

การประเมินผลลัพธ์ระบบการบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรามธิบดี

ไวยพร พรหมวงศ์* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ** ปร.ด. (การพยาบาล), วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ระบบการบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการรับบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรามธิบดี ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ แบบสอบถามถึงโครงสร้างเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการให้บริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 26-83 ปี มีภาวะหัวใจล้มเหลว Stage C ก่อนเข้ารับรักษาในคลินิกพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินพื้นราบใน 6 นาที (6 MWT) ระยะทางน้อยกว่า 300 เมตร ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) น้อยกว่าร้อยละ 40 และไม่สามารถทำงานได้ ก่อนเข้ารับรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและเคยมาฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่หลังจากเข้ารับรักษาในคลินิกพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเดินพื้นราบใน 6 นาที ระยะทางมากกว่า 300 เมตร และค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น และไม่เคยมาฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่มาปรึกษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 3 ราย ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจัดการภาวะน้ำเกินได้ ออกกำลังกายทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน และรับประทานยาสม่ำเสมอ ส่วนความคิดเห็นต่อคลินิกหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างทุกรายคิดว่าคลินิกนี้มีประโยชน์คือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เข้ารับบริการได้สะดวก สามารถขอคำปรึกษาได้หลายช่องทาง ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรนำรูปแบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่ดี

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ทางคลินิก ระบบการบริการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สหสาขาวิชาชีพ คลินิกหัวใจล้มเหลว

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: apinya.sii@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 16 ตุลาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤศจิกายน 2561 วันที่รับบทความ 19 พฤศจิกายน 2561

Evaluation of Health Care Services Using a Multidisciplinary Care Model for Persons with Heart Failure at the Heart Failure Clinic, Ramathibodi Hospital

Waiyaporn Promwong* *M.N.S. (Adult Nursing)*

Apinya Siripitayakunkit** *Ph.D. (Nursing), Dip. (Medical-Surgical Nursing)*

Kanitha Hanprasitkam*** *Ph.D. (Nursing)*

Abstract:

This descriptive study aimed to evaluate outcomes of health care services, self-care behavior, and opinions of persons with heart failure (HF) receiving care at the HF clinics, Ramathibodi Hospital. Donabedian's quality of care model was used as the conceptual framework to guide the study. Purposive sampling was used to recruit 31 persons with HF. Data were collected from July to October 2017, using a personal data questionnaire, a health status data questionnaire, a semi-structured questionnaire about self-care behaviors, and an opinion survey form of persons with HF on health care services provided at the heart failure clinic. Through descriptive statistics, data analysis revealed that a majority of the participants were male, with an age range between 26 and 83 years. Most participants had stage C of HF. Before enrolling in the HF Clinic, the health data indicated that most participants had a six-minute walk test (6-MWT) of less than 300 meters, left ventricular ejection fraction (LVEF) of less than 40%, and were unable to work. All participants had experienced in hospitalization or visiting an emergency room due to HF. However, after enrolling in the HF clinic, most participants had 6MWT of more than 300 meters and increased LVEF. None of the sample re-visited the emergency room, but three persons with HF were re-hospitalized. Regarding self-care behaviors, it was found that most participants were able to regulate volume overload, exercise daily or at least 3-5 days per week, and take medications regularly. Regarding the opinion toward services at the HF Clinic, all participants reported that the services are beneficial as they assisted them to adjust self-care behaviors. Also, the services could be easily accessed and the consultation could be made via multiple communication channels. All of these methods would facilitate favorable clinical outcomes. In brief, findings of the study point out that this multidisciplinary care model is beneficial and should be provided for persons with HF to achieve good service outcomes.

Keywords: Clinical outcomes, Health care services, Self-care behaviors, Multidisciplinary care model, Heart failure clinic

*Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: apinya.sii@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received October 16, 2018, Revised November 16, 2018, Accepted November 19, 2018

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ซับซ้อน เป็นผลมาจากความผิดปกติส่วนใดส่วนหนึ่งของโครงสร้าง หรือหน้าที่ของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถรับเลือดกลับหรือปั๊มเลือดออกจากหัวใจได้ อาการของโรคมีหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน และเป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นอาการของโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยจึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ และส่งผลให้การดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น² ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีโอกาสกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อย และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น การกลับเข้ารับรักษาซ้ำมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เฉพาะกับภาวะหัวใจล้มเหลว^{3,4} ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม จะช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดอัตราการตายได้^{5,6,7}

การดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งที่กระทำได้อย่างยากและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากเดิมในหลายด้าน มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากสนับสนุนว่า ระบบการบริการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในแต่ละด้านต้องอาศัยการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพผ่านการจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลว^{8,9} สมาคมโรคหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย³ เสนอว่าคลินิกหัวใจล้มเหลวควรมีการดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้ การจัดการกับโรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure disease management) การรักษาด้วยยาตามเป้าหมาย (goal-directed medical therapy) และการประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต (device evaluation) ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายคุณภาพชีวิต และภาวะโภชนาการ การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance planning) การติดตามผู้ป่วย การพัฒนาความสามารถของทีมสหสาขา การติดต่อสื่อสาร และการประกันคุณภาพ

พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงหรือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ เป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกหัวใจล้มเหลว^{10,11} พยาบาลมีบทบาทส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยการสนับสนุนให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ตลอดจนเป็นสื่อกลางประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ และระหว่างทีมกับผู้ป่วย^{12,13} และจากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ระบบการบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลวสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเหมาะสมมากขึ้นส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น¹⁴ ส่วนในประเทศไทยพบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้ความทนทานในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว และอัตราการตายลดลง¹⁵

โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีปัญหาซับซ้อน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ยประมาณ 900-1000 คน/ปี และจากสถิติผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2555-2559 ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 659, 698, 711, 648, และ 663 คน/ปี ตามลำดับ อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี เฉลี่ย 2.15-2.41 ครั้ง/คน/ปี¹⁶ ซึ่งการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง/ปี สะท้อนถึงปัญหาคุณภาพการดูแล ในด้านการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก¹⁷ โรงพยาบาลรามาริบัติจึงมีการปรับปรุงแบบการบริการเดิมมาเป็นคลินิกหัวใจล้มเหลวที่ให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เกสเซอร์ และนักกำหนดอาหาร การดูแล

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการดำเนินการสอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา³ แต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และการมาร์กษาที่ห้องฉุกเฉิน และผลของการให้บริการในด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองที่สะท้อนกระบวนการให้บริการของคลินิกหัวใจล้มเหลว ตลอดจนความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการรับบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงระบบการบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรามธิบดีให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่อง การจัดการภาวะน้ำเกิน การออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลอรุนแรงมากขึ้นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ผลลัพธ์ระบบการบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลว
3. ความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการให้บริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในเรื่องคุณภาพของการบริการของโดนาปีเตียน¹⁸ จากแนวคิดของโดนาปีเตียน การประเมินคุณภาพของการบริการต้องอาศัยการประเมิน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งโครงสร้างเป็นปัจจัยด้านของผู้ให้บริการ ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ เครื่องมือที่ให้บริการ สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ ความเต็มใจในการ

ให้บริการ และมาตรฐานการดูแล ซึ่งในการวิจัยนี้ โครงสร้างคือ คลินิกหัวใจล้มเหลวที่ดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ มีแบบบันทึกที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน อุปกรณ์ประกอบการสอน คู่มือและสมุดบันทึกของผู้ป่วย กระบวนการเป็นการให้บริการหรือกิจกรรมของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ กิจกรรมของผู้ให้บริการจะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ส่วนผลลัพธ์ คือ ผลของการบริการต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ครัมฮอลซ์ และคณะ (Krumholz and colleagues) เสนอว่า การดูแลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และผลของการให้บริการ¹⁹ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย การประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องประเมินทั้งเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการและมีการติดตามการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นระยะ วิธีการประเมินมีหลายวิธี ประกอบด้วย ความสามารถในการทำงานของร่างกาย (New York Heart Association Functional Class: NYHA FC) ซึ่งมีหลายงานวิจัยพบว่า NYHA FC มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และการมาร์กษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล สำหรับการประเมินระยะทางเดินพื้นราบใน 6 นาที (6-minute walk test: 6MWT) เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายเช่นกัน การมีระยะทางน้อยกว่า 300 เมตร มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น³ การประเมินกระบวนการให้บริการ อาจประเมินจากเวชระเบียนของผู้ป่วยหรือการสอบถามผู้ป่วยว่าได้รับการดูแลรักษาอย่างไร และเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นมากน้อยเพียงใด¹⁹ และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคลินิกหัวใจล้มเหลว สะท้อนกระบวนการบริการได้เช่นกัน ซึ่งการมีโครงสร้างขององค์กรที่ดีจะนำมาสู่คุณภาพการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์การบริการ และยิ่งไปกว่านั้นการประเมินผลลัพธ์

เป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการบำบัดนั้น²⁰

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) รวบรวมข้อมูลในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มประชากรเป้าหมายจำนวน 60 ราย ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี ถามตอบได้ตรงประเด็น เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 3 เดือน มีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 31 ราย เป็นผู้สูงอายุ 21 ราย ประชากรเป้าหมายที่ขาดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 29 ราย คือ รับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวน้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 19 ราย การรู้คิดบกพร่อง 5 ราย และมีอาการเหนื่อยก่อนการสัมภาษณ์ 5 ราย

บริบทของพื้นที่ในการวิจัย คลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติให้การดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความซับซ้อน มีเกณฑ์ประเมินก่อนเข้ารับบริการ ดังนี้ 1) มี Left ventricular ejection fraction (LVEF) < 40% 2) มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 6 เดือน ที่ผ่านมา 3) ขาดความร่วมมือในการรับประทานยา 4) มีภาวะ Cardio-renal syndrome มีโรคร่วมหลายโรค และ 5) มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวน 10-15 รายต่อวัน เปิดบริการทุกวันพุธ เวลา 13:00-16:00 น. ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญภาวะหัวใจล้มเหลว 3 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 2 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 3 คน เภสัชกร 4 คน และนักกำหนดอาหาร 2 คน โดยมีขั้นตอนการบริการดังนี้ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการจะ

ได้รับการประเมินจากพยาบาลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของ congestion และ tissue perfusion พฤติกรรมการดูแลตนเอง ฝึกประเมินอาการบวม สอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ ติดตามสมุดบันทึกน้ำหนักและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในส่วนของเภสัชกรประเมินติดตามความถูกต้องและสม่ำเสมอของการใช้ยา อธิบายการออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา จากนั้นแพทย์ตรวจร่างกาย อธิบายพยาธิสภาพของโรคหัวใจล้มเหลว ให้การรักษาทางยา หรือใส่อุปกรณ์ในการรักษา ตัดสินใจในการรักษาโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based decision making) ภายหลังผู้ป่วยพบแพทย์ พยาบาลชี้แนะสอน และสนับสนุนให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและช่วยวางแผนการดูแลตนเองให้ผู้ที่มิภาวะหัวใจล้มเหลวนักกำหนดอาหาร สอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และมีการประเมินผลลัพธ์การบริการ ได้แก่ ความทนทานในการทำกิจกรรม การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การมารักษาฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว และประเมินความสามารถในการทำงานของร่างกายทุก 2 เดือน และมีการติดตามค่า LVEF เป็นระยะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เป็นแบบประเมินการรู้คิดฉบับสั้นซึ่งแปลและปรับเป็นภาษาไทยจากแบบวัด Short Portable Status ของฟิฟเฟอร์²¹ โดยประคอง อินทรสมบัติ²² เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ในการวิจัยครั้งนี้มีการคัดกรองผู้สูงอายุ จำนวน 21 ราย พบผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องจำนวน 5 ราย ไม่ได้นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย ด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และจากเวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา และการอยู่อาศัย

2) ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน เป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง การมองเห็น โรคร่วม ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และปอดอักเสบใน 1 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ และโรคร่วม

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ระบบบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลว ประเมินโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ระยะของโรคหัวใจล้มเหลว (stage of heart failure) หมายถึง ระยะของการดำเนินโรค และความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ A, B, C, และ D ดำเนินไปข้างหน้าอย่างเดียว ไม่สามารถย้อนกลับได้ ประเมินโดยแพทย์ 2) ความทนทานในการทำกิจกรรม (NYHA) หมายถึง ความทนต่อการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งออกเป็น 4 Class ตั้งแต่ I-IV สามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาระหว่าง Class ได้ ประเมินโดยแพทย์ 3) ความสามารถในการทำงานของร่างกาย หมายถึง ความสามารถของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการประกอบกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ประเมินโดยการทดสอบใช้ Six Minute Walk Test โดยนักกายภาพบำบัด 4) ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย หมายถึง ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ประเมินด้วยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ ประเมินโดยแพทย์ 5) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

มีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 6) ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรามธิบดี 7) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งของการนอนรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภายใน 90 วัน หลังจำหน่ายที่ผ่านมา และ 8) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมารับการรักษาฉุกเฉินในช่วง 90 วัน ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ที่มีหัวใจล้มเหลว เป็นคำถามลักษณะเชิงโครงสร้าง จำนวน 11 ข้อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การจัดการภาวะน้ำเกิน การออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานยาตามแผนการรักษา การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนหรือความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมแต่ละพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองได้หลายวิธี และผู้ป่วยแต่ละคนอาจใช้วิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันได้ ตัวอย่างเช่น การจัดการอาการน้ำเกินด้วยการสังเกตอาการด้วยตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นไปได้มีตั้งแต่สังเกตอาการบวม หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เป็นต้น

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการให้บริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการให้บริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 3 ข้อ

ประกอบด้วย ประโยชน์ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ และข้อควรปรับปรุงของการให้บริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการให้บริการในคลินิกหัวใจล้มเหลวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีไดนามิเคียน 1 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (face validity) จำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ตอบมีความเข้าใจข้อคำถามดีทุกข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2560/78 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัยในครั้งนี้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ และเซ็นรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งผู้วิจัยชี้แจงว่าการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลในคลินิกหัวใจล้มเหลว วันพุธเวลา 13:00-16:00 น. ผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายขั้นตอนการทำวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยกับพยาบาลประจำคลินิกหัวใจล้มเหลว ขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำคลินิกหัวใจล้มเหลวให้ช่วยแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการทำวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยสิทธิในการร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลใด ๆ ทั้งสิ้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน การรวบรวมข้อมูลใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย สำหรับข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นคำถามกึ่งโครงสร้างหรือความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการให้บริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและภาวะสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 31 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.06 อายุอยู่ระหว่าง 26-83 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี ร้อยละ 48.39 อายุเฉลี่ย 56.77 ปี (SD = 14.35) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.77 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.06 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.48 มีรายได้ น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 45.16 สิทธิการรักษาเบิกต้นสังกัด ร้อยละ 51.61 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.61 และการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 54.84 กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 16.00-35.88 kg/m² ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.70 kg/m² (SD = 4.62) ร้อยละ 83.87 สามารถอ่านฉลากหน้าซองยาได้ ร้อยละ 70.97 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.32 ไม่สูบบุหรี่ ใคร่ร่วมส่วนใหญคือ เบาหวาน (ร้อยละ 51.61) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.94) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 38.71)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการป้องกัน/จัดการภาวะน้ำเกิน และ 2) พฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

1) พฤติกรรมการป้องกัน/จัดการภาวะน้ำเกิน มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำร่วมกัน และแต่ละกิจกรรมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย 1.1) การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม 1.2) การประเมินติดตามอาการน้ำเกิน และ 1.3) การแก้ไขอาการผิดปกติจากภาวะน้ำเกิน ผลการวิจัยพบว่า

