

ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
Factors Predicting Hospital Readmission within One Year among
Patients with Heart Failure after Hospital Discharge

อนุรักษ์ แสงจันทร์* ศิรินันท์ ฉลุยแสง**
Anurak Sangchan* Sirinan Chaluisaeng**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตจังหวัดอุดรธานี ช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน 2567 จำนวน 130 ราย คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว ความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการวิจัย พบว่า อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปี ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 45.40 ($n = 59$) และปัจจัยอายุ ความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 69.20 โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 49 - 59 ปี และอายุมากกว่า 59 - 69 ปี สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 69 - 79 ปี มากกว่าหกเท่า (OR 6.68 ; 95%CI 1.67 - 26.71, $p < 0.05$ และ OR 6.28 ; 95%CI 1.88 - 21.03, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ปัจจัยความ

Received: November 5, 2024

Revised: April 21, 2025

Accepted: April 30, 2025

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41330. E-mail: Nu_rak13@bcnu.ac.th

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Udonthani, Thailand 41330. E-mail: Nu_rak13@bcnu.ac.th

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41330. E-mail: sirinan_cha@bcnu.ac.th

** Corresponding Author, Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Udonthani, Thailand 41330. E-mail: sirinan_cha@bcnu.ac.th

รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ มีโอกาสกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก มากกว่าสี่เท่า (OR 4.05 ; 95%CI 1.20-13.90, $p < 0.05$) และปัจจัยการสนับสนุนในครอบครัวระดับปานกลาง มีโอกาสกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล มากกว่า 3 เท่า ของผู้ที่มีการสนับสนุนในครอบครัวในระดับมาก (OR 3.40 ; 95%CI 1.18 - 9.74, $p < 0.05$) ในขณะที่ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยการพัฒนาโปรแกรมโดยคำนึงถึงปัจจัยด้าน อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว

คำสำคัญ: หัวใจล้มเหลว การสนับสนุนของครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This study investigates the predictive relationship of various factors associated with hospital readmission within one year among patients with heart failure. The participants were 130 patients with heart failure treated at the outpatient department of a general hospital in Udon Thani province from January to April 2024. The research tools included personal information, medical history, a health literacy assessment (Cronbach's alpha = .94), and a family support scale (content accuracy = 0.90, Cronbach's alpha = .95). Data analysis was performed using descriptive statistics and binary logistic regression.

The results show that the incidence of hospital readmission within one year for patients with heart failure was 45.40% (n = 59). Age, health literacy, and family support were significant predictors of hospital readmission, accounting for 69.20% of the variance. Patients aged 49-59 and 59-69 were six times more likely to be readmitted than those aged 69-79 (OR 6.68 ; 95%CI 1.67-26.71, $p < 0.05$ and OR 6.28; 95%CI 1.88-21.03, $p < 0.05$, respectively). Patients with moderate health literacy were more than four times more likely to be readmitted to the hospital compared to those with very good health literacy (OR 4.05; 95% CI 1.20-13.90, $p < 0.05$). Additionally, patients with moderate family support were more than three times more likely to be readmitted to the hospital compared to those with high family support (OR 3.40 ; 95% CI 1.18-9.74, $p < 0.05$).

The study suggests that further research should focus on reducing readmission rates by developing programs that consider age, health knowledge, and family support.

Keywords: heart failure, family involvement, health literacy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกสูงถึง 64.3 ล้านคน ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว 1 - 2% ของผู้ใหญ่ทั้งหมด¹ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประชากรที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ประมาณ 6.7 ล้านคนมีภาวะหัวใจล้มเหลว และคาดว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 8.5 ล้านคน ภายในปี 2030 โดยในปี 2020 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประมาณ 415,922 คน และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังจากออกจากโรงพยาบาล² ในประเทศไทยมีรายงานสถิติการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยในปีงบประมาณ 2566 จำนวนสูงถึง 43,838³ และเมื่อติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ชนิดการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 50 นาน 6 เดือนขึ้นไป พบมีผู้ป่วยเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 4.7 ต่อปีของผู้ป่วยทั้งหมด⁴ การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 53,000 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี และค่าใช้จ่ายทางอ้อม 70,000 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี² และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น²

