



# ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ไวยพร พรหมวงศ์ พยบ., พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)<sup>1\*</sup>

จรรยาศรี มีหนองหว้า พยบ., วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) ปร.ด. (ยุทธศาสตร์การพัฒนามิติภาค)<sup>1</sup>

สุมิตรา วีระกุล พยบ.<sup>2</sup>

วิไลวรรณ ปลุกเจริญ พยบ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย

<sup>2</sup> ห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย

\* ผู้ติดต่อ, อีเมล: Waiyaporn@bcnsp.ac.th

Vajira Med J. 2021; 65(5) : 373-86

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.36>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

**วิธีดำเนินการวิจัย:** การวิจัยเชิงบรรยาย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย New York Heart Association Functional Class (NYHA FC), Left Ventricular Ejection fraction (LVEF) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 61.8 อายุอยู่ระหว่าง 37-92 ปี อายุเฉลี่ย 59.2 ปี (SD=13.8) ทุกรายมีระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระยะ C ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 3 เดือนถึง 6 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3 ปี (SD=18.4) ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 3 เดือนถึง 6 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 ปี 6 เดือน (SD=16.4) แรกเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี NYHA FC II-III ค่า LVEF น้อยกว่าร้อยละ 40 หลังเข้ารับการรักษาในคลินิก ส่วนใหญ่มี NYHA FC I-II ค่า LVEF มากกว่าร้อยละ 40 ไม่เคยเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและไม่เคยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ระดับดี และคุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ย 86.93 คะแนน (SD.=20.5) อยู่ในระดับสูง

**สรุป:** ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลในคลินิกหัวใจล้มเหลวทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต, ภาวะหัวใจล้มเหลว, คลินิกหัวใจล้มเหลว



# Clinical Outcomes of Patients with Heart failure at the Heart Failure Clinic, Sunpasitthiprasong Hospital

Waiyaporn Promwong RN, M.N.S. (Adult Nursing)<sup>1\*</sup>

Jaroonsree Meenongwah RN, M.S. (Nursing), PhD. (Regional Development Strategies)<sup>1</sup>

Sumitar Veerakul RN<sup>2</sup>

Wilaiwan Plookcharoen RN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Adult and Elderly Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasittiprasong, Ubon Ratchathani, Thailand

<sup>2</sup> Cardiac Care Unit 2, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand

\* Corresponding author, e-mail address : Waiyaporn@bcnsp.ac.th

Vajira Med J. 2021; 65(5) : 373-86

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.36>

## Abstract

**Objective:** To study the clinical outcomes of heart failure (HF) patients at the HF clinic, Sunpasitthiprasong Hospital.

**Method:** Descriptive study was applied. Purposive sampling was used to recruit 34 patients with HF. Data was collected from March to August 2020, using a personal data questionnaire, the clinical outcome questionnaire for HF patients included New York Heart Association Functional Class (NYHA FC), Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF), hospital re-admission, and re-visited the emergency room, self-care behavior questionnaire, and the quality of life questionnaire. Descriptive statistics was used for data analysis.

**Results:** The majority of the subjects were male (61.8%) and age ranged between 37-92 years old, a mean of 59.2 years old (SD = 13.8). All of them had stage C of HF, the period they were diagnosed with HF ranged from 3 months to 6 years, mean 3 years (SD = 18.4). Duration of clinical heart failure was between 3 months and 6 years, two and a half year (SD = 16.4). Before enrolling in the HF clinic, most of the samples had NYHA FC II-III and LVEF was less than 40 percent. After enrolling in HF clinic, most HF patients had NYHA FC I-II with LVEF more than 40 percent, no re-hospitalized and never revisit emergency room. Overall self-care behavior was at a good level and an average score on quality of life was 86.93 (SD. = 20.5), which was a high level.

**Conclusion:** The HF patients who were cared in the HF clinic had better clinical outcomes. As a result, the rate of re-hospitalization and re-visiting emergency room were decreased, and the quality of life of HF patients were increased.