1.1) การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม กลุ่มตัวอย่างทุกราย หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม โดยร้อยละ 51.61 ประกอบอาหารรับประทานเอง และร้อยละ 48.39 ของกลุ่ม

ตัวอย่างซื้ออาหารมารับประทาน และหลีกเลี่ยงการใส่เครื่องปรุงรสเพิ่ม/การรับประทานอาหารแปรรูป แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้อ่านฉลากโภชนาการ ร้อยละ 67.74 เนื่องจากประกอบอาหารรับประทานเอง หรือซื้ออาหารปรุงสำเร็จสำหรับการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.87 ตวงน้ำดื่ม และร้อยละ 16.12 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตวงน้ำดื่ม แต่ใช้วิธีการคาดคะเนปริมาณน้ำดื่ม กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวถึง การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและการจำกัดปริมาณน้ำดื่มว่า “คุมความเค็ม มันปรับยากใช้เวลานานหลายเดือนกว่าเราจะปรับได้ต้องรู้ว่าอะไรทานได้ ช่วงแรกไม่รู้ว่าจะไรกินได้ อะไรกินไม่ได้ อันนี้ยาก ต้องรู้ก่อน มันยากแต่ต้องทำ เพราะจะได้ไม่มีอาการแน่นอึดอัด แต่การจำกัดความเค็มกับน้ำ ทำได้ยากใหม่ ๆ ด้วยนิสัยเราตั้งแต่เกิดเรทานแบบนี้” (ID: 11 เพศหญิง อายุ 47 ปี)

1.2) การประเมินติดตามอาการน้ำเกิน มีการประเมินติดตามใช้หลายวิธีร่วมกัน ตั้งแต่การสังเกตอาการผิดปกติ การชั่งน้ำหนัก และการใช้ยาขับปัสสาวะ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สังเกตอาการผิดปกติทุกวันหรือสังเกตสัปดาห์ละ 3-4 วัน กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะสังเกตอาการผิดปกติตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป เช่น ขาบวม เท้าบวม หน้าบวม และมีอับบวม และร้อยละ 38.71 สังเกตอาการน้ำเกินจากอาการนอนราบไม่ได้ เหมือนจะสำลัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชั่งน้ำหนักทุกวัน ร้อยละ 80.65 หรืออย่างน้อย 3-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 16.12 และมีเพียง 1 รายที่ไม่ชั่ง และมี 3 ราย ที่ชั่งในช่วงเวลาที่ไม่ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาขับปัสสาวะเป็นประจำจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 74.19) หากต้องเดินทางไกล มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย (47.83) รับประทานยาขับปัสสาวะตามปกติ นอกนั้นมีการงดยาขับปัสสาวะและจำกัดน้ำดื่ม

1.3) การแก้ไขอาการผิดปกติจากภาวะน้ำเกิน เมื่อมีอาการบวม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.29 จะปรับยา

ข้อปัสสาวะตามหน้าของยา รองลงมาร้อยละ 22.58 จะโทรศัพท์หรือใช้อแอปพลิเคชันไลน์ปรึกษาพยาบาล หรือบุคลากรทีมสุขภาพของคลินิกหัวใจล้มเหลว และถ้ามีหายใจหอบ นอนราบไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.94 จะโทรศัพท์หรือใช้อแอปพลิเคชันไลน์ปรึกษาพยาบาล หรือบุคลากรทีมสุขภาพของคลินิกหัวใจล้มเหลว และร้อยละ 35.48 มาพบแพทย์ก่อนนัด และกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่มีการล้างไตทางหน้าท้องปรับความเข้มข้นของน้ำยาล้างไต เมื่อมีอาการ บวมหรือเหนื่อยหอบ

2) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำให้หน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ 2.1) การรับประทานยาตามแผนการรักษา 2.2) การออกกำลังกาย/ กิจกรรมทางกาย 2.3) การนอนหลับพักผ่อน และ 2.4) การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น ผลการวิจัยพบว่า

2.1) การรับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งจัดยาเอง ช่วงแรกยังจดจำชื่อยาไม่ได้จะอ่านหน้าซองยาทุกครั้ง แต่กลุ่มตัวอย่างทุกรายจำลักษณะของยา บอกจำนวนมียา เวลาที่รับประทานยาได้ถูกต้อง ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.09 ไม่มีการใช้ยาสมุนไพร สเตียรอยด์ หรือยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.42 ไม่มีการหยุดใช้ยาเอง หรือเพิ่มยาเองหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง กรณีที่ต้องรับประทานยารักษาโรคในระยะแรก ร้อยละ 80.65 กลุ่มตัวอย่างจะจดลงปฏิทินเพื่อป้องกันการรับประทานยาผิดขนาด ยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ มีดังนี้ ร้อยละ 100 ได้ยา beta blocker ร้อยละ 83.87 ได้ยา aldosterone antagonist และยาด้านการทำงานของระบบฮอร์โมน angiotensin นอกจากนี้จะได้รับยาการรักษาปัจจัยเสี่ยง เช่น ยาลดไขมันในเลือด ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ยาด้านเกล็ดเลือด และยาลดความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างบางราย (ร้อยละ 22.58) มีการหยุดใช้ยาเองคือ ยาลดความดันโลหิต ยาด้านการแข็งตัวของเลือด และยาขับปัสสาวะ เนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ลืม ยาหมด

