

Love Your Heart Program

วินิตย์ หลงละเลิง^{1*}Winit Longlalerng^{1*}

Received: October 19, 2020

Received in revision: November 16, 2020

Accepted: November 30, 2020

หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด^[1] เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นที่ระดับโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอดทำให้เกิดอาการและอาการแสดง ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย ขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และมีภาวะน้ำท่วมปอด^[2-3] ความชุกนั้นพบว่าประชากรร้อยละ 1-2 ของประเทศแถบตะวันตกมีภาวะหัวใจล้มเหลว ในขณะที่ข้อมูลของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน แต่ข้อมูลในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 5-7^[3]

ภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นกลับกลายเป็นภาระหนักสำหรับทีมผู้ดูแล เนื่องจากปริมาณคนไข้ที่เพิ่มมากขึ้นทุกวัน เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร^[1] จึงมีความสำคัญอย่าง

มากต่อระบบสาธารณสุขของไทย เพราะมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำที่สูงมาก โดยพบว่ามีอัตราการ

เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 30 ในปีแรก^[2] ร้อยละ 40 ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล^[1,4] ต้องอาศัยการดูแลที่ซับซ้อน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่กว่าโรคเรื้อรังอื่นใดและอัตราการตายสูง โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตภายใน 5 ปี^[3,5] ในปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยมีอายุที่น้อยลงเมื่อเทียบกับต่างประเทศ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เพิ่มขึ้น ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ล้วนเป็นปัจจัยในการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคอ้วน การสูบบุหรี่ และการเสพติด ซึ่งสาเหตุดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ควบคุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น^[5-6]

¹ พยาบาลชำนาญการพิเศษ/ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปทุมธานี 12120

Senior Professional Nurse, Advanced Practice Nurse in Cardiovascular Disease Patients, Department of Coronary Artery Disease, Thammasat Hospital, Thammasat University, Pathum Thani 12120

Corresponding E-mail: winityod@hotmail.com

นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลยังมีระยะเวลาอนเฉลี่ยยาวนานราว 10-20 วัน^[1] โดยจำนวนวันนอน โรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7.5 วัน^[3,6] ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาสูงมาก ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงก่อให้เกิดภาระทั้งด้านกำลังคนผู้ดูแล เวลา ทรัพยากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ และนำไปสู่การสูญเสียค่าใช้จ่ายของประเทศชาติอย่างมหาศาล^[1,3,6] แม้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าด้านยารักษาและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ราคาแพงอย่างการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอิเล็กทรอนิกส์ (cardiac implantable electronic devices: CIED) เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (implantable cardioverter defibrillator: ICD) และ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิด CRT (cardiac resynchronization therapy) มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง^[1,3] แต่มีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) เพิ่มขึ้น^[1,5,6] เช่น การมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่จำกัดการดื่มน้ำเมื่อมีอาการบวมหรือหอบเหนื่อย การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา การขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ รวมถึงการไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ตลอดจนมีข้อจำกัดการรักษาที่ทำให้ไม่สามารถปรับยาได้ตามมาตรฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น โดยพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนหรือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล^[7-10]

จากการศึกษาพบว่าการละเลยการดูแลพื้นฐานที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการให้ความรู้และการมีส่วนร่วม ในการดูแลรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการลงทุนลงแรง เน้นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้อย่างใกล้ชิดด้วยวิธีของ disease management program โดยพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (nurse disease manager; NCM or advanced practice nurses; APN) ร่วมกับทีมแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary approach)^{1,3} ซึ่งพบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำได้เป็นอย่างดี^[3,5,6] โครงการนี้จึงเกิดขึ้นเพื่อมุ่งหวังให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างเป็นระบบทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการบริการการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแบบบูรณาการ
3. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม
4. เพื่อสร้างนวัตกรรม โปรแกรมการเรียนรู้การจัดการกับอาการและภาวะของโรคด้วยตนเอง โดยระบบ Heart failure disease management program จากทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team)
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. เพิ่ม compliance และ adherence ต่อการรักษา
7. ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ
8. ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

