

## ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

จรัญญา เรือนมุล\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารับการรักษาซ้ำ ณ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2568 หลังได้รับการรับรองจริยธรรม กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 2 กลุ่ม จำนวน 120 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ออกแบบโปรแกรมตามแนวคิดของ J. Rorden และ E. Taft (1990) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Paired samples t-test และ Independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -8.014, p < 0.001$ ) และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 20.00 ( $p = 0.024$ ) นอกจากนี้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $t = -12.019$  และ  $t = -13.488, p < 0.001$  ตามลำดับ)

โดยสรุป โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและลดภาระของระบบสุขภาพ

**คำสำคัญ:** การวางแผนจำหน่าย, ภาวะหัวใจล้มเหลว, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

\*โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

Corresponding Author: Jarunya Ruanmoon E-mail: jarunyarvanmoon@gmail.com

Received: 17 September 2025 Revised: 29 October 2025 Accepted: 29 November 2025

## Effects of a discharge planning program on self-care behaviors and hospital readmissions among heart failure patients at Fang Hospital, Chiang Mai, Thailand.

Jarunya Ruanmoon\*

### ABSTRACT

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a discharge planning program for patients with heart failure on self-care behaviors and hospital readmission rates at Fang Hospital, Chiang Mai Province, Thailand. The study was conducted between May and July 2025 after receiving ethical approval. The sample consisted of 120 participants, including patients with heart failure and their caregivers, who were purposively selected and assigned to either the experimental or control group, with 30 participants per group. The discharge planning program was developed based on the concept proposed by J. Rorden and E. Taft (1990). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including the Chi-square test, paired-samples t-test, and independent-samples t-test, with the level of statistical significance set at 0.05.

Results revealed that both groups were similar in demographic characteristics. After the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean self-care behavior scores compared with the control group ( $t = -8.014$ ,  $p < 0.001$ ). No participants in the experimental group were readmitted within 28 days after discharge, while 20.0% of those in the control group were readmitted ( $p = 0.024$ ). Additionally, both patients and caregivers in the experimental group showed significantly greater knowledge regarding heart failure than before the intervention and the control group ( $t = -12.019$  and  $t = -13.488$ ,  $p < 0.001$ , respectively).

In conclusion, the discharge planning program effectively enhanced self-care behaviors and disease-related knowledge among patients with heart failure and their caregivers, while significantly reducing 28-day readmission rates. The findings support the integration of structured discharge planning into routine practice to improve care quality and reduce healthcare system burdens.

**Keywords:** Discharge Planning, Heart Failure, Self-Care Behavior, Hospital Readmission

\*Phang Hospital, Chiang mai Province

Corresponding Author: Jarunya Ruanmoon E-mail: jarunyarvanmoon@gmail.com

Received: 17 September 2025 Revised: 29 October 2025 Accepted: 29 November 2025

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

## บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure: HF หรือ Congestive Heart Failure: CHF) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการคั่งของเลือด โซเดียม และน้ำในร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ ขาดออกซิเจน และมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ<sup>1</sup> รวมถึงอันตรายถึงชีวิต ทั่วโลกมีแนวโน้มผู้ป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในยุโรปมีผู้ป่วยประมาณ 15 ล้านคน และในสหรัฐอเมริกามีราว 6.5 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 287,000 คนต่อปี<sup>2</sup> ส่วนในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวคิดเป็นร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และพบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดการรักษารักษาซ้ำและเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพ<sup>3</sup> ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำมักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) ผู้พิการ และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย การเสียชีวิต และการเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ตามข้อมูลของ Medicare อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างปี 2009 ถึง 2012 อยู่ที่ร้อยละ 23 การศึกษาวิจัยอื่นๆ รายงานว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าการกลับมารักษาซ้ำหลายกรณีถือว่าสามารถป้องกันได้ ซึ่งวรรณกรรมวิชาการประเมินว่าร้อยละ 23.1 ของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันสามารถหลีกเลี่ยง

ได้<sup>2,4</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการกลับเข้าพักรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในช่วงระยะเวลา 1 ปีภายหลังการจำหน่ายในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทยจำนวน 462 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 51 ที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคร่วม ความดันโลหิตซิสโตลิก และอัตราการเต้นของหัวใจ<sup>5</sup> ภาวะล้มเหลวเฉียบพลันมักพบในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในช่วง 6 เดือนแรกสูงถึง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังถ้าหากขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือการดูแลตัวเองไม่ดี จะส่งผลให้เปลี่ยนจากเรื้อรังเป็นเฉียบพลันได้ ดังนั้นการดูแลรักษาแบบองค์รวม คือการให้ผู้ป่วยรับประธานยาสม่ำเสมอและมาตรวจตามนัด เฝ้าระวังอาการด้วยตนเอง จำกัดน้ำและเกลือ รวมถึงการชั่งน้ำหนัก การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ในส่วนผู้ดูแลจะสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับโรค จะทำให้ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ<sup>6</sup> นอกจากนี้งานวิจัยในส่วนของแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในแนวทางยุโรป (ESC Guidelines) ได้เน้นย้ำความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบและการติดตามผลหลังจำหน่าย โดยมีการระบุถึงบทบาทของการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติตามแผนการรักษา<sup>7</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีการ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ติดตามผลอย่างต่อเนื่องสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 30 โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจ<sup>8</sup> โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน การใช้ยา การเฝ้าระวังอาการที่สำคัญ การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน และการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ซึ่งควรมีการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อให้สามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่<sup>9,10</sup> พบว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง<sup>11</sup> ส่วนการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่เน้นการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย เช่น การติดตามผลทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้าน ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>12</sup> การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอยิ่งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น<sup>13,14</sup> โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่เน้นการให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>15</sup> นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจและลดความเครียดในการดูแลตนเอง โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่รวมการให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ การเฝ้าระวังอาการ และการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดภาวะทรุดซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพ<sup>16</sup> นอกจากนี้การติดตามผลหลังจำหน่ายผ่านการโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมและความเข้าใจในการจัดการสุขภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาลมาก

