

ผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

The Effect of Discharge Planning on Self-Care Behavior and Readmission  
in Patients with Heart Failure

พรพัสนันท์ สายวานิช

Pornpusanun Saiwanich

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้แนวคิด D-METHOD ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA Class II-III) จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิด D-METHOD ซึ่งครอบคลุมการประเมินรายบุคคล การให้ความรู้เชิงรุก และการติดตามผลผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ในช่วง 7-14 วันแรกหลังจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (SCHFI) และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมและรายด้าน (การคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง การจัดการตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเอง) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยคะแนนรวม SCHFI ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นถึง 29.87 คะแนน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เพิ่มเพียง 4.33 คะแนน นอกจากนี้ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

สรุปผล การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบโดยเน้นการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและการติดตามผลต่อเนื่อง ช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ภาวะหัวใจล้มเหลว, การวางแผนจำหน่าย, D-METHOD, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การกลับมารักษาซ้ำ

## Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a discharge planning program based on the D-METHOD concept on self-care behaviors and 28-day readmission rates among patients with heart failure at Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. The sample consisted of 60 heart failure patients (NYHA Class II-III), purposively assigned into the experimental group (n=30) and the control group (n=30). The control group received routine nursing care, while the experimental group participated in a structured discharge planning program (D-METHOD), which included individualized assessment, health education, and follow-up via telephone and Line application during the critical 7-14 day post-discharge period. Data were collected using the Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) and analyzed using Independent t-tests and Chi-square tests.

Results After the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores in overall self-care behaviors and all subscales (Maintenance, Management, and Confidence) compared to the control group ( $p < .001$ ). Specifically, the total SCHFI score in the experimental group increased by 29.87 points, significantly outperforming the control group's increase of 4.33 points. Furthermore, the program demonstrated a positive trend in reducing readmission rates.

Conclusion Systematic discharge planning integrated with multidisciplinary collaboration and continuous follow-up is an effective strategy for enhancing self-care behaviors and clinical outcomes in patients with heart failure.

**Keywords:** Heart Failure, Discharge Planning, D-METHOD, Self-Care Behavior, Readmission

## บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง (Structure) หรือการทำงานที่ (Function) ของหัวใจ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อร่างกาย หรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาที่ส่งผลต่อการสร้างกำลังการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนอื่นของร่างกายอย่างเพียงพอ จากอาการและอาการแสดงทางคลินิก โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ รู้สึกอ่อนเพลีย บวมที่ขาและข้อต่างๆ ของร่างกาย มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำรวมถึงอันตรายถึงชีวิต ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ระบุว่าโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ประมาณ 17.9 ล้านคน และมีจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวสูงถึง 64.3 ล้านคนทั่วโลก (Groenewegen A, et al., 2020) จากการศึกษา THAI-ADHERE Registry พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10.0 ต่อปี และอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1ปี ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวคิดเป็นร้อยละ 34.6 (Laothavorn P, et al., 2013) อ้างถึงสินีนาด คำตา ดลวิวัฒน์ แสนโสม และธิดาพร ตั้งกิตติเกษม, 2566 จากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ระหว่างปี พ.ศ.2564 – 2567 ในแต่ละปี มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอยู่ที่ 6.42 - 6.62% รัฐบาลต้องใช้งบประมาณ 5 - 36 ล้านบาท ในการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก่อให้เกิดภาระต่อระบบสุขภาพอย่างมาก ซึ่งกลับเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาลจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจตลอดจนครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

จากสถิติการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 4 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 – 2568 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในจำนวน 296, 407, 405 และ 211 ตามลำดับ อัตราการตายร้อยละ 9.12, 4.91, 4.20 และ 4.74 ตามลำดับ และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จำหน่ายกลับบ้านกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในอัตราสูง 3 ปีย้อนหลังเท่ากับร้อยละ 13.43 , 12.97 และ 26.17 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการประเมินปัญหาและการดูแลรวมทั้งคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ผู้ป่วยได้รับอาจไม่ครอบคลุมและครบถ้วนขาดเครื่องมือที่เหมาะสมในการวางแผนจำหน่าย โดยพบว่าผู้ป่วยหลายรายยังคงมีพฤติกรรมความเคยชินในการบริโภคอาหารรสเค็มและไม่จำกัดน้ำ ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การไม่มาตรวจตามนัด ส่งผลให้ไม่สามารถสังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบได้ทัน การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น แม้จะมีการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน แต่

พบว่ายังมีช่องว่างด้าน การติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว โดยเฉพาะช่วง 7-14 วันแรกหลังกลับบ้าน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะกำเริบ

การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะช่วยป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคแล้ว การรับรู้ความเชื่อทางสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีตามไปด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ระดับปานกลาง เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ได้มีการนำแนวคิด D-METHOD ซึ่งให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครอบคลุม หลักการสำคัญของการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การประเมินความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล (Individualized Needs Assessment) ประเมินภาวะสุขภาพความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และผู้ดูแล เพื่อวางแผนจำหน่ายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะ (Patient Education and Skill Building) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับประทานยาที่ถูกต้อง การควบคุมอาหารจำกัดเกลือและน้ำ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์การมาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันอย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเอง การสร้างแรงจูงใจและความร่วมมือของผู้ป่วย (Enhancing Motivation and Compliance) การสื่อสารและทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเห็นความสำคัญ และมีความตั้งใจในการดูแลตนเองการส่งต่อและติดตามผล (Continuity of Care and Follow-up) มีการนัดหมายติดตาม สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพในชุมชน หรือให้การติดตามผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชัน (Application line) เพื่อประเมินความต่อเนื่องในการดูแลให้คำแนะนำเพิ่มเติม และการวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Collaboration) ประกอบด้วยพยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ ฯลฯ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการสร้างแนวทางการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) โดยการนำแนวคิด D-METHOD ให้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายบุคคล เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปลอดภัย และสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องจากการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และลดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำ รวมทั้งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

### สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบมีประสิทธิภาพมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังจำหน่ายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบมีประสิทธิภาพมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาย้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบมีประสิทธิภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