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในต่างประเทศมีการศึกษาอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบร้อยละ 35.7⁵ และในประเทศไทย ร้อยละ 51⁶ ซึ่งการกลับมารักษาซ้ำอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การไม่สามารถควบคุมโรคร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา การขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ มีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถปรับยาได้ตามมาตรฐานการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว การไม่มาพบแพทย์ตามนัด⁷ โดยในช่วงเวลาภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล หากขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ⁷ และมีอุบัติการณ์เสียชีวิตสูงขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 20 เสียชีวิตภายใน 1 ปีภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล²

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน ทั้ง 28 วัน 30 วัน 90 วัน และ 6 เดือน รวมถึง 1 ปี⁵ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 30 วัน ร้อยละ 9.42-13.2^{5,8} และ 1 ปี ร้อยละ 35.7-51^{5,6} ระยะเวลาภายหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การดำเนินโรคก้าวหน้าขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว⁹ ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในขณะที่ระยะเวลาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีปัจจัยที่เหมือนและแตกต่างกันที่ยังไม่สามารถระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน ถึงแม้จะมีการศึกษาในภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดอุดรธานียังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากจำหน่ายของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เช่น ปัจจัยด้านบุคคล เพศ อายุ โรคร่วม ซีรั่มครีเอตินิน ซีรั่มโซเดียม อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตซิสโตลิก⁶ ความร่วมมือในการใช้ยา⁷ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁰ ระดับการศึกษา¹¹ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ⁷ การมีส่วนร่วมของครอบครัว¹² รวมถึงปัจจัยระบบสุขภาพ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล⁶ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ปัจจัยดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ศึกษาในระยะเวลา 30 วันจนถึง 1 ปีครึ่ง และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในบริบทของประเทศไทยมีการศึกษาของ ศุภวัณณ์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ เจนเนตร พลเพชร และจอม สุวรรณโณ⁶ เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำภายในช่วงเวลา 1 ปีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ (อายุ และเพศ) และปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ (จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โรคร่วม ซีรั่มครีเอตินิน ซีรั่มโซเดียม อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันซิสโตลิก) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ศึกษาปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว ถึงแม้ศึกษาปัจจัยด้านอายุเหมือนกัน แต่เนื่องจากโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่างกัน อาจส่งผลต่อสุขภาพและอายุขัยของประชากรในพื้นที่ให้มีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยอธิบายรายละเอียดดังนี้

เมื่ออายุมากขึ้นมีการเสื่อมของโครงสร้างและการทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลงเกิดการหนาตัวของผนังกล้ามเนื้อหัวใจรวมถึงการเกิดพังผืดในหัวใจทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงจะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น⁹ และอายุมากขึ้นส่งผลให้การรับรู้ลดลงอาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพได้ลดลง ส่งผลให้มีการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และภายหลังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งแรกจะมีอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้นถึงร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่มีอายุ <65 ปี มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง (OR 1.0) สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 65 - 85 ปี (OR 0.83) หรือ >85 ปี (OR 0.94)⁸ และเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นทุก 1 ปี จะมีความเสี่ยงในการกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันสูงขึ้น¹³ แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายงานการศึกษาที่พบว่า อายุที่ไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้⁶

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลโดยรวม ในผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้มีความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ และการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และระดับการศึกษาผลต่อการเลือกประกอบอาชีพและโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่หลากหลายหรืออาชีพเสริมอื่นเพื่อสร้างรายได้ที่เพิ่มขึ้นด้วย อีกทั้งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการซักถามปัญหาเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตลอดจนเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการกระทำในการดูแลรักษาและเอาใจใส่สุขภาพตัวเองมากกว่า¹⁴ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีโอกาสที่จะเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง¹⁵ เป็นผลให้มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง¹¹