ขึ้น การให้คำแนะนำและการติดตามผลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>14</sup> จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลฝาง 3 ปีย้อนหลังพบว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในอายุรกรรม ตั้งแต่ปี 2565 – 2567 มีจำนวน 230 ราย 259 ครั้ง 295 ราย 346 ครั้ง และ 343 ราย 398 ครั้ง และพบอัตรากลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 28 วัน ร้อยละ 3.04 2.37 และ 3.79 ตามลำดับ<sup>18</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้งจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมไม่เกินร้อยละ 5 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ แต่ตัวชี้วัดดังกล่าวได้ค่าเกินเป้าหมายของโรงพยาบาลที่หน่วยงานได้กำหนดเป้าหมายท้าทายไว้คือ ร้อยละ 0 ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนหาสาเหตุของปัญหาในการกลับมารักษาซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การให้บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและระบบการติดตามหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาและการไม่พบแพทย์ตามนัด และขาดทักษะการสังเกตอาการตนเองเบื้องต้นเมื่อมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการจึงทำให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นเมื่อมาพบแพทย์ส่งผลให้ต้องรับการรักษาด้วยการนอนในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ Judith Rorden และ Elizabeth Taft (1990) เน้นให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านอย่างมั่นใจและปลอดภัย กระบวนการนี้ประกอบด้วย

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนหลักที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลไปจนถึงช่วงหลังการจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดย 3 ขั้นตอนหลัก คือ การประเมิน(Assessment) การสร้างแผนการจำหน่าย (Building the Plan) และการยืนยันแผนการจำหน่าย (Confirming the Plan)<sup>19</sup> มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

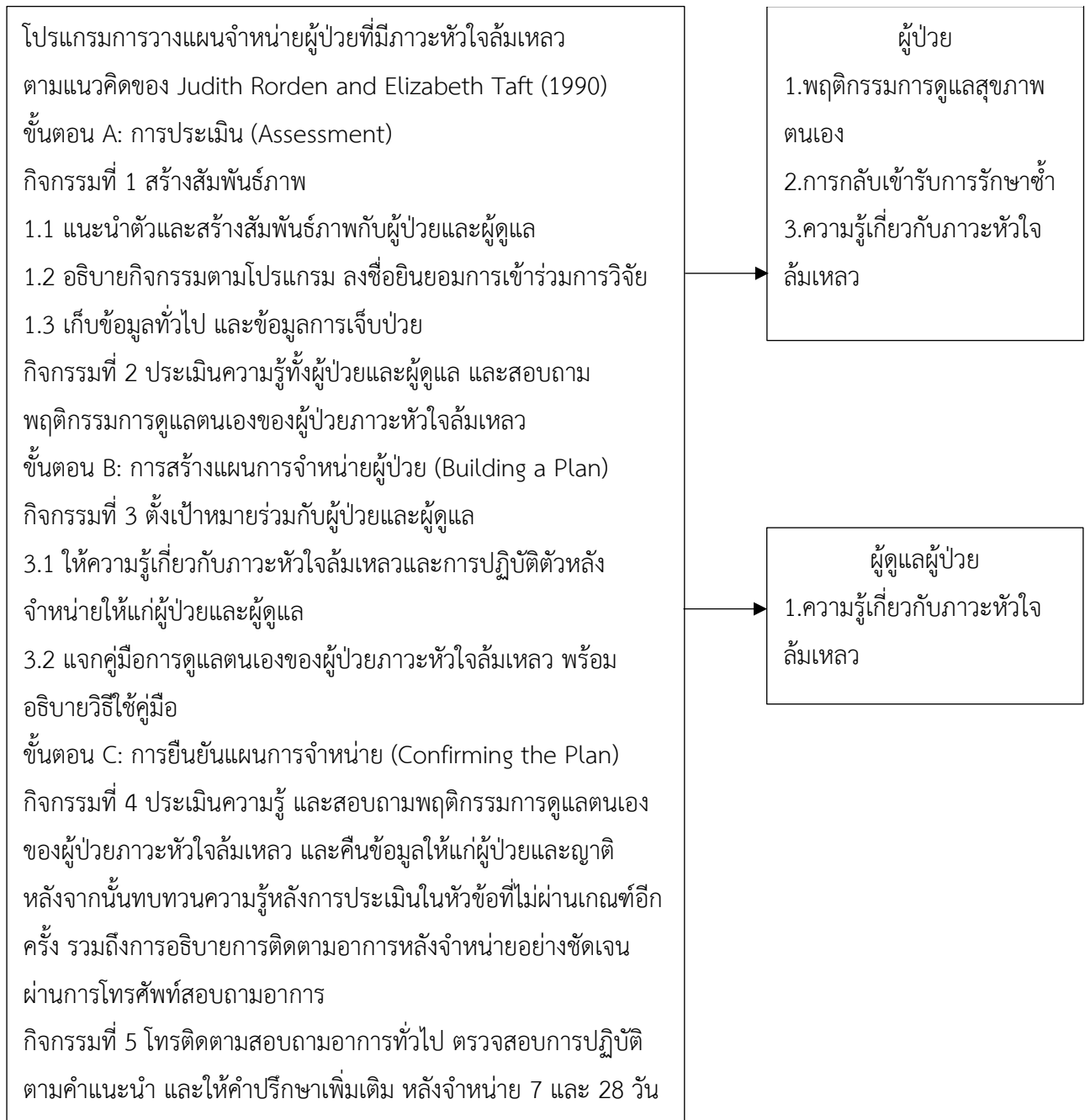
การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Judith Rorden and Elizabeth Taft (1990) คือ กระบวนการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีแบบแผน โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การประเมิน (Assessment) การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Building a Plan) และการยืนยันแผนการจำหน่าย (Confirming the Plan)