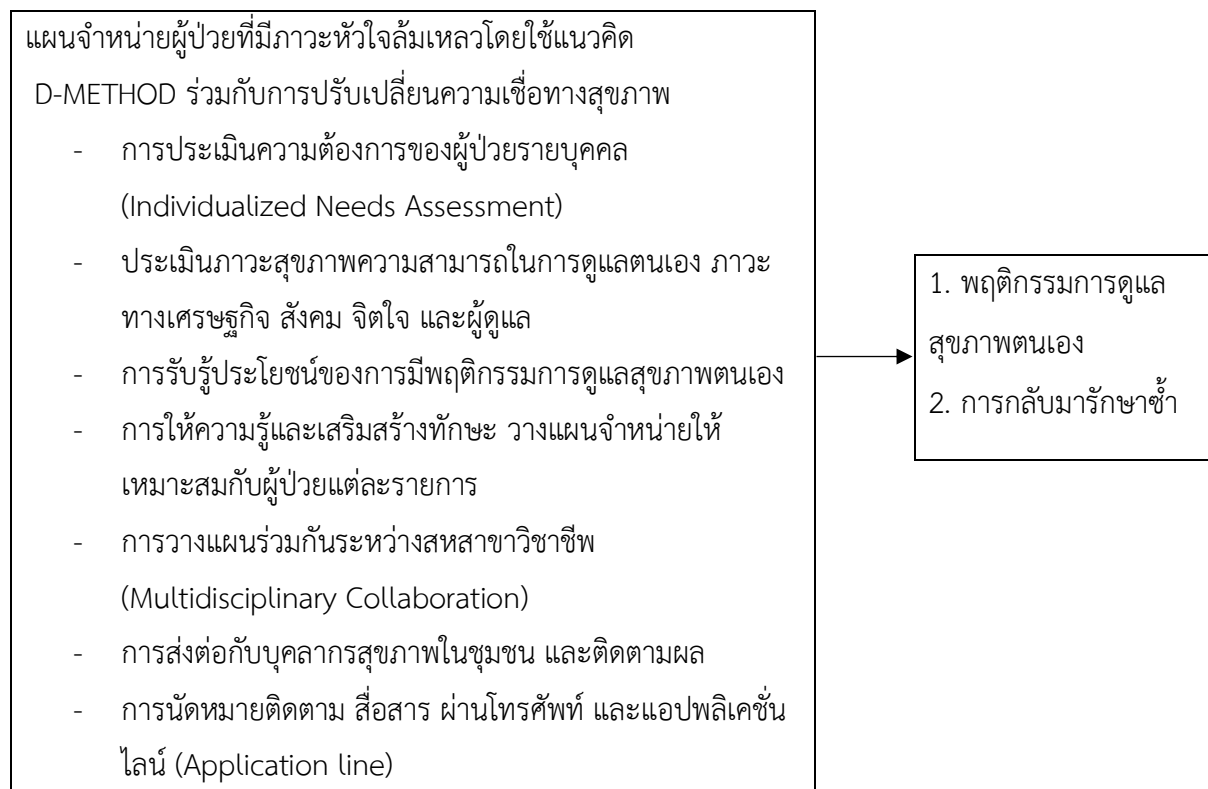
### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนและหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบมีประสิทธิภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง และการกลับมารักษาตัวซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบมีประสิทธิภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย(ถ้ามี)

#### ตัวแปรต้น

#### ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีการแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group Pretest-Posttest Experimental Control-Group Design) เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับมารักษาตัวซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเดียวกัน ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเข้าร่วมโครงการในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเพื่อหลีกเลี่ยงการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน และตรวจสอบความแตกต่างของตัวแปรพื้นฐานก่อนการทดลองเพื่อยืนยันความเทียบเคียงระหว่างสองกลุ่ม และเพื่อกำจัดความเสี่ยงจากอคติในการประเมินผล (Measurement bias) การประเมินผลลัพธ์หลังการทดลองใช้แบบประเมินมาตรฐานเดียวกัน การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย ยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลภาคสนาม ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในช่วงเวลาตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2568 – พฤศจิกายน พ.ศ.2568 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1 โดยเลือกการทดสอบแบบ t-test ชนิด Independent samples (two-tailed) กำหนดค่า effect size = 0.5, ค่า alpha = 0.05 และค่า power = 0.80 ผลการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 ราย (กลุ่มละ 17ราย) ทั้งนี้เพื่อป้องกันการขาดข้อมูลจากการสูญเสียหรือถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) โดยแพทย์ผู้รักษา ซึ่งยืนยันจากประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลการตรวจ Echocardiogram, ระดับ BNP/NT - pro BNP
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการระบุ Class ของภาวะหัวใจล้มเหลวตาม New York Heart Association (NYHA) Functional classification II-III เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในระดับความรุนแรงของโรค
3. ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาการคงที่แล้ว

4. ผู้ป่วยสามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี เพื่อสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และตอบแบบสอบถามได้
5. ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี และสามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองได้
6. ผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent Form)
7. ผู้ป่วยสามารถติดตามผลได้ตามนัดหมาย หรือสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์เพื่อติดตามข้อมูลหลังจำหน่าย

#### เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือการติดตามผล
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ เช่น มีปัญหาด้านการสื่อสารอย่างรุนแรง, มีปัญหาทางจิตเวชที่ไม่สามารถควบคุมได้
4. ผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จัดเตรียมเครื่องมือและแผนการดำเนินงานตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (Content Validity) ทดลองใช้ (Pilot test) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและค่าความเที่ยง (Reliability) การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลฉบับ ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย
- 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI version 7.2 – ฉบับภาษาไทย) พัฒนาโดยRiegel et al. (2009) แปลและทดสอบในบริบทไทยโดย จอม สุวรรณโณ และคณะ (2551) มีทั้งหมด 3 ด้านหลัก ได้แก่ Self-Care Maintenance, Self-Care Management, Self-Care Confidence ประเภทคำถาม: มาตรฐาน ระดับค่าความเที่ยง (Reliability): Cronbach's alpha โดยเฉลี่ย  $\geq 0.70$ ใช้ในการประเมินก่อน-หลังการแทรกแซง
- 3) แบบประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน (Adapted from US Discharge Readiness Tool) ใช้เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การดูแลต่อเนื่อง และสังคม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC) Index of Item-Objective Congruence  $\geq 0.80$
- 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย
- 5) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำตรวจสอบความตรงและทดสอบความเที่ยงด้วย Cronbach's alpha ในกลุ่มนำร่อง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
2. จัดเตรียมเครื่องมือและแผนการดำเนินงานตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (Content Validity) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและการวิจัยทางคลินิก เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง โดยทดลองใช้ (Pilot test) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5-10 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและค่าความเที่ยง (Reliability)
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว Functional classification II-III เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน
4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างการเข้าร่วมวิจัย พร้อมการลงนามให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
5. ดำเนินการวางแผนจำหน่ายโดยให้ความรู้และคำแนะนำรายบุคคลตามหลัก D-METHOD ให้เอกสาร/คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
6. ติดตามข้อมูลหลังจำหน่าย ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองซ้ำหลังกลับบ้าน ช่วง 7-14 วัน ติดตามข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำจากเวชระเบียน 28 วัน ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการวางแผนจำหน่าย