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม เมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้บุคคลค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการเพื่อแจ้งการตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง

กับสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่น¹⁶ ซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีย่อมมีผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี ทำให้ต้องการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรวมถึงการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล¹⁰ ส่งผลให้มีอัตราการตายสูงขึ้นและอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น¹⁷ เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยลง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่กล้าขอคำชี้แจง การดูแลสุขภาพจากแพทย์ การไม่กล้าตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง¹⁰ แต่ยังมีบางการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำแต่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง¹⁸

การสนับสนุนของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล จึงทำให้การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองและประสิทธิภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว¹⁹ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (OR = 0.39, 95%CI = 0.18, 0.83, $p = 0.01$)¹² การศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการศึกษาในต่างประเทศมีความแตกต่างจากบริบทของสังคมไทย ด้านความเชื่อ ความกตัญญูต่อบิดามารดา เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคคลในสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีความขัดแย้งในบางประเด็น และด้วยบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน รวมถึงบริบทการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละภูมิภาค และช่วงเวลาการศึกษาแตกต่างกัน จึงอาจทำให้ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยศึกษาปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้พยาบาลเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต่อไปในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ⁸ ระดับการศึกษา¹¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ^{10,17} และการสนับสนุนของครอบครัว¹² ซึ่งมีหลักฐานระบุความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีอายุเพิ่มมากขึ้น โครงสร้างการทำงานของหัวใจและประสิทธิภาพของหัวใจลดลง⁶ มีโอกาสเกิดอาการหัวใจล้มเหลวซ้ำได้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้องและดีกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และสามารถเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการกระทำในการดูแลรักษา และเอาใจใส่สุขภาพตัวเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ¹⁴ ทำให้ลดโอกาสที่จะเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง¹⁵ เมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะทำให้มีดูแลสุขภาพไม่ดี ส่งผล

ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น¹⁰ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ และปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อำนาจความสะดวก เมื่อต้องเข้ารับ การตรวจตามนัด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้¹² ดังนั้นปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นจึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาการทำนายของปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางครอบครัวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางครอบครัว สามารถร่วมกันทำนาย การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ในระยะ 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางแบบเชิงทำนาย (cross-sectional predictive study) ของปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางครอบครัว ต่อการกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี

ประชากรและผู้เข้าร่วมวิจัย

ประชากร คือ เป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงในโรงพยาบาล กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในห้องตรวจ ผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจล้มเหลว (ICD-10-TM รหัส I500 และ I50) ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีอายุมากกว่า 20 ปี ทั้งชายและหญิง มีสติสัมปชัญญะดี (กรณีเป็นผู้สูงอายุ มีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ประเมินด้วย MMSE) พูดคุยสื่อสารและอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถ ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น หรือผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจถอนตัวจากการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของเครจซ์และมอร์แกน²⁰ กำหนดจากผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในปีที่ผ่านมา จำนวน 162 คน ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความ เชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 118 คน ป้องกันการสูญหาย 10 % รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป การเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การกลับเข้ารับการรักษาลำบากในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยของอังคินันท์ อินทรกำแหง²¹ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของของ Osborne และคณะ²² มีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ รวมทั้งหมด 47 ข้อ คำถาม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็น numeric rating scale 5 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 47- 235 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล แบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (ตั้งแต่ 188 คะแนนขึ้นไป หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ได้ (141 - 187.99 หรือ $\geq 60 - 80\%$ ของคะแนนเต็ม) และระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่า 141 คะแนน $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม)²¹ ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.94 และเมื่อแยกรายด้านได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 5) การจัดการสุขภาพตนเอง เท่ากับ .84, .79, .88, และ .89 ตามลำดับ

2) แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House²³ โดยกำหนดเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 4 ข้อ ด้านจิตใจ 3 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง 7 ข้อ ด้านการรักษาพยาบาล 4 ข้อ รวมทั้งหมด 18 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน การแปลผลตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งเป็นอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 66-90 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวในระดับดีมาก 42-65.99 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวในระดับปานกลาง และ 18-41.99 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวไม่ดีพอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือนี้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่ชำนาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน และพยาบาลชำนาญการในการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 1 คน ค่าที่ได้เท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 รายหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 และเมื่อแยกรายด้านได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 1) ด้านการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจ 3) ด้านการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และ 4) ด้านการสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล เท่ากับ .87, .83, .91, และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี เอกสารเลขที่ IRB.BCNU 09/2566 ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการให้ข้อมูลโครงการวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินยอมให้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการลงชื่อในแบบสอบถาม รวมถึงข้อมูลการวิจัยทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม การตอบแบบสอบถามไม่เกิดความเสียหายใด ๆ หากในระหว่างตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดอาการผิดปกติ จะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพตามมาตรฐานการรักษา หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจะไม่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน 2567 ดังนี้

1. ภายหลังได้เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และผ่านการเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและเป็นผู้ประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยเพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน หลังจากนั้น ในวันที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมาตามนัด ในระหว่างรอพบแพทย์ ผู้ช่วยวิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นได้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 77 ข้อ รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดประมาณ 20-30 นาที หากในระหว่างตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจในการตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาและในระหว่างที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยได้ติดตามลำดับการเข้าพบแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการเข้าพบแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 20 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่อบรรยายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์การทำนายของปัจจัยด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทดสอบการแจกแจงของตัวแปรที่ศึกษา ใช้ค่า Standardized Kurtosis และ Standardized Skewness (ไม่เกิน +/-3.0) และตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์เชิงพหุ โดยมีค่า VIF เท่ากับ 1.09-1.35, Tolerance เท่ากับ .74-.92)

ผลงานวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.40 มีอายุมากกว่า 59 ปี ร้อยละ 67.70 (n = 88) อายุเฉลี่ย 62.44 ปี (S.D. = 8.39) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน ร้อยละ 74.70 (n = 97) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.80 (n = 96) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.60 (n = 71) และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25.40 (n = 33) ในขณะที่ระดับการทำงาน

ของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction; LVEF) ผู้เข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 83.80 (n = 109) ไม่ได้รับการตรวจ และกลุ่มที่ได้รับการตรวจ พบว่า LVEF < 40% และ LVEF ≥ 50% มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 6.20 (n = 8) และเคยกลับเข้ารับการรักษาค้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 45.40 (n = 59) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย แสดงจำนวน ร้อยละ (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	58	44.60
หญิง	72	55.40
2. อายุ (Mean 62.44, S.D. 8.39)		
อายุมากกว่า 29-39 ปี	2	1.50
อายุมากกว่า 39-49 ปี	9	6.90
อายุมากกว่า 49-59 ปี	31	23.80
อายุมากกว่า 59-69 ปี	63	48.50
อายุมากกว่า 69-79 ปี	25	19.20
3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	9	6.90
จำนวน 2 คน	24	18.50
จำนวน 3 - 5 คน	74	56.90
มากกว่า 6 คน	23	17.70
4. สถานภาพสมรส		
โสด	11	8.50
ม่าย	42	32.30
สมรส	77	59.20
5. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	96	73.85
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	18.46
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	2.31
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	5.38
6. อาชีพ		
ข้าราชการ	2	1.50
ข้าราชการบำนาญ	2	1.50
รัฐวิสาหกิจ	2	1.50
เกษตรกร	33	25.40
รับจ้างทั่วไป	20	15.40
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	54.60

