ร้อยละ 68.4 ประเมินอาการตนเองได้แต่ไม่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ ร้อยละ 47.6 และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า “ไปหาหมอกลับมาไม่กี่วันก็เหมือนเดิม”, “รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระ ทำงานก็เหนื่อย”, “ไม่ได้ดื่มน้ำดื่ม ทิวเมื่อไหร่ก็ดื่ม”, “รักษาไปก็ไม่หายคงได้เท่านี้”, “ก็ไม่ได้กินเค็มนะ ใส่แต่ผงชูรส” ประโยคเหล่านี้สะท้อนถึงปัญหาคุณภาพการดูแล การขาดการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁹ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในด้านการจัดการดูแลตนเอง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย¹⁰ มีเป้าหมายในการดูแลรักษาไม่ใช่เพียงแค่รักษาอาการให้ดีขึ้น แต่ยังมุ่งเน้นในเรื่องการชะลอความก้าวหน้าของโรคและควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ หรือลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงขึ้น ควบคู่กับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมจนสามารถปฏิบัติตัวได้เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันการกำเริบของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹¹⁻¹² การพยาบาลเป็นหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป ระบบการพยาบาลก็มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในปัจจุบันได้มีระบบดิจิทัลที่นำมาใช้ในการพยาบาล คือการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ติดตามดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นอีกช่องทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลช่วยในการพัฒนาความสามารถในการจัดการการดูแลตนเอง มีการติดตามประเมินผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนการนัดหมายในครั้งต่อไป¹³