**Keywords:** self-care behavior, quality of life, heart failure, heart failure clinic

## บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักมีอาการที่สำคัญ 2 กลุ่มอาการ คือ หายใจเหนื่อย (dyspnea) และ/หรืออ่อนเพลีย (fatigue) และเกิดภาวะน้ำและเกลือคั่งทำให้มีอาการบวม น้ำคั่งในปอดและอวัยวะภายใน<sup>1</sup> ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัญหาด้านการดูแลสุขภาพทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต<sup>2</sup> ประชากรชาวอเมริกันในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ประมาณ 1 ใน 5 คนหรือมากกว่าหกล้านคนมีภาวะหัวใจล้มเหลว และคาดว่าตัวเลขจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 46 ในช่วง 15 ปีถัดไป และประมาณ 800,000 คนภายในปี ค.ศ. 2030 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุดเกิดจากความดันโลหิตสูง<sup>3</sup> ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบความชุกของโรคนี้ประมาณ 26 ล้านคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่สูง<sup>4</sup> จากทะเบียน Thai Acute Decompensate Heart Failure Registry (ADHERE) ของไทยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นมีอายุน้อยและมีอาการหนักกว่าผู้ป่วยชาวยุโรปและอเมริกา<sup>4</sup> นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีอัตราการความชุกเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่ากับร้อยละ 5.5 ซึ่งถือว่าสูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ และอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันสูง<sup>5</sup> การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงสะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาของโรงพยาบาล<sup>6</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเข้ารับรักษาซ้ำมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับพฤติกรรมดูแลตนเองที่เฉพาะกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้คือ การควบคุมความสมดุลของน้ำ การจำกัดอาหารโซเดียมสูง การรับประทานยาตามแผนการรักษา การติดตามอาการด้วยตนเอง และการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เนื่องจากภาวะ

หัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การดูแลตนเองจึงเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากลำบาก<sup>7,8</sup> สิ่งสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการรักษาระยะยาวคือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านการให้ความรู้ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การรับรู้และการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การรับประทายตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทายอาหารและการดื่มน้ำที่เหมาะสม การรักษาสวมคลุมของการพักผ่อน และการทำกิจกรรมการดูแลตนเองด้านจิตสังคม และรวมถึงการเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>8,9</sup>

การจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลว (heart failure clinic) ได้รับการพิสูจน์ในงานวิจัยจำนวนมากว่าเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการรักษาให้ได้ตามมาตรฐาน เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว<sup>10-11</sup> ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจะต้องดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) คือต้องมีการทำงานร่วมกันของหลายๆ วิชาชีพโดยมีเป้าหมายเดียวกัน ทั้งนี้สมาชิกแต่ละคนจะใช้แนวคิดทฤษฎีของสาขาวิชาชีพตนเองเป็นกรอบในการทำงาน สิ่งที่มีร่วมกันของทีมคือการประชุมวางแผนแบ่งความรับผิดชอบที่ชัดเจนมีการปรึกษาหารือการขอคำแนะนำจากสาขาวิชาชีพอื่นในทีมเมื่อมีปัญหาอย่างไรก็ตามสมาชิกในทีมยังคงมีอิสระในการคิดตัดสินใจและดำเนินการตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของตนเอง<sup>12</sup> ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านโรคหัวใจ หรือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เภสัชกร นักกำหนดอาหาร และนักกายภาพบำบัด<sup>11</sup>

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการจากสหสาขาวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าความสามารถ

ในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) น้อยกว่าร้อยละ 40 มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/ปี และไม่ร่วมมือในการรับประทานยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้เปิดให้บริการคลินิกหัวใจล้มเหลวเมื่อปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลในคลินิกโรคหัวใจทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งคลินิกคือเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การให้ยาตามมาตรฐาน ลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และลดอัตราการเสียชีวิต<sup>5</sup> ปัจจุบันให้การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นหลัก เกสซิคกรจากวารสารคลินิก และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการที่รับปรึกษาในรายที่มีปัญหาด้านโภชนาการ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ความทนในการทำกิจกรรม (New York Heart Association Functional Class: NYHA FC) การประเมิน LVEF ด้วยการทำ echocardiogram อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอัตราการเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉิน รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบความทนในการทำกิจกรรม (NYHA FC) ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอัตราการเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังเข้ารับรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เนื่องจากผลลัพธ์ทางคลินิกตั้งที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นเป็นสิ่งที่สะท้อนผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการของคลินิกหัวใจล้มเหลว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงระบบการบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้ดียิ่งขึ้นไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ความทนในการทำกิจกรรม (NYHA FC) ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอัตราการเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) รวบรวมข้อมูลในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2563 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ 18 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 3 เดือน ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยก่อนให้ข้อมูล NYHA FC I-III สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 34 ราย เกณฑ์คัดออกคือ รับเข้ารับรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวน้อยกว่า 3 เดือน และไม่สามารถพูดคุยให้ข้อมูลด้วยตนเองได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว และการรักษาที่ได้รับ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 16 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง และนำมาตรวจสอบความถูกต้องจากเวชระเบียน