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย แสดงจำนวน ร้อยละ (n=130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7. โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	46	35.40
โรคความดันโลหิตสูง	84	64.60
โรคหลอดเลือดหัวใจ	90	69.20
โรคไต	29	22.30
8. ระดับการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection fraction: LVEF)		
LVEF < 40%	8	6.20
LVEF 40 - 49%	3	2.30
LVEF ≥ 50%	8	6.20
ผู้ป่วยกลุ่ม HFrEF ที่ให้การรักษาแล้ว LVEF กลับมามีค่ามากกว่า 50%	2	1.50
ไม่ได้รับการตรวจ LVEF	109	83.80
9. ประวัติการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะเวลา 1 ปี		
(วิธีการให้ตอบแบบสอบถาม คือ เคย (1) หรือไม่เคย (0) เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 1 ปี)		
เคย	59	45.40
ไม่เคย	71	54.60

หมายเหตุ: โรคประจำตัวมีมากกว่า 1 โรค

1. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี โดยวิธี Enter พบว่า ปัจจัย อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนของครอบครัวร่วมกันทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 69.20 โดย อายุมากกว่า 49-59 ปี และอายุมากกว่า 59-69 ปี สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 69-79 ปี หกเท่า (OR 6.67 ; 95%CI 1.67-26.71, $p < 0.05$ และ OR 6.28 ; 95%CI 1.88-21.03, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าสี่เท่า ของผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก (OR 4.05 ; 95%CI 1.20-13.90, $p < 0.05$) ปัจจัยการสนับสนุนของครอบครัว สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีการสนับสนุนในครอบครัวระดับปานกลางมีโอกากลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าสามเท่า ของผู้ที่มีระดับการสนับสนุนในครอบครัวมาก (OR 3.40; 95%CI 1.18 – 9.74, $p < 0.05$) ในขณะที่ปัจจัยระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำแนกตามปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว (n = 130)

ปัจจัย	ประวัติ readmission จำนวน (ร้อยละ)		Odd ratio (95% CI)	p-value
	Non-admission	admission		
อายุ (ปี)				
อายุมากกว่า 29-39 ปี	1 (0.77)	1 (0.77)	2.89 (0.13-63.87)	0.50
อายุมากกว่า 39-49 ปี	7 (5.38)	2 (1.54)	2.11 (0.25-17.53)	0.48
อายุมากกว่า 49-59 ปี	14 (10.77)	17 (13.08)	6.67 (1.67-26.71)	0.01*
อายุมากกว่า 59-69 ปี	29 (22.31)	34 (26.15)	6.28 (1.88-21.03)	0.01*
อายุมากกว่า 69-79 ปี	20 (15.38)	5 (3.85)	กลุ่มอ้างอิง	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	50 (38.46)	46 (35.38)	1.06 (0.17-6.61)	0.94
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (12.31)	8 (6.15)	0.60 (0.84-4.33)	0.62
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1 (0.07)	2 (1.54)	3.77(0.09-144.98)	0.47
ปริญญาตรีขึ้นไป	4 (3.08)	3 (2.31)	กลุ่มอ้างอิง	
ความรู้ด้านสุขภาพ				
ความรู้ด้านสุขภาพไม่ดี	2 (1.54)	5 (3.85)	5.26(.477-58.06)	0.17
ความรู้ด้านสุขภาพพอใช้	49 (37.69)	50 (38.46)	4.08(1.2-13.90)	0.02*
ความรู้ด้านสุขภาพดีมาก	20 (15.38)	4 (3.08)	กลุ่มอ้างอิง	
การสนับสนุนทางครอบครัว				
การสนับสนุนทางครอบครัวน้อย	1 (0.77)	5 (3.85)	5.78 (0.44-76.34)	0.18
การสนับสนุนทางครอบครัวปานกลาง	8 (6.15)	19 (14.62)	3.40 (1.18-9.73)	0.02*
การสนับสนุนทางครอบครัวมาก	62 (47.69)	35 (26.92)	กลุ่มอ้างอิง	
-2 Log likelihood 144.97				
Cox & Snell R Square 0.231				
Nagelkerke R Square 0.309				
ค่าขนาดอิทธิพลการทำนาย (%) 69.20				

หมายเหตุ: $p < 0.05$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ศึกษาอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 45.40 (n = 59) เคยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปี อภิปรายว่า ภายหลังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งแรก มีปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่จำกัดน้ำ ไม่จำกัดเกลือโซเดียม