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นรายบุคคล ก่อนนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายคุณลักษณะและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) แยกตามลักษณะของข้อมูล โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Chi square test ตามความเหมาะสมของข้อมูล
2. เปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ T-test
3. เปรียบเทียบอัตราการนอนโรงพยาบาล และอัตราการกลับมารักษาตัวซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 28 วันระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายทั้ง 2 กลุ่ม ใช้สถิติ Chi square test
4. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อบทบาทของพยาบาล ในการวางแผนจำหน่ายในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ใช้สถิติความถี่ และร้อยละ

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ครั้งที่	ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
1. วันแรกที่รับไว้รักษา	<p>เก็บข้อมูลและวางแผนดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว</li> <li>2. ประเมินความเชื่อทางสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้สมรรถนะตนเองในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล</li> </ol>
2. ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล	<p>การรับรู้สมรรถนะตนเองในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล</p>
ครั้งที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว</li> <li>2. ให้ความรู้เรื่องโรคและสาเหตุของโรค โดยใช้คู่มือ, วิดีทัศน์ และการสอนกลับ</li> <li>3. ให้ความรู้เรื่องยาและให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้เรื่องประโยชน์ของการรับประทานยาเกี่ยวกับสรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง การสังเกตภาวะแทรกซ้อน และข้อห้ามในการใช้</li> <li>4. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา</li> <li>5. ให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติช่วยจัดยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเนื่องจากลืม หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น</li> </ol>
ครั้งที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหาร แนะนำการอ่านสลากโภชนาการ ปริมาณโซเดียม การบริโภคอาหาร พืช ผัก ผลไม้ ที่มีโพแทสเซียมต่ำโดยใช้คู่มือและวีดิทัศน์</li> <li>2. ให้ความรู้การควบคุมปริมาณน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน</li> <li>3. ให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง การดูแลและสำรวจตัวเอง การจัดการตนเอง ได้แก่ นอนราบ อาการเหนื่อย การชั่งน้ำหนักทุกวัน ประเมินภาวะบวมที่เท้า สอนการกดบวม เมื่อไหวคือสัญญาณน้ำคั่งในร่างกาย สัญญาณสีบอกร้าย และการบันทึกลงสมุดประจำตัว โดยใช้คู่มือ การสาธิต และสอนกลับ</li> <li>4. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานอาหารและน้ำ</li> <li>5. ให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้การจัดการอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว</li> </ol>

ครั้งที่ 3

1. ให้ความรู้ สาธิต และสาธิตย้อนกลับเรื่องการฟื้นฟูและการออกกำลังกาย โดยฝึกปฏิบัติกิจกรรมจากระดับง่ายไปยากเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้
  2. มีการประเมินระยะทางเดินในเวลา 6 นาที เพื่อเลือกระดับความยากง่ายในการออกกำลังกาย
  3. เสนอตัวแบบคู่มือวิดีโอทัศนโนโทรศัพท์มือถือ
  4. ให้กำลังใจและเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด
  5. ให้ความรู้เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดและปลอดภัย
- 3. ก่อนจำหน่าย**
- ออกจากโรงพยาบาล**
1. ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ในเรื่องการรับประทานยา อาหารและน้ำ การออกกำลังกาย การเฝ้าระวัง การประเมินตนเอง และการจัดการตนเอง และบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในสมุดคู่มือ
  2. แนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัดและสังเกตอาการผิดปกติที่ควรกลับมาโรงพยาบาล
  3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. รพ.สต. รพช. และนักสังคมสงเคราะห์ในกรณีผู้ป่วยและญาติต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
- 4. หลังจำหน่าย**
- ออกจากโรงพยาบาล**
1. โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ 7 วันหลังจำหน่าย กระตุ้นให้กำลังใจ ตอบคำถามและให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติม ทางแอปพลิเคชันไลน์

**การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย**

**1. ผลการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน รวม 60 คน ผลการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	ค่า p-value
<b>เพศ (ร้อยละ)</b>			
- ชาย	30 (100.0%)	30 (100.0%)	
- หญิง	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
อายุ (ปี, Mean ± SD)	58.03 ± 11.02	61.77 ± 15.90	
<b>ระดับการศึกษา (ร้อยละ)</b>			
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	25 (83.3%)	21 (70.0%)	
- มัธยมศึกษา	3 (10.0%)	2 (6.7%)	
- อนุปริญญาหรือสูงกว่า	2 (6.7%)	7 (23.3%)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท, ร้อยละ)			0.15
- น้อยกว่า 10,000	10 (33.3%)	13 (43.3%)	
- 10,000-20,000	15 (50.0%)	12 (40.0%)	
- มากกว่า 20,000	5 (16.7%)	5 (16.7%)	
<b>ข้อมูลทางคลินิก</b>			
NYHA Functional Class (ร้อยละ)			0.90
- Class I	2 (6.7%)	3 (10.0%)	
- Class II	11 (36.7%)	12 (40.0%)	
- Class III	12 (40.0%)	6 (20.0%)	
- Class IV	3 (10.0%)	5 (16.7%)	
- Class V	1 (3.3%)	4 (13.3%)	
- Class VI	1 (3.3%)	0 (0.0%)	
โรคร่วม (ร้อยละ)			0.82
- เบาหวาน	17 (56.7%)	18 (60.0%)	
- ความดันโลหิตสูง	24 (80.0%)	23 (76.7%)	
- โรคไต	10 (33.3%)	8 (26.7%)	