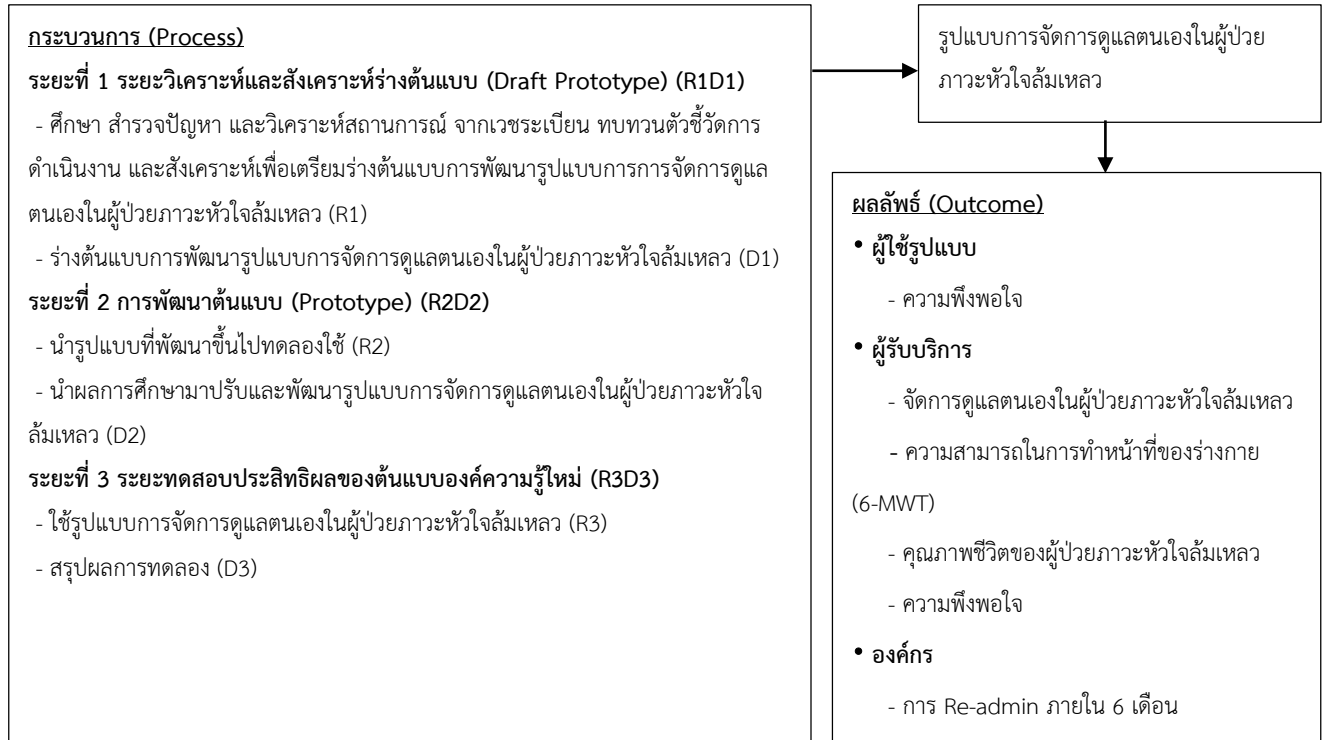
จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น และจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลยโสธร จึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยนำการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) เป็นหนึ่งในกระบวนการในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง และคาดหวังว่าการศึกษานี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะสามารถจัดการการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6 Minute Walk Test: 6-MWT) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพตามแนวคิดของ โดนาปีเตียน¹⁴ เป็นการประเมินคุณภาพระบบบริการการดูแลภาวะสุขภาพโดยจะต้องอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Out Come) ร่วมกับการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Model) ของ B. Riegel และคณะ¹⁵ ที่อธิบายการดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจในสภาวะความเป็นจริง เพื่อเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการคงภาวะสุขภาพและเพื่อตอบสนองต่ออาการทางกายเมื่อเกิดความผิดปกติ ซึ่งการดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ (1) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self-Care Maintenance) เป็นการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการวางแผนการรักษา การรับรู้ถึงอาการผิดปกติและการประเมินตัดสินว่าเป็นความผิดปกติ (2) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) เป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ เพื่อตอบสนองกับอาการที่เกิดขึ้น และต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่างสภาวะสุขภาพ อาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงอาการที่ผิดปกติและผู้ป่วยทราบว่ามีอาการมาจากโรคหัวใจ โดยเฉพาะอาการหายใจเหนื่อยและอาการบวม และ (3) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเมื่อผลลัพธ์ของการดูแลตนเองดีขึ้นก็จะมี ความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยกระบวนการดูแลตนเองมี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการติดตามผลการรักษา (Symptom Monitoring and Treatment Adherence) (2) การรับรู้ถึงอาการผิดปกติ ที่แสดงถึงความเจ็บป่วย (Symptom Recognition) (3) การประเมินตัดสินว่าเป็นความผิดปกติ (Symptom Evaluation) (4) การลงมือปฏิบัติเพื่อรักษาหรือจัดการกับความผิดปกติ (Treatment Implementation) และ (5) การประเมินผลการปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติ (Treatment Effectiveness) ซึ่งได้ศึกษาตามกรอบของการวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่างต้นแบบ ระยะที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ และระยะที่ 3 ระยะทดสอบประสิทธิผลของต้นแบบองค์ความรู้ใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษานำไปสู่การได้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ที่ดีต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการกลับมารักษาซ้ำลดลง แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research & Development) กำหนดพื้นที่เป้าหมาย คือ คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลโสธร ดำเนินการวิจัยเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 – เมษายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประชากรคือทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะหัวใจล้มเหลว พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เกสัชกร นักกำหนดอาหาร และนักกายภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโสธร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน เกสัชกร 2 คน นักกำหนดอาหาร 2 คน และนักกายภาพ 2 คน
2. กลุ่มผู้รับบริการ คือกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลโสธร ช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 – เมษายน พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power¹⁶ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนด Power ที่ระดับ .80 ค่า Effect Size ขนาดปานกลาง (d=.50) ค่าความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 82 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างวิจัยร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย มีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ เพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ โดยมี Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) < 40% และแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่าเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและการมองเห็น และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนด ย้ายที่อยู่ หรือ เสียชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะของการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่างต้นแบบ (Draft Prototype) (R1D1) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน เภสัชกร 2 คน นักกำหนดอาหาร 2 คน และนักกายภาพ 2 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) (R2D2) รูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลยโสธร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 10 ราย