### คำนิยาม

อัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ามารักษซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด โดยการติดตามจากการโทรศัพท์สอบถามจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในวันที่ 7 และ 28 หลังจากจำหน่ายตามแบบเก็บข้อมูล และผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลซ้ำจากระบบ HosXp ของโรงพยาบาลอีกครั้งหลังจกสิ้นสุดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบ สอง กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Experimental Control – Group Design) โดยมีการแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเวลา (consecutive sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเดียวกัน ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเข้าร่วมโครงการในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองเพื่อหลีกเลี่ยงการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน และตรวจสอบความแตกต่างของตัวแปรพื้นฐานก่อนการทดลองเพื่อยืนยันความเทียบเคียงระหว่างกลุ่ม และเพื่อจำกัดความเสี่ยงจากอคติในการประเมินผล (measurement bias) การประเมินผลลัพธ์หลังการทดลองดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่ได้ทราบการจัดกลุ่มของผู้ป่วย (blinded assessor) โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้ข้อมูลตามโปรแกรมในกลุ่มทดลองเท่านั้น และไม่เกี่ยวข้องกับการให้คะแนนหรือบันทึกผลการประเมิน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2568 ที่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลฝาง

## เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ อ้างอิง New York Heart Association (NYHA) classification อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมีผู้ดูแลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ มีโทรศัพท์และสามารถติดต่อได้สะดวก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารฟังอ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

## เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีโรคทางจิตเวช มีประวัติที่ทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี หรือผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น โรคอัมพาต กระดูกหัก

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาหรือความพร้อมในการให้ความร่วมมือ ในกิจกรรมหรือโปรแกรมที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัย ขาดความสามารถในการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ หรือมีปัญหาทางการได้ยินหรือการพูด และไม่มีอุปกรณ์

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

สื่อสารที่สามารถใช้งานได้ เช่น ไม่มีโทรศัพท์หรือไม่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

### เกณฑ์การบอกเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามที่กำหนด ไม่สามารถติดตามข้อมูลผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยแสดงความประสงค์ขอถอนตัวจากการวิจัย ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ ประสบปัญหาสุขภาพร้ายแรง หรือมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินบทบาทในโครงการวิจัยต่อไปได้ ไม่สามารถติดต่อหรือขาดการติดตามผลตามกำหนดเวลา และผู้ดูแลประสบเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อไปได้ เช่น การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยหรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อ้างอิงจากการศึกษาของ อดิณญา ลาอุณ และบษพร วิรุณพันธ์ (2564) ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1.9.7 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis)<sup>20,21</sup> โดยในการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 และ Effect Size เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมี

จำนวนการทดลองทั้งหมด 120 คน คือ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแล กลุ่มละ 60 คน แต่ละกลุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล 2 เครื่องมือ ได้แก่ 1) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนทดลอง ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเจ็บป่วยหลังทดลอง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังทดลอง และส่วนที่ 5 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังทดลอง 2) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินวิจัยมีทั้งหมด 3 เครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คู่มือดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว (สำหรับพยาบาลผู้ให้ข้อมูล)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและการวิจัยทางคลินิก เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และ

ความเหมาะสมของถ้อยคำ หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริง ผลการตรวจสอบคุณภาพพบว่า เครื่องมือมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.92 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงได้

### วิธีรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอหนังสือขออนุญาตทำวิจัย และขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากโรงพยาบาลฝาง
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง
3. ผู้วิจัยดำเนินการประสาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ได้คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยตามโปรแกรม
5. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
6. สรุปและตีพิมพ์การศึกษา หรือนำเสนอผลการศึกษา
7. รายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลฝางตามข้อกำหนด