วิธีดำเนินการ

1. จัดทำโครงการเสนอผู้บริหารทางการแพทย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. ประชุมทีมก ารดูแล PCT Cardiovascular เพื่อดำเนินการจัดตั้ง ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ในก าร จัด ทำ Heart failure disease management program TUH และร่วมกันจัดวางระบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งในผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

3. สร้างแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ร่วมกันทบทวนวรรณกรรม และจัดทำเครื่องมือในการศึกษาประเมินโครงการประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกการตรวจโรคผู้ป่วยนอก (heart failure clinic record) ซึ่งใช้เป็นแบบบันทึกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและสื่อสารภายในทีมสุขภาพที่สำคัญ เช่น แบบประเมินประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (LVEF%) ผลการประเมิน 6 MWT (เมตร) ผลการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จำนวนวัน Re-admit ภายใน 1 เดือน เป็นต้น

3.2 แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับอาหาร 4 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับยา 4 ข้อ

และความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย 5 ข้อ รวม 19 ข้อ 19 คะแนน^[11]

3.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีจำนวน 25 ข้อ 100 คะแนน^[11]

3.4 แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) เรื่องการจัดการในการดูแลตนเอง^[12-15] นำมาประยุกต์ใช้ในหัวข้อหลัก มีจำนวน 6 ข้อ 6 คะแนน

3.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (minnesota living with heart failure questionnaire^[16-17]) นำมาประยุกต์ใช้ มีจำนวน 21 ข้อ 126 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ยิ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้มีความเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

3.6 แบบประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการรักษาพยาบาล จัดทำเป็นแบบประเมินอย่างง่าย ในรูปแบบ Numeric Rating Scale (NRS) 10 คะแนน^[18] โดยคะแนนมากหมายถึงความพึงพอใจยิ่งมาก

4. จัดทำคู่มือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 เล่มให้ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีเนื้อหอย่างง่ายในทุกมิติการดูแลสุขภาพ เช่น อาการพยาธิสภาพของโรค การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ อาหารและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และจัดทำคู่มือบันทึกประจำวันสำหรับผู้ป่วย 1 เล่ม ได้แก่ การบันทึกน้ำหนัก ความดันโลหิต ชีพจร การประเมินระดับอาการหอบเหนื่อย การนอนราบ อาการบวม ปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก การรับประทานยาขับ

ปัสสาวะ และอาการผิดปกติอื่นในแต่ละวัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดทำ

5. จัดการประชุมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว “Love Your Heart Day” เพื่อณรงค์ให้ประชาชนและผู้รับบริการที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีความรู้ความเข้าใจ และเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

6. จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ “Heart Failure Education” ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ทางกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ภายในโรงพยาบาล และระบบเครือข่ายบริการ ณ คลินิกธรรมศาสตร์รัชต์วงใจ (ดูแลหัวใจคุณ ดุจดวงใจเรา) และ จัดทำ VDO นำเสนอแนะนำการจัดตั้ง Heart failure clinic และ VDO นำเสนอ ตัวอย่างผู้ป่วยใน Heart failure clinic ที่มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี แก่เครือข่ายบริการ เพื่อเป็นตัวอย่าง และกระตุ้นให้มีการเปิดคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลต่าง ๆ

7. ดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกธรรมศาสตร์รัชต์วงใจ (heart failure clinic TUH)

8. เก็บรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

9. สรุปและประเมินผลโครงการ นำเสนอผู้บริหาร และปรับปรุงรูปแบบการบริการอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

จากการดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) โดยใช้รูปแบบแนวคิด Heart failure disease management program TUH และร่วมกัน

จัดวางระบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จากการจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ “Heart Failure Education” เพื่อพัฒนาอบรมเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ และโรงพยาบาลทั้งในและนอกเครือข่ายที่มีความสนใจ เพื่อนำไปพัฒนาจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้จริงตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้าร่วมงานทั้งหมด 52 คน เป็นบุคลากรภายใน 17 คน และภายนอก 35 คน มีโรงพยาบาลต่าง ๆ เข้าร่วมงาน 7 โรงพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดประชุมคิดเป็นร้อยละ 82.31 ความรู้ความเข้าใจก่อน-หลังการอบรมเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 65.38 และ 86.92 ตามลำดับ และความมั่นใจในการเปิดคลินิกหัวใจล้มเหลวโดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 78.46