ระยะที่ 3 ระยะทดสอบประสิทธิผลของต้นแบบองค์ความรู้ใหม่ (R3D3) นำรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลยโสธร ที่พัฒนาแล้วไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่างต้นแบบ (Draft Prototype) (R1D1) แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และแนวคำถามปลายเปิด เพื่อนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) (R2D2) ได้แก่ รูปแบบส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเวชระเบียน และสนทนากลุ่มในทีมสหสาขาวิชาชีพ นำมาถอดเทปวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะทดสอบประสิทธิผลของต้นแบบองค์ความรู้ใหม่ (R3D3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ 12 ข้อ

2) แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ B. Riegel และคณะ¹⁵ ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยจอมสุวรรณ์ โธ และคณะ¹⁷ แบบประเมินผ่านการตรวจดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.75 ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อคำถาม ประเมินสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ 5 ข้อ การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ 6 ข้อ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง 4 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็น Rating Scale 4 ระดับ คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี

3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: MLHFQ¹⁸ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพวงผกา กรีทอง¹⁹ แบบประเมินผ่านการตรวจดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.93 จำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) ผลกระทบด้านร่างกาย (2) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม และ (3) ผลกระทบด้านจิตใจ ลักษณะการให้คะแนนเป็น Rating Scale 6 ระดับ ระดับมีคะแนนรวมระหว่าง 0–105 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงว่ามีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตมากและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ แต่ถ้าคะแนนน้อยแสดงว่าผลกระทบต่อการดำรงชีวิตน้อยและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

4) แบบประเมินพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด²⁰ แบบประเมินผ่านการตรวจดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content

Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.99 ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อคำถาม ลักษณะการให้คะแนนเป็น rating scale 5 ระดับ โดย 1 คือพึงพอใจน้อยสุด 5 คือพึงพอใจมากที่สุด

5) แบบบันทึกความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6-MWT) เป็นการทดสอบหน้าที่ของร่างกายด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลาที่กำหนด คือ 6 นาที แล้ววัดระยะทางทั้งหมดที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ประเมินโดยนักกายภาพบำบัด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโสธร เอกสารรับรองเลขที่ YST 2024-18 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับคำชี้แจงและขอคำยินยอมลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจ หากต้องการยกเลิกก่อนการสิ้นสุดการวิจัยและไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อจริงในผู้ร่วมวิจัยแต่ละราย การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอโดยภาพรวมของกลุ่มประชากร และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ขั้นตอนการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ระยะ และ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่างต้นแบบ (Draft Prototype) (R1D1)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษา สำนวนปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์จากเวชระเบียน ทบทวนตัวชี้วัดการดำเนินงาน โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนและสนทนากลุ่มระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะหัวใจล้มเหลว พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เกสเซอร์ นักกำหนดอาหารและนักกายภาพบำบัด สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 5 ราย เป็นรายบุคคล มีแนวข้อคำถามในการสนทนา เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ (R1)

ขั้นตอนที่ 2 ร่างต้นแบบ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสังเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง รวบรวมและกำหนดเป็นร่างรูปแบบการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข (D1)

ระยะที่ 2 การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) (R2D2)

