



Predicting Factors of Readiness for Hospital Discharge in Patients with Heart Failure*

Nutchaya Chaipadung, RN, MNS¹, Sarinrut Sriprasong, RN, PhD¹, Chongjit Saneha, RN, PhD¹, Chatkanok Dumavibhat, MD²

Abstract

Purpose: To examine the predictive ability of hospitalization experience, length of stay, illness perception and health literacy on discharge readiness in patients with heart failure.

Design: Predictive correlational study.

Methods: The sample consisted of 150 patients with heart failure who were admitted at a super tertiary hospital in Bangkok. The data were collected using demographic questionnaire, Readiness for Hospital Discharge Scale, Brief Illness Perception Questionnaire and Health Literacy Scale. The data were analyzed with descriptive statistics and logistic regression analysis.

Main Findings: The results revealed that the sample mean age was 68.7 years (SD = 14.8) and 54.7% were female. Of the sample, 78.7% were ready to hospital discharge. The analysis of predictive power showed that hospitalization experience, length of stay, illness perception and health literacy could together explain 33.2% of the variance explained in the readiness for hospital discharge in patients with heart failure (Nagelkerke $R^2 = .33$). The findings indicated that high health literacy (OR = 5.68, $p < .05$) and having hospitalization experience (OR = 3.49, $p < .01$) were the predicting factors of readiness for hospital discharge. In addition, the patients who had severe and moderate illness perception level were 99% and 85% decreased in discharge readiness, respectively, statistically significantly (OR = .01, $p < .01$; and OR = .15, $p < .05$, respectively).

Conclusion and recommendations: High health literacy, having hospitalization experience, severe and moderate illness perception were able to predict discharge readiness in patients with heart failure. Nurses should promote the readiness to discharge by manipulating these factors to prepare them for discharge readiness.

Keywords: heart failure, health literacy, illness perception, readiness to discharge

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(1):73-86

Corresponding Author: Assistant Professor Sarinrut Sriprasong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: sarinrut.sri@mahidol.edu

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 28 January 2022 / Revised: 20 March 2022 / Accepted: 5 May 2022



ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่าย จากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว*

ณัฐชญา ชัยผดุง, พย.ม.¹ ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, พร.ด.¹ จงจิต เสนหา, PhD¹ ฉัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ระยะวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.7 ปี (SD = 14.8) ร้อยละ 54.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.7 มีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ระยะวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.2 (Nagelkerke $R^2 = .33$) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก (OR = 5.68, $p < .05$) และประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล (OR = 3.49, $p < .01$) ในขณะที่การรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับรุนแรงมากและปานกลาง มีโอกาสเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 99 และร้อยละ 85 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ (OR = .01, $p < .01$; และ OR = .15, $p < .05$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก ประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง และคุกคามมากและปานกลาง สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ โดยพยาบาลควรส่งเสริมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: หัวใจล้มเหลว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(1):73-86

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: sarinrut.sri@mahidol.edu

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 28 มกราคม 2565 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 มีนาคม 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 พฤษภาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

หัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก จากอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะพบมากกว่า 8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการเสียชีวิตในสหรัฐอเมริกาประมาณ 80,480 ราย¹ สำหรับประเทศไทยพบรายงานอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวย้อยละ 6 มากกว่าในปี พ.ศ. 2553 ที่พบร้อยละ 5.5 และสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตในสหรัฐอเมริกาที่พบร้อยละ 3.8² โดยพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน และ 1 ใน 2 ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน³

ในประเทศไทย จากการศึกษาของ ชานนท์ มหารักษ์⁴ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพังงา 289 ราย พบว่าร้อยละ 18 มีอัตราการเสียชีวิตใน 1 ปี และร้อยละ 34.6 มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค หรือขาดความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงควรได้รับการส่งเสริมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทอย่างยิ่งในการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตนเองที่บ้าน

ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายและสภาพจิตใจที่พร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้านความรู้ ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา และด้านความคาดหวังที่จะได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนจากครอบครัว โดยผู้ที่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะมี

ความเชื่อมั่นในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี⁵ และลดความเสี่ยงของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้⁶

จากการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยในทั้งอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์⁷ มีการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี แต่เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าด้านความรู้มีระดับต่ำสุด⁷ สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจำนวน 90 ราย จังหวัดลพบุรีของ ปาริณช พรเจริญ, นิภาวรรณ สามารถกิจ และกาวนา กิตติยวงศ์⁸ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างกับจังหวัดกรุงเทพมหานคร ในด้านวิถีการดำเนินชีวิต และการบริการทางสุขภาพ

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ของ Meleis และคณะ⁹ ได้อธิบายถึงความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลว่า เป็นผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ หลังจาก que ผู้ป่วยเผชิญกับกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจากการได้รับการดูแลจากบุคลากรในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งการเปลี่ยนผ่านที่จะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ประเภทของการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบ คุณสมบัติ เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (บุคคล ชุมชน และสังคม) และการบำบัดทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถเอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านการบำบัดทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล¹⁰ ดังนั้นการศึกษารังนี้จึงนำปัจจัยด้านคุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่าน และเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคลมาศึกษา คือ ประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล หมายถึง การมีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยหัวใจล้มเหลวมาก่อนหน้านี้ ประสบการณ์การนอนโรงพยาบาลจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ด้านภาวะสุขภาพ เกิดความคุ้นเคย สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่ต้องเผชิญภายหลังจำหน่ายได้ และมีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Okrainec และคณะ¹⁰ พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือปอดอักเสบ และสมาชิกในครอบครัวที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาจะปรับตัวได้ดี และมีความพร้อมในการจำหน่ายมากกว่าผู้ที่ไม่ประสบประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล

ระยะวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล¹¹ สำหรับประเทศไทยพบระยะวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 5.3-7.5 วัน^{2,4} ซึ่งระยะวันนอนในโรงพยาบาลน้อย อาจมีผลกระทบต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลจากช่วงระยะเวลาที่ต้องเปลี่ยนผ่านลดลง อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่าที่ควร ซึ่งการศึกษาของ Moriyama และคณะ¹² พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่า 13 วัน มีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน สูงกว่าผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่า 12 วัน 1.71 เท่า จากการศึกษาของ Oehler, Kent และ Devis⁶ พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีความพร้อมด้านร่างกายจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันมากขึ้น ดังนั้นระยะวันนอนในโรงพยาบาลน้อย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พร้อมด้านร่างกาย และอาจมีความสัมพันธ์กับความไม่พร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นการให้ความหมายของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยผ่านกระบวนการคิดในแง่ความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต หากผู้ป่วยรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นรุนแรง ส่งผลกระทบต่อชีวิตมาก ไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้

เกิดความกังวลและความเครียด ผู้ป่วยจะเกิดความไม่พร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล¹³ ซึ่งการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้น พบว่าผู้ที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตมาก จะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่ำ¹⁴ อย่างไรก็ตาม ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการประมวลผลและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม¹⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะมีอัตราการเสียชีวิตและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 60 วัน สูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ¹⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในด้านความรู้ ($p = .03$)¹⁷ แต่ไม่พบการศึกษาทั้งความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่ายังไม่พบการศึกษาอิทธิพลของประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ระยะวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรู้ด้านสุขภาพต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยด้านประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study) เพื่อศึกษาประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ด้วยหัวใจล้มเหลวตามการวินิจฉัยของแพทย์ คัดเลือกโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านจากแพทย์ 2) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 3) มีระดับการรู้สึกร่างกาย มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หากอายุมากกว่า 60 ปี ทดสอบด้วย mini-cog และได้คะแนน ≥ 3 คะแนน¹⁸ 4) ไม่มีโรคร่วมที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย ปอดอักเสบ เป็นต้น 5) ไม่เป็นผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วไปพักที่สถานพยาบาล 6) ผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยประเมินจากความสามารถในการดูแลตนเองก่อนเข้าโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยคำนวณจากสูตรสำหรับสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)

