

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ศิริวรรณ ชัยกิจอำนวยโชค วทบ.(พยาบาลและผดุงครรภ์)*

จิราพรรณ อันบุรี พยม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)**

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิธีดำเนินการวิจัย: ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 75 ราย สทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 20 คน นำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติบรรยาย ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากข้อมูลข้างต้นร่วมกับทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ระยะที่ 3 ประเมินการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเปรียบเทียบการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มใช้โปรแกรมด้วย chi-square test และ rank sum test เปรียบเทียบภายในกลุ่มใช้โปรแกรมด้วย mcnemar's chi-square test และ sign rank test เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที และระดับความรุนแรง ภายในกลุ่มใช้โปรแกรมด้วย McNemar's test, t-test, Rank Sum test และ Sign Rank test

ผลการวิจัย: จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับรักษาซ้ำร้อยละ 58.5 จากการสนทนากลุ่ม ประเด็นปัญหาคือขาดการประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผน ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม และเสนอแนวทางพัฒนาคือ ควรให้ความรู้เชิงรุกในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดโปรแกรมการดูแลที่เป็นรูปแบบเดียวกันในทุกหน่วยงาน โดยโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ก่อนจำหน่าย และต่อเนืองหลังจำหน่าย ผลลัพธ์หลังจากใช้โปรแกรมพบว่า การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ วันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาล ของกลุ่มที่ใช้โปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้คุณภาพชีวิต ระดับความรุนแรง (NYHA class) และระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที ที่ 6 เดือนหลังจำหน่าย ดีกว่าตอนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยควรสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30(4) 45-56

คำสำคัญ โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน ภาวะหัวใจล้มเหลว

*ผู้เขียนหลัก: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร Email: riwan_tim@hotmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจมีการทำงานผิดปกติไม่ว่าจะเป็นการบีบตัวหรือคลายตัว อันเป็นผลมาจากโรคหัวใจต่าง ๆ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ¹ อาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ เหนื่อยหอบบวมบริเวณอวัยวะส่วนล่างและเหนื่อยง่าย² ธรรมชาติการดำเนินโรคของภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน และระยะเรื้อรัง เป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง³ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้นทำให้เกิดภาระในการดูแลในระยะยาวนอกจากปัจจัยจากพยาธิสภาพของโรคแล้วยังพบว่าปัจจัยมาจากคุณลักษณะของผู้ป่วยเองได้แก่อายุเพศภาวะซึมเศร้าการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและปัจจัยทางด้านการจัดการระบบการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁴ อีกด้วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่ควบคุมไม่ได้จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เพิ่มจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเพิ่มอัตราตาย⁵

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{6,7} พบว่าการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านเป็นรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมมีความต่อเนื่องและเกิดความเชื่อมโยงเหมาะสมกับระยะของความเจ็บป่วยได้แก่ในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไขภาวะที่คุกคามต่อชีวิตในระยะอาการคงที่ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและในระยะสุดท้ายของการดำเนินโรคผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค⁸

โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีสถิติการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้นทุกปี ดังสถิติ

ปี 2554-2556 มีจำนวนผู้ป่วย 739, 904 และ 966 ราย มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบ ร้อยละ 25.5, 25.6 และ 26.0 ตามลำดับและพบว่าต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 40,280 บาทต่อราย⁹ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ดูแลและบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ เช่น การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาหรือปรับยาเองและไม่ได้มาตรวจตามนัด เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านไม่ได้รับการติดตามการดูแลไม่ทราบว่าเมื่อเกิดอาการผิดปกติแล้วควรปรึกษาใครหรือทำอย่างไรผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นผลมาจากไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายด้านบุคลากรทีมสุขภาพพบว่าขาดการประเมินปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ และขาดการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง เช่น ลักษณะอาการ หอบเหนื่อยการฟั่งปอด การประเมินภาวะน้ำคั่งในร่างกาย เป็นต้น การพยาบาลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นเพียงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดการสอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของซูเมคเคอร์ และเมลิส¹⁰ ประกอบด้วย 1) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและปัจจัยส่วนบุคคลตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ 2) เตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้แก่การให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านนั้นตลอดจนการจัด

สิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่ายและสะดวกขึ้นและ 3) ใช้บทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดทางการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการช่วยเหลือเมื่อมีความเจ็บป่วยและผสมผสานกับแนวทางการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ¹¹ โดยใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบในการพยาบาลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านซึ่งในแต่ละขั้นตอนการสร้างโปรแกรมจะทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้ง 3 ระยะโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบของไอโอวา (IOWA Model of evidence-based practice to promote quality of care)¹² เพื่อให้โปรแกรมมีมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ชะลอความรุนแรงของโรค เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. เพื่อประเมินการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยศึกษา
 - 2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก: การกลับเข้ารับรักษาซ้ำวันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาล
 - 2.2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย: คุณภาพชีวิตระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที (6 MWT) และระดับความรุนแรง (NYHA class)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของซูเมคเคอร์ และเมลิส¹⁰ ผสมผสานกับแนวทางการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ¹¹ โดยการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยคือการเคลื่อนผ่านระดับของการดูแลหากผู้ป่วยทราบปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานการณ์ใหม่ๆและมีการเตรียมตัวที่ดีมีการเฝ้าระวังหรือป้องกันการเกิดผลเสียที่อาจตามมาในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านก็จะเป็นผลทำให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้ง่ายและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและขั้นตอนการสร้างโปรแกรมจะทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้ง 3 ระยะโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบของไอโอวา (IOWA Model of evidence-based practice to promote quality of care)¹²

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โครงสร้างการวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการในการศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนโดยใช้รหัสแทนกลุ่มศึกษา ผู้วิจัยได้ทำเอกสารและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาดำเนินการศึกษา และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) พยาบาล

วิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง กึ่งวิกฤตอายุรกรรม และห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร และ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพคัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี แบ่งตามหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานละ 5 คน รวม 20 คน 2) ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 2-4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA class) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มไม่ใช้โปรแกรมฯ) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายเก่าที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือน พ.ย. 2556 - ก.ค. 2557 แต่ไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในช่วงเดือน ส.ค. 2557 - เม.ย. 2558 กลุ่มที่ 2 (กลุ่มก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายเก่าที่เข้ารับรักษาในช่วงเดือน พ.ย. 2556 - ก.ค. 2557 และกลับเข้ารับรักษาซ้ำในช่วงเดือน ส.ค. 2557 - เม.ย. 2558 และ กลุ่มที่ 3 (กลุ่มใช้โปรแกรมฯ) เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ที่เข้ารับรักษาในช่วงเดือน ส.ค. 2557 - เม.ย. 2558 คำนวณหาขนาดตัวอย่างที่เพียงพอที่น้อยที่สุดที่จะสามารถทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามระยะเปลี่ยนผ่านที่จะลดอัตราการเข้ารับรักษาซ้ำจากเดิมร้อยละ 25 ลงเหลือร้อยละ 14 โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (STATA) ในการคำนวณ กำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 อำนาจทดสอบ 0.80 เป็นการทดสอบทางเดียว ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องศึกษาไปข้างหน้าอย่างน้อย 73 ราย ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไปข้างหน้าและศึกษาย้อนหลัง อย่างละ 75 รายโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลำดับดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 และ 3 (กลุ่มทดลอง) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และเป็นผู้ที่รู้สึกตัวดี ไม่มี

ปัญหาการได้ยิน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือมีญาติดูแลมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกตามลำดับเข้ารับการรักษาจากก่อนไปหลัง หากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ถอนตัวระหว่างการศึกษหรือขาดการรักษา จะคัดเลือกใหม่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนดังนี้ กลุ่มที่ 2 จำนวน 34 ราย กลุ่มที่ 3 จำนวน 41 ราย รวมกลุ่มทดลอง 75 ราย

2. คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา 6 เดือนก่อนนำโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านไปใช้ (ก.พ. 2557) แล้วนับย้อนกลับไปจนได้จำนวน 41 ราย ซึ่งจำนวนนี้ได้หลังจากหักผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 จำนวน 34 ราย ที่นำข้อมูลผลลัพธ์ก่อนใช้โปรแกรมฯ มาเป็นกลุ่มควบคุมด้วย รวมกลุ่มควบคุม 75 ราย

การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและเวชระเบียนผู้ป่วยในช่วงเดือน พ.ย. 2556 - ก.ค. 2557 เพื่อให้ได้สถิติและผลลัพธ์ทางคลินิก สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน โดยมีตัวแทนจากทุกหน่วยงาน มีแนวทางข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาวิเคราะห์สาเหตุและพิจารณาปัญหาที่เป็นความต้องการขององค์กร