**ส่วนที่ 2** ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึก New York Heart Association (NYHA) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ Class I ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย จนถึง Class IV มีอาการเหนื่อยแม้ในขณะพัก ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

2.2 แบบบันทึก Left Ventricular Ejection fraction บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

2.3 แบบบันทึกการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ประเมินจากแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

2.4 แบบบันทึกการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาประเมินจากแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยด้านการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ 5 ข้อ การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ 6 ข้อ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง 4 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็น rating scale 4 ระดับ 13 ข้อ และ 5 ระดับ 2 ข้อ เนื่องจากข้อย่อยแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนไม่เท่ากันจึงต้องปรับค่าคะแนนแต่ละด้านเป็นฐาน 100 คะแนนเท่ากัน รวมคะแนนเต็ม 300 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าผู้ป่วยยิ่งดูแลตนเองได้ดี แบบประเมินผ่านการตรวจดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่า CVI 0.95 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.75<sup>13</sup>

2.6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires ของ Rector, Kubo & Cohn<sup>14</sup> ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพวงผกา กริทอง<sup>15</sup> ผ่านตรวจค่า CVI จากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และหาค่า Reliability เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะเป็น rating scale 6 ระดับ ตั้งแต่ 0-5 คะแนน คะแนนเต็ม 105 คะแนน การแปลผลคะแนนมากคือมีคุณภาพชีวิตสูง คะแนนน้อยคือ คุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-35 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ 36-70 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง 71-105 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตสูง

### คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 10 คน ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และคำนวณหาค่า reliability แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล

ตนเอง ได้ค่า reliability เท่ากับ 0.6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ได้ค่า reliability เท่ากับ 0.9

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 1/2563 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 029/63 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยในครั้งนี้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ และเซ็นรับทราบเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งผู้วิจัยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูล และได้ขอหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในวันพฤหัสบดี และวันศุกร์เวลา 08.00-12.00 น. ขณะที่ผู้ป่วยรอรับยาจากเภสัชกรประจำคลินิก ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายขั้นตอนการทำวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยกับ ขอความร่วมมือกับผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดในการตอบแบบสอบถามการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายขั้นตอนการทำวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากการเป็นผู้ร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆทั้งสิ้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูล



จากเวชระเบียน การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยข้อมูล ส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างระหว่างแรกเข้าคลินิกและหลังเข้าคลินิกใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดให้ค่า p-value ที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 34 คน ไม่มีผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศชายจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.8 อายุอยู่ระหว่าง 37-92 ปี อายุเฉลี่ย 59.18 ปี (SD=13.78) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.6 สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 73.5 มีรายได้อยู่ระหว่าง 500-60,000 บาท/เดือน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 52.9 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 76.5 หนึ่งในสามมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 47.1 มีระยะของภาวะหัวใจล้มเหลว (Stage of heart failure) อยู่ระยะ C ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 3 เดือนถึง 6 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3 ปี (SD=18.37) ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 3 เดือนถึง 6 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 ปี 6 เดือน (SD=16.42)

ระดับความทนในการทำกิจกรรม (New York Heart Association Functional Classification: NYHA FC) แรกเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่ NYHA FC II ร้อยละ 79.4 รองลงมาคือ NYHA FC III ร้อยละ 17.6 หลังเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ NYHA

FC II ร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ NYHA FC I ร้อยละ 35.3 ส่วนค่าแรงบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction LVEF: LVEF) แรกเข้าคลินิกอยู่ระหว่างร้อยละ 9.00-78.70 ส่วนใหญ่ มีค่า LVEF น้อยกว่าร้อยละ 40 คิดเป็นร้อยละ 88.24 และปัจจุบันพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่า LVEF อยู่ระหว่างร้อยละ 12-79 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีค่า LVEF น้อยกว่าร้อยละ 40 จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.24 เมื่อพิจารณารายบุคคลพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีค่า LVEF เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.71 ส่วนใหญ่ไม่เคยกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 91.2 และไม่เคยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 94.1 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 61.8 และกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งไม่เคยดื่มสุรา รองลงมาคือ เคยดื่มสุรา แต่เลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 50 และ 47.1 ตามลำดับ