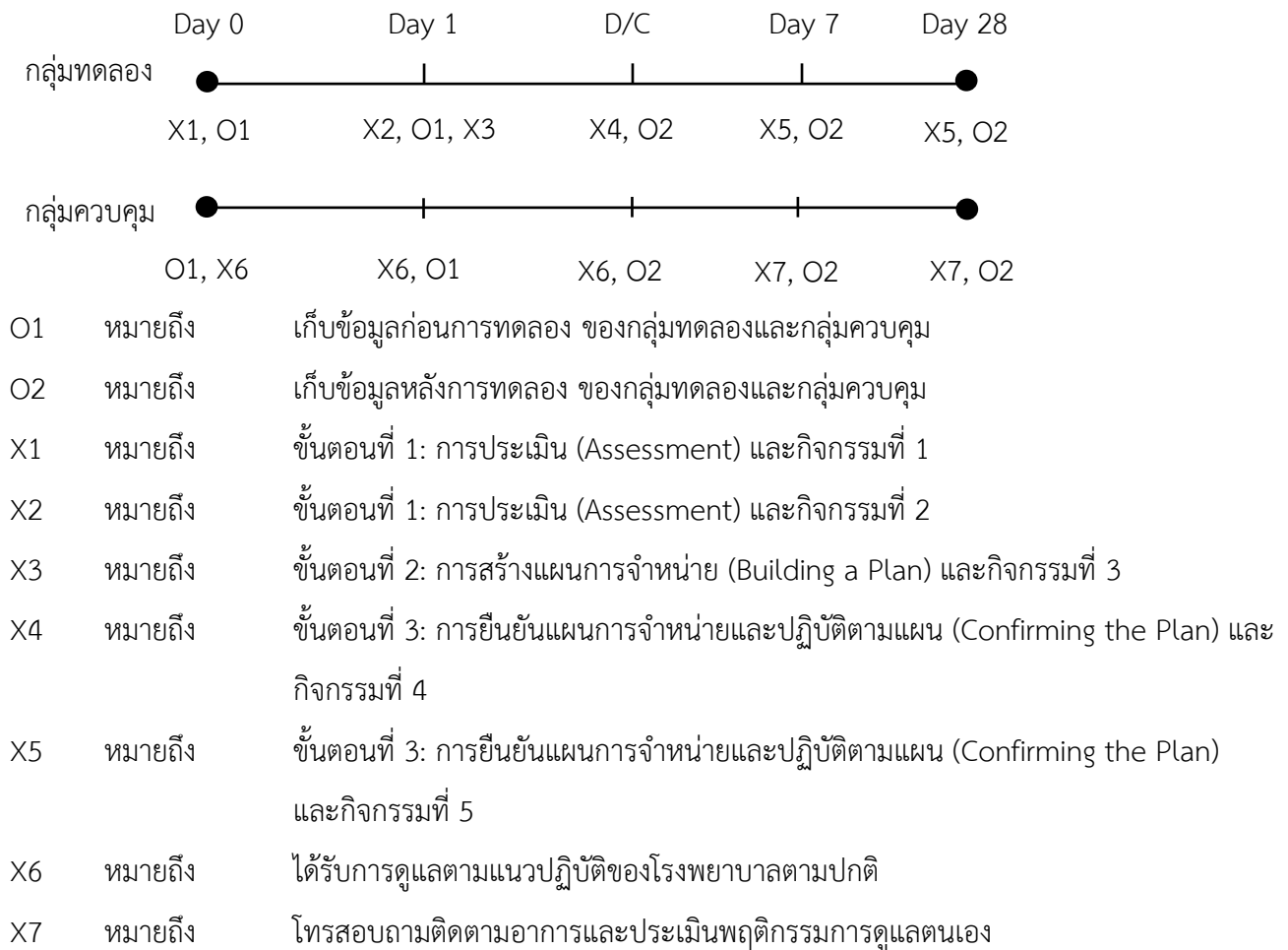
### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะ และสถิติเชิงอนุมานใช้ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

### การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง หมายเลขการรับรอง COA No.02/2568 วันที่รับรอง 24 กุมภาพันธ์ 2568 หมดอายุรับรองวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2569

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ  
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่



## ผลการวิจัย

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรวมทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน เกือบทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1 ในด้านเพศ กลุ่มทดลองมีเพศหญิง 18 คน (60.0%) และกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง 16 คน (53.33%) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 64.9 ปี (SD = 11.95) และกลุ่มควบคุม 60.4 ปี (SD = 14.61) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 24.2 (SD = 7.80) และกลุ่มควบคุม 22.9 (SD = 6.79) ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ

อาชีพของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เช่น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สมรส 20 คน (66.67%) กลุ่มควบคุม 21 คน (70.09%) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ 13 คน (43.33%) และกลุ่มควบคุมมีผู้จบมัธยมต้น-ปวช. สูงที่สุด 10 คน (33.33%) อาชีพที่พบมากที่สุดในกลุ่มทดลองคือรับจ้างทั่วไป 12 คน (40.0%) และในกลุ่มควบคุมคือไม่ได้ทำงาน 11 คน (36.67%) สิทธิการรักษาพยาบาลและสถานบริการใกล้บ้าน ก็มีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองและเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ข้อแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างสองกลุ่ม คือรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (n=60)

| ตัวแปร                            | กลุ่มทดลอง (n=30)       | กลุ่มควบคุม (n=30)      | P-value |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|
| เพศ [ชาย/หญิง(ร้อยละ)]            | 12 (40.00%)/ 18(60.00%) | 14 (46.67%)/ 16(53.33%) | 0.600   |
| อายุ (ปี)                         | 64.9 ± 11.95 (35–81)    | 60.4 ± 14.61 (29–80)    | 0.180   |
| ดัชนีมวลกาย (กก./ม <sup>2</sup> ) | 24.2 ± 7.80             | 22.9 ± 6.79             | 0.510   |
| ศาสนา                             | พุทธ 30 (100.00%)       | พุทธ 30 (100.00%)       |         |
| สถานภาพสมรส                       |                         |                         | 0.880   |
| สมรส                              | 20 (66.77%)             | 21 (70.00%)             |         |
| หม้าย/หย่า                        | 8 (26.67%)              | 6 (20.00%)              |         |
| โสด                               | 2 (6.67%)               | 3 (10.00%)              |         |
| ระดับการศึกษา                     |                         |                         | 0.650   |
| ไม่ได้เรียน                       | 13 (43.33%)             | 10 (33.33%)             |         |
| ประถมศึกษา                        | 10 (33.33%)             | 9 (30.00%)              |         |
| มัธยมต้น-ปวช.                     | 6 (20.00%)              | 10 (33.33%)             |         |
| ปวส.                              | 1 (3.33%)               | 1 (3.33%)               |         |
| อาชีพ                             |                         |                         | 0.390   |
| รับจ้างทั่วไป                     | 12 (40.00%)             | 7 (23.33%)              |         |
| ไม่ได้ทำงาน                       | 7 (23.33%)              | 11 (36.67%)             |         |
| เกษตรกร/ค้าขาย                    | 4 (13.33%)              | 5 (16.67%)              |         |
| ลูกจ้าง                           | –                       | 3 (10.00%)              |         |
| อื่น ๆ                            | 7 (23.33%)              | 4 (13.33%)              |         |
| รายได้เฉลี่ย (mean ± S.D.)        | 14266.67 ± 14731.37     | 1540.1 ± 2991.12        | 0.001** |
| สิทธิการรักษา                     |                         |                         | 0.240   |
| บัตรทอง                           | 27 (90.00%)             | 30 (100.00%)            |         |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ             | 2 (6.67%)               | –                       |         |
| ปัญหาสถานะสิทธิ                   | 1 (3.33%)               | –                       |         |
| สถานบริการใกล้บ้าน                |                         |                         | 1.000   |
| รพ.สต.                            | 28 (93.33%)             | 28 (93.33%)             |         |
| โรงพยาบาล (ชุมชน/จังหวัด)         | 2 (6.67%)               | 2 (6.67%)               |         |

\* p &lt; 0.05 จาก Independent t-test, \*\* p &lt; 0.001จาก Chi-square test หรือ Fisher's exact test

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวก่อนทดลองจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60) พบว่าเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.00 และกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 64.9 ปี (SD = 11.95, ช่วง 35–81 ปี) ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 60.4 ปี (SD = 14.61, ช่วง 29–80 ปี) ค่าดัชนีมวลกายของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ( $24.2 \pm 7.80$  และ  $22.9 \pm 6.79$ ) สำหรับลักษณะการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรง NYHA class 3 ร้อยละ 96.67 และ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ก็อยู่ระดับ 3 เช่นกัน ร้อยละ 93.33 โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.55$ ) เช่นเดียวกับโรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และการวินิจฉัยโรค พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม ( $p = 0.07-0.79$ ) โดยสรุปลักษณะผู้ป่วยในสองกลุ่ม ใกล้เคียงกันทั้งหมด และไม่มีตัวแปรใดแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนการทดลอง ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความเทียบเคียงกันก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนทดลองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (n=60)

| ตัวแปร                              | กลุ่มทดลอง (n=30) | กลุ่มควบคุม (n=30) | P-value |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------|---------|
| 1. ระดับความรุนแรง (NYHA)           |                   |                    | 0.550   |
| ระดับ 2                             | 1 (3.33%)         | 2 (6.67%)          |         |
| ระดับ 3                             | 29 (96.67%)       | 28 (93.33%)        |         |
| 2. โรคประจำตัว                      |                   |                    | 0.790   |
| มี                                  | 16 (53.33%)       | 17 (56.67%)        |         |
| ไม่มี                               | 14 (46.67%)       | 13 (43.33%)        |         |
| 3. ระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว    |                   |                    | 0.380   |
| ≤ 1 ปี                              | 21 (70.00%)       | 24 (80.00%)        |         |
| > 1 ปี                              | 9 (30.00%)        | 6 (20.00%)         |         |
| 4. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาก่อน |                   |                    | 0.070   |
| ครั้งแรก                            | 20 (66.67%)       | 27 (90.00%)        |         |
| 1–3 ครั้ง                           | 10 (33.33%)       | 3 (10.00%)         |         |
| 5. การวินิจฉัยโรค                   |                   |                    | 0.240   |
| CHF                                 | 27 (90.00%)       | 30 (100.00%)       |         |
| Heart failure/อื่น ๆ                | 3 (10.00%)        | -                  |         |