ก่อนวันแพทย์นัด ไม่มีเงินในการจ่ายค่ายา มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือถือศีลอด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.52 สังเกตอาการความดันโลหิตต่ำ หน้ามืด วิงเวียน และวัดความดันโลหิตที่บ้านทุกวัน มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.74 จดบันทึกเพื่อนำมารายงานให้ทีมบุคลากรในคลินิกทราบ และร้อยละ 48.38 รายงานค่าความดันโลหิตให้พยาบาลหรือแพทย์ทราบผ่านทางโทรศัพท์ หรือสื่อแอปพลิเคชันไลน์

2.2) การออกกำลังกาย/ กิจกรรมทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าอยากให้อายุยืนยาว และถ้าออกกำลังกายบ่อยๆ จะทำให้ไม่เหนื่อย ระยะเวลาในการออกกำลังกายอยู่ระหว่าง 10-90 นาที เฉลี่ย 34 นาที (SD = 21.65) ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการเดิน ร้อยละ 58.06 รองลงมาคือ ปั่นจักรยาน และกายบริหาร ร้อยละ 12.90 ทำงานบ้าน และยกน้ำหนัก ร้อยละ 9.68 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางรายมีวิธีการออกกำลังกายมากกว่า 1 วิธี และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 19.35 เนื่องจากมีอาการเหนื่อย กลุ่มตัวอย่างรายที่ออกกำลังกายประจำกล่าวว่า “ออกครับ เล่นเวท[ยกน้ำหนัก] เติมนอนสแน็กกีฬา และกับบางวันก็ปั่นจักรยาน ประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที” (ID: 10 เพศชาย อายุ 73 ปี)

2.3) การนอนหลับพักผ่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.29 ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.48 มีปัญหาการนอนไม่หลับ เนื่องจากต้องลุกมาปัสสาวะบ่อย เพราะต่อมลูกหมากโต มีการตื่นบ่อย เพราะมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และบางรายมีความเครียด กังวล เนื่องจากกลัวว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจะแย่ลง วิธีการแก้ไขการนอนไม่หลับที่ใช้คือ แจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อรักษาจากสาเหตุของการนอนไม่หลับ และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับอยู่ระหว่าง 3-15 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.40 ชั่วโมง (SD = 2.30)

2.4) การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจ

ล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะต้องหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นโดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาตามแผนการรักษาสม่ำเสมอ และลดการรับประทานอาหารเค็ม ร้อยละ 100 มีการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบ และออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ แต่กลุ่มตัวอย่างบางรายที่แม้ทราบว่าควรดื่มสุราและสูบบุหรี่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง แต่ยังไม่สามารถเลิกดื่มสุรา ร้อยละ 12.90 ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 6.45 และมีจำนวน 1 ราย ที่ไม่คิดว่าจะเลิกสูบบุหรี่

ความคิดเห็นของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการได้รับการบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 100) มีความคิดเห็นว่าคลินิกหัวใจล้มเหลว มีประโยชน์คือ ช่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การดูแลตนเองที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย และเปิดโอกาสให้สามารถขอคำปรึกษาจากพยาบาลได้หลายช่องทางทั้งทางโทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ และขณะมาพบแพทย์ตามนัด และมีการกำกับติดตามการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ พร้อมทั้งยังมีการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาร่วมกันทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกำหนดอาหาร ทำให้อาการของโรคดีขึ้นไม่ต้องมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและไม่ต้องมาฉุกเฉิน บริการของคลินิกเข้าถึงได้สะดวก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.77 มีความคิดเห็นว่า บุคลากรในคลินิกหัวใจล้มเหลวให้บริการดี มีระบบการให้บริการเป็นขั้นตอนชัดเจน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวละเอียดสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น

“ประโยชน์มากได้ความรู้ในการดูแลตนเอง ช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น ก่อนหน้านี้ต้องมานอนรพ. 5-6 ครั้ง/ปี ต้องมาฉุกเฉินบ่อยๆ เพราะอาการกำเริบ แต่ตอนนี้ไม่มีอาการผิดปกติ คำแนะนำที่ทางคลินิกให้มาก็ปฏิบัติไม่ยาก” (ID 18: เพศชาย อายุ 34 ปี)

ผลลัพธ์ของระบบบริการ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยซึ่งสะท้อนผลลัพธ์ของระบบบริการ สำหรับข้อมูลภาวะสุขภาพเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว (stage of heart failure) อยู่ระยะ C ร้อยละ 83.87 มีระดับความทนในการทำกิจกรรม (NYHA) อยู่ใน Functional Class I-II ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 77.42) และร้อยละ 93.54 เข้ามารักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 77.42 ได้รับวัคซีนปอดอักเสบ 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 96.77 ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ระยะทาง Six Minute Walk Test (6 MWT) แรกเข้าคลินิกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างไม่สามารถเดินได้เนื่องจากขาไม่มีแรงถึง 407 เมตร ค่ามัธยฐาน (Median) ของระยะทาง 6 MWT แรกเข้าคลินิกเท่ากับ 286 เมตร พบร้อยละ 51.61 ของกลุ่มตัวอย่างเดินได้น้อยกว่า 300 เมตร และจากข้อมูล 3 เดือน หลังเข้ารับบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว พบว่า ระยะทาง 6 MWT ปัจจุบันอยู่ระหว่างไม่สามารถเดินได้ เนื่องจากขาไม่มีแรง จนถึง 1338 เมตร ค่ามัธยฐาน (Median) ของระยะทาง 6 MWT หลังเข้ารับการรักษาในคลินิกเท่ากับ 372 เมตร และร้อยละ 71 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถเดินได้มากกว่าหรือเท่ากับ 300 เมตร ส่วนค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) ก่อนเข้าคลินิกอยู่ระหว่างร้อยละ 10.00-67.67 โดยร้อยละ 90.32 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่า LVEF น้อยกว่าร้อยละ 40 และปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีค่า LVEF อยู่ระหว่างร้อยละ 15.30-64.00 ส่วนใหญ่ค่า LVEF น้อยกว่าร้อยละ 40 (ร้อยละ 61.29) หลังเข้ารับบริการจากคลินิกหัวใจล้มเหลวพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.32 ไม่เคยนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวใน 3 เดือนที่ผ่านมาและพบกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จำนวน 3 ราย

เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน และมีการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่าง
ทุกรายไม่เคยได้รับการรักษาฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลว 3 เดือนที่ผ่านมา

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย
ร้อยละ 58.06 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา
ที่พบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวมักพบในเพศชายมากกว่า
เพศหญิง^{4,23} ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า
15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 45.16 สิทธิการรักษาเบิก
ต้นสังกัด ร้อยละ 51.61 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่
กับคู่สมรสและบุตรหลาน และได้รับการช่วยเหลือจาก
สมาชิกครอบครัว ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของที่ผ่าน
มาที่พบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ
คู่สมรส และไม่ได้ประกอบอาชีพเช่นกัน²⁴ กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีทักษะในการอ่าน การนับ มองเห็นปกติ และ
หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญา
ตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์
มาตรฐาน²⁵ ร้อยละ 51.61 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และวัยผู้สูงอายุ
อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลงประกอบกับกลุ่ม
ตัวอย่างมีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีข้อจำกัดทางกายทำให้
การเคลื่อนไหวช้าลง และความทนในการทำกิจกรรม
ต่าง ๆ ลดลง²⁶ อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย
หรือร้อยละ 9.68 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐานซึ่งอาจ
แสดงถึงการมี cardiac cachexia จำเป็นต้องมีประเมิน
และติดตามภาวะโภชนาการผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด

การประเมินกระบวนการให้บริการของคลินิก
หัวใจล้มเหลว สามารถประเมินจากพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มตัวอย่างทุกราย
ใช้วิธีการหลายวิธีในการป้องกัน/จัดการภาวะน้ำเกิน
โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเช้า จำกัดน้ำดื่ม
และรู้วิธีการประเมินภาวะน้ำเกินและการจัดการอาการ

น้ำเกิน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยอื่นที่
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องควบคุมการรับ
ประทานอาหารเช้า และแม้ว่ารู้ว่าจะต้องควบคุมอาหาร
เค็มก็ไม่ทราบวิธีการว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร^{27,28,29} ไม่รู้
วิธีจำกัดน้ำดื่ม^{23,27} และไม่ทราบอาการกำเริบของภาวะ
หัวใจล้มเหลว จึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันที²³ การที่ผลการ
วิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยอื่น อาจเนื่องมาจากลักษณะ
การให้บริการของคลินิกหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลผู้ป่วย
แบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งระบบบริการดังกล่าวสอดคล้อง
กับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่
แนะนำว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกรายควรได้รับการ
ดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดโอกาสในการ
นอนโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิต¹ (Level A)
ซึ่งองค์ประกอบของโปรแกรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแล
ตนเองได้ต้องประกอบด้วย การปรับยาให้เป็นไปตาม
เป้าหมายรักษา เน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักการ
ติดตามประเมินอาการของตนเอง รู้จักการปรับยาขับ
ปัสสาวะ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องหลายช่องทาง รู้จัก
ประเมินอาการผิดปกติจากน้ำเกิน และให้กำลังใจในการ
ปฏิบัติพฤติกรรม⁹

พยาบาลในคลินิกหัวใจล้มเหลวมีบทบาทสำคัญ
ที่จะสนับสนุนและให้ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการ
เจ็บป่วยของผู้ป่วย ชี้แนะให้ผู้ป่วยพิจารณาตัดสินใจและ
ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วย
ทุกรายในคลินิกหัวใจล้มเหลวจึงได้รับการสนับสนุนและ
ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา สอนวิธีการปรับการ
รับประทานอาหารเช้า การจำกัดน้ำดื่ม การประเมิน
ภาวะน้ำเกินและการจัดการอาการน้ำเกิน โดยจะเน้นย้ำ
ให้ชั่งน้ำหนัก บันทึกน้ำหนักตัว และติดตามการ
เปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ร่วมกับให้สังเกตอาการของ
ภาวะน้ำเกิน พร้อมกับสอนวิธีการดูแลตนเองเมื่อมี
อาการผิดปกติ ฝึกให้จดบันทึกในสมุดบันทึกและนำ
สมุดบันทึกมาทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับบริการ และ

พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติตัวตามความเข้าใจของผู้ป่วย (teach back) และแก้ไขและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพยาบาลได้มีการประสานงานกับนักกำหนดอาหารที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินและแนะนำการเลือกรับประทานอาหาร ชนิดและปริมาณที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย แจกคู่มือการเลือกอาหารไปศึกษาด้วยตนเอง และให้จดบันทึกอาหารที่รับประทาน