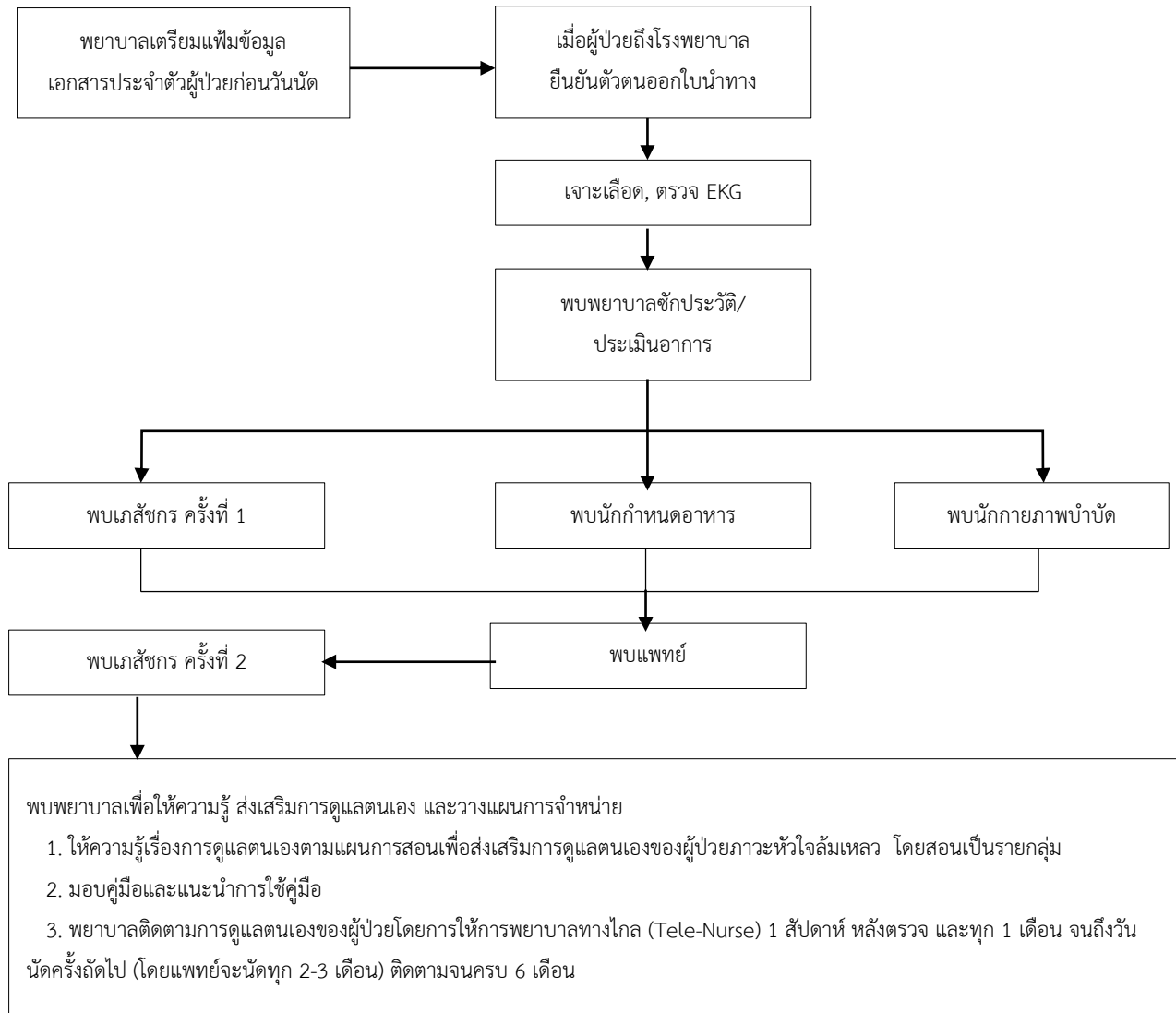
ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Pilot Study) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความง่ายของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตามรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง (R2) และนำผลการศึกษามาปรับและพัฒนาแบบการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (D2)

ระยะที่ 3 ระยะทดสอบประสิทธิภาพของต้นแบบองค์ความรู้ใหม่ (R3D3)

