ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Factors predicting nutrition status of heart failure patients

นนทกร ดำนงค์[1], ภัทราภรณ์ โพธิ์วัง[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[2]โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

Nontakorn Damnong[1], Pattaporn Phowang[2]
[1]Faculty of Nursing, Burapha University
[2]Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Siracha Chonburi

Received 2023 Jul 1, Revised 2023 Aug 5, Accepted 2023 Aug 8
DOI: xxxxxxxx

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะโภชนาการเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะช่วยทำให้ป้องกันภาวะทุพโภชนาการได้เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ความแตกฉานด้านสุขภาพ โรคร่วม กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเข้ารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 94 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ความแตกฉานด้านสุขภาพ โรคร่วม และแบบประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 88.3 การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.6 (M = 59.1, SD = 5.2) ส่วนด้านความแตกฉานด้านสุขภาพ อยู่ในระดับก่ำกึ่ง และเพียงพอ ร้อยละ 46.8, 38.3 (M = 15.7, SD = 2.5) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 29.8 พบโรคร่วม 3 โรค เพียงร้อยละ 26.6 โดยโรคร่วมมากที่สุดคือกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลัน และความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ โรคร่วม ซึ่งสามารถทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ß = 0.232, p < .001)

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าโรคร่วมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปจัดการภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, หัวใจล้มเหลว, โรคร่วม, การบริโภคอาหาร, ความแตกฉานด้านสุขภาพ

Abstract

Heart failure and nutritional status are major public health problems in Thailand. Knowing the factors that influence the nutritional status of heart failure patients can protect malnutrition and improve the quality of life of heart failure patients. This research is aimed to explore factors influence nutritional status including Perceived benefits of food consumption, Health Literacy, Co-morbidity and Nutrition status among heart failure patients. This is descriptive predictive research. The sample consisted of patient's diagnosis of heart failure. They received treatment at Heart failure-clinic in outpatient. Randomly selected by systematic random sampling technique between July to October 2022 comprised of ninety-four heart failure patients. The research instruments utilized for data elicitation consisted of demographic questionnaire, Perceived benefits of food consumption, Health Literacy, Co-morbidity and Bhumibol Adulyadej Hospital Nutrition Triage (BNT) nutrition status assessment form. Descriptive statistic and stepwise multiple regression were used to analyze the data collected.

The results revealed that the heart failure patients had no risks of malnutrition (88.3%). 59.6% perceived benefits of food consumption at moderate level (M = 59.1, SD = 5.2). Health literacy at the marginal and adequate levels was 46.8% and 38.3% respectively (M = 15.7, SD = 2.5). In addition, only 29.8% had heart failure and 26.6% had 3 co-morbidities (myocardial infarction, acute coronary syndrome and hypertension). Factors influencing nutrition status among heart failure patients were co-morbidities likely to significantly predict of the variance in nutrition status (ß = 0.232, p < 0.001).

This study found that co-morbidities are factors that can predict the nutritional status of heart failure patients. The results of this study can be used to manage co-morbidities, myocardial infarction, acute coronary syndrome and hypertension to prevent malnutrition in patients with further heart failure.

Keywords: Nutrition status, Heart failure, Co-morbidity, Food consumption, Health Literacy

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมทั้งเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกและประเทศไทย ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในค.ศ. 2009 ถึง 2014 จาก 275,000 เป็น 310,000 คน กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.2 ล้านคน นอกจากนี้พบว่ามีอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึง 26% และยังเสียค่าใช้จ่ายในการดูผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกด้วย[1] ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานอัตราการเสียชีวิตและการกลับเข้ามารักษาของสุขภาพในโรงพยาบาลที่ชัดเจน แต่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยนั้น เนื่องจากมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงขึ้นรวมทั้งไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดอาการกำเริบเมื่อใด อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะเป็น ๆ หาย ๆ จนส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รวมทั้งเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้[2] จนไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง และอาจต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง[3-4] ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีอาการที่รุนแรง และมีอาการกำเริบส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะเรื่องการควบคุมภาวะโภชนาการ (Nutrition status) ของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องตระหนัก ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง จะส่งผลให้สามารถควบคุมอาการหรือควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้และส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามมา ในปัจจุบันภาวะพร่องโภชนาการเป็นภาวะที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว[5] ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการจะทำลดความรุนแรงของหัวใจล้มเหลวได้[6]

