



Self-Care Behaviors among Patients with Coronary Heart Disease after Percutaneous Coronary Intervention

Arunsri Rattanaprom, RN, MNS¹ Nittaya Srisuk, RN, PhD² Naruebeth Koson, RN, MNS³

Abstract

Purpose: To study self-care behaviors and the association between personal and illness characteristics factors, and self-care behaviors of patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention.

Design: Descriptive research.

Methods: The participants were 151 patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention who came for follow-up at a tertiary hospital in Southern Thailand. Personal data questionnaire, records of illness characteristics, and self-care behavior questionnaire for patients with coronary heart disease were used. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square test for the association

Main findings: The participants had inadequate self-care behavior scores (a score <70) for all three aspects: self-care maintenance (64.29±12.10), self-care monitoring (64.00±18.40), and self-care management (63.23±19.28). It was found that personal factors including age, educational level, and a caregiver at home were associated with self-care maintenance ($\chi^2 = 27.07, 9.73, 5.63$, respectively, and $ps < .05$) and self-care management ($\chi^2 = 19.33, 12.05, 15.24$, respectively, and $ps < .05$). The illness characteristics factors showed that the left ventricular ejection fraction, chest pain severity, severity of comorbidity, and duration of treatment were significantly associated with self-care maintenance ($\chi^2 = 4.71, 24.65, 6.24, 6.12$, respectively and $ps < .05$). Illness characteristics factors that were significantly associated with self-care monitoring included chest pain severity and duration of treatment ($\chi^2 = 8.72, p < .05$ and $\chi^2 = 9.43, p < .05$, respectively). None of the illness characteristics factors was associated with self-care management.

Conclusion and recommendations: Patients with coronary heart disease after angioplasty did not have sufficient self-care behavior. Personal and illness factors associated with the self-care behavior included age, educational level, caregiver at home, left ventricular ejection fraction, chest pain severity, severity of comorbidity, and duration of treatment. Nurses should develop a program to enhance the patients' self-care behavior. Assessment of the associated factors should be given the importance so that the program activities would be tailored to suit with the personal and illness characteristics of the patients resulting in effectiveness of the program.

Keywords: coronary artery disease, percutaneous coronary intervention, self-care behaviors

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(4):56-72

Corresponding Author: Lecturer Naruebeth Koson, Boromrajonnani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nakhon Si Thammarat 80000, Thailand; e-mail: naruebeth@bcnnakhon.ac.th

¹ Cardiac Care Unit, Suratthani Hospital, Suratthani, Thailand

² Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, Suratthani, Thailand

³ Boromrajonnani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nakhon Si Thammarat, Thailand

Received: 30 December 2022 / Revised: 20 April 2023 / Accepted: 24 April 2023



พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

อรุณศรี รัตนพรหม, พย.ม.¹ นิตยา ศรีสุข, ประด.² นฤเบศร์ โกศล, พย.ม.³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 151 ราย ใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบบันทึกลักษณะความเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไคสแควร์

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ (คะแนน <70) ทั้งสามด้านดังนี้ ด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (64.29 ± 12.10) การดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังติดตาม (64.00 ± 18.40) และการดูแลตนเองจัดการกับอาการ (63.23 ± 19.28) ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และผู้ดูแลที่บ้านมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 27.07, 9.73, 5.63$ ตามลำดับ และ $p < .05$ ทุกค่า) และการดูแลตนเองจัดการกับอาการ ($\chi^2 = 19.33, 12.05, 15.24$ ตามลำดับ และ $p < .05$ ทุกค่า) ปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วยพบว่า ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจล่างซ้าย ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก ระดับความรุนแรงโรคร่วม และระยะเวลาการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 4.71, 24.65, 6.24, 6.12$ ตามลำดับ และ $p < .05$ ทุกค่า) ส่วนปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ ได้แก่ ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก และระยะเวลาการรักษา ($\chi^2 = 8.72, p < .05$ และ $\chi^2 = 9.43, p < .05$ ตามลำดับ) และไม่มีปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วยใดที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองจัดการกับอาการ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองทุกด้านอยู่ในระดับไม่เพียงพอ และปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะความเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การมีผู้ดูแลที่บ้าน ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจล่างซ้าย ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก ระดับความรุนแรงโรคร่วม และระยะเวลาการรักษา พยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยให้ความสำคัญในการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วย เพื่อปรับกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมให้สอดคล้องกับลักษณะด้านประชากร และลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิผลของโปรแกรม

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(4):56-72

ผู้ประสานงานการตีพิมพ์เผยแพร่: อาจารย์นฤเบศร์ โกศล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000, e-mail: naruebeth@bcnnakhon.ac.th

¹ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรมหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันที่รับบทความ: 30 ธันวาคม 2565 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 20 เมษายน 2566 / วันที่ตอบรับบทความ: 24 เมษายน 2566

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากร โดยคิดเป็นร้อยละ 16 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำจนถึงรายได้ปานกลาง¹ คาดการณ์ว่าอัตราการความชุกจะเพิ่มสูงขึ้น 1,845 คนต่อแสนประชากร ภายในปี พ.ศ. 2573² รายงานในประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 27.83 คนต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 31.4 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562 หรือเฉลี่ยชั่วโมงละสองคน³ ส่งผลให้อัตราการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพ การใช้บริการรักษาพยาบาลในระยะฉุกเฉิน ระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง และการดูแลต่อเนื่องเพิ่มสูงขึ้น ปัจจุบันค่าใช้จ่ายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก 474 พันล้าน ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา หรือประมาณร้อยละ 55 ซึ่งเป็นผลมาจาก ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยตรง และส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 45 เป็นผลมาจากการสูญเสียหน้าที่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือการสูญเสียเวลาในการทำงาน เนื่องจากความเจ็บป่วยหรือความต้องการที่จะแสวงหาการดูแล⁴

การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตัน (revascularization) เป็นการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบัน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ กับความต้องการ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก ด้วยวิธีการทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention) โดยการถ่างขยายด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดค้ำยันคราบไขมันในหลอดเลือดให้แนบติดกับผนังหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และนำไปใช้รักษาผู้ป่วยในหลายโรงพยาบาล เนื่องจากมีความสะดวกทั้งในด้านของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยที่ได้รับความปลอดภัย ไม่มีแผลผ่าตัด ช่วยลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงไปถึงผลลัพธ์ในระยะยาวช่วยลดการเกิดอุบัติการณ์โรคหัวใจชนิดที่รุนแรง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵ จากรายงานการศึกษา

ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561-2562 พบว่าผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 22,741 คน โดยผู้ป่วยมาด้วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) ร้อยละ 57 ชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูงร้อยละ 28 และมีอัตราการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจสำเร็จสูงถึงร้อยละ 95.2 ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้⁶

อย่างไรก็ตามภายหลังการทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ร้อยละ 3.3-15.8 และอัตราเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 26.3-71 ในช่วง 2 ปีหลังการทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอาการเจ็บแน่นหน้าอก รองลงมาภาวะหัวใจล้มเหลวและหลอดเลือดหัวใจอุดตันซ้ำหรือก่อนเลือดอุดตันภายในขดลวด⁷ อุบัติการณ์โรคหัวใจชนิดที่รุนแรงเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ ในปัจจุบันรายงานการศึกษาและแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสามารถปฏิบัติในชีวิตประจำวันด้วยวิธีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การออกกำลังกายเป็นประจำ ควบคุมน้ำหนัก และจัดการความเครียด รวมไปถึงการเฝ้าระวังติดตามอาการ และการจัดการอาการเมื่อมีการกำเริบซ้ำ⁸⁻⁹ เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำผ่านกระบวนการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติการณ์โรคหัวใจชนิดที่รุนแรง รวมไปถึงเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล⁸

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมพื้นฐานและเป็นส่วนสำคัญของการป้องกันการดำเนินของโรค หรืออุบัติการณ์โรคหัวใจชนิดที่รุนแรง ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกระบวนการที่มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ

การรักษาชีวิต การเฝ้าติดตามอาการและการจัดการตนเอง ในภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง แนวคิดการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะ สุขภาพ (self-care maintenance) ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในทฤษฎี ระดับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงของการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อจากนั้นแนวคิดการดูแลตนเอง เพื่อคงภาวะ สุขภาพร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ (self-care monitoring) และการดูแลตนเองจัดการกับอาการ (self-care management) ทั้ง 3 ด้าน ถูกนำมาพัฒนาต่อ ในทฤษฎีระดับกลาง การดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง (a middle-range theory of self-care of chronic illness)¹⁰ จากรายงานการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม ด้านการดูแลตนเองเพื่อคง ภาวะสุขภาพ และด้านการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ อยู่ในระดับดี แต่ด้านการดูแลตนเองจัดการกับอาการอยู่ในระดับ ไม่ดีหรือไม่เพียงพอ¹¹⁻¹² และการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม การบริโภคอาหาร และโภชนาการ การออกกำลังกาย การติดตามการรักษา และ การพักผ่อนอยู่ในระดับที่เพียงพอ แต่การจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลางและไม่เพียงพอ¹³⁻¹⁴ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับ การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการตัดสินใจการดูแลตนเองนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผู้ดูแล รายได้ เป็นต้น¹⁵⁻¹⁷ และปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วย เช่น ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจล่างซ้าย ระดับความรุนแรง เจ็บหน้าอก ความรุนแรงของโรคร่วม และระยะเวลาการรักษา เป็นต้น¹⁵⁻¹⁷ ปัจจัยของพฤติกรรมดูแลตนเองเหล่านี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจตามธรรมชาติของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจในการ ดูแลตนเอง ต้องใช้ประสบการณ์เดิมจากลักษณะความเจ็บป่วย ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ความรู้ ข้อมูลที่มีอยู่ หรือแหล่ง สนับสนุนทางสังคมในการตัดสินใจดูแลตนเอง¹⁵ จากการทบทวน

วรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา ที่มุ่งเน้นพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ และ การดูแลตนเองจัดการกับอาการ แต่ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษา ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระดับกลางของการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเรื้อรังของ Riegel, Jaarsma และ Strömberg¹⁰ ในผู้ป่วยหลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจที่ครอบคลุม ทั้ง 3 ด้าน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง เฝ้าระวัง ติดตามอาการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเชื่อมโยง ระหว่างการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเอง จัดการกับอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่องในภาวะร่างกายปกติ อาการคงที่หรือเกิดการเจ็บป่วย เมื่อมีการกำเริบ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี และลด อุบัติการณ์หัวใจชนิดที่รุนแรง และไม่พบการวิเคราะห์ คะแนนรายข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมไปถึง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ดังนั้นการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง และ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะความเจ็บป่วย กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ หลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายใต้ทฤษฎีระดับกลางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (a middle-range theory of self-care of chronic illness) พัฒนาโดย Riegel, Jaarsma และ Strömberg¹⁰ ซึ่งการดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจตามธรรมชาติ และเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพทั้งในภาวะร่างกายปกติหรือเกิดการเจ็บป่วย รวมไปถึงการเฝ้าระวังติดตามอาการ และการดูแลตนเองจัดการกับอาการเมื่อมีการกำเริบซ้ำที่เฉพาะเจาะจง ตามแนวทางการรักษาของโรคหรือความเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมดูแลตนเองภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (self-care maintenance) เป็นการดูแลตนเองที่บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การรักษาสุขภาพ หรือรักษาความสมดุลทางร่างกายและอารมณ์ โดยการปรับวิถีการดำเนินชีวิต หรือพฤติกรรมทางสุขภาพควบคู่กับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาล การดูแลตนเอง เฝ้าระวังติดตามอาการ (self-care monitoring) เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ กับการดูแลตนเองจัดการกับอาการ ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องเรียนรู้หรือรู้จักอาการของตนเอง สามารถแปลความหมายของอาการ และแยกแยะอาการที่ผิดปกติได้จากการสังเกตติดตาม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการดูแลตนเองจัดการกับอาการ (self-care management) เป็นกระบวนการดูแลตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ หรือการจัดการอาการเมื่อประเมินหรือรับรู้ว่ามีเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางอารมณ์ ทั้งอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติไปจากเดิมหรืออาการกำเริบ เพื่อให้สามารถวางแผนจัดการบรรเทาอาการได้อย่างรวดเร็วและเพียงพอ ทั้งการจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีอาการกำเริบรุนแรง

ที่ไม่สามารถจัดการได้เองที่บ้าน ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผู้ดูแลรายได้ เป็นต้น¹⁵⁻¹⁷ และปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วย เช่น ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจล่างซ้าย ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก ความรุนแรงของโรคร่วม และระยะเวลาการรักษา¹¹⁻¹⁷

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ (correlational study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจติดตามการรักษา ณ คลินิกอายุรกรรมหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 เดือน 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 4) ไม่มีประวัติความบกพร่องทางการรู้คิดที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนครั้งปัจจุบัน 5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ไม่มีประวัติประเมินการเจ็บป่วยทางจิตที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1 สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษา 9 ตัวแปร กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .75 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) ที่ระดับ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ใช้ค่าขนาดปานกลาง $r = .30$ ¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่าง 151 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2564

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่บ้าน และความพอเพียงของรายได้

2. แบบบันทึกลักษณะความเจ็บป่วย ประกอบด้วย

2.1 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction, LVEF) โดยบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคหัวใจ

2.2 ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ตามสมาคมโรคหัวใจของแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society Classification, CCSC) โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ Class I: สามารถทำกิจวัตรประจำได้ปกติ มีเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกายอย่างหนัก Class II: มีเจ็บหน้าอกเมื่อเดินขึ้นบันไดเร็วๆ หรืออากาศหนาวหรือเย็น ความเครียด Class III: มีเจ็บหน้าอกหลังเดิน 50-100 เมตร หรือการเดินขึ้นบันได ระดับความสูงเพียงหนึ่งชั้น และ Class IV: มีเจ็บหน้าอกขณะพัก¹⁹

2.3 แบบประเมินโรคร่วมของการเจ็บป่วย ใช้แบบประเมิน Charlson Criteria Checklist (CCI) พัฒนาโดย Charlson และคณะ²⁰ โดยประเมินประวัติของผู้ป่วยจากการวินิจฉัยของแพทย์ในแฟ้มประวัติหรือเวชระเบียนการรักษาของผู้ป่วย มีการให้ค่าดัชนีค่าน้ำหนักคะแนนของโรคร่วม 19 กลุ่มโรค ซึ่งการให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรงของกลุ่มโรคเป็นคะแนน 1, 2, 3 หรือ 6 คะแนน หรือคะแนน 0 หากไม่ผู้ป่วยไม่มีโรคร่วม ผลรวมคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-37 คะแนน สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม, 1-2 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมน้อย, 3-4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมปานกลาง และมากกว่า 4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมมาก

2.4 ระยะเวลาการรักษา นับเป็นจำนวนปี ภายหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Self-Care of Coronary Heart Disease

Inventory, SC-CHDI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง (a middle-range theory of self-care of chronic illness) ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลางที่พัฒนาโดย Dickson และคณะ²¹ ปัจจุบันเครื่องมือดังกล่าวมีการปรับปรุงเป็นเวอร์ชัน 3 ซึ่งเป็นเวอร์ชันล่าสุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (self-care maintenance) จำนวน 9 ข้อ ด้านการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ (self-care monitoring) จำนวน 7 ข้อ ด้านการดูแลตนเองจัดการกับอาการ (self-care management) จำนวน 6 ข้อ และอีกหนึ่งข้อคำถามเกี่ยวกับความเร็วในการรับรู้อาการ เครื่องมือดังกล่าวมีลักษณะการให้คะแนนเป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อและ 6 ระดับ จำนวน 2 ข้อ²²

การคำนวณคะแนนแต่ละด้านต้องปรับค่าคะแนนเต็มแต่ละด้านเป็นฐาน 100 เนื่องจากแต่ละข้อย่อยของทั้ง 3 ด้านมีคะแนนไม่เท่ากัน โดยคะแนนยังสูงแสดงว่าผู้ป่วยยังดูแลตนเองได้ดี ซึ่ง Dickson และคณะ²² แนะนำให้ค่าจุดตัดที่ ≥ 70 แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพียงพอ (self-care adequacy) เครื่องมือมีการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือต้นฉบับ แสดงให้เห็นว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎี²¹⁻²² เครื่องมือพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเวอร์ชัน 3 แปลเป็นภาษาไทยโดย นฤเบศร์ โกศล และคณะ²³ ศึกษาทดสอบยืนยันคุณภาพทางจิตวิทยาของเครื่องมือ พบว่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI = .86 ความตรงเชิงโครงสร้างมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎี และความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ด้านการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ และด้านการดูแลตนเองจัดการกับอาการ เท่ากับ .90, .91 และ .87²³ และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 151 ราย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบและได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 94/2563 ลงวันที่ 15 กันยายน 2563 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัย รวมไปถึงสิทธิผู้ป่วยในการ ตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ได้ตลอดเวลา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการเปิดเผยชื่อผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมในมนุษย์และอนุมัติเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ ประจำคลินิกอายุรกรรม หลังทำการสแกนขยหายหลอดเลือดหัวใจ ในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียด โครงการวิจัย รวมถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนาม ในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่สะดวกขณะรอพบแพทย์ กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยอ่าน แบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาโดยรวม ทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ลงในแบบสอบถาม สำหรับข้อมูลบันทึกจากเวชระเบียน ผู้วิจัยและ ผู้ร่วมวิจัยสืบค้นและบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบันด้วยตนเอง ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 25 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ในรายข้อ และรายด้านของพฤติกรรม การดูแลตนเอง จากนั้นจัดแบ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งรายข้อและรายด้าน

ออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เพียงพอ (<70 คะแนน) และพฤติกรรม การดูแลตนเองเพียงพอ (≥70 คะแนน) จากฐานคะแนนเต็ม 100 คะแนน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะความเจ็บป่วยกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำการสแกนขยหายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 151 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศชายร้อยละ 78.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 60.19 ± 10.76 ปี มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.7 มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 76.8 มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 62.9 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจล่างซ้ายเฉลี่ยร้อยละ 53.21 โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.8 มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจล่างซ้ายมากกว่าร้อยละ 40 มีระดับ ความรุนแรงเจ็บหน้าอก Class I (Canadian Cardiovascular Society Classification, CCS) ร้อยละ 39.1 มีความรุนแรงของโรค ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 52.3 และได้รับการรักษา มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 58.9

พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำการสแกนขยหายหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เพียงพอ (คะแนน <70) ทั้งด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (64.29 ± 12.10) ด้านการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตาม (64.00 ± 18.40) และด้านการดูแลตนเองจัดการกับอาการ (63.23 ± 19.28) ดังแสดงในตารางที่ 1-3

พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ รายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคง ภาวะสุขภาพเพียงพอ (คะแนน ≥70) มากที่สุดคือ รับประทานยา แอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (83.44 ± 22.5) และน้อย ที่สุดคือ รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ (70.33 ± 25.90)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยข้อที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอ (คะแนน <70) ตั้งแต่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 ลำดับ คือ ขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปกินข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น (63.44±25.06) ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (64.63±22.91) และทำกิจกรรมทางกาย (69.27±25.58) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

พฤติกรรมการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการเพียงพอ (คะแนน ≥70) มากที่สุด คือ

เฝ้าระวังอาการป่วย (75.76±22.58) และน้อยที่สุด คือ เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา (73.11±25.62) เมื่อพิจารณาคะแนนการดูแลตนเองที่มีการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ (คะแนน <70) 3 ลำดับ คือ เฝ้าระวังว่าท่านเหนื่อยมากกว่าเดิมในการทำกิจกรรมปกติ (66.22±29.50) เฝ้าระวังอาการแสดง (66.35±29.25) ให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของตนเอง (67.68±25.49) ตามลำดับ และผู้ป่วยไม่รับรู้อาการโรคหัวใจ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก แสบร้อน เหมือนมีอะไรมาทับ หายใจถี่ และอ่อนล้า ร้อยละ 35.1 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่ง และการแปลผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อคงภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ความเบ้	ความโด่ง	การแปลผล ¹
พฤติกรรมโดยรวม	64.29	12.10	- .54	.06	ไม่เพียงพอ
● ไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด	69.53	20.76	- .05	-1.16	ไม่เพียงพอ
● รับประทานยาแอสไพรินหรือยาด้านการ แข็งตัวของเลือด	83.44	22.59	- .82	- .99	เพียงพอ
● ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง)	64.63	22.91	- .25	- .64	ไม่เพียงพอ
● ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได)	69.27	25.58	- .11	-1.14	ไม่เพียงพอ
● รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืม รับประทานยา	70.33	25.90	- .23	-1.17	เพียงพอ
● ขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปกิน ข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น	63.44	25.06	- .21	- .83	ไม่เพียงพอ
● พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีด วัคซีนใช้หวัด ล้างมือ)	77.35	24.18	-1.12	.50	เพียงพอ
● รับประทานผักและผลไม้	69.53	22.95	- .13	- .95	ไม่เพียงพอ
● หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ/หรือบุคคลที่ สูบบุหรี่	75.36	30.93	- .79	-1.00	เพียงพอ

¹ ≥70 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพียงพอ, <70 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่ง และการแปลผลของพฤติกรรม การดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง เฝ้าระวัง ติดตามอาการ	$\bar{X}$	SD	ความเบ้	ความโด่ง	การแปลผล ¹
พฤติกรรมโดยรวม	64.00	18.40	-.56	-.38	ไม่เพียงพอ
• เฝ้าระวังอาการป่วย	75.76	22.58	-.61	-.40	เพียงพอ
• ให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกของตนเอง	67.68	25.49	-.34	-.96	ไม่เพียงพอ
• ตรวจวัดความดันโลหิต	74.44	25.63	-.77	-.36	เพียงพอ
• เฝ้าระวังว่าท่านเหนื่อยมากกว่าเดิม ในการทำกิจกรรมปกติ	66.22	29.50	-.25	-1.43	ไม่เพียงพอ
• เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา	73.11	25.62	-.62	-.65	เพียงพอ
• เฝ้าระวังอาการแสดง	66.35	29.25	-.13	-1.49	ไม่เพียงพอ
• เฝ้าระวังน้ำหนักของตนเอง	74.83	25.76	-.59	-.88	เพียงพอ

ผู้ป่วยหลายคนที่เป็นโรคหัวใจมีอาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก แสบร้อน เหมือนมีอะไรมาทับ หายใจตื้น และอ่อนล้า
ครั้งล่าสุดที่ท่านมีอาการ