ขั้นตอนที่ 4 นำรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย (R3) ขั้นตอนของรูปแบบส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เริ่มตั้งแต่พยาบาลเตรียมแฟ้มเอกสารของผู้ป่วยก่อนวันนัด เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยยืนยันตัวตนออกไปนอกรั้วไปตรวจเลือด ตรวจ EKG โดยผู้ป่วยจะต้องพบพยาบาลเพื่อวัดสัญญาณชีพ รวมถึงประเมินภาวะสุขภาพ จัดการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นส่งผู้ป่วยไปพบเกสเซอร์ นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด เพื่อกระชับเวลาในส่วนของขั้นตอนนี้จะไม่ได้เรียงลำดับก่อนหลัง จุดใดว่างผู้ป่วยสามารถเข้าพบจุดนั้นจนครบแล้วจึงเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา หลังจากนั้นพบพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง โดย



ให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม มีสื่อการสอนเป็นชาร์ตให้ความรู้ ประกอบด้วยโครงสร้างหัวใจเบื้องต้น ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว การปรับพฤติกรรม การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การชั่งน้ำหนัก มอบคู่มือการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำการใช้คู่มือ และนัดวันให้การพยาบาลทางไกล ติดตามทางโทรศัพท์ โดยพยาบาล (Tele-Nursing) ซึ่งพยาบาลติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยภายใน 1 สัปดาห์ หลังรับบริการ และทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน และสรุปผลการทดลอง (D3) แสดงดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการถอดเทป จัดหมวดหมู่ ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้ Paired T-Test



ผลการวิจัย

ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคกำเริบ เนื่องจากต้องทานอาหารพร้อมกับครอบครัว โดยส่วนมากเป็นอาหารที่ยังคงใส่เครื่องปรุงรสเค็ม การรับประทานยาตามเดิม ไม่รับประทานตามที่แพทย์ปรับเพิ่มหรือลด การลืมทานยา ลืมนัด การไม่กล้าออกกำลังกาย ไม่เคยได้รับคู่มือการปฏิบัติตัว ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเข้ารับรักษาตัวภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ และจากการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลยโสธร ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน สูงถึงร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่กลับมาด้วยอาการเหนื่อยหอบ ไอ แน่นหน้าอก⁸ ส่วนการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าไม่มีขั้นตอนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ชัดเจน มีบุคลากรที่มีความพร้อมทุกสาขาแต่ยังขาดความชัดเจนในการปฏิบัติ ในส่วนของการพยาบาล ยังไม่มีรูปแบบในการให้ความรู้ที่ชัดเจน ไม่มีคู่มือประกอบการสอน ไม่มีคู่มือสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเพื่อติดตามตนเองที่บ้าน และขาดการติดตามผู้ป่วย ดังนั้นจึงได้นำปัญหาดังกล่าวมาพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Model)¹⁴ แล้วนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Pilot Study) ผลการศึกษาพบปัญหาในขั้นตอนบริการ จึงได้นำมาปรับให้เหมาะสม ในส่วนของผลลัพธ์ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (-6MWT) มีแนวโน้มที่ดีขึ้น จึงได้นำรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาแล้วไปใช้จริง แสดงดังภาพที่ 2

ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.2) อายุเฉลี่ย 65.28 ปี (SD= 9.29) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.6) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.9) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 57.8) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 6,080 บาท (SD=4,353.57) และสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 68.9)
2. ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 90 คน ระดับความรุนแรงของโรค NYHA Class II ร้อยละ 15.6 และ NYHA Class III ร้อยละ 84.4 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ร้อยละ 15-38 เฉลี่ยร้อยละ 27.12 (SD=6.2) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 84.4) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 60) ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ กลุ่มยาเอซีอีไอ เออาร์บี และกลุ่มเอ็มอาร์เอ เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 100 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายได้รับยามากกว่า 1 ชนิด และไม่มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 6 เดือน
3. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อน-หลัง ได้รับรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6 เดือน พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.84 (SD=9.24) และ 65.36 (SD=10.49) ตามลำดับ ด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.24 (SD=6.72) และ 54.40 (SD=10.06) ตามลำดับ ความมั่นใจในการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.82 (SD=9.03) และ 68.32 (SD=11.24) ตามลำดับ การดูแลตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 134.90 (SD=14.26) และ 188.08 (SD=14.47) ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลทั้ง 3 ด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังการศึกษามากกว่าก่อนการศึกษามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อน-หลัง ได้รับรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6 เดือน