ในปัจจุบันได้มีการดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวชื่อ “คลินิกธรรมศาสตร์รัชต์วงใจ” ณ ศูนย์หัวใจธรรมศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีองค์ประกอบของการดูแลที่สำคัญคือ การดูแลร่วมกันจากหลายสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) การสอนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตัวเองได้ (patient education and self-management) และการติดตามหลังจำหน่าย (specialized follow-up procedures) มีการจัดตั้งคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมให้บริการทุกวันพุธ ของทุกสัปดาห์ มีแนวทางและระบบในการ Consult Nurse Case Manager และ APN ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในคลินิกมีทั้งหมด 12 ราย และมีผู้ป่วยในทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) จำนวน 4 ราย พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการบริการการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแบบบูรณา

การคิดเป็นร้อยละ 100 อัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้ตามมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 100 อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการจากการดำเนินโครงการก่อให้เกิดการสร้างนวัตกรรมโปรแกรมการเรียนรู้การจัดการกับอาการภาวะของโรคด้วยตนเอง ได้แก่ คู่มือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1 เล่ม คู่มือบันทึกประจำวันของผู้ป่วยประจำคลินิกธรรมศาสตร์รักษดวงใจ (heart failure clinic) 1 เล่ม มี VDO แนะนำและนำเสนอวิธีการจัดตั้ง Heart failure clinic และ VDO แนะนำผู้ป่วยบุคคลแบบอย่างใน Heart failure clinic ที่มีภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น จากการมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ คลินิกธรรมศาสตร์รักษดวงใจ ในการดำเนินการโครงการดังกล่าว พบว่าอัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 100

จากการดำเนินโครงการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด 16 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุอยู่ในช่วง 31-86 ปี อายุเฉลี่ย 63.75 ปี (S.D.=19.88) มีการวัดผลการดำเนินโครงการแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการดำเนินงาน (one group pre-post test design) ผลการดำเนินงานดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการบริการการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแบบบูรณาการ คิดเป็นร้อยละ 100 อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ในการดูแลสุขภาพก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ จาก 10 คะแนน (S.D.=1.63) เพิ่มขึ้นเป็น 17.13 คะแนน (S.D.=1.63) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง (self-care Management) จาก 0.88 คะแนน (S.D.=0.81) เพิ่มขึ้นเป็น 5.75 คะแนน (S.D.=0.45) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (quality of life) จาก 36.31 คะแนน (S.D.=16.30) เพิ่มขึ้นเป็น 104.31 คะแนน (S.D.=16.77) ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (LVEF) โดยเฉลี่ยจากร้อยละ 30.53 (S.D.=8.01) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.13 (S.D.=6.97) ระยะทางเฉลี่ยจากผลการประเมิน 6MWT เพิ่มขึ้นจาก 208.88 เมตร (S.D.=81.81) เป็น 272 เมตร (S.D.=85.82) มีอัตราการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (drugs compliance and adherence) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.25 (S.D.=8.03) เป็นร้อยละ 98.64 (S.D.=2.18) จำนวนวันเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (re-admit) ภายในเวลา 1 ปี ลดลงจาก 4 วัน (S.D.=1.27) เหลือ 0.25 วัน (S.D.=0.58) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการพบว่า เพิ่มขึ้นจาก 6.63 (S.D.=0.89) คะแนน เป็น 10 คะแนน (S.D.=0.00) เมื่อนำผลลัพธ์ของโครงการทั้งหมดมาเปรียบเทียบ ระหว่างก่อน-หลังการเข้าร่วมโครงการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ในการดำเนินโครงการ Love Your Heart Program ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ณ คลินิกธรรมศาสตร์รักษดวงใจ ศูนย์หัวใจธรรมศาสตร์ งานพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลลัพธ์ โครงการ	คะแนน เต็ม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ			t	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
1. คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพ	19	10	1.63	ปานกลาง	17.13	1.78	สูง	-17.51	.000
2. คะแนนความสามารถในการจัดการในการดูแลตนเอง	6	0.88	0.81	ต่ำ	5.75	0.45	สูง	-31.50	.000
3. คะแนนคุณภาพชีวิต (quality of life)	126	36.31	16.30	ต่ำ	104.31	16.77	สูง	-11.82	.000
4. ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (LVEF%)	60	30.53	8.01	ต่ำ	46.13	6.97	ปานกลาง	-8.31	.000
5. ผลการประเมิน 6 MWT (เมตร)	ระยะทางที่เดินได้	208.88	81.81	ต่ำ	272	85.82	ต่ำ	-7.46	.000
6. อัตราการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	100	81.25	8.03	สูง	98.64	2.18	สูงมาก	-9.82	.000
7. จำนวนวัน Re-admit ภายใน 1 ปี	0	4	1.27	สูง	0.25	0.58	ต่ำ	12.68	.000
8. คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ป่วยและญาติ	10	6.63	0.89	ปานกลาง	10	.00	สูงมาก	-15.25	.000