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น ในเรื่องของรับประทานยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลว แพทย์จะมีการประเมินการใช้ยาและปรับยาในผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับยาตามเป้าหมายการรักษาและอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนวิธีการใช้ยาขับปัสสาวะทั้งจากพยาบาลและเภสัชกรทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักวิธีการใช้ยาขับปัสสาวะ เข้าใจการออกฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะและรวมทั้งสามารถปรับแผนการรับประทานยาขับปัสสาวะให้เข้ากับวิถีชีวิตของตนเอง จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในห้า มีการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ คือ มีการหยุดใช้ยาเองหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 19.35 อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่หยุดใช้ยาลดความดันโลหิต ถือว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจากรู้ว่าตนเองเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิตคือ หน้ามืดวิงเวียนศีรษะ 2 ราย แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่หยุดยาลดความดันโลหิตเพราะถือศีลอด ทางเภสัชกรจึงได้ปรับเวลาในการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการเรียนรู้ส่งเสริมสนับสนุนให้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

สามารถลงมือปฏิบัติ ปรับเปลี่ยน คาดการณ์ได้ดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งสะท้อนถึงระบบการบริการที่ครอบคลุมของคลินิกหัวใจล้มเหลว

จากแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและลดการเกิดอาการกำเริบ และลดโอกาสเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาดูแลจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้⁹ (Level A) สำหรับในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลรามธิบดี ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พยาบาลและแพทย์มีการประเมินและบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อประเมินสมรรถนะด้านร่างกาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมขณะรวบรวมข้อมูลมีระดับ NYFC I-II และมีการออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวัน หรือสัปดาห์ละ 3-5 วัน เพราะกลุ่มตัวอย่างต้องการมีสุขภาพแข็งแรง สำหรับความสามารถในการทำงานของร่างกาย ประเมินด้วยระยะทาง 6MWT พบว่า หลังเข้าคลินิกมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71 สามารถเดินได้มากกว่าก่อนเข้าคลินิก ซึ่งระยะทาง 6MWT บ่งชี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ/หรือการตอบสนองต่อการดูแลรักษา เนื่องจากระยะทาง 6 MWT สามารถใช้ทำนายค่าอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดได้ดี³⁰ การมีระยะทางการเดินน้อยกว่า 300 เมตร จะทำให้ผู้ที่มีหัวใจล้มเหลวมียาอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น^{30,31} นอกจากนี้ทางคลินิกหัวใจล้มเหลวยังมีการส่งผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวบางรายไปยังแผนกฟื้นฟูหัวใจ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความมั่นใจในการออกกำลังกาย และยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย คือ การนอนหลับพักผ่อน พบว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาอนไมหลับที่เกี่ยวข้องโรคร่วมอื่นๆ เช่น ลูกมาปัสสาวะเนื่องจากต่อมลูกหมากโต โรคหยุดหายใจขณะหลับ และเครียด กังวล ซึ่งทางคลินิกหัวใจล้มเหลวได้มี

การส่งปรึกษาตามแผนกต่าง ๆ เพื่อลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้นักกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา ลดการกินอาหารเค็ม ไม่สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา พักผ่อนให้เพียงพอ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ เป็นการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งทางโทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ซึ่งแตกต่างจากระบบการบริการของคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วไป

การประเมินกระบวนการให้บริการของคลินิกหัวใจล้มเหลวจากความคิดเห็นของผู้รับบริการกับคลินิกหัวใจล้มเหลว พบว่า การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ พยาบาลเปิดโอกาสให้สามารถขอคำปรึกษาได้หลายช่องทาง คำแนะนำสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ส่งผลให้อาการของโรคดีขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่ต้องมาฉุกเฉิน หรือมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวที่ดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อย 3 เดือน จะช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล^{15,32} ดังนั้นระบบการบริการที่ดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและเหมาะสมในแต่ละราย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองดี และทำให้ผลลัพธ์ด้านร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เช่น ไม่ชั่งน้ำหนัก ชั่งน้ำหนักในช่วงเวลาไม่ถูกต้อง มีผู้ป่วยที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน 3 ราย มีผู้ป่วย

ดื่มสุรา/บุหรี่ ดังนั้นพยาบาลควรประเมินปัญหาและอุปสรรคในการชั่งน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การเลิกสุราและหรือบุหรี่ และควรส่งต่อผู้ที่ยังไม่สามารถเลิกสุรา บุหรี่ไปยังพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงที่มีความชำนาญในการช่วยเลิกสุราและหรือบุหรี่ และจากผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงบางรายได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถนะของหัวใจจากแพทย์และนักกายภาพบำบัด หากได้มีการประเมินผู้ป่วยในทุกรายจะช่วยให้การบริการครบวงจรมากยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว และพยาบาลในคลินิกควรเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นผู้ให้ความรู้ ควบคุมกับการฝึกทักษะ และชี้แนะผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีการติดตามประเมินผลของกระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาระบบการพยาบาลให้มีรูปแบบบริการหลากหลายและต่อเนื่อง และเป็นผู้จัดวางระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เปิดช่องทางให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายในหลายช่องทางเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลต้องผ่านกระบวนการวางแผนและตัดสินใจการดูแลรักษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์การบริการที่ดี