ความสามารถในการดูแล	ก่อนการศึกษา		แปลผล	หลังการศึกษา		แปลผล	t	p
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ	48.84	9.24	ต้องปรับปรุง	65.36	10.49	ดี	2.34	0.00*
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	38.24	6.72	ต้องปรับปรุง	54.40	10.06	ดี	2.64	0.00*
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	47.82	9.03	ต้องปรับปรุง	68.32	11.24	ดี	2.16	0.00*

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อน-หลัง ได้รับรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6 เดือน พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.56 (SD=7.71) และ 31.20 (SD=5.85) ตามลำดับ ซึ่งถ้าคะแนนมากแสดงว่าผลกระทบต่อการดำรงชีวิตมากและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ แต่ถ้าคะแนนน้อยแสดงว่าผลกระทบต่อการดำรงชีวิตน้อยและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการศึกษาลดลงกว่าก่อนการศึกษามากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อน-หลัง ได้รับรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6 เดือน

ข้อมูล	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คุณภาพชีวิต	76.56	7.71	31.20	5.85	3.9	0.00*

5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6-MWT) ก่อน-หลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 140.72 (SD=12.43) และ 330.48 (SD=22.69) ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6-MWT) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6-MWT) หลังการศึกษามากกว่าก่อนการศึกษามากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6-MWT) ก่อน-หลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6 เดือน

ข้อมูล	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6-MWT)	140.72	12.43	330.48	22.69	4.19	0.00*

6. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของทีมงานสาขาวิชาชีพ พบว่าความพึงพอใจแปลผลออกมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีให้บริการเป็นขั้นตอนชัดเจนอยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ 100 รองลงมาคือ มีความสะดวกในการปฏิบัติ และมีรูปแบบการบันทึกข้อมูลเหมาะสมกับวิชาชีพของท่าน ร้อยละ 96 ตามลำดับ

7. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความพึงพอใจแปลผลออกมาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีการบริการดี ร้อยละ 100 รองลงมาคือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 98.4 มีการให้บริการเป็นขั้นตอนชัดเจน ร้อยละ 95.2 และคำแนะนำการปฏิบัติตัวละเอียดสามารถนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 91.2 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังจากการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนารูปแบบ ได้รวบรวมและนำปัญหามาพัฒนารูปแบบ จนได้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เหมาะกับบริบทการให้บริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลโสธร และเมื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง หลังการศึกษามากกว่าก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการศึกษาลดลงกว่าก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนที่ลดลงแสดงว่าผลกระทบต่อการดำรงชีวิตน้อยและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6-MWT) หลังการศึกษามากกว่าก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (6-MWT) ดีขึ้น และไม่พบการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน อภิปรายได้ว่า การให้ความรู้แบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นการดึงเอาจุดเด่นของแต่ละสาขาวิชาชีพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของไวพร พรหมวงศ์ และคณะ²¹ ที่เห็นว่าควรนำรูปแบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานในแต่ละสาขาวิชาชีพ และเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนให้ความรู้ในการจัดการตนเอง ติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการให้การพยาบาลทางไกล (Tele-Nurse) ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น²² ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดการดูแลตนเองของ B. Riegel และคณะ¹⁵ ได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นนั้นเป็นผลเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองที่เน้นให้มีการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการรับรู้อาการผิดปกติ จดจำอาการที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้อาการลดลงและทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น สุขภาพจิตดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ²³ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