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น การศึกษาของวันวิสา ทีอุทิศ[7] พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคเพียง 41.81% นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองยังสามารถทำนายความรู้ในการจัดการตนเองในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาการการจำกัดเกลือโซเดียมได้เพียงร้อยละ 17.6 ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหากไม่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองได้นั้น จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องโภชนาการได้[5] ซึ่งภาวะโภชนาการ เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของตนเองอย่างถูกต้องกับความเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นอยู่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีเหมาะสม จะทำให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จะสามารถควบคุมอาการ อาการแสดง และลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้[6] ซึ่งภาวะโภชนาการสามารถทำนายการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($ß = -0.25$, $p < 0.05$)[8] จากการศึกษาของจริญญา คมเฉียบและชนกพร จิตปัญญา พบว่า

การรับรู้ประโยชน์ในของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกต้องนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการบริโภคอาหารและเกลือโซเดียม ($r= 0.452$, $p < 0.05$)[10] ความแตกฉานด้านสุขภาพ ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ($r = -0.573$, $P < 0.05$)[13] และโรคร่วมยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -0.19$, $p < 0.05$)[17] ดังนั้นถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม ความแตกฉานด้านสุขภาพ โรคร่วม อาจจะทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามมา

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยนั้นยังคงมีการศึกษาอยู่อย่างจำกัด และพบว่ายังเป็นสาเหตุสำคัญในปัจจุบันที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งอีกด้วย ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ความแตกฉานด้านสุขภาพ โรคร่วม ที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัญหาภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย โดยความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลเรื่องภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

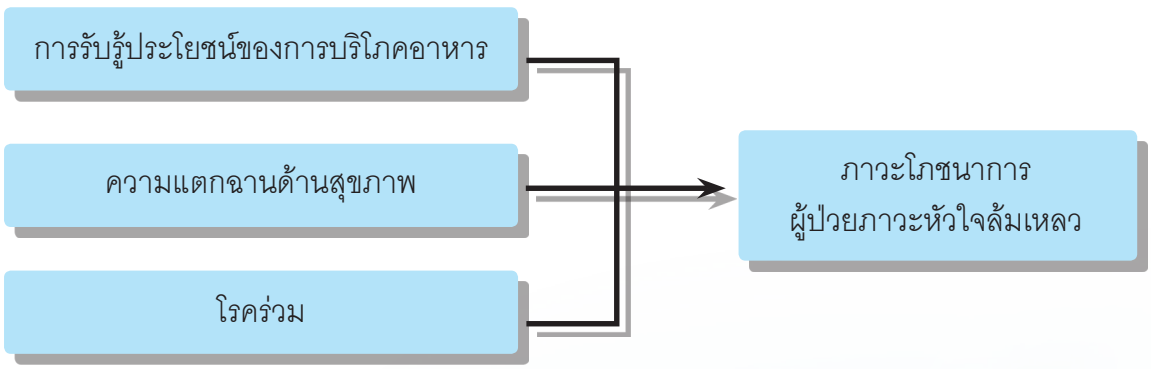
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ความแตกฉานด้านสุขภาพ โรคร่วม กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Common-sense Model)[9] ที่เชื่อว่า การรับรู้การเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้ และเข้าใจจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยค้นหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยจนสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 4 ได้แก่

1. การได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรที่จะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพหรือความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีทั้งความรู้ และความเข้าใจ เพื่อจัดการปัญหาหรือการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว
2. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารของตนเองเพื่อให้มีการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคของตนเองที่เป็นอยู่
3. การเผชิญปัญหา โดยเฉพาะโรคร่วม หากผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวไม่สามารถควบคุมอาการหรือความรุนแรงของโรคร่วมได้ อาจส่งผลกระทบต่อภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจนต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4. การประเมินผลลัพธ์ จากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง จากประสบการณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นนั้น จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถนำปัญหาที่ได้จากการรับรู้ที่ตนเองได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองให้เหมาะสมกับโรค รวมทั้งยังสามารถป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการของตนเองได้อีกด้วย

เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ หรือจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองหรือจากคำบอกเล่าของผู้อื่น ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุ อาการแสดง/ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่/การควบคุมโรคไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการรับรู้ผลลัพธ์ ผลกระทบที่ตามมาของการเจ็บป่วย แล้วนำมาคิดหาวิธีการต่าง ๆ ในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเองเพื่อควบคุมระดับความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้เพิ่มมากขึ้น การประเมินผลลัพธ์ในการหาวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเองนั้น ผู้ป่วยควรปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดีและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยโดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย

วิธีการการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ความแตกฉานด้านสุขภาพ โรคร่วม กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวจากพยาธิสภาพของหัวใจและหลอดเลือด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power analysis 3.1.9.2[18] กำหนดค่าอิทธิพลจากการคำนวณเท่ากับ 0.23 ที่สามารถใช้ศึกษาให้เห็นผลการวิจัยทางคลินิกที่ชัดเจนค่าอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 95 และกำหนดค่านัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ 0.05 หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 78 คน ผู้วิจัยป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบและไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จำนวน 16 คน ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมดจำนวน 94 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยคำนวณตามสัดส่วน (Proportion to Size) ในแต่ละโรงพยาบาลตามจำนวนที่ต้องการแล้ว หลังจากนั้นศึกษาจำนวนของผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาลที่มาติดตามการตรวจรักษาคลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน (โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา) เมื่อทราบจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้วิจัยดำเนินการจับฉลากจากลำดับของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เช่น ทุกลำดับที่เป็นเลขคู่จากจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งหมด ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเช่นนี้ทุกวัน จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาล และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างน้อย 6 เดือน
3. ระดับความรุนแรงอยู่ในระดับ 1-3 ตามการแบ่งของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค
4. โรคร่วมอาการคงที่ของ เช่น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดได้
5. ไม่มีโรคไตเรื้อรังในระยะ 4 และ 5
6. ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี
7. ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก แน่นหน้าอกหรืออาการอื่น ๆ ที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลว

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการรุนแรงภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น เช่น เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก แน่นหน้าอกหรืออาการอื่น ๆ ที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบขณะตอบแบบสอบถามและภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA Functional Class) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 1 ปี
2. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

(Common-sense Model)[9] และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2562) หลังจากนั้นนำผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.98 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ และลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และเกณฑ์การให้คะแนนข้อความทางบวก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วยปานกลาง (4) เห็นด้วยเล็กน้อย (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งสำหรับข้อความทางลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลผลคะแนนได้พิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดคือแบ่งคะแนนโดยรวมทั้งหมดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนช่วง 0.0-30.0 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ปานกลาง คะแนนช่วง 30.1-60.0 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง และคะแนนช่วง 60.1-90.0 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารในระดับสูง

3. แบบสอบถามความแตกฉานด้านสุขภาพ[2] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ลักษณะแบบประเมินให้ผู้ป่วยอ่านข้อความที่ปรากฏในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ ไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 22 คะแนน คะแนนรวมกันแบ่งเป็น 3 ระดับ คือความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (0-12 คะแนน) ความแตกฉานด้านสุขภาพก้ำกึ่ง (13-16 คะแนน) ความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ (17-22 คะแนน)

4. แบบสอบถามแบบประเมินโรคร่วม[19] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบบประเมินโรคร่วมเป็นแบบประเมินโรคที่มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย ซึ่งพัฒนาจากดัชนีโรคที่ทำนายการเสียชีวิตใน 1 ปี ด้วยการวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนักค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตใน 1 ปี ซึ่งการวิเคราะห์ถ่วงน้ำหนักค่าอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Relative risk of death) เป็นการให้คะแนนทั้งหมด 5 กลุ่มโรค โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มีโรคที่กำหนดไว้ กลุ่มโรคที่ให้คะแนน 1 ซึ่งมีทั้งหมด 10 โรค กลุ่มโรคที่ให้คะแนน 2 มีทั้งหมด 6 โรคกลุ่มโรคที่ให้คะแนน 3 มีทั้งหมด 1 โรค และกลุ่มโรคที่ให้คะแนน 6 มีทั้งหมด 2 โรคการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินรายการโรคร่วมทั้งหมด 18 โรคโดยตัดโรคหัวใจล้มเหลวออกจากรายการโรคร่วม คะแนนรวมทั้งชุดของแบบประเมินโรคร่วมอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน

5. แบบสอบถามภาวะโภชนาการ ใช้แบบวัดภาวะโภชนาการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช[20] เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ประกอบด้วยการประเมิน 6 ดัชนีชี้วัด ได้แก่ การคัดกรองเบื้องต้น การประเมินค่าดัชนีมวลกาย การประเมินเปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัวที่ลดลง การประเมินประวัติการได้รับสารอาหารรวม ถึงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของการได้รับสารอาหาร การประเมินความรุนแรงของโรคและโรคร่วมที่เป็นอยู่ และการสรุปคะแนนรวมของผู้ป่วย (รวมคะแนนดัชนีที่ 2, 3, 4 และ 5) โดยคะแนนแต่ละดัชนี (ยกเว้นการคัดกรองเบื้องต้น) แบ่งเป็น 4-5 ระดับ ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 64 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ

ได้แก่ ไม่มีความเสี่ยง (0-4 คะแนน) มีความเสี่ยงระดับเล็กน้อย (5-7 คะแนน) มีความเสี่ยงระดับปานกลาง (8-10 คะแนน) และมีความเสี่ยงระดับรุนแรง (>10 คะแนน)

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) คณะผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามหลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และ แบบสอบถามภาวะโภชนาการ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.73 และ 0.90 แบบสอบถามความแตกฉานด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมัน คูเดอร์ริชาร์ดสันต์ 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามแบบประเมินโรคร่วม ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Intraclass correlation coefficient ได้ค่า Average of measure raters เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรมการวิจัยเลขที่ HS 033/2565) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งข้อมูล (รหัสจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 29/65/O/q และ 023/2565) เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อยินยอมแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายในการตอบแบบสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลในการเก็บข้อมูลวิจัย ที่มาตรวจตามนัด ณ คลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลประจำหน้าห้องตรวจแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยตามมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยรอเข้าห้องตรวจฯ โดยไม่มีกระทบต่อลำดับในการตรวจของผู้ป่วย ตามข้อมูลแบบสัมภาษณ์โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการแจกแจงข้อมูลโค้งตามปกติ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.2 มีอายุระหว่าง 29-72 ปี (M = 53.9, SD = 10.6) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 50.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.1 แต่พบว่าร้อยละ 17.0 เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน และไม่ได้ประกอบอาชีพใดเลย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายร้อยละ 45.8 เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 26.6 (M = 22,444.6, SD = 13,162.2) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA Functional Class) Class I ร้อยละ 71.3 และ Class II ร้อยละ 28.7 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6-12 เดือน ร้อยละ 29.8 และ 12-24 เดือน ร้อยละ 22.4 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี ร้อยละ 67.0 (M = 1.1, SD = 0.6)

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 88.3 และร้อยละ 11.7 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการเพียงระดับเล็กน้อย

การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.6 และมีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารในระดับสูง ถึงร้อยละ 40.4 (M = 59.1, SD = 5.2) ส่วนด้านความแตกฉานด้านสุขภาพ อยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 46.8 ความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ ร้อยละ 38.3 (M = 15.7, SD = 2.5) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพียงอย่างเดียวไม่พบโรคร่วมอื่นๆ ร้อยละ 29.8 กลุ่มตัวอย่างยังพบโรคร่วมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 26.6 โดยพบโรครวมมากที่สุดคือกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และความดันโลหิตสูง และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 20.2 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) และค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (N=94)

ตัวแปร	b	SE(b)	Beta	t	p
โรคร่วม	0.321	0.140	0.232	2.287	0.024
ค่าคงที่ = 2.131		0.303		7.029	< 0.001
$R^2_{adj} = 0.054, F_{(1,93)} = 5.231, p < 0.001$					