ส่วนการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับประกอบด้วย ยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่ได้แก่ ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (beta blocker) ร้อยละ 94.1 รองลงมาคือ aldosterone antagonist ร้อยละ 73.5 ยากลุ่ม ACEI/ ARB ร้อยละ 70.6 ตามลำดับ และยาอื่นที่ให้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และรักษาโรคร่วม พบมากที่สุดคือ ยาลดไขมัน (lipid lowering agent) ร้อยละ 70.6 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีการรักษาด้วยยามากกว่า 1 ชนิด ดังแสดงในตารางที่ 1

### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่รับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นผลกระทบของโรคหัวใจล้มเหลวที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.93 คะแนน (SD.=20.5) อยู่ในระดับสูงและคะแนนอยู่ระหว่าง 32-105 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 6

ผลการเปรียบเทียบ LVEF ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่า LVEF แรกเข้าคลินิกเฉลี่ยร้อยละ 28.8 และค่า LVEF หลังเข้าคลินิกเฉลี่ยร้อยละ 41.0 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.00$  ดังแสดงในตารางที่ 7

## ตารางที่ 1:

ผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแรกเข้าคลินิกและปัจจุบันเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว และการรักษาปัจจุบันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (จำนวน 34 ราย)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วย ราย (ร้อยละ)	
	แรกเข้าคลินิก	ปัจจุบัน
NYHA FC I	1 (2.9)	12 (35.3)
II	27 (79.4)	21 (61.8)
III	6 (17.6)	1 (2.9)
LVEF (%) < 40	30 (88.2)	13 (38.2)
≥ 40*	4 (21.8)	21 (61.8)
การรักษา		
ยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่จำเป็น		
Beta blockers	32	94.1
Aldosterone antagonist	25	73.5
ACEI/ ARB	24	70.6
Loop diuretic	21	61.8
Digoxin	6	17.7
ยาลดปัจจัยเสี่ยง		
Anticoagulant	6	17.7
Antihyperglycemic agent	14	41.2

\* หมายเหตุ หัวใจล้มเหลวชนิด preserved heart failure

## ตารางที่ 2:

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายด้าน (จำนวน 34 ราย)

การดูแลตนเองรายด้าน	Max	Min	Mean	SD.	แปลผล
การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ	89.99	36.66	66.46	14.19	ดี
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	100	20.00	55.44	17.64	ดี
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	100	38.92	68.19	15.56	ดี
การดูแลตนเองโดยรวม	273	129	190	35	ดี

**ตารางที่ 3:**

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนจริงของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (จำนวน 34 ราย)

พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน	Mean	SD.	คะแนนจริง	คะแนนที่เป็นไปได้
1. ความถี่ของการซับน้ำหนักรีดตัว	2.8	0.9	1-4	1-4
2. ความถี่การตรวจดูอาการบวมที่ข้อเท้า หลังเท้า หน้าแข้ง	3.4	0.7	2-4	1-4
3. การป้องกันไม่ให้ป็นหวัด	2.9	0.9	1-4	1-4
4. การทำกิจกรรมออกแรง	3.1	1.0	1-4	1-4
5. การมาพบแพทย์ตามนัด	3.9	0.3	3-4	1-4
6. การรับประทานอาหารไม่เค็ม	3.0	1.1	1-4	1-4
7. การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที	2.4	1.4	1-4	1-4
8. การลืมหินยา	3.7	1.1	1-4*	1-4
9. การรับประทานอาหารไม่เค็มเมื่ออยู่นอกบ้าน	2.1	1.6	1-4	1-4
10. การมีตัวช่วยเพื่อไม่ให้ลืมรับประทานยา	2.6	1.9	1-4	1-4

\*กลับค่าคะแนน เนื่องจากเป็นข้อคำถามทางลบ

**ตารางที่ 4:**

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนนจริงของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (จำนวน 34 ราย)

พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ	Mean	SD.	คะแนนจริง	คะแนนที่เป็นไปได้
1. ความสามารถนี้กรู้อาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว	2.6	2.3	0-4	0-5
2. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารเค็มอย่างเคร่งครัด	3.1	1.7	2-4	1-4
3. การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม หรือเครื่องดื่มให้น้อยลง	3.0	1.0	1-4	1-4
4. การรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากที่แพทย์สั่ง	1.7	2.4	1-4	1-4
5. การไปพบหรือโทรศัพท์ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อขอคำแนะนำการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ	1.7	2.5	1-4	1-4
6. การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการกำเริบ	3.0	2.3	1-4	0-5

**ตารางที่ 5:**

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนนจริงของความมั่นใจในการดูแลตนเอง (จำนวน 34 ราย)

พฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อ	Mean	SD.	คะแนนจริง	คะแนนที่เป็นไปได้
1. ความมั่นใจในการรักษาควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ	2.9	2.5	1-4	1-4
2. ความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษา ได้ถูกต้องครบถ้วน	3.1	2.6	2-4	1-4
3. ความมั่นใจว่าสามารถสังเกตประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	3.1	2.8	2-4	1-4
4. ความมั่นใจในการรู้สึกรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย	3.2	2.9	2-4	1-4
5. ความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการที่กำเริบได้	3.0	3.1	2-4	1-4
6. ความสามารถประเมินผลวิธีการที่ปฏิบัติกรเพื่อควบคุมรักษาอาการไม่ให้กำเริบ	3.0	3.3	1-4	1-4



## ตารางที่ 6:

จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนจริง และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (จำนวน 34 ราย)

ระดับคุณภาพชีวิต (คะแนน)	ช่วงคะแนนจริง	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 35)	32	1	2.9
ปานกลาง (36 - 70)	47 - 69	6	17.6
สูง (71 - 105)	73 - 105	27	79.4

## ตารางที่ 7:

เปรียบเทียบ LVEF ของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังเข้ารับการดูแลในคลินิกหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

ข้อมูล	แรกเข้าคลินิก Mean (SD.)	หลังเข้าคลินิก Mean (SD.)	t	df	P value
LVEF	28.8 (15.8)	41.0 (17.2)	-5.2	33	0.00

P &lt; 0.05

## บทวิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คล้ายคลึงกับการศึกษาของกมลรัตน์ ทองปลั่ง<sup>16</sup> และไวยพร พรหมวงศ์และคณะ<sup>17</sup> ที่พบว่า ภาวะหัวใจล้มเหลวพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง<sup>16-17</sup> ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรส และได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนารี อินทรศักดิ์ และคณะ<sup>18</sup> ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ได้ประกอบอาชีพ และอาศัยอยู่กับคู่ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่มีทักษะในการอ่าน การนับ การมองเห็นปกติ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นผู้ที่มีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้<sup>19</sup> และสอดคล้องกับการทบทวนปัจจัยที่สนับสนุนการดูแลตนเองของริเกลและคณะ<sup>20</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว การรู้คิดปกติ มีส่วนช่วยในการดูแลตนเองของผู้ที่มีหัวใจล้มเหลว

การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และลดปัจจัยเสี่ยงซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะของโรค Stage C การให้การรักษาที่มีความสอดคล้องกับแนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว Stage C ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น<sup>3,11,21</sup>

ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นจากแรกรับเข้าคลินิกหัวใจล้มเหลวทั้งอัตราการเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาลดลง ระดับความทนในการทำกิจกรรม ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างจากก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>16-17,22-23</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลผ่านคลินิกหัวใจล้มเหลวจะทำให้อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 ต่อปี และไม่มีอาการกลับเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจากการดูแลของคลินิกหัวใจล้มเหลวเป็นการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านหัวใจล้มเหลว พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ซึ่งเป็นการดึงเอาจุดเด่นของแต่ละวิชาชีพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีพยาบาลเป็นกลไกที่สำคัญ (nurse-led) ให้การสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแผนการรักษา สอนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับ การจำกัดอาหารเค็ม การจำกัดน้ำ ในรายที่อาการรุนแรง การประเมินภาวะน้ำเกิน การติดตามอาการ

เปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและเปิดช่องทางให้ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามข้อสงสัยหรือขอความช่วยเหลือในการเจ็บป่วยหรือการดูแลตนเอง และมีการแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อใช้อ่านทบทวน และลงบันทึกน้ำหนัก ความดันโลหิต และบันทึกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น<sup>17,22,24</sup>