จากสูตร $n = 10k/p^{19}$ โดยค่า k คือ จำนวนตัวแปรต้นทั้งหมด ภายหลังจากการทำตัวแปรต้นการศึกษาเท่ากับ 6 โดยค่า p นำมาจากการศึกษาของ Siow และคณะ²⁰ ศึกษาปัจจัยและผลลัพธ์ ภายหลังจากจำหน่ายที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่าย ออกจากหอผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรกรรมของผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาลตติยภูมิจำนวน 184 ราย แบ่งเป็นผู้ที่ไม่พร้อมก่อนจำหน่าย 73 ราย มีความพร้อมก่อนจำหน่าย 111 ราย สัดส่วนที่น้อยที่สุดของการศึกษาคำนวณได้เท่ากับ .40 ดังนั้นการศึกษานี้ จึงคำนวณออกมาได้จากสูตร $10 \times 6 / .40$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ อุปกรณ์ช่วยเหลือเวลาเคลื่อนย้าย ผู้ดูแลหลัก และการได้รับการสอนจากบุคลากรทางการแพทย์ โรคประจำตัว ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยหัวใจล้มเหลวในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา การวินิจฉัยของแพทย์ในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลครั้งนี้ ระดับความรุนแรงของโรค ผล echocardiogram ผลการตรวจสวนหัวใจ ระดับ BNP หรือ NT pro-BNP ยาที่ได้รับ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ และการรักษาอื่นๆ

2) แบบสอบถามความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Readiness for Hospital Discharge Scale, RHDS) พัฒนาโดย Weiss และ Piacentine⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย ศรีรัตน ศรีประสงค์ และคณะ²¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ โดยที่ข้อ 1 เป็นคำถามให้เลือกตอบว่า พร้อมหรือไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน ส่วนอีก 22 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 จากนั้นนำคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อ จะได้ค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้

คะแนน <7 หมายถึง ไม่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คะแนน ≥ 7 หมายถึง พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล²² ตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

3) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ²³ แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร โสวัฒนางกูร, นัยพินิจ คชภักดี และ Petrie KJ²⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบข้อ 1-8 เป็นมาตรประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีตัวเลขกำกับ 0-10 คะแนน ส่วนข้อ 9 เป็นคำถามปลายเปิด มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-80 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้ คะแนน 0-27 หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามน้อย 28-54 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามปานกลาง 55-80 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามมาก ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง กับกลุ่มตัวอย่างเดิม โดยมีระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .94

4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนสำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาโดย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข²⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ผู้วิจัยเลือกเฉพาะตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด 5 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้ คะแนน < 20 หมายถึง น้อยที่สุด