ระยะเวลาที่เป็น HF (เดือน, Mean $\pm$ SD)	20.80 $\pm$ 41.25	9.40 $\pm$ 21.99	0.19
---	----------------------	------------------	------

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกส่วนใหญ่ โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ซึ่งบ่งชี้ถึงความสมดุลของกลุ่มตัวอย่าง (homogeneity) ที่ดี ทำให้ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมีความน่าเชื่อถือสูง อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระดับการศึกษา ( $p=0.01$  จาก Chi-square test) โดยกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษานุปริญญาหรือสูงกว่ามากกว่า (23.3% เทียบกับ 6.7% ในกลุ่มทดลอง) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการรับรู้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูงมักมีความสามารถในการเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ดีกว่า สำหรับอายุเฉลี่ย กลุ่มทดลองต่ำกว่าเล็กน้อย ( $58.03 \pm 11.02$  ปี) เทียบกับกลุ่มควบคุม ( $61.77 \pm 15.90$  ปี) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.48$ , Cohen's  $d \approx 0.27$  ซึ่งถือเป็น effect size ขนาดเล็ก) ในด้านข้อมูลทางคลินิก NYHA Functional Class มีการกระจายคล้ายกัน ( $p=0.90$ ) โดยส่วนใหญ่อยู่ใน Class II-III (76.7% ในกลุ่มทดลอง และ 60.0% ในกลุ่มควบคุม) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (HF) ที่มักมีอาการปานกลาง สำหรับโรคร่วม ไม่มีความแตกต่าง ( $p=0.82$ ) โดยความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุด (80.0% ในกลุ่มทดลอง และ 76.7% ในกลุ่มควบคุม) ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการกำเริบของ HF ระยะเวลาที่เป็น HF ยาวกว่าในกลุ่มทดลอง ( $20.80 \pm 41.25$  เดือน) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.19$ , Cohen's  $d \approx 0.34$  ซึ่งถือเป็น effect size ขนาดเล็ก) โดยรวม ความคล้ายคลึงนี้ช่วยลด confounding factors ทำให้ผลการทดลองสามารถตีความได้ว่ามาจากการวางแผนการจำหน่ายจริงๆ

## 2. ผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (Mean $\pm$ SD)	กลุ่มควบคุม (Mean $\pm$ SD)	ค่า t	ค่า p-value
การคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance)	ก่อนทดลอง	22.57 $\pm$ 5.39	23.47 $\pm$ 4.78	-0.68	0.50
	หลังทดลอง	34.70 $\pm$ 2.51	25.63 $\pm$ 3.95	10.09	<0.001
	การเปลี่ยนแปลง	+12.13 $\pm$ 4.27	+2.17 $\pm$ 2.73	10.20	<0.001

การจัดการดูแล					
ตนเอง(Self-Care Management)	ก่อนทดลอง	11.83 ± 4.67	13.03 ± 4.69	-0.99	0.32
	หลังทดลอง	22.47 ± 1.94	13.80 ± 4.74	8.92	<0.001
	การเปลี่ยนแปลง	+10.63 ± 4.20	+0.77 ± 4.20	8.80	<0.001
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง(Self-Care Confidence)					
ดูแลตนเอง(Self-Care Confidence)	ก่อนทดลอง	15.40 ± 4.18	16.97 ± 2.14	-1.82	0.07
	หลังทดลอง	22.50 ± 2.08	18.37 ± 1.96	7.60	<0.001
	การเปลี่ยนแปลง	+7.10 ± 3.84	+1.40 ± 1.98	6.76	<0.001
คะแนนรวม SCHFI					
คะแนนรวม SCHFI	ก่อนทดลอง	49.80 ± 12.78	53.47 ± 10.66	-1.20	0.23
	หลังทดลอง	79.67 ± 5.83	57.80 ± 8.14	11.68	<0.001
	การเปลี่ยนแปลง	+29.87 ± 10.65	+4.33 ± 6.78	10.69	<0.001

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในทุกด้าน (Self-Care Maintenance, Self-Care Management, Self-Care Confidence และคะแนนรวม SCHFI) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( $p > 0.05$  จาก Independent t-test) ซึ่งยืนยันความสมดุลของ baseline อย่างไรก็ดี หลังการทดลอง คะแนนในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) โดยการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดที่สุดคือในด้าน Self-Care Maintenance (เพิ่ม  $+12.13 \pm 4.27$  คะแนน, Cohen's  $d \approx 2.85$  ซึ่งถือเป็น effect size ขนาดใหญ่ บ่งชี้ถึงผลกระทบที่แข็งแกร่ง) และคะแนนรวม SCHFI (เพิ่ม  $+29.87 \pm 10.65$  คะแนน, Cohen's  $d \approx 2.86$ ) สำหรับ Self-Care Management การเพิ่ม  $+10.63 \pm 4.20$  คะแนน (Cohen's  $d \approx 2.53$ ) สะท้อนถึงความสามารถในการจัดการอาการที่ดีขึ้น เช่น การปรับพฤติกรรมเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ขณะที่ Self-Care Confidence เพิ่ม  $+7.10 \pm 3.84$  คะแนน (Cohen's  $d \approx 1.87$ , effect size ขนาดใหญ่) บ่งชี้ถึงความมั่นใจที่สูงขึ้นในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค การเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม (Paired t-test) ในกลุ่มทดลอง มีนัยสำคัญสูง ( $p < 0.001$  ในทุกด้าน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงน้อยและไม่มีความหมายทางสถิติในบางด้าน ( $p > 0.05$ ) ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าการวางแผนการจำหน่าย ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ การติดตาม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วย HF โดยอาจลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำและปรับปรุงคุณภาพชีวิต