ระดับความความทนทานในการทำกิจกรรมแบ่งตาม New York Heart Association Functional (NYHA FC) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าคลินิกอย่างน้อย 3 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ Function class I-II แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความทนในการทำกิจกรรมโดยไม่มีอาการเหนื่อยหรือเหนื่อยแต่เมื่อพักอาการดีขึ้น ซึ่งระดับความทนในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับการตายของผู้ที่มีความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายต่ำ และการใช้ NYHA ช่วยประเมินความเสี่ยงของการนอนโรงพยาบาล ความเหมาะสมของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา ซึ่งระบบบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พยาบาลและแพทย์มีการประเมินและบันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำและดูความสัมพันธ์ การทำกิจกรรมนั้นกับอาการที่เกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา และพยาบาลประจำคลินิกได้ใช้ข้อมูลระดับความทนในการทำกิจกรรมในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูหัวใจ เพราะผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาการคงที่อย่างน้อย 3 สัปดาห์อยู่ใน NYHA I-III สามารถฝึกออกกำลังกายเพื่อลดการนอนโรงพยาบาลและลดการเสียชีวิตได้<sup>10</sup> และผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 3 เดือน สามารถพัฒนาความทนในการทำกิจกรรมให้ดีขึ้น และช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ตลอดจนอัตราเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้<sup>16-17,24</sup>

ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี LVEF เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าคลินิกอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) เพื่อพิจารณารายคนก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่า LVEF เพิ่มขึ้นจากแรกเข้ารับ

การรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว และมีกลุ่มตัวอย่างบางรายมีค่า LVEF ไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 3-18 เดือน มี LVEF ในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีผู้ป่วยร้อยละ 38 ที่มีค่า LVEF ไม่เพิ่มขึ้น<sup>16-17,22,24,25</sup>

ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นถึงแม้ว่าโดยภาพรวมจะอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะโรคที่มีการดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จะสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมี NYHA FC และ LVEF ดีขึ้นและส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและอัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง<sup>16,17,22,24,25</sup> อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และแตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการรักษาในคลินิกดูแลผู้ป่วยนอกทั่วไปที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองจะอยู่ในระดับต่ำ และระดับพอใช้ และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันในคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วไปที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเท่านั้น<sup>13,26,27</sup>

แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายข้อในแต่ละด้านพบว่า ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ยังมีบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้น้อย การรับประทานอาหารไม่เค็มเมื่ออยู่นอกบ้าน เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยจะจำกัดอาหารเค็มได้ลำบากเมื่อออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน<sup>10</sup> เพราะอาหารนอกบ้านมักจะมีปริมาณโซเดียมที่มากกว่าปริมาณอาหารที่ประกอบเอง จึงต้องแนะนำให้ผู้ป่วยประกอบอาหารรับประทานเอง และแยกจากบุคคลอื่นในครอบครัว หรือหากมีความจำเป็นที่จะต้องออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านต้องแนะนำให้ผู้ป่วยชิมอาหารก่อนปรุงเครื่องปรุง หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูป และอาหารกึ่งสำเร็จรูปต่างๆ หลีกเลี่ยงการชดน้ำซूपหมดด้วย ลดการบริโภคอาหารที่มี

น้ำจิ้ม ลดการบริโภคอาหารจานเดียว กินผลไม้สดโดยไม่จิ้ม พริกเกลือ ตลอดจนสอนผู้ป่วยอ่านฉลากโภชนาการ และเลือกอาหารชนิดที่มีเกลือหรือโซเดียมน้อยที่สุดหรือมีโซเดียมน้อยกว่า 120 mg/ 1 หน่วยบริโภค<sup>28</sup>

2) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ ข้อที่ผู้ป่วยปฏิบัติน้อยที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คือ การรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากที่แพทย์สั่ง และการไปพบหรือโทรศัพท์ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อขอคำแนะนำการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีการให้ผู้ป่วยปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง (flexible diuretic regimen)<sup>11,21</sup> แต่จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการที่ไม่ได้รับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากที่แพทย์สั่ง หรือไม่ได้โทรศัพท์มาปรึกษาพยาบาลของคลินิก เนื่องจากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีอาการบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากคลินิกหัวใจล้มเหลว ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ไม่มีอาการของภาวะน้ำเกิน จึงทำให้ไม่ต้องรับประทานยาขับปัสสาวะเพิ่มจากที่แพทย์สั่ง<sup>9</sup>

3) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง เป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองสูงที่สุด แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมั่นใจน้อยที่สุดคือ ความมั่นใจในการรักษาควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าการที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว จึงไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น จนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยสามารถทราบได้เร็วกว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและรีบมาพบแพทย์จะทำให้อาการไม่รุนแรง โดยอาจมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินจะสามารถบรรเทาความรุนแรงของโรคได้<sup>13,29</sup>

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Moradi และคณะ<sup>30</sup> ที่มีการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมิน The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) จากทั่วโลก พบว่า ผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลวจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงระดับพอใช้ โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวอเมริกัน (mean 48.0) มีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าชาวยุโรป (mean 45.5) และคนไทย (mean 35.1) และคล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทย ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในคลินิกหัวใจล้มเหลวที่ดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับพอใช้<sup>17</sup> อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเพศชายจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง<sup>31</sup> การมีงานทำ และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่ทำให้เกิดอาการท้อแท้ เบื่อหน่ายกับการดูแลสุขภาพ มีการดูแลตนเองดี ไม่ได้กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จึงทำให้คุณภาพชีวิตสูง<sup>32-33</sup> แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า ปัจจัยด้านเพศหญิง และมีอาชีพรับจ้างอาจทำให้ทำงานได้ไม่เต็มที่ และมีระยะเจ็บป่วยที่นานมีความสัมพันธ์กับความรู้สึท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อโรคที่เป็น และกลุ่มตัวอย่างต้องรับประทานยาหลายชนิดร่วมกัน จึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ระดับต่ำ<sup>33</sup> ซึ่งพยาบาลจะต้องดำเนินการประเมินปัจจัยด้านจิตใจสังคม ทั้งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตเพิ่มเติม เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลระหว่างมีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกมีจำนวนน้อยกว่าในสถานการณ์ปกติ ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งอาจมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

### สรุปผลงานวิจัย

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลในคลินิกหัวใจล้มเหลว มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและเหมาะสม ทำให้สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## การนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในคลินิกหัวใจล้มเหลว และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอบพระคุณ รศ.ดร. จอม สุวรรณโณ และ ผศ.ดร. พวงผกา กรีทอง ที่ให้ความอนุเคราะห์เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure: Executive summary. JACC 2013; 128:1810-1852.
2. Rajadurai J, Tse HF, Wang CH, Yang NI, Zhou J, Sim D. Understanding the epidemiology of heart failure to improve management practices: An Asia-Pacific perspective. J Card Fail 2017; 23(4): 327-39.
3. American Heart Association. Causes and risks for heart failure [internet]. 2017 [cited 2020 Mar 13] Available from: [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/CausesAndRisksForHeart-Failure\\_UCM\\_002046\\_Article.jsp#.Wpwr0-jFJPa](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/CausesAndRisksForHeart-Failure_UCM_002046_Article.jsp#.Wpwr0-jFJPa)
4. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). CVD Prevention and control 2010; 5(3): 89-95.
5. Ministry of Public Health. Service plan cardiology division [internet]. 2013 [cited 2021 JUN 01]; 25. Available from: [http://watphlenghospital.go.th/httpdocs/DATA/Service%20Plan/Service\\_Plan10.pdf](http://watphlenghospital.go.th/httpdocs/DATA/Service%20Plan/Service_Plan10.pdf). (in Thai)
6. Soomhirun R, Monkong S, Khuwawatanasamrit K. A Literature Review Related to the management for reducing readmission in patients with heart failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2009; 20(1): 17-32.
7. Heart Failure Society of America, JoAnn Lindenfeld, Nancy M Albert, John P Boehmer, Sean P Collins, Justin A Ezekowitz, et al. Executive summary: HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. J Card Fail 2010; 16(6): e1-194.
8. Jaarsma T, Stromberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen H, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. Patient Education and Counseling 2013; 92: 114-20.
9. Kanjanavanit R, editor. Comprehensive heart failure management program. 2<sup>nd</sup>ed. Bangkok: Concept medical; 2015. (in Thai)
10. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King, Heart Failure Society of Thailand. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Heart Failure, 2014. Bangkok: A-Plus Printing; 2014. (in Thai)
11. European Society of Cardiology. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur J Heart Fail 2016; 1-85.
12. Rerkluenrit J. Nurse's roles in the multidisciplinary team to prevent rehospitalization of persons