คะแนน 20-29 หมายถึง น้อย คะแนน 30-39 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 40-50 หมายถึง มาก ตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามขั้นตอนของความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล (COA no. Si 013/2021) พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าการวิจัยได้ ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลในวันจำหน่าย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และขออนุญาตใช้ข้อมูลบางส่วนจากเวชระเบียน หลังจากได้รับอนุญาตจึงเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยอ่านคำถามในแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบทีละข้อ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม เพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้เข้าร่วมวิจัยในการอ่าน แบบสอบถามจำนวน 3 ชุด รวมทั้งหมด 42 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 18 ข้อมูลส่วนบุคคล ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอนเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 150 ราย กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 54.7 มีอายุระหว่าง 24-93 ปี อายุเฉลี่ย 68.7 ปี (SD = 14.8) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 74.7 มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส/บุตร ร้อยละ 86.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 96.7 ซึ่งร้อยละ 32.7 มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค โดยโรคร่วมที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46 โรคเบาหวาน ร้อยละ 40.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค NYHA class II ร้อยละ 62.7 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction, LVEF) อยู่ในช่วงร้อยละ 14-82 เฉลี่ยร้อยละ 47 (SD = 16.1) โดยส่วนใหญ่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 50 ร้อยละ 46 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 1 ครั้ง/ปี (SD = 1.1) ร้อยละ 64.7 มีระยะเวลานอนในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ($\bar{X} = 8.6$, SD = 4.8)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.7 มีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 5-9.8 คะแนน ($\bar{X} = 7.9$, SD = 0.9) และร้อยละ 21.3 ไม่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เมื่อพิจารณารายด้านของแบบสอบถามความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ด้านความคาดหวังที่จะได้รับการช่วยเหลือมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 8.4$, SD = 1.3) รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ($\bar{X} = 8.0$, SD = 1.4) ด้านความรู้ ($\bar{X} = 7.8$, SD = 1.0) และด้านบุคคล ($\bar{X} = 7.5$, SD = 1.5)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 19-59 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยเท่ากับ 34.5 คะแนน (SD = 9.3) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.4 มีการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามปานกลาง ร้อยละ 27.3 มีการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามน้อย และร้อยละ 3.3 มีการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามมาก เมื่อพิจารณารายด้านของแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยพบว่า คะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการของความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 8.2$, SD = 1.7) รองลงมาคือ ด้านผลกระทบต่อความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 8.1$, SD = 1.9) ด้านระยะเวลาความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 5.3$, SD = 3.7) ด้านความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 4.0$, SD = 1.8) ด้านความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 2.8$, SD = 3.5) ด้านความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง ($\bar{X} = 2.2$, SD = 1.7) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ($\bar{X} = 2.2$, SD = 2.8) และด้านความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษา ($\bar{X} = 1.7$, SD = 1.8) เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นสาเหตุของหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็นโรคประจำตัวร้อยละ 35.3 และพยาธิสภาพที่หัวใจร้อยละ 31.3

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง 15-48 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 34.5 คะแนน (SD = 8.9) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 35.4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก ร้อยละ 13.3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด และร้อยละ 11.3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (N = 150)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล		χ^2	p-value
		มีความพร้อม (n = 118) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีความพร้อม (n = 32) จำนวน (ร้อยละ)		
1. ประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล				14.01	< .001
ไม่เคย	60 (100)	38 (63.3)	22 (36.7)		
เคย	90 (100)	80 (88.9)	10 (11.1)		
2. ระยะเวลาในโรงพยาบาล				.01	.932
น้อยกว่า 7 วัน	53 (100)	40 (75.5)	13 (24.5)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน	97 (100)	78 (80.4)	19 (19.6)		
3. การรับรู้ความเจ็บป่วย					.002 ¹
ระดับน้อย	41 (100)	39 (95.1)	2 (4.9)		
ระดับปานกลาง	104 (100)	78 (75.0)	26 (25.0)		
ระดับมาก	5 (100)	1 (20.0)	4 (80.0)		
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				9.43	.024
น้อยที่สุด	20 (100)	12 (60.0)	8 (40.0)		
น้อย	17 (100)	12 (70.6)	5 (29.4)		
ปานกลาง	60 (100)	46 (76.7)	14 (23.3)		
มาก	53 (100)	48 (90.6)	5 (9.4)		

¹ Fisher's exact test

ผลการวิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) แบบใส่ข้อมูลของตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวพร้อมกันในขั้นตอนเดียว ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล ระยะวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการผันแปรของความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Nagelkerke R^2) เท่ากับ .33 อธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล ระยะวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.2

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากมีโอกาสเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่า 5.68 เท่า

ของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่า 3.49 เท่าของผู้ที่ไม่มีประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล

ในขณะที่ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามมากมีโอกาสเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามน้อยร้อยละ 99 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามปานกลางมีโอกาสเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามน้อยร้อยละ 85 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกของประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล ระยะวันนอนในโรงพยาบาล การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (N = 150)