ไม่ติดตามภาวะน้ำเกิน⁴ การควบคุมโรคร่วมไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการขาดติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายในระยะยาว⁶ ทำให้มีอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังได้รับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกจะได้รับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 35.70-51^{5,6}

2. ศึกษาการทำนายของปัจจัยอายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางครอบครัว ต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอธิบายแต่ละปัจจัยดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 49-59 ปี และอายุมากกว่า 59-69 ปี สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 69 -79 ปี หกเท่า (OR 6.68 ; 95%CI 1.67 - 26.71, $p < 0.05$ และ OR 6.28; 95%CI 1.88 - 21.03, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 49-59 ปี และอายุมากกว่า 59-69 ปี ส่วนใหญ่ยังคงทำงาน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดและความกดดันที่ส่งผลต่อสุขภาพ¹³ ร่วมกับอาจมีพฤติกรรมกระตือรือร้นที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chamberlain และคณะ⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 65-85 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 85 ปี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าสี่เท่าของผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก (OR 4.05 ; 95%CI 1.20-13.90, $p < 0.05$) อภิปรายว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว จะทำให้สามารถค้นหาความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพ การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสำหรับตนเอง¹⁶ รวมถึงมีความสามารถในการแสวงหาความรู้เพื่อนำมาดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและป้องกันการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว ในผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ทำให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดทำให้การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น²⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น^{10,17}

ปัจจัยการสนับสนุนของครอบครัว สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีการสนับสนุนในครอบครัวระดับปานกลางมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าสามเท่า ของผู้ที่มีระดับการสนับสนุนในครอบครัวมาก (OR 3.40 ; 95%CI 1.18 - 9.74, $p < 0.05$) อภิปรายว่าเมื่อพิจารณาจากข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่าร้อยละ 74.61 อาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คนจึงทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย รวมถึงการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซาห์เรย์รี และคณะ²⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีผลในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹²

ปัจจัยระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรสุขภาพที่ดีกว่า ซึ่งช่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสที่จะเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติตัว

ไม่ถูกต้อง¹⁵ และลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูง¹¹ แต่เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.80 (n = 96) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีจำนวนน้อย อาจทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ผลกระทบของระดับการศึกษาต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้อย่างชัดเจน จึงทำให้ผลของการศึกษาปัจจัยระดับการศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีความเสี่ยงในการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง¹¹

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ผลการศึกษาได้จากโรงพยาบาลแห่งเดียวไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรขนาดใหญ่
2. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ อาจไม่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานกว่านี้

สรุป

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปี ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้วยอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 45.40 และปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว ร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 69.20 โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 49-59 ปี และอายุมากกว่า 59-69 ปี สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 69-79 ปี หกเท่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ มีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมากสี่เท่า และผู้ที่มีการสนับสนุนในครอบครัวระดับปานกลางมีโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าสามเท่าของผู้ที่มีระดับการสนับสนุนในครอบครัวมาก ในขณะที่ปัจจัยระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวควรผสมผสานระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
2. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย สถานะทางเศรษฐกิจ หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะยาว รวมถึงตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัจจัยทำนาย อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว แต่ยังไม่ได้พิจารณาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ความร่วมมือในการใช้ยา โรคร่วม และความรุนแรงของโรคหัวใจ เศรษฐกิจ การเข้าถึงระบบสุขภาพ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตาม ซึ่งเก็บจากการสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล เนื่องจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของอาการภาวะหัวใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

1. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail* 2020;22(8):1342-56.
2. Bozkurt B, Ahmad T, Alexander KM, Baker WL, Bosak K, Breathett K, et al. Heart failure epidemiology and outcomes statistics: a report of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail* 2023;29(10):1412-51. doi: 10.1016/j.cardfail.2023.07.006.
3. Health Data Center. HDC-Report [database on the Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 4]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/e2a5a66dd74fa1252fcf786674f05f02> (in Thai)
4. Wanichang K. Mortality and re-hospitalization in chronic heart failure in Mahasarakham hospital. *Mahasarakham Hospital Journal* 2022;19(3):15-27. (in Thai)
5. Foroutan F, Rayner DG, Ross HJ, Ehler T, Srivastava A, Shin S, et al. Global comparison of readmission rates for patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2023;82(5):430-44. doi: 10.1016/j.jacc.2023.05.040.
6. Lertpongakpoom S, Phonphet C, Suwanno J. Predictors of readmission after one-year hospital discharge with acute decompensated heart failure. *Thai J Cardio-Thorac Nurs* 2019;30(2):126-40. (in Thai)
7. Longlalerng W. Love your heart program. *TUH Journal Online* 2020;5(3):61-70. (in Thai)
8. Chamberlain RS, Sond J, Mahendraraj K, Lau CS, Siracuse BL. Determining 30-day readmission risk for heart failure patients: the readmission after heart failure scale. *Int J Gen Med* 2018;11:127-41. doi:10.2147/IJGM.S150676.
9. Li H, Hastings MH, Rhee J, Trager LE, Roh JD, Rosenzweig A. Targeting age-related pathways in heart failure. *Circ Res* 2020;126(4):533-51. doi:10.1161/CIRCRESAHA.119.315889.
10. Fabbri M, Murad MH, Wennberg AM, Turcano P, Erwin PJ, Alahdab F, et al. Health literacy and outcomes among patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *JACC Heart Fail* 2020;8(6):451-60.

11. Noori A, Shokoohi M, Baneshi MR, Naderi N, Bakhshandeh H, Haghdooost AA. Impact of socio-economic status on the hospital readmission of congestive heart failure patients: a prospective cohort study. *Int J Health Policy Manag* 2014;3(5):251-57.
doi:10.15171/ijhpm.2014.94
12. Deek H, Chang S, Newton PJ, Noureddine S, Inglis SC, Arab GA, et al. An evaluation of involving family caregivers in the self-care of heart failure patients on hospital readmission: randomised controlled trial (the family study). *Int J Nurs Stud* 2017;75:101-1.
13. Glans M, Kragh Ekstam A, Jakobsson U, Bondesson Å, Midlöv P. Risk factors for hospital readmission in older adults within 30 days of discharge—a comparative retrospective study. *BMC Geriatr* 2020;20(1):467. doi.org/10.1186/s12877-020-01867-3.
14. Thawa N, Tunyarak H. Factors Associated with quality of life among working age people in PakPhun Community, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Health Science* 2023;32(1):31-42. (in Thai)
15. Sangsinsorn P. A study of factors related to health behavior of people at risk of diabetes and hypertension in Phichit Province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal* 2021;2(2):43-54. (in Thai)
16. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health literacy: a prescription to end confusion [Internet]. Washington: The National Academies Press; 2004. [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>
17. Wu JR, Holmes GM, DeWalt DA, Macabasco-O'Connell A, Bibbins-Domingo K, Ruo B, et al. Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *J Gen Intern Med* 2013;28(9):1174-80.
doi:10.1007/s11606-013-2394-4.
18. Shahid R, Shoker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1148. doi: 10.1186/s12913-022-08527-9.
19. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Lawrence JB, Dunbar SB, Dracup K, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009;120(12):1141-63.
doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628.
20. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
21. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand health literacy scales [database on the Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf> (in Thai)

22. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health 2013;13:658. doi: 10.1186/1471-2458-13-658.
23. House JS, Kahn RL, McLeod JD, Williams D. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, editors. Social support and health. Orlando: Academic Press; 1985. p. 83-108.
24. Son YJ, Won MH. Gender differences in the impact of health literacy on hospital readmission among older heart failure patients: a prospective cohort study. J Adv Nurs 2020;76(6):1345-54.
25. Shahriari M, Ahmadi M, Babae S, Mehrabi T, Sadeghi M. Effects of a family support program on self-care behaviors in patients with congestive heart failure. Iran J Nurs Midwifery Res 2013;18(2):152-7.