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $31.03 \pm 6.12$  และกลุ่มควบคุม  $36.40 \pm 7.57$  ในกลุ่มทดลอง พบผู้ที่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 6.67 และระดับต่ำร้อยละ 93.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ที่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 13.33 และระดับต่ำร้อยละ 86.67 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มพบความแตกต่างเชิงสถิติเล็กน้อย ( $t = -3.02$ ,  $p = 0.004$ ) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น  $68.27 \pm 4.65$  ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ที่  $38.20 \pm 9.27$  ผู้ที่อยู่ในระดับสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.67 และระดับปานกลางเหลือร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มควบคุมยังไม่มีผู้ที่อยู่ในระดับสูง และระดับต่ำยังคงอยู่ที่ร้อยละ 73.33 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 15.91$ ,  $p < 0.001$ ) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

| ช่วงคะแนน     | กลุ่มทดลอง<br>(n=30) | กลุ่มควบคุม<br>(n=30) | t     | P-value  |
|---------------|----------------------|-----------------------|-------|----------|
| ก่อนทดลอง     |                      |                       |       |          |
| ระดับสูง      | -                    | -                     |       |          |
| ระดับปานกลาง  | 2 (6.67%)            | 4 (13.33%)            |       |          |
| ระดับต่ำ      | 28 (93.33%)          | 26 (86.67%)           |       |          |
| Mean $\pm$ SD | $31.03 \pm 6.12$     | $36.40 \pm 7.57$      | -3.02 | 0.004*   |
| หลังทดลอง     |                      |                       |       |          |
| ระดับสูง      | 29 (96.67%)          | -                     |       |          |
| ระดับปานกลาง  | 1 (3.33%)            | 7 (23.33%)            |       |          |
| ระดับต่ำ      | -                    | 23 (76.67%)           |       |          |
| Mean $\pm$ SD | $68.27 \pm 4.65$     | $38.20 \pm 9.27$      | 15.91 | <0.001** |

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.001$

ผลการเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาซ้ำหลังจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไม่มีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษารักษาซ้ำภายใน 7 วันและ 28 วันหลังจำหน่ายในขณะที่กลุ่ม

ควบคุมมีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ 2 คน (ร้อยละ 6.67) ภายใน 7 วัน และ 6 คน (ร้อยละ 20.00) ภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Fisher's Exact Test พบว่า การกลับเข้ารับการ

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

รักษาซ้ำภายใน 7 วันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( $p = 0.49$ ) ส่วนการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p = 0.026$ ) ดังตารางที่ 4 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสามารถช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

| ตัวแปร                                    | กลุ่มทดลอง<br>(n=30) | กลุ่มควบคุม<br>(n=30) | P-value |
|-------------------------------------------|----------------------|-----------------------|---------|
| กลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน หลังจำหน่าย     | 0 (0.00%)            | 2 (6.67%)             | 0.490   |
| กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่าย | 0 (0.00%)            | 6 (20.00%)            | 0.026*  |

\* Fisher's Exact Test,  $p\text{-value} < 0.05$

หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากก่อนทดลอง โดย กลุ่มทดลองทั้งหมด (100.00%) อยู่ในระดับความรู้สูง หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างครบถ้วน ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง (73.33%) และระดับต่ำ (13.33%) หลังทดลอง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองหลังทดลองคือ  $9.70 \pm 0.54$  เทียบกับกลุ่มควบคุม  $6.07 \pm 1.46$  การวิเคราะห์

t-test แบบ Welch แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 12.77, P < 0.001$ ) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเล็กน้อย ( $3.40 \pm 1.16$ ) เทียบกับกลุ่มควบคุม ( $4.23 \pm 0.94$ ) โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.05, P < 0.05$ ) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองเริ่มต้นด้วยความรู้ในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และสามารถปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

| ช่วงคะแนน     | กลุ่มทดลอง<br>(n=30) | กลุ่มควบคุม<br>(n=30) | t     | P-value  |
|---------------|----------------------|-----------------------|-------|----------|
| ก่อนทดลอง     |                      |                       |       |          |
| ระดับสูง      | -                    | -                     |       |          |
| ระดับปานกลาง  | 2 (6.67%)            | 7 (23.33%)            |       |          |
| ระดับต่ำ      | 28 (93.33%)          | 23 (76.67%)           |       |          |
| Mean $\pm$ SD | 3.40 $\pm$ 1.16      | 4.23 $\pm$ 0.94       | -3.05 | <0.010*  |
| หลังทดลอง     |                      |                       |       |          |
| ระดับสูง      | 30 (100.00%)         | 4 (13.33%)            |       |          |
| ระดับปานกลาง  | -                    | 22 (73.33%)           |       |          |
| ระดับต่ำ      | -                    | 4 (13.33%)            |       |          |
| Mean $\pm$ SD | 9.70 $\pm$ 0.54      | 6.07 $\pm$ 1.46       | 12.77 | <0.001** |