อภิปรายผล

ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ดังนั้นการดูแลจะต้องเน้นการดูแลต่อเนื่องที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย การให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาการทำให้อาการผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการวางแผนการจำหน่ายเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ ลักษณะการดูแลดังกล่าวต้องเกิดจากความร่วมมือในการดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อบูรณาการการดูแลแบบองค์รวม^[19-21] โดยการจัดตั้งทีมและพัฒนาระบบการดูแลเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Mc Alister, Lawson, Teo and Armstrong^[22] และ Doughty, et al.^[23] ที่พบว่าทำให้การดูแลแบบบูรณาการ (integrated approach or Integrated management program) นั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้เป็นอย่างดี จากการมีคลินิกดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่องนั้นจากการศึกษา Systematic Review of Randomize Trials of Disease Management Programs in Heart Failure สรุปไว้ว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ประสบความสำเร็จมีองค์ประกอบของการดูแลที่สำคัญคือ^[1,3,22]

1) การดูแลร่วมกันจากหลายสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary)

2) การสอนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ (patient education and self-management)

3) การติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วย (specialized follow-up procedures)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในคลินิกที่มีการให้ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05^[7]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการดำเนินโครงการไปใช้

แนวทางการดำเนินโครงการนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบของการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษา/วิจัยเพิ่มเติม

2.1. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการดูแลรักษาแบบบูรณาการ (integrated approach or integrated management program) นั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายได้จริงหรือไม่ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบอื่น ๆ ผนวกกับแนวคิดทางการพยาบาลต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การส่งเสริมให้ความรู้ในรูปแบบใหม่ๆ การสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ที่ทันสมัย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) การจัดการกับอาการของตนเอง (self-management) การให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองให้เกิดขึ้น (empowerment) เป็นต้น เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับภาวะของโรคเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