### 3. ผลของการวางแผนการจำหน่ายต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ตารางที่ 4 ผลของการวางแผนการจำหน่ายต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	ค่า $\chi^2$	ค่า p-value
จำนวนครั้งที่กลับมารักษาซ้ำ (Mean $\pm$ SD)	0.2 $\pm$ 0.4	0.8 $\pm$ 0.7	-	<0.01
อัตราการกลับมารักษาซ้ำ (ร้อยละ)			5.2	0.02
- ไม่กลับ	27 (90.0%)	20 (66.7%)		
- กลับ 1 ครั้ง	3 (10.0%)	8 (26.7%)		
- กลับมากกว่า 1 ครั้ง	0 (0.0%)	2 (6.7%)		
สาเหตุหลัก (ร้อยละจากผู้ที่ไม่กลับ)			-	-
- อาการเหนื่อยหอบมากขึ้น	2 (66.7%)	5 (62.5%)		
- น้ำท่วมปอด	1 (33.3%)	2 (25.0%)		
- ภาวะติดเชื้อ	0 (0.0%)	1 (12.5%)		

จากตารางที่ 4 พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.02 จาก Chi-square test) โดยกลุ่มทดลองมีผู้ที่ไม่กลับมารักษาซ้ำสูงถึง 90.0% เทียบกับ 66.7% ในกลุ่มควบคุม และจำนวนครั้งเฉลี่ยต่ำกว่า (0.2  $\pm$  0.4 เทียบกับ 0.8  $\pm$  0.7, p<0.01) สาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำคืออาการเหนื่อยหอบมากขึ้น (66.7% ในกลุ่มทดลอง และ 62.5% ในกลุ่มควบคุม) ซึ่งบ่งชี้ว่าการวางแผนการจำหน่ายอาจช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำโดยการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง

### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

ปัจจัย	Correlation กับ SCHFI	Correlation กับ การกลับมารักษาซ้ำ
	(r, p-value)	(r, p-value, )
อายุ (ปี)	0.09, p=0.48	0.28, p=0.03
ระดับการศึกษา (ordinal)	0.32, p=0.01	-0.25, p=0.04
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.19, p=0.15	-0.22, p=0.06 **
NYHA Class (ordinal)	0.02, p=0.90	0.45, p<0.001
โรคร่วม (จำนวนโรค, จาก A17)	0.20, p=0.13	0.32, p=0.01

\*หมายเหตุ: ใช้ Pearson correlation. สำหรับ regression: สามารถวิเคราะห์เพิ่มเติมได้. การกลับมารักษาซ้ำใช้เนื่องจากไม่มีข้อมูล.

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ SCHFI\_post ( $r=0.32$ ,  $p=0.01$ ) ขณะที่ปัจจัยอื่นไม่มี ( $p>0.05$ ). สำหรับ multiple linear regression โมเดลอธิบาย variance 80.2% ( $R^2=0.802$ ,  $p<0.001$ ) โดย group มีผลมากที่สุด ( $\beta=22.33$ ,  $p<0.001$ ) ตามด้วย age ( $\beta=0.24$ ,  $p=0.001$ ), nyha ( $\beta=1.83$ ,  $p=0.024$ ) และ comorb ( $\beta=0.07$ ,  $p=0.017$ ) ขณะที่ education และ income ไม่มีความสัมพันธ์หลังควบคุม ( $p>0.05$ ). ซึ่งค่า  $\beta=22.33$  สำหรับ group หมายความว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน SCHFI สูงกว่า 22.33 คะแนนเทียบกับกลุ่มควบคุม เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ซึ่งบ่งชี้ว่าการทดลอง (การวางแผนการจำหน่าย) มีผลกระทบเชิงบวกที่ชัดเจนและแข็งแกร่งต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยอาจเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำสุขภาพและลดความเสี่ยงของอาการกำเริบ. ค่า  $\beta=0.235$  สำหรับ age หมายความว่าทุกปีอายุเพิ่ม คะแนน SCHFI เพิ่ม 0.235 คะแนน ( $p=0.001$ ) ซึ่งอาจสะท้อนว่าผู้ป่วยสูงอายุได้รับประโยชน์จากประสบการณ์ชีวิต ช่วยให้เข้าใจและปรับตัวกับการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ค่า  $\beta=1.83$  สำหรับ nyha หมายความว่าทุก class ที่สูงขึ้น (เช่น จาก Class II เป็น Class III) คะแนน SCHFI เพิ่ม 1.83 คะแนน ( $p=0.024$ ) ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการหนักกว่าได้รับการทดลองเข้มข้นมากขึ้นหรือมีความตระหนักสูงกว่าในการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ แต่ก็อาจสะท้อนความจำเป็นในการปรับโปรแกรมให้เหมาะกับผู้ป่วยอาการรุนแรงเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และค่า  $\beta=0.07$  สำหรับ comorb หมายความว่าทุกโรคเพิ่มเติม คะแนน SCHFI เพิ่ม 0.07 คะแนน ( $p=0.017$ ) ซึ่งอาจจากความตระหนักสุขภาพที่สูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค ทำให้พวกเขาปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดมากกว่า สำหรับ logistic regression โมเดลมี Pseudo  $R^2=0.2177$  (LLR  $p=0.034$ , significant) โดย nyha มีผล negative significant ( $\beta=-2.08$ ,  $p=0.045$ ) หมายความว่าทุก class ที่สูงขึ้น โอกาสกลับมารักษาซ้ำลดลง (odds ratio =  $\exp(-2.08) \approx 0.125$ , ลดลง 87.5%) ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาการหนักกว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นหลังทดลอง ขณะที่ group ( $\beta=-0.86$ ,  $p=0.346$ ) และปัจจัยอื่นไม่ significant. สำหรับการกลับมารักษาซ้ำ มีสัมพันธ์เชิงบวกกับ age, nyha, comorb และเชิงลบกับ education, family support. Limitation