สมการในรูปคะแนนดิบ: ภาวะโภชนาการ = 2.131 + 0.321(โรคร่วม)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน: $Z_{\text{ภาวะโภชนาการ}} = 0.321(Z_{\text{โรคร่วม}})$

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ โรคร่วม สามารถทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ß = 0.232, p < 0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ NYHA Functional Class I และ II ซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวที่ไม่รุนแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองและสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายได้ตามปกติ โดยผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการกับอาการภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยการประเมินให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้มีการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลว รวมถึงการประเมินผลของอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการโดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปริโภคอาหารให้มีความเหมาะสมกับโรคของตนเองเป็นอยู่เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี[8-9]

เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ “โรคร่วม” เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pham TH[17] พบว่าโรคร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบโรคร่วมเกิดขึ้นมากกว่า 2-3 โรค โดยพบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และความดันโลหิตสูงมากที่สุด[16] ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการ อาการแสดงหรือความรุนแรงของโรคร่วมได้ ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้ความสามารถในดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จนมีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นจนต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[21]

การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเกิดขึ้นร่วมด้วย โดยที่โรคร่วมอาจไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล แต่มีผลต่อการเจ็บป่วยของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอยู่ และมักมีโรคร่วมเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งโรคขึ้นไป[14-15] หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการ อาการแสดงหรือความรุนแรงของโรคร่วมได้นั้น อาจส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยอาจมีความสามารถในดูแลตนเองได้ลดลง เกิดอาการอ่อนล้า อาหารหายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่น จากส่งผลกระทบต่อภาวะหัวใจล้มเหลวจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นได้[16] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น ควรให้การดูแลรักษาควบคุมอาการของโรคร่วมที่เกิดขึ้นด้วย

จากการศึกษายังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ความแตกฉานด้านสุขภาพไม่สามารถทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

หัวใจล้มเหลวได้ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ระดับสูง ส่วนความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับก้ำกึ่งและเพียงพอ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้เข้ารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ[22] ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนากร ฯลฯ มีการให้ความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล โดยเฉพาะการปรับพฤติการการบริโภคอาหารของตนเองเพื่อไม่ให้ภาวะทุพโภชนาการของตนเอง[5] สอดคล้องกับการศึกษาของ Tevik K, Thürmer H, Husby MI, de Soysa AK, Helvik AS[23] ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และความแตกฉานด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะพร่องโภชนาการและอาจจะต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้[24]

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่ถูกต้องกับโรคของตนเองนั้น ต้องเกิดจากการรับรู้ข้อมูล มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง จนผู้ป่วยสามารถนำมาคิดค้นหาวิธีการในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อทำให้ระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยของตนเองลดลง ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกต้องนั้น ผู้ป่วยจะต้องนำความรู้และประสบการณ์ที่ตนเองได้รับมาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม[9] ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยเลือกบริโภคอาหารกลุ่มโปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน การควบคุมน้ำตามปริมาณที่กำหนด รวมทั้งมีการรับประทานยามา มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้มีความรุนแรงของโรคลดลง ไม่เกิดอาการกำเริบและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้[6,8]

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อไม่ให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพหรือความแตกฉานด้านสุขภาพ เป็นความสามารถในการเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพหรือสื่อที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม จนสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ประจำวันได้ ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ตนเองเป็นอยู่ และไม่สามารถประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้อง ทำให้มีการปรับตัวของตนเองไม่เหมาะสม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความแตกฉานทางสุขภาพที่ไม่เพียงพออาจทำให้การดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งได้[12]

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลที่อายุรแพทย์โรคหัวใจเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย มีพยาบาลประจำคลินิกที่คอยติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภาพรวมของทั้งประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาการภาวะโภชนาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในบริบทโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อพัฒนาส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเน้นการจัดการที่พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โรคร่วมและเพิ่มทักษะการจัดการกับโรคร่วม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้มอบทุนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จไปด้วยดี

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

นนทกร ดำนงค์, ภัทราภรณ์ โพธิ์วัง. ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(2):67-80.