ข้อจำกัดในการวิจัย

ด้านบุคลากร เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลโสธรมีบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพครบตามที่กำหนด แต่มีข้อจำกัดในด้านปริมาณของบุคลากร จึงรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในได้จำนวนที่จำกัด และผลการวิจัยนี้สามารถอ้างอิงเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโทรศัพท์เท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้น เป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงานร่วมกัน สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต ควรพิจารณานำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำรูปแบบส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดอื่น ๆ หรือกลุ่มโรคอื่น ๆ เพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว และนำไปพัฒนาใช้กับผู้ป่วยที่ไม่มีโทรศัพท์ต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2013; 62(16): e147-239. doi: 10.1016/j.jacc.2013.05.019. PubMed PMID: 23747642.
2. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 2 vols. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>
4. กัญญา สุขะนันท์, ซาลีฮา สาและ, ชนัยกานต์ แก้วอุทัย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมษายน-มิถุนายน 2565; 30(2): 67-80.
5. รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์. Heart failure management programme. ใน: อภิชาติ สุนทรสรรพ, รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์, บรรณาธิการ. Heart Failure. เชียงใหม่: โอเอมมอร์เเกโนเซอร์แอนด์เวอร์ไทซิง; 2547. หน้า 219-32.
6. Ditewing JB, Blok H, Havers J, Veenendaal HV. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: A systematic review. Patient Educ Couns 2010; 78(3): 297-315. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.016. PubMed PMID: 20202778.
7. Woda A, Haglund K, Belknap RA, Sebern M. Self-care behaviors of African Americans living with heart failure. J Community Health Nurs 2015; 32(4): 173-86. doi: 10.1080/07370016.2015.1087237. PubMed PMID: 26529103.
8. งานเวชระเบียนและสถิติ. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2566.
9. Joynt KE, Jha AK. A path forward on Medicare readmissions. N Engl J Med 2013; 368(13): 1175-7. doi: 10.1056/NEJMp1300122. PubMed PMID: 23465069.
10. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์; 2562. หน้า 19-23.
11. Heart Failure Society of America; Lindenfeld J, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM, et al. HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. J Card Fail 2010; 16(6): e1-194. doi: 10.1016/j.cardfail.2010.04.004. PubMed PMID: 20610207.
12. อธิสร อุนวงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตุลาคม 2566 – มกราคม 2567; 8(15): 175-83.
13. Nejadshafiee M, Bahaadinbeigy K, Kazemi M, Nekoei-Moghadam M. Telenursing in incidents and disasters: A systematic review of the literature. J Emerg Nurs 2020; 46(5): 611-22. doi: 10.1016/j.jen.2020.03.005. PubMed PMID: 32360295.
14. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

15. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. J Card Fail 2004; 10(4): 350-60. doi: 10.1016/j.cardfail.2003.12.001. PubMed PMID: 15309704.
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009; 41(4): 1149-60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149. PubMed PMID: 19897823.
17. จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิริสันต์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์, วงรัตน์ ไสสุข. การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล มกราคม-มีนาคม 2551; 23(1): 35-47.
18. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patient's self-assessment of their congestive heart failure: Content, reliability and validity of a new measure: The Minnesota living with heart failure questionnaire. Heart Failure 1987; 3: 198-219.
19. พวงผกา กรีทอง. โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
20. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560. หน้า 120-1.
21. ไวยพร พรหมวงศ์, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. การประเมินผลลัพธ์ระบบการบริการโดยทีมสหสาขาในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรามธิบดี. รามาธิบดีพยาบาลสาร พฤษภาคม-สิงหาคม 2562; 25(2): 166-80.
22. อภิญา วงศ์พิริยโยธา, กัญจนนิชา เรืองชัยวิสุข, รุ่งนภา ธนุชาญ. ผลของโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มกราคม-มีนาคม 2567; 51(1): 29-43.
23. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, ลินจง โพธิบาล, ทศพร คำผลศิริ. ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. พยาบาลสาร ตุลาคม-ธันวาคม 2562; 46(4): 108-21.