ตัวแปร	B	SE	Wald	df	p-value	OR	95%CI	
							Lower	Upper
1. ประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาล								
ไม่เคย Ref.								
เคย	1.25	.48	6.73	1	.009*	3.49	1.36	8.98
2. ระยะวันนอนในโรงพยาบาล								
น้อยกว่า 7 วัน Ref.								
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน	.63	.48	1.73	1	.188	1.88	.73	4.84
3. การรับรู้ความเจ็บป่วย								
ระดับน้อย Ref.								
ระดับปานกลาง	- 1.89	.80	5.57	1	.018*	.15	.03	.73
ระดับมาก	- 4.65	1.44	10.50	1	.001*	.01	.00	.16
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
น้อยที่สุด Ref.								
น้อย	.72	.82	.77	1	.379	2.05	.41	10.15
ปานกลาง	1.09	.62	3.07	1	.080	2.98	.88	10.13
มาก	1.74	.71	5.97	1	.015*	5.68	1.41	22.91
ค่าคงที่	.98	.89	1.20	1	.270	2.65		

*p < .05, Ref. = Reference group, OR = Odd Ratio, 95%CI = 95% Confidence Interval, Predictive correct = 79.3%, Hosmer & Lemeshow test = .81, Cox & Snell R^2 = .21, Nagelkerke R^2 = .33

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.7 มีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($\bar{X} = 7.9$, $SD = 0.9$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.7 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 64 ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือขณะเคลื่อนย้ายเกือบทั้งหมดร้อยละ 94.7 มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 82.6 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีหัวใจล้มเหลวเพียงอย่างเดียว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับความรุนแรงของโรค (NYHA) อยู่ในระดับ 1 และ 2 ร้อยละ 46 มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริณช พรเจริญ, นิภาวรรณ สามารถกิจ และภาวนา กิริติยวงศ์⁸ ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 90 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 153.8$, $SD = 23.8$)

เมื่อวิเคราะห์ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลตามรายด้าน พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยโดยรวมด้านความคาดหวังที่จะได้รับการช่วยเหลือสูงสุด ($\bar{X} = 8.4$, $SD = 1.3$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 94.7 มีผู้ดูแล โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 86.6 เป็นคู่สมรส/บุตร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวมากใกล้เคียงกับการศึกษาของ ปาริณช พรเจริญ, นิภาวรรณ สามารถกิจ และภาวนา กิริติยวงศ์⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 77.8 สถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁸

ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา และด้านความรู้มีค่าเฉลี่ยโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 8.0$, 7.8 ; $SD = 1.4$, 1.0 ตามลำดับ) แต่ในกลุ่มไม่มีความพร้อมมีค่าเฉลี่ยโดยรวมในระดับน้อย ($\bar{X} = 6.4$, 6.7 ; $SD = 1.1$, 1.0 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความพร้อม มีอายุเฉลี่ยมากกว่า ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือขณะเคลื่อนย้าย ได้รับการสอนจากบุคลากรทางการแพทย์

มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค มีจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 มากกว่า แสดงถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มไม่มีความพร้อมได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น

ด้านบุคคลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมต่ำที่สุด ($\bar{X} = 7.5$, $SD = 1.5$) โดยทั้ง 2 กลุ่มพบว่ามี 2 ข้อที่แสดงถึงความไม่พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (คะแนน < 7) ได้แก่ รู้สึกถึงพลังกำลัง (ความแข็งแรง) ($\bar{X} = 6.7$, $SD = 2.2$) และรู้สึกกระฉับกระเฉง ($\bar{X} = 6.6$, $SD = 2.3$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.7 เป็นผู้สูงอายุ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.7 มีโรคร่วม และร้อยละ 54 มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าร้อยละ 50 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ปาริณช พรเจริญ, นิภาวรรณ สามารถกิจ และภาวนา กิริติยวงศ์⁸ ที่พบว่า ร้อยละ 81.1 มีโรคร่วมรวมถึงปัจจัยด้านพยาธิสภาพของหัวใจ ทั้งสาเหตุของการเกิดหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรงของโรค ล้วนส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 5.68$; $95\%CI = 1.41, 22.91$; $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านบุคคล เรื่องของการเตรียมพร้อมและความรู้ เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน จำเป็นต้องอาศัยทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะนำมาสู่ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล⁹ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 มีความรอบรู้