Suggested citation for this article

Damnong N, Phowang P. Factors predicting nutrition status of heart failure patients. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2023;8(2):67-80.

เอกสารอ้างอิง

1. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022. 145(18):e895-e1032.
2. วนิดา หาจักร, วงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2555;25(1):79-92.
3. รพีพรรณ อภิรมรัตน์. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2560;28(2):2-15.
4. Wu JR, Lennie TA, Frazier SK, Moser DK. Health-Related Quality of Life, Functional Status, and Cardiac Event-Free Survival in Patients with Heart Failure. J Cardiovasc Nurs. 2016;31(3):236-44.
5. Yoshihisa A, Kanno Y, Watanabe S, Yokokawa T, Abe S, Miyata M, et al. Impact of nutritional indices on mortality in patients with heart failure. Open Heart [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 8];5:1-8. Available from: https://openheart.bmj.com/content/openhrt/5/1/e000730.full.pdf
6. Uysal H, Öz Alkan H, Enç N, Yiğit Z. Assessment of Dietary Habits in Patients with Chronic Heart Failure. The Journal of Nursing Research. 2020;28(1):1-10.
7. วันวิสา ทีอุทิศ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สุภาภรณ์ ด้วงแพง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี2562;35(1):1-10.
8. นนทกร ดำนงค์, ยุพิน ถนัดวณิชย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2563;37(4):334-42.
9. Diefenbach M, Leventhal H. The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. J Soc Distress Homeless. 1996;5(1):11-38.
10. จริญญา คมเฉียบ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว [ปริญญานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
11. วิกานดา ศรีภูมิพฤกษ์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ. อิทธิพลของอาการเหนื่อยล้า ความแตกฉานด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และการใช้ยาหลายขนาน ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดปัญหาในการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2559;34(Suppl1):83-93.

12. Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. J Cardiovasc Nurs. 2016;31(2):121-30.
13. Chen AM, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health literacy and self-care of patients with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2011;26(6):446-51.
14. van der Wal HH, van Deursen VM, van der Meer P, Voors AA. Comorbidities in Heart Failure. Handb Exp Pharmacol. 2017;243:35-66.
15. สุมาลี สามัคคานันทการ, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, วัลภา คุณทรงเกียรติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560;28(2):68-81.
16. Chamberlain AM, St Sauver JL, Gerber Y, Manemann SM, Boyd CM, Dunlay SM, et al. Multimorbidity in heart failure: a community perspective. Am J Med. 2015;128(1):38-45.
17. Huong PTT. Predicting factors of self-care behaviors in vietnamese adults with heart failure [dissertation Degree of Doctor of Philosophy Program in nursing science]. Bangkok:Chulalongkorn University;2015.
18. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 2009;41:1149-60.
19. สุภาภรณ์ ด้วงแพง. สภาวะการทำหน้าที่ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2558;31(3):13-24.
20. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช . แนวทางการวินิจฉัยภาวะ malnutrition และคู่มือการใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการBNT. กรุงเทพฯ: งานโภชนาการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช;2552.
21. Gimeno-Miguel A, Gracia Gutiérrez A, Poblador-Plou B, Coscollar-Santaliestra C, Pérez-Calvo JI, Divo MJ, et al. Multimorbidity patterns in patients with heart failure: an observational Spanish study based on electronic health records. BMJ Open. 2019;9(12):1-9.
22. Sokos G, Kido K, Panjrath G, Benton E, Page R 2nd, Patel J, et al. Multidisciplinary Care in Heart Failure Services. J Card Fail. 2023;29(6):943-58.
23. Tevik K, Thürmer H, Husby MI, de Soysa AK, Helvik AS. Nutritional risk screening in hospitalized patients with heart failure. Clin Nutr. 2015;34(2):257-64.
24. Agra Bermejo RM, González Ferreiro R, Varela Román A, Gómez Otero I, Kreidieh O, Conde Sabarís P, et al. Nutritional status is related to heart failure severity and hospital readmissions in acute heart failure. In. J Cardiol. 2017;230:108-14.