- with heart failure: Using King's goal attainment theory. *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32(4): 6-17.
13. Suwanno J, Petsirasan R, Prasearththa P, Chanpradi A, Saisu W. Self-care among patients with chronic heart failure. *Thai Journal of Nursing Council* 2008; 23(1): 35-47. (in Thai)
  14. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patient's self-assessment of their congestive heart failure: Content, reliability and validity of a new measure: The Minnesota living with heart failure questionnaire. *Heart Failure* 1987; 3: 198-219.
  15. Krethong P. A causal model of quality of life in patients with heart failure. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
  16. Thongplung K. Multidisciplinary Approach for the Treatment Chronic Heart Failure Patients at Nakhonpathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal* 2019; 37(2): 108-18.
  17. Promwong W, Siripitayakunkit A, Hanprasitkam K. Evaluation of health care services using a multidisciplinary care model for persons with heart failure at the heart failure clinic, Ramathibodi Hospital. *Rama Nurs J* 2019; 25(2): 166-80.
  18. Intarasak N, Chinnawong T, Kritpracha C. The effect of self-management support program on health behaviors and clinical status among patients with congestive heart failure. *Songklanagarind J Nurs* 2015; 35suppl: 131-42.
  19. Hanuchareonkul S. Self-care: Self-care: Science and arts in nursing. Volume 6. Bangkok: VJ Printing; 2001.
  20. Riegel B, Dickson WV, Faulkner KM. The Situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and updated. *J Cardiovasc Nurs* 2016; 31(3): 226-35.
  21. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart Failure Guideline. Samut Prakan: Next step design; 2019. (in Thai)
  22. Chunharas P, Lerssuttiporn U, Kankratoke P, Chaingam P, Mokprakhon S, Sae-ueng K, et al. Comparison of functional capacity and readmission rate in heart failure patients after enrolling into multidisciplinary heart failure clinic in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital (CHAMP-HF). *KKU Journal of Medicine* 2020; 6(2): 24-33.
  23. Wongwantanee S, Kiatjaroensin s, Dowmanee P, Jaratpatanawong C, Kumti T. Effectiveness of heart failure clinic care in Rayong hospital. *The Journal of Prapokklo Hospital Clinical Medical Education Center* 2010; 27(4): 222-33.
  24. Gandhi S, Mosleh W, Sharma UC, Demers C, Farkouh ME, Schwalm JD. Multidisciplinary heart failure clinics are associated with lower heart failure hospitalization and mortality: Systematic review and meta-analysis. *Can J Cardiol* 2017; 33(10): 1237-44.
  25. Hsiao I, Chien C, Chen C, Lin C, Koo M. Predictors of lack of improvement in the left ventricular ejection fraction in patients with congestive heart failure 18 months after commencement of a disease management program: a prospective observational study. *Tzu Chi Medical Journal* 2015; 7(4): 164-9.
  26. Pham Tth, Yunibhand J, Jitpanya C. Self-care behaviors in Vietnamese adults with heart failure. *Songklanakarinn J Sci Technol* 2018; 40(4): 860-6.

27. Asadi P, Ahmadi S, Abdi A, Shareef OH, Mohamadyari T, Miri J. Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. *Heliyon* 2019; 5(9): e02493 1-6.
28. Boonraksa J. How to lower sodium intake in congestive heart failure patients. *Thai Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2017; 25(1): 12-7. (in Thai)
29. Kobkuechaiyapong S. Characteristics of heart failure patients readmitted within 28 days in Saraburi Hospital. *J Prapokkloa Hosp Clin Med Educat Center* 2013; 30(1): 35-46.
30. Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S, Raeisi M. Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev* 2020; 25(6): 993-1006.
31. Chiaranai C, Salyer J. Self-care and quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Songklanagarind Medical Journal* 2009; 27(6): 451-63.
32. Tepsuriyanont S. Quality of life in heart failure patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017; 18(1): 39-45.
33. Rahnavard Z, Nodeh ZH, Hatamipour K. Congestive heart failure: Predictors of health-related quality of life in Iranian women. *Contemp Nurse* 2014; 47(1-2): 159-67.