ด้านการศึกษา

สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการหรือจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแบบสหสาขาวิชาชีพ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระบบการให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต อัตราตาย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการรับบริการให้คลินิกหัวใจล้มเหลว

2. ควรพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วยในการประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การประเมินภาวะน้ำเกิน การรับประทานยา และอาการรบกวนที่ต้องมาพบแพทย์ เพื่อช่วยผู้ป่วยให้ตัดสินใจเข้ารับบริการได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลวิจัย และทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลรามารัตน์ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

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: Executive summary. JACC. 2013;62(16):1495–539.
2. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
3. Heart Failure Society of America. Executive summary: HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. J Card Fail. 2010;16(6):e1–2.
4. Jaarsma T, Stromberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen H, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. Patient Educ Couns. 2013;92:114–20.
5. Kanjanavanit R, Phrommintikul A. Comprehensive heart failure management program. Bangkok: Concept Medical; 2014. (in Thai)
6. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs. 2009;24(6):485–97.
7. Woda A, Haglund K, Belknap RA, Sebern M. Self-care behaviors of African Americans living with heart failure. J Community Health Nurs. 2015;32:173–86.
8. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King, Heart Failure Society of Thailand. Guidelines for diagnosis and treatment of heart failure, 2014. Bangkok: A-Plus Printing; 2014. (in Thai)
9. European Society of Cardiology. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur J Heart Fail. 2016;37(27):1–85.
10. Kanjanavanit R. Comprehensive heart failure management program. 2nd ed. Bangkok: Concept medical; 2015. (in Thai)
11. Glogowska M, Simmonds R, McLachlan S, Cramer H, Sanders T, Johnson R, et al. Managing patients with heart failure: A qualitative study of multidisciplinary teams with specialist heart failure nurses. Ann Fam Med. 2015;13(5):466–71.
12. Amaritakomol A. Nursing role of heart failure clinic. In: Kanjanavanit R, editor. Comprehensive heart failure management program. 2nd ed. Bangkok: Concept medical; 2015. p.77–91. (in Thai)
13. Jaarsma T. Inter-professional team approach to patients with heart failure. Heart. 2005;91(6):832–38.
14. Hsiao I, Chien C, Chen C, Lin C, Koo M. Predictors of lack of improvement in the left ventricular ejection fraction in patients with congestive heart failure 18 months after commencement of a disease management program: a prospective observational study. Tzu Chi Medical Journal. 2015;7:164–69.
15. Wongwantanee S, Kiatjaroensin s, Dowmanee P, Jaratpatanawong C, Kumti T. Effectiveness of heart failure clinic care in Rayong hospital. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2010;27(4):222–33. (in Thai)

16. Medical Statistics. Statistics for heart failure patients. Ramathibodi Hospital; 2560. (in Thai)
17. Joynt KE, Jha AK. A path forward on medicare readmissions. *N Engl J Med*. 2013;368(13):1175-77.
18. Donabedian A. The quality of care. *JAMA*. 1988;260(12):1743-48.
19. Krumholz HM, Baker DW, Ashton CM, Dunbar SB, Friesinger GC, Havranek EP, et al. Evaluating quality of care for patients with heart failure. *Circulation*. 2000;101:122-40.
20. Malathum P, Intarasombat, P. Evaluation of nursing care quality: outcome indicators. *Rama Nurs J*. 2006;12(1): 25-36. (in Thai)
21. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433-41.
22. Intarasombat P. Assessment of health status among the elderly. *Rama Nurs J*. 1996;2(3):44-57. (in Thai)
23. Suwanno J, Petsirasan R, Prasearttha P, Chanpradi A, Saisu W. Self-care among patients with chronic heart failure. *Thai Journal of Nursing Council*. 2008; 23(1):35-47. (in Thai)
24. Intarasak N, Chinnawong T, Kritpracha C. The effect of self-management support program on health behaviors and clinical status among patients with congestive heart failure. *Songklanagarind J Nurs*. 2015;35:131-42. (in Thai)
25. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363:157-63.
26. Lehnbohm EC, Bergkvist AC, Gransbo K. Heart failure exacerbation leading to hospital admission: a cross-sectional study. *Pharm World Sci*. 2009;31(5):572-79.
27. Rerkluenrit J. Effectiveness of a literacy and counseling program on self-care abilities among persons with heart failure. *Journal of Nursing and Health Care*. 2015;33(2):61-70. (in Thai)
28. Suwanno J, Petsirasan R, Prasearttha P, Chanpradi A, Saisu W. Age and heart failure self-care: a comparison of self-care maintenance between elderly and adults. *Songklanagarind Medical Journal*. 2009;27(4):335-46. (in Thai)
29. Tung HH, Chen SC, Yin WH, Chen CH, Wang T.J, Wu SF. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012;11(2):175-82.
30. Pollentier B, Iron SL, Benedetto CM, Dibenedetto AM, Loton D, Seyle RD, et al. Examination of the six minute walk test to determine functional capacity in people with chronic heart failure: a systematic review. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2010;21(1):13-21.
31. Arslan S, Erol, MK, Gundogdu F, Sevimli S, Aksakal E, Senocak H, et al. Prognostic value of 6-minute walk test in stable outpatients with heart failure. *Tex Heart Inst J*. 2007;34:166-69.
32. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Masino C, Barnsley J, Ross HJ. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(5):377-85.