เร็วแค่ไหนที่ท่านรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหัวใจ?	ฉันไม่รับรู้ อาการ	ฉันรับรู้ อาการไม่เร็ว	ฉันรับรู้ อาการค่อนข้างเร็ว	ฉันรับรู้ อาการค่อนข้างเร็ว	ฉันรับรู้ อาการค่อนข้างเร็ว	ฉันรับรู้ อาการเร็วมาก
	0	1	2	3	4	5
จำนวน (ร้อยละ)	53 (35.1)	19 (12.6)	12 (7.9)	37 (24.5)	18 (11.9)	12 (7.9)

¹ ≥ 70 คะแนน หมายถึง พฤติกรรม การดูแลตนเองเพียงพอ, < 70 คะแนน หมายถึง พฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เพียงพอ

พฤติกรรม การดูแลตนเองจัดการกับอาการ

คะแนน พฤติกรรม การดูแลตนเองจัดการกับอาการ รายชื่อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนการดูแลตนเองเพียงพอ (คะแนน ≥ 70) มากที่สุด คือ แจ้งผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับอาการเมื่อไปพบครั้งต่อไป (80.13 ± 21.60) รองลงมา คือ รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการหรือจัดการอาการ (76.16 ± 26.40) และเปลี่ยนแปลงระดับการทำกิจกรรม (ช้าลง, พัก) (72.85 ± 22.43) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนน พฤติกรรม การดูแลตนเองที่ ไม่เพียงพอ คือ โทรหาบุคลากรทางสุขภาพเพื่อขอแนวทาง (55.89 ± 25.85) และรับประทานยาแอสไพริน (67.41 ± 28.15) ดังแสดงในตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะ

ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพพบว่า อายุ ($\chi^2 = 27.07$, $p < .001$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 9.59$, $p = .022$) การมีผู้ดูแลที่บ้าน ($\chi^2 = 5.63$, $p = .018$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ โดยวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เพียงพอ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่ง และการแปลผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองจัดการกับอาการ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง จัดการกับอาการ	$\bar{X}$	SD	ความเบ้	ความโด่ง	การแปลผล ¹
พฤติกรรมโดยรวม	63.23	19.28	-.33	-.37	ไม่เพียงพอ
● เปลี่ยนแปลงระดับการทำกิจกรรม (ช้าลง, พัก)	72.85	22.43	-.18	-1.34	เพียงพอ
● รับประทานยาแอสไพริน	67.41	28.15	-.39	-1.15	ไม่เพียงพอ
● รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการหรือกำจัดอาการ	76.16	26.40	-.82	-.47	เพียงพอ
● โทรหาบุคลากรทางสุขภาพเพื่อขอแนวทาง	55.89	25.85	.24	-.99	ไม่เพียงพอ
● แจ้งผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับอาการเมื่อไปพบครั้งต่อไป	80.13	21.60	-.95	.24	เพียงพอ
● การรักษาที่คุณใช้ครั้งล่าสุด ทำให้คุณรู้สึกดีขึ้น	63.70	25.86	.12	-1.16	ไม่เพียงพอ

¹ ≥ 70 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองเพียงพอ, < 70 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองไม่เพียงพอ

มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษา และกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลที่บ้านมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพกับเพศและรายได้ ดังแสดงในตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพพบว่า LVEF มากกว่าร้อยละ 40 ($\chi^2 = 4.71$, $p = .030$) ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก class I ($\chi^2 = 24.65$, $p < .001$) ระดับความรุนแรงโรคหัวใจเล็กน้อย ($\chi^2 = 6.24$, $p = .044$) และระยะเวลาการรักษามากกว่า 1 ปี ($\chi^2 = 6.12$, $p = .013$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการที่เพียงพอไม่พบความแตกต่างทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่บ้าน และรายได้ ดังแสดงในตารางที่ 4 แต่พบว่าลักษณะความเจ็บป่วยในเรื่องของระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก ($\chi^2 = 8.72$, $p = .032$) และระยะเวลาการรักษา ($\chi^2 = 9.43$, $p = .002$) มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก CCS class I และ CCS class IV มีพฤติกรรมดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการที่เพียงพอมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก CCS class II-III และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษามากกว่า 1 ปี ดังแสดงในตารางที่ 5

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลตนเองจัดการกับอาการพบว่า อายุ ($\chi^2 = 19.33$, $p < .001$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 12.05$, $p = .007$) การมีผู้ดูแลที่บ้าน ($\chi^2 = 15.24$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองจัดการกับอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองจัดการกับอาการที่เพียงพอมากกว่าผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า และกลุ่มที่มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน มีพฤติกรรมดูแลตนเองจัดการกับอาการที่เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 4 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองจัดการกับอาการที่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ				พฤติกรรมการดูแลตนเองจัดการกับอาการ			
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	χ^2	p-value	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	χ^2	p-value	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	χ^2	p-value
	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
เพศ			0.01	.913			.22	.642			1.22	.269
ชาย	36 (78.3)	83 (79)			54 (77.1)	65 (80.2)			50 (83.3)	69 (75.8)		
หญิง	10 (21.7)	22 (21)			16 (22.9)	16 (19.8)			10 (16.7)	22 (24.2)		
อายุ			27.07	< .001			3.29	.069			19.33	< .001
<60 ปี	36 (78.3)	34 (32.4)			38 (54.3)	32 (39.5)			41 (68.3)	29 (31.9)		
≥60 ปี	10 (21.7)	71 (67.6)			32 (45.7)	49 (60.5)			19 (31.7)	62 (68.1)		
ระดับการศึกษา			9.59	.022			3.79	.285			12.05	.007
ไม่เกินชั้นประถมศึกษา	15 (32.6)	62 (59)			30 (42.9)	47 (58)			27 (45)	50 (54.9)		
ชั้นมัธยมศึกษา	18 (39.1)	24 (22.9)			22 (31.4)	20 (24.7)			13 (21.7)	29 (31.9)		
ประกาศนียบัตร 2 ปี	5 (10.9)	5 (4.8)			5 (7.1)	5 (6.2)			4 (6.7)	6 (6.6)		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	8 (17.4)	14 (13.3)			13 (18.6)	9 (11.1)			16 (26.7)	6 (6.6)		
ผู้ดูแลที่บ้าน			5.63	.018			1.15	.283			15.24	< .001
ไม่มี	5 (10.9)	30 (28.6)			19 (27.1)	16 (19.8)			4 (6.7)	31 (34.1)		
มี	41 (89.1)	75 (71.4)			51 (72.9)	65 (80.2)			56 (93.3)	60 (65.9)		
รายได้			1.04	.812			1.52	.687			2.15	.555
ไม่พอใช้และมีหนี้	4 (8.7)	7 (6.7)			6 (8.6)	5 (6.2)			4 (6.7)	7 (7.7)		
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้	4 (8.7)	8 (7.5)			4 (5.7)	8 (9.9)			3 (5)	9 (9.9)		
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	30 (65.2)	65 (61.9)			43 (61.4)	52 (64.2)			37 (61.7)	58 (63.7)		
พอใช้และเหลือเก็บ	8 (17.4)	25 (23.8)			17 (24.3)	16 (19.8)			16 (26.7)	17 (18.7)		