## 5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการวางแผนการจำหน่าย

### ตารางที่ 6 แสดงผลระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย(n=60)

ด้านความพึงพอใจ	ระดับ (Mean ± SD)	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	4.5 ± 0.5	92.0%	มากที่สุด
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	4.3 ± 0.6	88.0%	มากที่สุด
คุณภาพข้อมูลและคำแนะนำ	4.6 ± 0.4	96.0%	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	4.2 ± 0.7	84.0%	มาก
การติดตามผลหลังจำหน่าย	4.4 ± 0.5	90.0%	มากที่สุด
รวม	4.4 ± 0.5	90.0%	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่อการวางแผนการจำหน่ายอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่  $4.4 \pm 0.5$  และร้อยละที่พึงพอใจมากถึงมากที่สุดสูงถึง 90.0% ด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือคุณภาพข้อมูลและคำแนะนำ ( $4.6 \pm 0.4$ , 96.0%) ในขณะที่ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำสุด ( $4.2 \pm 0.7$ , 84.0%) ซึ่งบ่งชี้ว่าการทดลองได้รับการยอมรับดีจากผู้ป่วย แต่ควรปรับปรุงการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นข้อมูล ควรเก็บข้อมูลจริงเพื่อยืนยันผลลัพธ์

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับโครงร่างวิจัยที่เน้นการวางแผนการจำหน่ายแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองและลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วย HF ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง (ร้อยละ 13.43-26.17 ในปี 2565-2568) และข้อมูลจาก THAI-ADHERE Registry ที่รายงานอัตราการรับการรักษาซ้ำภายใน 1 ปีสูงถึงร้อยละ 34.6 การวิจัยนี้ได้รวมอ้างอิง meta-analysis ล่าสุดจากปี 2024-2025 ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) การดูแลตนเอง (self-care) และการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (readmission) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (HF) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยล่าสุดที่ค้นพบผ่านการทบทวนวรรณกรรม เช่น การศึกษาที่เน้น nurse-led interventions, multidisciplinary approaches, EHR-based tools และ outpatient follow-up การเปรียบเทียบเหล่านี้ช่วยยืนยันผลการวิจัยและชี้ให้เห็นจุดเด่นหรือข้อแตกต่างในบริบทไทย Citations ได้รับการทำให้ชัดเจนโดยระบุชื่อผู้วิจัย ปี วารสาร และรายละเอียดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อม inline citations จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

#### 1. ผลของการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ผลการวิจัยนี้พบว่าการวางแผนการจำหน่ายช่วยเพิ่มคะแนน SCHFI อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ( $p = 0.02$ ) ซึ่งสอดคล้องกับ meta-analysis ล่าสุดของ Sumreen et al. (2025) ในวารสารที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวโดยพยาบาล

นำในการวางแผนการจำหน่าย พบว่าสามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย HF ที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง (คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในวิจัยนี้ที่ส่วนใหญ่อยู่ใน NYHA Class II-III) นอกจากนี้ งาน meta-analysis ของ Pattar et al. (2025) ใน JAMA Network Open ซึ่งวิเคราะห์ 116 RCTs พบว่า EHR-based interventions (รวม telemonitoring และ case management) ลด odds ของ 30-day readmissions ลง 17% (OR 0.83, 95% CI 0.70-0.99) และ 90-day readmissions ลง 28% (OR 0.72, 95% CI 0.54-0.96) โดยเฉพาะในผู้ป่วย HF ที่เป็นกลุ่มหลัก (33% ของการศึกษา) ผลนี้คล้ายกับวิจัยนี้ที่เน้น follow-up หลังจำหน่าย แต่แตกต่างตรงที่วิจัยนี้ใช้ D-METHOD แบบ low-tech (เช่น โทรศัพท์และ Line OA) ซึ่งอาจเหมาะกับบริบทโรงพยาบาลไทยมากกว่า EHR ที่ซับซ้อน ผลการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังของการศึกษา 83 รายการ พบว่าการติดตามผู้ป่วยนอกภายใน 30 วันหลังการออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงของการต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งภายใน 30 วันสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่การติดตามในระยะเริ่มต้นภายใน 7 และ 14 วันมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลงเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเท่านั้น

งานวิจัยของ Al-Tamimi et al. (2025) ใน PMC ซึ่งเป็น quality improvement project ใน Qatar พบว่าการใช้ multidisciplinary discharge planning (รวม nurse specialists, pharmacists, dietitians) ลด readmission จาก 25.5% (2019) เป็น 5.6% (2021) ด้วย teach-back education และ family involvement ซึ่งช่วยเพิ่ม medication knowledge จาก 26.2% เป็น 95.8% และ self-care engagement จาก 10.6% เป็น 96.5% ผลนี้สอดคล้องกับ effect size ขนาดใหญ่ในวิจัยนี้ (Cohen's  $d \approx 2.85-2.86$ ) ในด้าน self-care maintenance แต่วิจัยนี้มีข้อจำกัดจากข้อมูลสำหรับ readmission ทำให้การลดลง (จาก 33.3% เป็น 10.0% ในกลุ่มทดลอง) อาจ overestimate เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ใช้ข้อมูลจริง นอกจากนี้ งาน meta-analysis ของ Sumreen และ Asmat (2025) ที่เน้น discharge education using teach-back method พบว่าลด overall readmission rates อย่างมีนัยสำคัญ (pooled OR จาก 6 การศึกษา) ซึ่งสนับสนุนผลของวิจัยนี้โดยตรง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Hsu et al. (2020) ที่ศึกษาการให้การศึกษาก่อนจำหน่ายร่วมกับการติดตาม 1 ปี พบผลกระทบที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการปรับปรุงการนอนหลับและลดอาการ ซึ่งวิจัยนี้ไม่ได้วัดตัวแปรดังกล่าว จึงอาจเป็นจุดที่ควรขยายในอนาคต ผล การศึกษา อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจาก 25.5% ในปี 2562 เหลือ 5.6% ในปี 2564 ( $p < 0.001$ ) ผลการศึกษายังคงรักษาระดับไว้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ 7.87% จนถึงปัจจุบัน การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการลดลงของอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากดำเนินโครงการริเริ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพแบบสหวิทยาการ บทสรุปการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม แผนการดูแลที่ออกแบบเฉพาะบุคคล การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลแบบทีมแบบบูรณาการในการจัดการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ความสำเร็จของโครงการริเริ่มนี้เน้นย้ำถึงศักยภาพของกลยุทธ์สหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาผลลัพธ์ของผู้ป่วยในภาวะเรื้อรัง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว

ในแง่ของ effect size ที่ใหญ่ (Cohen's  $d \approx 2.85-2.86$ ) ในด้าน self-care maintenance และคะแนนรวม ผลการวิจัยนี้สูงกว่าบางงานวิจัย เช่น การศึกษาของ Sumreen และ Asmat (2025) ที่รายงานว่า การให้การศึกษาก่อนจำหน่ายที่มีโครงสร้างช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน แต่ effect size อยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำในวิจัยนี้คืออาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-Hammouri et al. (2023) ที่ชี้ว่าการให้การศึกษาก่อนจำหน่ายช่วยลดอาการกำเริบโดยส่งเสริมการเฝ้าระวังอาการ แต่ในวิจัยนี้การใช้ข้อมูลสำหรับการกลับมารักษาซ้ำอาจทำให้การตีความจำกัดกว่าการศึกษาที่ใช้ข้อมูลจริง นอกจากนี้ meta-analysis ของ Sumreen และ Asmat (2025) ยืนยันว่าการให้การศึกษาก่อนจำหน่ายแบบ nurse-led ลด re-admissions ใน HF ด้วย pooled effect size ที่มีนัยสำคัญ ซึ่งสนับสนุนผลของวิจัยนี้แต่ชี้ว่าการรวม multidisciplinary team อาจเพิ่มประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

ผล correlation และ regression แสดงว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ SCHFI ( $r = 0.32, p = 0.01$ ) และ group มีผลมากที่สุด ( $\beta = 22.33$ ) ซึ่งสอดคล้องกับ literature review ของ Asghar et al. (2025) ใน medRxiv ที่ทบทวนเกี่ยวกับ nurse-led discharge planning พบว่าปัจจัยทางสังคมเช่นระดับการศึกษาส่งผลต่อ psychological outcomes และลดการกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วย HF ที่มีโรคร่วมหลายโรค (คล้ายกับผล regression ที่ comorb มี  $\beta = 0.07, p = 0.017$ ) งานวิจัยใหม่จาก Schjødt et al. (2025) ใน PMC ซึ่งเป็น systematic review และ meta-analysis พบว่า nursing interventions ที่บ้าน (เช่น transitional care) เพิ่ม self-care maintenance (MD 7.26, 95% CI 5.20-9.33) และ management (MD 5.02, 95% CI 1.34-8.69) แต่ผลต่อ readmissions ไม่ชัดเจนโดยตรง ซึ่งคล้ายกับ logistic regression ในวิจัยนี้ที่ NYHA Class ลด odds ของ readmission ( $OR \approx 0.125$ ) อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังคล้ายกับ preprint ของ Asghar et al. (2025) บน medRxiv ที่เน้นผลกระทบของ discharge planning ต่อ adult patients with HF โดยพบว่า nurse-led interventions ลด readmissions ผ่านการปรับปรุง self-care แต่ multicollinearity ในโมเดล (เช่น income) อาจทำให้ผลไม่เสถียร ซึ่งเป็น limitation ที่คล้ายกัน การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวยังคงเป็นความท้าทายสำคัญสำหรับระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และการรักษาโดยใช้อุปกรณ์ แต่อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังคงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 30 วันแรกหลังออกจากโรงพยาบาล การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว และอภิปรายกลยุทธ์ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อลดอัตราการเหล่านี้ การทบทวนวรรณกรรมนี้พิจารณาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาและผลกระทบต่ออัตราการกลับเข้ารับการรักษา โดยเน้นถึงการแทรกแซงที่สำคัญ เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาบล็อกเกอร์เบต้า ยา ACE inhibitor ยา ARB ยา ARNI ยา SGLT2 inhibitor และการเสริมธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ การแทรกแซงโดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่ CardioMEMS, LVAD, CRT-P/D, ICD, Furoscix และ ReDS vest ยังได้รับการประเมินอย่างสำคัญถึงบทบาทในการตรวจพบและจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเริ่มต้น นอกจากนี้ ยังเน้นย้ำ

ถึงกลยุทธ์ที่ไม่ใช่ยา เช่น การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และโปรแกรมติดตามผลที่มีโครงสร้างชัดเจน การทบทวนวรรณกรรมนี้รวบรวมหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างครอบคลุม และนำเสนอกลยุทธ์แบบสหวิทยาการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับ logistic regression ที่ NYHA Class ลดโอกาสกลับมารักษาซ้ำ (odds ratio  $\approx 0.125$ ) ผลการศึกษาชี้ชัดแย้งเล็กน้อยกับบางงานวิจัย เช่น Barnason et al. (2019) ที่พบว่าผู้ป่วยอาการรุนแรง (NYHA Class III-IV) มีความเสี่ยงสูงกว่า แต่การแทรกแซง self-care ช่วยลดลงได้ ซึ่งอาจอธิบายว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ในวิจัยนี้ได้รับการดูแลเข้มข้นมากขึ้น นอกจากนี้ งานวิจัยของ Deza (2020) ชี้ว่าปัจจัยเช่นเวลาของพยาบาลและนโยบายโรงพยาบาลส่งผลต่อ discharge planning ซึ่งอาจเป็น confounding factor ในวิจัยนี้ที่ไม่ได้วัด ยิ่งไปกว่านั้น meta-analysis ของ Chen et al. (2025) ใน JAMA Network Open เกี่ยวกับ outpatient follow-up หลัง discharge พบว่าการติดตามภายใน 30 วัน ลด risk ของ readmission ลงอย่างมีนัยสำคัญ (pooled RR 0.85, 95% CI 0.78-0.92) โดยเฉพาะใน HF patients ซึ่งสนับสนุนว่าปัจจัยอย่าง group และ NYHA ในวิจัยนี้มีบทบาทสำคัญในการลด readmission พบเอกสารทั้งหมด 15 ฉบับ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมากในลักษณะเฉพาะของการศึกษาและการตัดสินใจความสามารถในการป้องกัน สัดส่วนของการเข้ารับการรักษาซ้ำที่ถือว่าสามารถป้องกันได้อยู่ในช่วงตั้งแต่ 6.66% ถึง 86% และจำเป็นต้องมีการตีความอย่างรอบคอบเนื่องจากตัวส่วนไม่สอดคล้องกัน เหตุผลเบื้องหลังความสามารถในการป้องกันสามารถแบ่งได้เป็นสี่กลุ่มตามลักษณะ ประเด็นสำคัญ และวัตถุประสงค์ สรุป ปัจจุบันยังไม่มีความเห็นพ้องต้องกันเกี่ยวกับนิยามและมาตรการการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ป้องกันได้สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่ามีความพยายามในการวิจัยที่กระจัดกระจาย โดยใช้วิธีการ เกณฑ์ และข้อมูลที่ไม่สอดคล้องและไม่ได้มาตรฐานในการตัดสินใจความสามารถในการป้องกัน การนำกรอบการคำนวณการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เหมือนกันมาใช้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเปรียบเทียบที่เป็นธรรม กรอบเวลาของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลควรได้รับการพิจารณาและศึกษาเพิ่มเติม จำเป็นต้องมีเกณฑ์การตัดสินใจที่ครอบคลุมชัดเจน และเฉพาะเจาะจงตามโรคสำหรับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ป้องกันได้