\* p < 0.05, \*\* p < 0.001

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง 27 คน (ร้อยละ 90.00) และกลุ่มควบคุม 23 คน (ร้อยละ 76.67) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองเฉลี่ย 46.0 ปี (SD = 12.7) และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 46.8 ปี (SD = 12.0) ขณะที่ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งสองกลุ่ม ในด้านศาสนา พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย กลุ่มทดลอง 29 คน (ร้อยละ 96.67) และกลุ่มควบคุม 27 คน (ร้อยละ 90.00) สำหรับสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้ว กลุ่มทดลอง 28 คน (ร้อยละ 93.3) และกลุ่มควบคุม 25 คน (ร้อยละ 83.3) ด้านการศึกษา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่

จบระดับประถมศึกษาและมัธยมต้น โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 53.33 และ 26.67 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 33.33 และ 36.67 ตามลำดับ ขณะที่มีส่วนน้อยที่ไม่ได้เรียนหรือจบการศึกษา ระดับสูงกว่า สำหรับอาชีพ พบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 43.33) และธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 23.33) ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 40.00) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20.00) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เกิน 10,000 บาท ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือคู่สมรส (ร้อยละ 30.00) และพ่อแม่ (ร้อยละ 13.33) โดยมีบางส่วนเป็นเครือญาติใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น น้องหลาน หรือป้าตายาย ผลการเปรียบเทียบคะแนน

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มทดลองมีผู้ที่อยู่ในระดับต่ำจำนวน 23 คน (76.67%) และระดับปานกลาง 7 คน (23.33%) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่อยู่ในระดับต่ำ 18 คน (60.00%) และระดับปานกลาง 12 คน (40.00%) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเท่ากับ  $3.93 \pm 0.78$  และกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $4.53 \pm 0.86$  โดยผลการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.81, p = 0.007$ ) หลังการทดลอง พบว่าผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีผู้ที่อยู่ในระดับสูงทั้งหมด 30 คน (100.00%)

ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่อยู่ในระดับสูงเพียง 6 คน (20.00%) ระดับปานกลาง 21 คน (70.00%) และระดับต่ำ 3 คน (10.00%) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ  $9.80 \pm 0.48$  และกลุ่มควบคุมเท่ากับ  $6.37 \pm 1.16$  ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสูง ( $t = 14.40, p < 0.001$ ) กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสามารถเพิ่มระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

| ช่วงคะแนน     | กลุ่มทดลอง<br>(n=30) | กลุ่มควบคุม<br>(n=30) | t     | P-value  |
|---------------|----------------------|-----------------------|-------|----------|
| ก่อนทดลอง     |                      |                       |       |          |
| ระดับสูง      | -                    | -                     |       |          |
| ระดับปานกลาง  | 7 (23.33%)           | 12 (40.00%)           |       |          |
| ระดับต่ำ      | 23 (76.67%)          | 18 (60.00%)           |       |          |
| Mean $\pm$ SD | $3.93 \pm 0.78$      | $4.53 \pm 0.86$       | -2.81 | <0.007*  |
| หลังทดลอง     |                      |                       |       |          |
| ระดับสูง      | 30 (100.00%)         | 6 (20.00%)            |       |          |
| ระดับปานกลาง  | -                    | 21 (70.00%)           |       |          |
| ระดับต่ำ      | -                    | 3 (10.00%)            |       |          |
| Mean $\pm$ SD | $9.80 \pm 0.48$      | $6.37 \pm 1.16$       | 14.40 | <0.001** |

\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.001$

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้ และการลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญ

ประการแรก การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างสองกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การให้ความรู้และการติดตามผลหลังจำหน่ายช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ประการที่สอง อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 6 คน (ร้อยละ 20.00) ผลการทดสอบด้วย Fisher's Exact Test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.024$ ) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีระบบติดตามและสนับสนุนต่อเนื่องช่วยลดภาวะการกลับเข้ารับรักษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ประการที่สาม ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ )

บ่งชี้ว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

ประการสุดท้าย ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายไม่เพียงช่วยผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแลสามารถมีบทบาทสนับสนุนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า “ผู้ดูแลคือหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิผลต่อการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแลอย่างชัดเจน โดยในด้าน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะและพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การให้ความรู้และการติดตามผลหลังจำหน่ายช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ดีขึ้น<sup>22</sup>

สำหรับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 20.00 โดยผลการทดสอบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.024$ ) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยลดภาวะการกลับเข้ารับรักษาได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Riley และ Masters ที่ชี้ว่าการวางแผนจำหน่ายและการติดตามต่อเนื่องช่วยลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว<sup>23</sup> รวมทั้งรายงานของ Chen และคณะ<sup>24</sup> ที่ยืนยันผลลัพธ์เช่นเดียวกัน

ในส่วนของ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น หลังการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษา ที่ระบุว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านกระบวนการวางแผนจำหน่ายส่งผลต่อการเพิ่มความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในกลุ่มทดลองก็มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) สะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการพุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะหัวใจล้มเหลว<sup>26</sup> ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยหลายชิ้น เช่น งานวิจัยที่พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว<sup>27</sup> และงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลร่วมกับการให้ความรู้หลังจำหน่ายช่วยเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>28</sup>