ด้านสุขภาพปานกลาง ($\bar{X} = 34.5$, $SD = 8.9$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้สุขภาพปานกลางมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดและน้อย แต่ยังมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้สุขภาพปานกลางมีระดับการศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดและน้อย แต่ยังมีระดับการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสถานภาพทางสังคมในผู้ป่วยทารกในครรภ์ในหอผู้ป่วยอายุครรภ์และศัลยกรรม 70 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในด้านความรู้ ($p = .03$)¹⁷

เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า ประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 3.49$; $95\%CI = 1.36, 8.98$; $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ที่กล่าวว่า ประสิทธิภาพการนอนโรงพยาบาลเป็นคุณสมบัติของการเปลี่ยนผ่านในด้านความเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง การเคยประสบเหตุการณ์นั้นมาก่อน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ที่เคยมีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ครั้งก่อน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Okrainec และคณะ¹⁰ ในมุมมองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปอดอักเสบ (รวม 16 ราย) และผู้ดูแล (11 ราย) พบว่าผู้ที่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แตกต่างกับการศึกษาของ สุวารี นิระโส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์⁷ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 100 ราย พบว่าประสิทธิภาพ

การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($p = .75$) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60) มีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล ($\bar{X} = 1.0$, $SD = 1.1$, $Median = 1.0$) โดยร้อยละ 57.8 เคยมีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง/ปี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ยมากกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานมากกว่า ซึ่งประสบการณ์ในโรงพยาบาลที่มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในการเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากขึ้นเช่นกัน⁹

เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนาย พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับรุนแรงและคุกคามมากและปานกลาง มีโอกาสเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 99 และร้อยละ 84.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ($OR = .01$; $95\%CI = .001, .16$; $p < .05$ และ $OR = .15$; $95\%CI = .03, .73$; $p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Presciutti และคณะ¹⁴ ในผู้รอดชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้น 163 ราย พบว่าผู้ที่รับรู้ความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตมาก จะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.4 มีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับรุนแรงและคุกคามปานกลาง เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ความเจ็บป่วยตามรายด้าน พบว่าด้านลักษณะอาการของความเจ็บป่วยรุนแรงด้านผลกระทบต่อความเจ็บป่วยมาก และด้านระยะเวลาเป็นแบบเรื้อรัง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงและคุกคามชีวิตมาก จึงเกิดความไม่พร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า ระยะวันนอนในโรงพยาบาลไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ ($OR = 1.88$; $95\%CI = .73, 4.84$; $p = .188$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และ Piacentine⁵ ศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม มารดาหลังคลอด และผู้ปกครองเด็ก 365 ราย พบว่าระยะวันนอนในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.7 มีระยะวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ($\bar{X} = 8.6$, $SD = 4.8$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าร้อยละ 40 พบความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีอายุเฉลี่ยและโรคร่วมมากกว่า ส่งผลให้ระยะวันนอนในโรงพยาบาล จึงไม่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าระยะวันนอนในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค รวมถึงการรักษาที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สรุปและข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทุกราย ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นกลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพน้อย ไม่มีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาล และมีการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามมากและปานกลาง เพราะเป็นกลุ่มที่จะเกิดความไม่พร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ เพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการดูแลตนเอง และมีความมั่นใจก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล อีกทั้งควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรงและไม่คุกคาม และสอดคล้องกับการดำเนินโรค รวมถึงพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบแนวคิดของการเปลี่ยนผ่าน เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม โรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น ซึ่งอาจมีอำนาจการทำนายต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรงและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากขึ้น เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

References

1. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics—2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(9): e139-e596. doi: 10.1161/CIR.0000000000000757.
2. Ariyachaipanich A, Krittayaphong R, Na Ayudhya R, Yingchoncharoen T, Buakhamsri A, Suvachittanont N. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline: introduction and diagnosis. *J Med Assoc Thai*. 2019;102(2):231-9.
3. Khan MS, Sreenivasan J, Lateef N, Abougergi MS, Greene SJ, Ahmad T, et al. Trends in 30- and 90-day readmission rates for heart failure. *Circ Heart Fail*. 2021;14(4):e008335. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.121.008335.
4. Maharak C. Outcomes of patients admitted with Heart failure at Phang Nga Hospital. *Region 11 Medical Journal*. 2019;33(2):311-26. (in Thai).

5. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *J Nurs Meas.* 2006;14(3):163-80. doi: 10.1891/jnm-v14i3a002.
6. Oehler A, Kent K, Davis J. Assessment of discharge readiness and readmission risk in patients with acute decompensated heart failure. *Am J Cardiol.* 2018;122(12):2086-94. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.08.061.
7. Niraso S, Panuthai S, Suwankruhasn N. Predicting factors of readiness for hospital discharge among older patients with acute myocardial infarction. *Nursing Journal.* 2017; 44(4):62-70. (in Thai).
8. Poncharoen P, Samartkit N, Keeratiyutawong P. Factors related to discharge readiness in patients with congestive heart failure. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2015;25(2):130-43. (in Thai).
9. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000;23(1): 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.
10. Okrainec K, Hahn-Goldberg S, Abrams H, Bell CM, Soong C, Hart M, et al. Patients' and caregivers' perspectives on factors that influence understanding of and adherence to hospital discharge instructions: a qualitative study. *CMAJ Open.* 2019;7(3): E478-E83. doi: 10.9778/cmajo.20180208.
11. Segen's Medical Dictionary. Length of stay [Internet]. Feasterville, PA: Farlex; 2012 [cited 2021 Oct 1]. Available from: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/length+of+stay>.
12. Moriyama H, Kohno T, Kohsaka S, Shiraishi Y, Fukuoka R, Nagatomo Y, et al. Length of hospital stay and its impact on subsequent early readmission in patients with acute heart failure: a report from the WET-HF registry. *Heart Vessels.* 2019;34(11):1777-88. doi: 10.1007/s00380-019-01432-y.
13. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H, editors. *The self-regulation of health and illness behaviour.* London: Routledge Taylor & Francis Group; 2003. p.42-60.
14. Presciutti A, Perman MS, Newman MM, Shaffer J. Abstract 321: illness perceptions and readiness for discharge are associated with psychological symptoms in cardiac arrest survivors with good neurologic recovery. *Circulation.* 2020;142 Suppl 14: A321. doi: 10.1161/circ.142.suppl_4.321.
15. Ratzan SC, Parker R, Selden CR, Zorn M. National library of medicine current bibliographies in medicine: health literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health. 2000. 24 p.
16. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03447. doi: 10.1590/S1980-220X2017039803447.
17. Wallace AS, Perkhounkova Y, Bohr NL, Chung SJ. Readiness for hospital discharge, health literacy, and social living status. *Clin Nurs Res.* 2016;25 (5):494-511. doi: 10.1177/1054773815624380.

18. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of mini-cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):594–600. doi: 10.1111/ggi.12318.
19. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(12):1373-9. doi: 10.1016/s0895-4356(96)00236-3.
20. Siow E, Lo SM, Yeung KL, Yeung RSD, Choi KC, Chair SY. Factors and post-discharge outcomes associated with patients' readiness for discharge from the emergency medicine ward: a prospective study. *Int Emerg Nurs*. 2019;46: 100773. doi: 10.1016/j.ienj.2019.04.002.
21. Sriprasong S, Hanucharunkul S, Panpukdee O, Krittayaphong R, Pongthavornkamol K, Vorapongsathorn T. Functional Status Model: an empirical test among discharged acute myocardial infarction patients. *Thai Journal of Nursing Research*. 2009;13(4):268-84.
22. Weiss ME, Costa LL, Yakusheva O, Bobay KL. Validation of patient and nurse short forms of the readiness for hospital discharge scale and their relationship to return to the hospital. *Health Serv Res*. 2014;49(1):304-17. doi: 10.1111/1475-6773.12092.
23. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
24. Sowattanangoon N, Kotchabhakdi N, Petrie KJ. The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Res Clin Pract*. 2009;84(3):245–51. doi: 10.1016/j.diabres.2009.02.011.
25. Ministry of Public Health, Division of Health Education, Department of Health Service Support. Health literacy and health behaviors assessment form for health behavior change communities [Internet]. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2020 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkhed/file/868>. (in Thai).