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยอายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน ร่วมกันสังเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวตามศาสตร์ของแต่ละวิชาชีพ โดยใช้กรอบ

ของ PICO ในการสืบค้น คัดเลือก ประเมินค่า สังเคราะห์ และสกัดสาระสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมเพื่อจัดทำโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ และผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลทางด้านอายุรกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชร นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข นำโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ร่วมกับประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดยทำประชาพิจารณ์พยาบาลวิชาชีพที่ใช้โปรแกรมฯ ซึ่งมีความเห็นว่าพยาบาล/ทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติได้ ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง

ระยะที่ 3 ประเมินการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนการนำโปรแกรมฯ ไปใช้จริงผู้วิจัยเตรียมทีมที่จะใช้โปรแกรม โดยจัดประชุมวิชาการให้ความรู้ หลังจากนั้นผู้วิจัยลงทำความเข้าใจและนำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกับพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องอีกครั้ง จึงนำโปรแกรมไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย สังเกตและติดตามผลระหว่างดำเนินการ สะท้อนการปฏิบัติโดยนำเสนอปัญหาให้กับทีมสหสาขาทราบเป็นระยะ โดยใช้การวิจัยแบบ interrupted time intervention with parallel control รวบรวมข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทั่วไป และผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มตามแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 จะแบ่งข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนและหลังใช้โปรแกรมการดูแล

ตามระยะเปลี่ยนผ่าน รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่ 2 และ 3 หลังใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที และระดับความรุนแรง (NYHA class) เมื่อจำหน่าย และ 6 เดือนหลังจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแนวคำถาม 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนา แนวทางการพัฒนาผลลัพธ์ที่คาดหวัง และความต้องการการสนับสนุน

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว และระดับความรุนแรง (NYHA class) เมื่อแรกรับ ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การกลับเข้ารับรักษา จำนวนวันนอน ค่ายรักษาพยาบาล ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที และ ระดับความรุนแรง (NYHA class) เมื่อจำหน่าย และ 6 เดือนหลังจำหน่าย

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมาคมโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซตา (ฉบับแปลเป็นไทย)¹³ โดยมีระดับคะแนน 0 - 5 คะแนน คะแนนเต็ม 105 คะแนนโดยค่าคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำ ถ้ามีค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตสูง (0 - 35) คุณภาพชีวิตปานกลาง (36 - 70) และ คุณภาพชีวิตต่ำ (71 - 105) เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบหาความตรง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปจากข้อเท็จจริง ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าระหว่างกลุ่มพยาบาลผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 3 ด้วย chi-square test และ rank sum test และเปรียบเทียบภายในกลุ่มที่ 2 ด้วย mcnemar's chi-square test และ sign rank test เปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภายในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมฯ ได้แก่ คุณภาพชีวิต ระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที และระดับความรุนแรง (NYHA class) เมื่อจำหน่าย และ 6 เดือนหลังจำหน่ายด้วย mcnemar's chi-square test และ sign rank test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 75 ราย ในระยะเวลา 9 เดือน พบว่า สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคลิ้นหัวใจพิการ และพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับรักษาซ้ำร้อยละ 58.5 โดยมีจำนวนวันนอนสูงสุด 26 วัน และค่ารักษาพยาบาลสูงสุด 70,954 บาท

ผลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีความเห็นว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น ความรุนแรงและความซับซ้อนมากขึ้น การประเมินปัญหาของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาและการวางแผนการจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จึงต้องการให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายๆ เพื่อลดความรุนแรงและการกลับมารักษาซ้ำ โดยต้องการที่ปรึกษากรณีพบปัญหาที่แก้ไขไม่ได้และก่อนใช้แนวทางควร

ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติอย่างสั้นๆ และเข้าใจง่าย รวมถึงการจัดหาสื่อการสอนให้ผู้ปฏิบัติในทุกๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ทางคณะผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยประยุกต์แนวคิดการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของซูเมคเคอร์ และเมลิสผสมผสานกับแนวทางการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์ และคณะร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดกระบวนการใช้ผลงานวิจัยตามกรอบของไอโอวาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีสาระสำคัญ ดังนี้

1) การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การซักประวัติอาการอาการแสดง ที่บ่งชี้ถึงอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น การติดตามผลการตรวจพิเศษทางโรคหัวใจและผลตรวจวินิจฉัยอื่นๆ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและให้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขา

2) การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นรายบุคคลร่วมกับญาติ วันที่ 2-3 ในระยะสงบโดยใช้ภาพพลิกที่ผู้ร่วมวิจัยจัดทำขึ้น ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยใช้แบบ Discharge criteria สอนและฝึกทักษะการจัดการตนเองตามปัญหาเฉพาะบุคคล ใน 1-2 วัน ก่อนกลับบ้านได้แก่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็ม การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอการออกกำลังกาย และการ

ซึ่งนำหนักเพื่อประเมินภาวะน้ำเกินการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค การมาตรวจตามนัดการเฝ้าระวังอาการกำเริบ และการจัดการเบื้องต้นเพื่อควบคุมอาการและให้ฝึกปฏิบัติการประเมินอาการกำเริบสอนการใช้คู่มือการสำรวจตนเองประจำวันของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พร้อมบันทึกประจำวัน

3) การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 3 วันแรกหลังจำหน่าย และให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบ

การนัดหมายผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลว เพื่อประเมินปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอาการของภาวะน้ำเกินกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ที่บ้าน ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ร่วมกับเภสัชกร และการจัดการเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติ ให้คำแนะนำในหัวข้อที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรือยังไม่เข้าใจส่งเสริมให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือปฏิบัติตัวให้เหมาะสม

ระยะที่ 3 ผลการประเมินการใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 ราย มีอัตราส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 65.2 (SD 13.8) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจเฉลี่ย 47.8 (SD 13.8) สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 59.5 รองลงมาคือโรคลิ้นหัวใจร้อยละ 26.7 ความรุนแรง (NYHA class) เมื่อแรกรับอยู่ในระดับ II, III และ IV ร้อยละ 48.3, 50.9 และ 0.9 ตามลำดับ โดยลักษณะทั่วไปของตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 3 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่ 1 (ไม่ใช้โปรแกรม) กับกลุ่มที่ 3 (ใช้โปรแกรม) แตกต่างกันโดยการกลับเข้ารับรักษาซ้ำวันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาล ของกลุ่มที่ใช้โปรแกรม น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับผลการกลับเข้ารับรักษาซ้ำวันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาลหลังใช้โปรแกรม ของกลุ่มที่ 2 ลดลงจากก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่ 1 (กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มใช้โปรแกรม)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	กลุ่ม 1 (n=41) ไม่ใช้โปรแกรม		กลุ่ม 3 (n=41) ใช้โปรแกรม		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ					<.001
ไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำ	17	41.5	38	92.7	
กลับเข้ารับรักษาซ้ำ	24	58.5	3	7.3	
กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 1 ครั้ง	21	51.2	3	7.3	
กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 2 ครั้ง	2	4.9	0	0.0	
กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 5 ครั้ง	1	2.4	0	0.0	
วันนอน: วัน (ต่ำสุด-สูงสุด)	4.7	(2-26)	3.5	(1-11)	.010
ค่ารักษาพยาบาล: บาท(ต่ำสุด-สูงสุด)	9,626	(3,285-70,954)	7,531	(1,131-37,428)	.012

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	กลุ่ม 2 (n=34) ก่อนใช้โปรแกรมฯ		กลุ่ม 2 (n=34) หลังใช้โปรแกรมฯ		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ					.019
ไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำ	17	50.0	27	79.4	
กลับเข้ารับรักษาซ้ำ	17	50.0	7	20.6	
กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 1 ครั้ง	14	41.2	7	20.6	
กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 2 ครั้ง	2	5.9	0	0.0	
กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 3 ครั้ง	1	2.9	0	0.0	
วันนอน: วัน (ต่ำสุด-สูงสุด)	4.8	(2-9)	3.0	(1-6)	<.001
ค่ารักษาพยาบาล: บาท (ต่ำสุด-สูงสุด)	9,166	(1,792-21,279)	4,768	(1,873-12,508)	<.001

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (กลุ่มที่ 2 และ 3) แตกต่างกัน โดยคุณภาพชีวิตที่ 6 เดือนหลังจำหน่ายสูงกว่าตอนจำหน่าย และระดับความรุนแรง (NYHAclass) ที่ 6 เดือนหลังจำหน่ายดีกว่าตอน

จำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที (6MWT) 6 เดือนหลังจำหน่ายมากกว่า หลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 และ 3 (กลุ่มใช้โปรแกรมฯ) เมื่อจำหน่ายและหลังจำหน่าย 6 เดือน

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	กลุ่ม 2+3 (n=75) เมื่อจำหน่าย		กลุ่ม 2+3 (n=75) หลังจำหน่าย 6 เดือน		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
คุณภาพชีวิต: คะแนน (SD)	52.7	(7.8)	30.8	(10.4)	<.001
สูง (0 - 35)	0	0.0	46	65.7	
ปานกลาง (36 - 70)	73	97.3	24	34.3	
ต่ำ (71 - 105)	2	2.7	0	0.0	
NYHA class					<.001
Class I	0	0.0	31	43.7	
Class II	68	90.7	39	57.9	
Class III	6	8.0	0	0.0	
Class IV	1	1.3	1	1.4	
6MWT: เมตร (SD)	298.4	(61.8)	379	(60.0)	<.001

อภิปรายผล

สาระสำคัญของโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ระยะก่อนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ความพร้อมของการรักษาพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของโรคในภาวะวิกฤต ความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะก่อนจำหน่าย ทำให้สามารถประเมินระดับความรุนแรงของโรคได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและความพร้อมในการปรับวิถีชีวิตประจำวันให้เหมาะสมในระยะหลังจำหน่ายซึ่งในทุกๆ ระยะของโปรแกรมจะมีการประเมินอาการและอาการแสดงของโรค ปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาร่วมกับทีมสหสาขาแก่ผู้ป่วยและญาติ การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่าย โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกๆ ระยะของการเปลี่ยนผ่าน^{6,14}

ภายหลังการนำโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแล้วพบว่า การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาล ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

ที่ถูกต้องโดยเฉพาะได้ฝึกทักษะในการประเมินภาวะน้ำเกิน การสาธิตย้อนกลับและได้ซักถามข้อสงสัยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติที่บ้านได้จริง หากแม้เมื่อกลับบ้านยังมีคู่มือการสำรวจตนเองประจำวัน และได้รับการประเมินผลซ้ำจากการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติม ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น^{15,16,17} นอกจากนี้การนัดตรวจทางคลินิกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและการเดินทางมาพบแพทย์ในเวลา 6 นาที (6MWT) ตามโปรแกรม เพื่อติดตามประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวย่อมช่วยให้เกิดการตระหนักในภาวะของโรค และกระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเอง ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม¹⁵ ผู้ป่วยจึงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และคลายความวิตกกังวลตั้งนั้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ไม่รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวและสามารถรักษาบทบาทหน้าที่เดิมของตนไว้ได้ย่อมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย^{6,14}

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกำแพงเพชรที่พัฒนาขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้และช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาล โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญคือ สามารถประเมินความต้องการการดูแลทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะก่อนจำหน่ายและติดตามการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีประสิทธิผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการกลับมา รักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการปฏิบัติพยาบาลและพัฒนาสมรรถนะในการวางแผน การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพและควรนำผลการ วิจัยไปใช้ในการสร้างแผนการจัดการดูแล (care map) เพื่อพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ร่วมกับทีมสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนภาวะหัวใจล้มเหลว ญาติ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ วิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ใน การศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. McMurrayJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur J Heart 2012; 33:1787–1847.
2. Webel AR, Frazier SK, Moser DK, Lennie TA. Daily variability in dyspnea, edema and body weight in heart failure patients. Eur J CardiovascNurs 2006; 6:60–5.
3. Sangwatanaroj S. Heart failure. In: Sridama V. editor. Textbook of Internal Medicine 4. 2nded. Bangkok: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand; 2007. (in Thai).
4. Brand C, Sundararajan V, Jones C, Hutchinson A, Campbell D. Readmission patterns in patients with chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and diabetes mellitus: An administrative dataset analysis. Int J Med 2005; 35(5):296–9.
5. Heart Failure Society of America. Executive summary: HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline [Electronic version]. J Card Fail 2010; 16(6):475–539.
6. Thepthong T. Effectiveness of implementing best practices of care for heart failure patients during transition from hospital to community, Uttaradit hospital. (M.N.S thesis) Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012. (in Thai).
7. Angkhanit M. Effectiveness of transitional care for persons with heart failure.(M.N.S thesis) Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai).
8. Arnold JMO, Howlett JG, Ducharme A, Ezekowitz JA, Gardner M J, Giannetti N, et al. Canadian cardiovascular society consensus conference guidelines on heart failure–2008 update: Best practices for the transition of care of heart failure patients, and the recognition, investigation and treatment of cardiomyopathies [Electronic version]. Can J Cardiol 2008; 24(1):21–40.
9. Medical record and Statistic section. Annual Statistics. Kamphaeng Phet hospital; 2011–2013. (in Thai).
10. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. Image J NursSch 1994 Summer; 26(2):119–27.
11. Naylor MD, Keating SA. Transitional care: moving patients from one care setting to another. Am J Nurs 2008 September; 108 Suppl 9:58–63.
12. Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. Crit Care NursClin North Am2001; 13(4):497–507.
13. Chunnawong K. Outcome of home-based walking program on exercise capacity and quality of life in chronic heart failure patients. (M.N.S thesis) Chiang Mai: Chiang Mai University.; 2004. (in Thai).