โครงการพัฒนาคุณภาพเรื่องนี้ สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดีต้องขอขอบคุณ งบประมาณในการดำเนินโครงการจาก งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินงานในคลินิกหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ทีมแพทย์ รศ.นพ.อดิศักดิ์ บัวคำศรี อาจารย์ พญ.ธิดา ศรีรัตน ทาบุญกานอน งานการพยาบาล พว.จุฑาจิต สร้อยชา พว. สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล งานเภสัชกร ภญ.ดวงกมล กฤษณะพิพัฒน์ ภญ.สุมนา จิตโกเศษม งานกายภาพบำบัด กก.สุพัตรา ธาตาศิรพัฒน์ กก.ปารณีย์ สุภาพ กก.สุพรรณิ เอยรอด และงานโภชนาการ นักกำหนดอาหารวิชาชีพ น.ส.ชมชนก ศรีจันทร์ น.ส.เบญจพรรณ บุรวัฒน์ และ ขอขอบคุณ ดร.พท.ป.เมธาร์ ศิริวัฒนสาธร ที่ปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. รังสฤษฎ์ กาญจนวณิช และ อรินทยา พรหมนิธิกุล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ.สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/cmu-hf-clinic>.
2. สุภาณี สิ้นเพิ่มสุขสกุล. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วย Chronic and Acute Heart Failure. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: กรุงเทพมหานคร; 2563.
3. ปิยภัทร ชุมหรัศม์, ธีรภัทร ยิ่งชนม์เจริญ และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562 (Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart Failure Guideline). สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์; 2562.
4. Haldeman GA, Croft JB, Giles WH, Rashidee A. Hospitalization of patients with heart failure: national hospital discharge survey 1985-1995. Am Heart J 1999; 137: 352-60.
5. Roger VL, Weston SA, Redfield MM, Hellermann-Homan JP, Killian J, Yawn BP, Jacobsen SJ. Trends in Heart Failure Incidence and

- Survival in a Community-Based Population: American Medical Association. JAMA 2004; 292 (3): 344-350.
6. Reyes EB, Ha J-W, Firdaus I, Ghazi AM, Phrommintikul A, Sim D, Vu QN, Siu CW, Yin W-H, Cowie MR. Heart failure across Asia: Same healthcare burden but differences in organization of care: International Journal of Cardiology 2016; 223: 163–167.
 7. พรพรรณ เทอดสุทธิธัญญิ. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558; 26(1): 2-14.
 8. จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิริลักษณ์, จุก สุวรรณโณ, วงรัตน์ ไสสุข, และอรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์. อายุกับการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว: เปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2552; 27: 335-46.
 9. Vinson JM, Rich MW, Speerry JC, Shah AS, McNamara T. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 1290-95.
 10. Philbin EF, Rocco TA, Lidenmuth NW, Ulrich K, Jenkins PL. Clinical outcomes in heart failure: report from a community hospital-based registry. Am J Med 1999; 107: 549-55.
 11. อนงค์ อมฤตโกมล. บทบาทพยาบาลคลินิกหัวใจล้มเหลว. ใน: รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุล, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/cmu-hf-clinic>.
 12. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure Index. J Cardiac Fail 2004; 10: 350-60.
 13. จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิริลักษณ์, ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, อรุณศรี จันทร์ประดิษฐ์, วงรัตน์ ไสสุข. การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล 2551; 23 (1): 35-47.
 14. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, ศศิธร วรรณพงษ์. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29 (4): 64-78.
 15. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, พัชรินทร์ ขวัญชัย, ทศนีย์ สร้อยอ่อน. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2555; 18 (1): 102-118.

16. Tangsatitkiat W, Sakthong P. Thai version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: psychometric testing using a longitudinal design. *Asian Biomedicine* 2010; 4(6): 877-84.
17. อัจฉริยา พ่วงแก้ว, พรรณิภา บุญเขียว, ศศิมา ทองสาย, นพวรรณ เจริญยศ, ลลันภัทรา ธนัตถโกคินันท์. ปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2563; 31 (1): 179-97.
18. Krebs EE, Carey TS, Weinberger M. Accuracy of the pain numeric rating scale as a screening test in primary care. *JGIM* 2007; 22: 1453-58.
19. อนงค์ อมฤตโกมล. คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม Super Nurses : Driving Forces in Comprehensive Health Care Success: พลังพยาบาลในการขับเคลื่อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.med.cmu.ac.th/hospital/WebForum>.
20. American Heart Association. Discharge Criteria for Patients Hospitalized with Heart Failure. [internet]. 2017 [2019 March 19] Online Available from: <https://www.heart.org/professional/target-heart-failure>. TARGET: HF.
21. De Looze S, Jaarsma T. Nurse-managed heart failure program in the Netherlands. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2002; 1(2): 123-9.
22. Mc Alister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW (2001). A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med* 2001; 110 (5): 378-84.
23. Doughty RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA, Gamble G, Sharpe N. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management. The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur Heart J* 2002; 23(2): 139-146.