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มความรู้ และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ควรได้รับการส่งเสริมในระบบบริการสุขภาพ

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลฝาง คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ความเมตตาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารการให้ข้อมูลรูปแบบวิถีทัศน์เพื่อที่กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสามารถทบทวนความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนต่างๆย้อนหลังได้ตลอดเวลา และมีการใช้รูปภาพหรือสัญลักษณ์ และหลากหลายภาษาในวิถีทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น
2. ควรประยุกต์กรอบแนวคิดการทำวิจัยครั้งนี้ร่วมกับการใช้รูปแบบวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อการพัฒนาแนวทางและการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างระยะเวลานานขึ้น ทำให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือของข้อมูลผลการวิจัย รวมถึงควรศึกษาเปรียบเทียบผลการศึกษาร่วมกับปัจจัยอื่นๆของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อผลการศึกษา และนำไปปรับปรุงแนวทางครั้งถัดไป

## เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Acute coronary syndrome: Understanding the basics. Journal of Cardiology. 2020;20(3):123-130.
2. กิตติพงษ์ พิณจันทร์. ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลางประเทศไทย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2020. เข้าถึงได้จาก: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4444/>
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กระทรวงสาธารณสุข; 2019.
4. Madanat L, Saleh M, Maraskine M, Halalau A, Bukovec F. Congestive Heart Failure 30-Day Readmission: Descriptive Study of Demographics, Comorbidities, Heart Failure Knowledge, and Self-Care. Cureus. 2021;13(10):e18661. <https://doi.org/10.7759/cureus.18661>
5. ศุภวัณณ์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ, เจนเนตร พลเพชร, จอม สุวรรณ โฉ. ปัจจัยทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำภายในช่วงเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2019;30(2):126-40.
6. อภิชัย โกคาวัฒนา. Heart failure ภาวะหัวใจล้มเหลว. โรงพยาบาลราชวิถี; 2017. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2017/05/Minicase-manager-of-HF-by-Dr.Apichai.pdf>
7. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
8. Smith MA, et al. Patient-centered approaches in discharge planning: Improving patient satisfaction and outcomes. N Engl J Med. 2020;382(10):889-95.
9. Riley L, Masters J. Role of discharge planning in reducing hospital readmissions. J Nurs Manag. 2016;24(6):675-84.
10. Johnson CE, Flacker J. The role of effective discharge planning in improving patient outcomes. J Healthc Manag. 2017;62(3):190-201.
11. Craig C, et al. Strategies for reducing hospital readmissions in chronic disease management. Health Serv Res. 2020;55(4):330-45.
12. Chen T, et al. Effects of post-discharge follow-up on heart failure readmissions: A systematic review. Int J Cardiol. 2019;290:30-7.
13. Lee SY, et al. Home visits and telehealth interventions to support heart failure management. Nurs Times. 2021;117(10):15-20.
14. Braun LT, et al. Family involvement and patient outcomes in chronic heart failure care. Heart Lung. 2022;51(2):105-12.
15. อรุณ ชนกะลัด. ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศิริราช. 2020;42(1):29-40.
16. พรพรรณ อุ่นประเสริฐ, คณะ. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อภาวะทรุดซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารการพยาบาล. 2019;35(3):121-33.
17. มณฑิรา ทองคำ. การติดตามผลหลังจำหน่ายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน. 2021;13(2):45-60

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ  
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

18. งานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลฝาง. สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลฝาง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลฝาง; 2024. เข้าถึงได้จาก: <https://misrequestdata.fanghospital.go.th/misrequestdata/>
19. Rorden J, Taft E. Continuity of care in discharge planning: A framework for improving patient outcomes. *J Health Serv Res.* 1990;15(2):97-105.
20. อดิณญา ลาอุณ, บษพร วิรุณพันธ์. การใช้โปรแกรม G\*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพ. *วารสารการวิจัยและพัฒนาสุขภาพ.* 2021;13(3):125-35.
21. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91.
22. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns.* 2013;92(1):114-20.
23. Riley JP, Masters J. Practical multidisciplinary approaches to heart failure care: collaboration across the healthcare system. *J Multidiscip Healthc.* 2016;9:13-20.
24. Chen Y, Li X, Zhang Q, Liu L, Zhang Y. Impact of transitional care on hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2019;94:107-15.
25. Johnson JK, Flacker J. Hospital discharge planning for frail older patients: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2017;32(1):32-8.
26. Braun LT, Grady KL, Kutner JS, Adler E, Berlinger N, Boss R, et al. Palliative care and cardiovascular disease and stroke: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation.* 2022;145(14):e1000-14.
27. จันทรเพ็ญ หอมหวล, นิตยา เงินประเสริฐศรี, ศิริพร ชัมภลชีต. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลโดยใช้การวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.* 2561;30(3):11-24.
28. สุภาวดี อินทร์คำ, จิราพร จิตตปัญญา, กัญญารัตน์ ศรีนวล. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2563;38(2):45-59.