14. Ruangwilai N, Nantachaipan P, Chaiard J. A Systematic review on postdischarge care for patients with heart failure. Nursing Journal 2013; 40(3):50-61. (in Thai).
15. Yindesuk T, Wachirawat W, Keeratiyutawong P. Clinical pathway for promoting self-management of patients with congestive heart failure at Sappasittiprasong hospital. Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(4):70-81. (in Thai).
16. Brett D, Fleming N, Herrin J, Stafford PM, Ballard J, Fullerton, et al. Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure. Arch Intern Med 2011; 171(14):1238-43.
17. Rerkluenrit J, Panpakdee O, Malathum P, Sandelowski M, Tanomsup S. Self-care among thai people with heart failure. Thai Journal of Nursing Research 2009; 13: 43-54.

Development of a Transitional Care Programme for Heart Failure Patients at Kamphaengphet Hospital

Siriwan Chaikitamnuaychok, B.Sc. (Nursing and Midwifery)*

Jerapun Unburee, M.N.S. (Adult Nursing)**

Abstract: Objective: To develop, and evaluate the efficacy of, a transitional care programme for heart failure patients at Kamphaengphet Hospital's internal medicine department.

Design: Action research.

Implementation: The study was conducted in three stages. Stage one involved preliminary analysis of the general situation, a review of the medical records of 75 patients, and interviews with 20 registered nurses. The data obtained were analysed using content analysis and descriptive statistics, for the purpose of developing a transitional care programme. Stage two was devoted to the development of the transitional care programme for the heart failure patients selected in stage one for the study. In this stage, related literature was also reviewed, and empirical evidence synthesised. Stage three was for efficacy evaluation of the programme, by comparing the number of returns for treatment, the number of days of hospitalisation, and the medical expenses between the control and the experimental groups. The inter-group analysis was performed using chi-square test and rank sum test. Intra-group comparisons were based on three variables, namely, the quality of life, the distance each subject was able to cover on foot for 6 minutes on a flat surface, and severity of the disease. The comparative results were analysed using McNemar's test, t-test, rank sum test, and sign rank test.

Results: The analysis of the patients' situation showed that re-hospitalisation for heart failure treatment was required for 58.5 percent of the subjects. The group interviews revealed an absence of planning-oriented patient evaluation and a lack of thorough and comprehensive treatment-related information for the patients. To address these shortcomings, it is recommended that knowledge of proactive strategies be provided for related organisations, all of which should be encouraged to adopt the same type of transitional care programme for heart failure patients.

This transitional programme, designed to deal with acute attacks, pre-discharge conditions, and post-discharge follow-ups, was found to significantly reduce the experimental group's average rate of re-hospitalisation, number of days of hospitalisation, and medical expenditures by a value of .05, compared with the control group. In addition, significant improvement, by an average value of .05, was observed in the areas of quality of living, severity (NYHA class), and distance covered in six-minute walking on a flat surface.

Recommendations: This transitional care programme was proved effective in increasing the efficacy of caring for heart failure patients. It is recommended, therefore, that the programme be implemented on a regular basis.

Thai Journal of Nursing Council 2015; 30(4) 45-56

Keywords: transitional care programme; programme development; heart failure patients; action research

*Corresponding Author, Registered Nursing, Director of Nursing Organization, Kamphaeng Phet Hospital, E-mail: riwan_tim@hotmail.com

**Registered Nursing, Kamphaeng Phet Hospital