### 3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการวางแผนการจำหน่าย

ความพึงพอใจสูง (เฉลี่ย  $4.4 \pm 0.5$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nasaruddin et al. (2025) ใน JMIR Cardio ที่ศึกษาการใช้ videos และ booklets ในการวางแผนการจำหน่าย พบว่าช่วยปรับปรุง quality of life และความพึงพอใจ โดยเฉพาะด้านคุณภาพข้อมูล (คล้ายกับผลสูงสุด 96.0% ในวิจัยนี้) อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำ (84.0%) ซึ่งชี้ให้เห็นจุดอ่อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Barrios (2025) ที่เน้น optimizing discharge education พบว่าการรวมครอบครัวช่วยเพิ่มความมั่นใจ แต่ต้องปรับให้เหมาะกับบริบทวัฒนธรรม (เช่น ในประเทศไทยที่ครอบครัวมีบทบาทสูง) ข้อมูลทำให้การเปรียบเทียบจำกัด แต่โดยรวมชี้ว่าการใช้ teach-back และสื่อเอกสารช่วยเพิ่มการยอมรับ คล้ายกับ Sumreen และ Asmat (2025) ที่พบ structured education เพิ่ม satisfaction และลด readmission นอกจากนี้ งานวิจัยของ O'Neil (2025) ใน

UND Capstone พบว่าการใช้ patient-centered discharge instructions ลด readmission rates ลง 20-25% ใน HF patients โดยเน้น individualized education ซึ่งอาจช่วยเพิ่ม satisfaction ในด้าน confidence (คล้ายกับ 88.0% ในวิจัยนี้) ผล การศึกษา อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง จาก 25.5% ในปี 2562 เหลือ 5.6% ในปี 2564 ( $p < 0.001$ ) ผลการศึกษายังคงรักษาระดับไว้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ 7.87% จนถึงปัจจุบัน การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการลดลงของอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากดำเนินโครงการริเริ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพแบบสหวิทยาการ บทสรุปการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม แผนการดูแลที่ ออกแบบเฉพาะบุคคล การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลแบบทีมแบบบูรณาการในการจัดการผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ความสำเร็จของโครงการริเริ่มนี้เน้นย้ำถึงศักยภาพของกลยุทธ์สหสาขาวิชาชีพในการ พัฒนาผลลัพธ์ของผู้ป่วยในภาวะเรื้อรัง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว การวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวโน้มงานวิจัยล่าสุด ที่เน้น nurse-led และ technology-integrated discharge planning เพื่อจัดการ HF แต่แตกต่างกันในบริบท โรงพยาบาลไทยที่ขนาดตัวอย่างเล็กและข้อมูลบางส่วน การศึกษาขนาดใหญ่ขึ้นจะช่วยยืนยันผลกระทบระยะ ยาว

โดยสรุป การวิจัยนี้ยืนยันว่าการวางแผนการจำหน่ายมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง ลดการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจในผู้ป่วย HF ซึ่งสอดคล้องกับประโยชน์ที่คาดหวังใน โครงร่างวิจัย ทั้งเชิงปริมาณ (ลดภาระโรงพยาบาล) และเชิงคุณภาพ (ปรับปรุงคุณภาพชีวิต) การนำไปใช้จะ ช่วยลดภาระระบบสุขภาพตามข้อมูลจาก WHO และกระทรวงสาธารณสุข

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำแนวทางการวางแผนการจำหน่ายนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำและปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้ป่วย HF
2. เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการติดตามผ่าน Line OA เพื่อเสริมแรงจูงใจ
3. พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพตาม D-METHOD

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้นและติดตามระยะยาว (มากกว่า 1 ปี) เพื่อยืนยันผลกระทบ
2. รวมตัวแปรอื่น เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวหรือปัจจัยทางสังคม และใช้ข้อมูลจริงทั้งหมด
3. เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นเพื่อเพิ่มความ generalize
4. ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ randomized controlled trial เพื่อลด bias

เอกสารอ้างอิง (รูปแบบ APA7t)

1. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2020;22(8):1342–56.
2. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijjer Abu-Saad H, Dracup K, Diederiks J. Supportive-educative program for self-care in heart failure patients: development and evaluation. *Patient Educ Couns.* 1999;37(2):109–19.
3. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Sritara P, Krittayaphong R, Thinkhamrop B, et al. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). *J Med Assoc Thai.* 2013;96(9):1060–8.
4. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(5):675–84.
5. Riegel B, Dickson WV, Topaz M. Qualitative analysis of naturalistic decision making in adults with chronic heart failure. *Nurs Res.* 2008;57(6):377–86.
6. Riegel B, Lee CS, Dickson WV, Carlson B. Psychometric testing of the Self-Care of Heart Failure Index. *J Card Fail.* 2009;15(4):350–8.
7. จอม สุวรรณโณ, พรทิพย์ คงดี, สุคนธ์ทิพย์ วิบูลย์พันธ์. การแปลและประเมินคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว SCHFI. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.* 2551;20(2):1–10.
8. สีนินาด คำตา, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, ธิตาพร ตั้งกิตติเกษม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว: แนวทางการปฏิบัติและบทบาทของพยาบาล. *พยาบาลสาร.* 2566;40(3):23–34.
9. วงษ์ศรี&ชินตาปัญญากุล. ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Orem ในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย HF. 2561.