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะการเจ็บป่วย	พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ				พฤติกรรมการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการ				พฤติกรรมการดูแลตนเองจัดการกับอาการ			
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	χ^2	p-value	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	χ^2	p-value	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	χ^2	p-value
	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
LVEF			4.71	.030			.35	.550			.39	.533
≤40	4 (8.7)	25 (23.8)			12 (17.1)	17 (21)			13 (21.7)	16 (17.6)		
>40	42 (91.3)	80 (76.2)			58 (82.9)	64 (79)			47 (78.3)	75 (82.4)		
ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก			24.65	< .001			8.72	.032			5.18	.158
CCS class I	31 (67.4)	28 (26.7)			35 (50)	24 (29.6)			24 (40)	35 (38.5)		
CCS class II	9 (19.6)	31 (29.5)			16 (22.9)	24 (29.6)			20 (33.3)	20 (22)		
CCS class III	3 (6.5)	36 (34.3)			12 (17.1)	27 (33.3)			14 (23.3)	25 (27.5)		
CCS class IV	3 (6.5)	10 (9.5)			7 (10)	6 (7.4)			2 (3.3)	11 (12.1)		
ความรุนแรงโรคร่วม			6.24	.044			4.82	.090			.69	.722
เล็กน้อย (คะแนน 1-2)	31 (67.4)	48 (45.7)			43 (61.4)	36 (44.4)			29 (48.3)	50 (54.9)		
ปานกลาง (คะแนน 3-4)	13 (28.3)	45 (43.8)			21 (30)	38 (46.9)			25 (41.7)	34 (37.4)		
รุนแรง (คะแนน ≥5)	2 (4.3)	11 (10.5)			6 (8.6)	7 (8.6)			6 (10)	7 (7.7)		
ระยะเวลาการรักษา			6.12	.013			9.43	.002			.05	.830
<1 ปี	12 (26.1)	50 (47.6)			38 (54.3)	24 (29.6)			24 (40)	38 (41.8)		
≥1 ปี	34 (73.9)	55 (52.4)			32 (45.7)	57 (70.4)			36 (60)	53 (58.2)		

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัดไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากช่วงระยะเวลาในการศึกษาเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อาการคงที่จึงเลี่ยงการมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อร่วมกับโรงพยาบาลมีนโยบายลดจำนวนผู้ป่วยในการนัดติดตามอาการในโรงพยาบาล และจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการไม่สม่ำเสมอ ซึ่งต่อไปโรงพยาบาลอาจจะต้องมีระบบในการติดตามผู้ที่ไม่มาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ มีบางรายไม่มาตามแพทย์นัดตรวจบ้าง ยามจำเป็น เมื่อรับรู้ว่าการดีขึ้นหรือไม่มีอาการผิดปกติอะไร ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง²⁴ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลือกทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียดอย่างไม่เพียงพอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน เช่น ไม่ทราบถึงการขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อมีอาการของโรคหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลเมื่อมีอาการ ผู้ป่วยจึงมีการจัดการความเครียดที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ ดำรงค์ศิลป์, พรณวดี พุฒธนะ และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์¹³ พบว่าผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดและภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 4.5 ที่มีความเครียดสูงและ

มีความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) ที่ไม่เพียงพอ สามารถอธิบายได้จากผลการศึกษา โดยพบว่าผู้ป่วยหนึ่งในสามยังคงมีระดับอาการเจ็บแน่นหน้าอก CCS class III เมื่อทำกิจกรรมประจำวันหรือกิจกรรมทางกายในระดับเล็กน้อยหรือปานกลางอาจทำให้รู้สึกเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกก็จะหยุดทำ เพราะกลัวว่าจะมีอาการกลับมาเป็นเช่นเดิม²⁴ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการเสื่อมถอยว่า ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อลีบ และการบาดเจ็บอันตรายต่อชีวิต ผลมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีปริมาณความถี่และความหนักในการทำกิจกรรมทางกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ร่วมกับระดับความรุนแรงของโรคที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการออกกำลังกายและวิถีชีวิต และวัฒนธรรมการดูแลเมื่อเจ็บป่วยโดยผู้ดูแลมักให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสมากในการทำกิจกรรมทางกายลดลง^{11,15} นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพในการรับประทานผักและผลไม้ และพฤติกรรมการขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปรับประทานอาหารนอกบ้านหรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกิดความเคยชิน ติดในรสชาติ ยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็ม และไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้เอง เพราะผู้ดูแลเป็นคนจัดอาหารให้ ต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกับคนอื่นๆ หรือเมื่อต้องไปงานเลี้ยงก็ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้^{13-14,24} ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอเหล่านี้เป็นพฤติกรรมอิสระ (autonomous behaviors) ที่แต่ละบุคคลพึงปฏิบัติจากแรงจูงใจภายในบุคคล ทำให้แต่ละบุคคลอาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ ซึ่งทีมสหวิชาชีพควรเพิ่มการสร้างแรงจูงใจภายในบุคคลเกี่ยวกับการตัดสินใจจากสถานการณ์ให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง และควรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยด้านแรงจูงใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยา พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย เช่น ฉีดยาวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือบุคคลที่สูบบุหรี่ การดูแลตนเอง ในด้านเหล่านี้ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพียงพอ ซึ่งตรงกับบริบทบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่มีการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาลงท้ายเหตุการณ์ สอนขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้หลัก IDEAL Patient Care Model ภายใต้คำแนะนำตามมาตรฐานจากแนวเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ. 2564 ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในกระบวนการคุณภาพเรื่องการให้ยาและคำปรึกษาก่อนการ จำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ การให้ยา aspirin และ/หรือ P2Y12 inhibitor, high intensity statin, beta-blocker และ ACEI หรือ ARB ในผู้ป่วยที่มี LVEF น้อยกว่าร้อยละ 40 หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมไปถึงการให้คำแนะนำให้ฉีดยาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ให้คำปรึกษา เพื่อเลิกบุหรี่ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ช่วงเวลาหลังจาก ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่นาน ผู้ป่วยจึงยังสามารถ ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพียงพอตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพ³ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เพียงพอ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกของตนเอง การเฝ้าระวังว่าเหนื่อยมากกว่าเดิม ในการทำกิจกรรมปกติ และเฝ้าระวังอาการแสดง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากเกือบสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาการรักษามากกว่า 1 ปี และเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก class III สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการของตนเองดีขึ้น และรู้สึกหายจาก การเจ็บป่วย ไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วย

ขาดความตระหนักและไม่ระมัดระวังในการติดตามอาการเหล่านี้ ไม่สามารถประเมินอาการและตีความหมายของอาการได้²⁵ ดังนั้นพยาบาลหรือทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญและให้คำแนะนำ ในการดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการ เนื่องจากจะเป็น ตัวเชื่อมโยงระหว่างการรักษาอาการ เมื่อทราบถึงอาการแล้ว สามารถจัดการตนเองได้อย่างเพียงพอต่อไป และกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวัง ติดตามอาการที่เพียงพอในเรื่องการเฝ้าระวังอาการป่วย ตรวจวัดความดันโลหิต การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และ เฝ้าระวังน้ำหนักของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแล ให้คำแนะนำตามมาตรฐานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการป่วย เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา รวมไปถึงการชั่งน้ำหนักของตนเอง และการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ ได้เป็นประจำในการส่งเสริมพฤติกรรมในการเฝ้าระวังป้องกัน การเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ³

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองจัดการกับอาการไม่เพียงพอ อาจเป็นไปได้ว่าการจัดการอาการโดยรวมมีความสัมพันธ์กับ การรับรู้หรือเฝ้าระวังติดตามอาการ ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสามไม่รับรู้อาการโรคหัวใจ เช่น มีอาการ เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก แสบร้อน เหมือนมีอะไรมาทับ หายใจถี่ขึ้น และอ่อนล้า เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเพื่อการจัดการอาการ ที่ล่าช้า²⁵ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยาแอสไพริน เพื่อใช้ในการจัดการอาการที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากแนวเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ. 2564 ไม่ได้แนะนำการรับประทานยาแอสไพรินในการจัดการอาการ แต่แนะนำให้ใช้ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดในการจัดการ บรรเทาอาการ เจ็บแน่นหน้าอก³ และเมื่อมีอาการหรืออาการแสดง ของโรคหัวใจ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม โทรหาบุคลากรทางสุขภาพเพื่อขอแนวทางในการจัดการกับอาการ ที่ไม่เพียงพอ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและ ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างอาจมีข้อจำกัด

ในการใช้โทรศัพท์ เช่น ไม่มีโทรศัพท์ของตัวเอง ไม่สามารถกดโทรบนโทรศัพท์ได้ หรือไม่สามารถจำเบอร์โทรศัพท์ที่จะขอความช่วยเหลือได้ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์ ดำรงค์ศิลป์, พรรณวดี พุฒินัน และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์¹³ ผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการไม่ได้มาโรงพยาบาลในทันที และไม่โทรศัพท์ปรึกษากับสายด่วนโรคหัวใจหรือหอบผู้ป่วยที่เคยรับการรักษา เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ได้ เช่น ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลมีบริการสายด่วนโรคหัวใจ ซึ่งสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจและโรคอื่นๆ แก่ผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองจัดการกับอาการที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น ทีมสุขภาพควรเน้นย้ำเกี่ยวกับลักษณะอาการกำเริบของโรคหัวใจให้กับผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงช่องทางในการเข้าถึงทีมสุขภาพในการขอคำแนะนำการจัดการอาการเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ลดอัตราความรุนแรงของโรคก่อนมาถึงโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองจัดการกับอาการในเรื่องการเปลี่ยนแปลงระดับการทำการกิจกรรมให้ช้าลง หรือนั่งพัก การรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการหรือกำจัดอาการ เช่น การอมยาใต้ลิ้น และแจ้งผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับอาการเมื่อไปพบครั้งต่อไปได้อย่างเพียงพอ เป็นไปได้ว่าพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองจัดการกับอาการที่เพียงพอ นั้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ³

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะความเจ็บป่วยกับพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เพียงพอของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 หรือวัยผู้ใหญ่ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น

หรือตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และมีผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เพียงพอของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ยังไม่เกิดความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญา ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ เช่น การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยา และการตัดสินใจเพื่อจัดการอาการตนเองได้อย่างเพียงพอ^{11,15} ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงเป็นพื้นฐานของความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่ส่งผลให้มีการสะสมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เพียงพอ รวมไปถึงการแสวงหาช่องทางขอความช่วยเหลือเพื่อจัดการอาการได้ทันเวลาที่¹⁵⁻¹⁷ และผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้านเป็นความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลคนในครอบครัวหรือคู่ครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น โดยการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยเหลือและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยช่วยในการอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองคงไว้ซึ่งสุขภาพะ ทั้งการพาผู้ป่วยไปตรวจพบแพทย์ตามนัดหมาย การรับประทานยา รวมไปถึงการจัดหาอาหารที่เพียงพอกับการเจ็บป่วย และผู้ดูแลจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาบรรเทาอาการ ให้นั่งพัก หรือประสานติดต่อขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้รับการจัดการกับอาการได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการกำเริบซ้ำ¹⁵⁻¹⁶ และปัจจัยด้านรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เพียงพอทั้ง 3 ด้าน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลโดยสอบถามความเพียงพอของรายได้ ซึ่งเป็นการสะท้อนการรับรู้รายได้ตอบสนองความต้องการได้ดีเพียงใด ทำให้ไม่สามารถอธิบายได้ครบถ้วนถึงผลกระทบของรายได้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ดีเท่ากับสถานะทางการเงินที่วัดเป็นรายได้¹⁶

2. ปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังอาการแสดง เฝ้าระวังว่าท่านเหนื่อยมากกว่าเดิมในการทำกิจกรรมปกติ และการให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงอาการที่ไม่เพียงพอ ซึ่งโดยทั่วไปอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก แสบร้อน เหมือนมีอะไรมาทับ หายใจถี่ และอ่อนล้า อาการต่างๆ เหล่านี้มีความสำคัญต่อการดูแลของตนเองของผู้ป่วย โดยระดับความรุนแรงของอาการสามารถประเมินได้จากระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก (CCS class) และประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ในการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก CCS class I และมี LVEF มากกว่าร้อยละ 40 สัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงไว้ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองเฝ้าระวังติดตามอาการที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยค่า LVEF มากกว่าร้อยละ 40 และระดับความทนในการทำกิจกรรม NYHA class I เป็นปัจจัยอิสระที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง เนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจยังไม่เกิดความเสียหายหรือสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจยังทำงานได้ดี บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เพียงพอ²⁶ นอกจากนี้ ความรุนแรงของโรคร่วมระดับเล็กน้อยมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจำนวนมาก มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอ และพฤติกรรมดูแลตนเองจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่มีโรคร่วม สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองอาจเกิดความซับซ้อนมากขึ้น จากการไม่สอดคล้องของการรักษาในแต่ละโรคระหว่างผู้ให้บริการหลายสาขาวิชาชีพ มีการดูแลที่แยกส่วนกัน อาจนำไปสู่ คำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกันเกี่ยวกับยา อาหาร และการปฏิบัติตัว

ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน และแหล่งประโยชน์ที่ไม่เหมือนกัน ทำให้ผู้ป่วยอาจตัดสินใจ ในการดูแลตนเองภายใต้คำแนะนำจากทีมสุขภาพ ร่วมกับความ สามารถ ความรู้พื้นฐาน ทักษะคิด การเงิน และ ประสบการณ์ของตนเอง¹⁵ ดังนั้น พยาบาลควรประเมินโรคร่วมของผู้ป่วยให้ครอบคลุม และให้คำแนะนำแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว การดูแลตนเองที่สอดคล้องกันในแต่ละโรค และความแตกต่างของแต่ละบุคคล รวมไปถึงเป็นผู้ประสาน กับสหวิชาชีพอื่นๆ ในการปรับแนวทางการดูแลตนเอง เช่น เภสัชกร เพื่อปรับยาในแต่ละโรคไม่ให้เกิดการทับซ้อน หรือเกิดปฏิกิริยา ระหว่างยาแต่ละชนิดที่อาจจะส่งผลให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง นักโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่เพียงพอ รวมไปถึงนักกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ภายใต้โรคร่วมหลายชนิด เป็นต้น และระยะเวลาในการรักษา มากกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อคงสุขภาพที่เพียงพอ เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์จากการได้รับการดูแล การให้คำแนะนำ และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพียงพอยิ่งขึ้น^{8,10,15}

สรุปและข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล และลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การมีผู้ดูแลที่บ้าน ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก ระดับความรุนแรงโรคร่วม และระยะเวลาการรักษา ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน

รวมถึงประเมินปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วย ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินติดตามระยะยาว ทุก 6 เดือนและ 1 ปีภายหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2. โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้พัฒนาพฤติกรรม ในการดูแลตนเองที่จำเป็น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง แนะนำการติดตามอาการของผู้ป่วย และเพิ่มช่องทางในการติดต่อขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการของโรคหัวใจ รวมไปถึง ข้อมูลเกี่ยวกับโรคอื่น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน และแยกอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เพื่อการจัดการ ที่ทันทั่วถึง และให้ความรู้และเพิ่มความรู้ความสำคัญของบุคลากร ในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย

ด้านการวิจัย

การศึกษารังต่อไปควรมีโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง และวิเคราะห์ความรุนแรงของโรค ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การเข้ารับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล หรืออุบัติการณ์ที่รุนแรงโรคหัวใจ เป็นต้น

References

1. World Health Organisation. The top 10 causes of death 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Aug 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Khan MA, Hashim MJ, Mustafa H, Baniyas MY, Al Suwaidi SKBM, AlKatheeri R, et al. Global epidemiology of ischemic heart disease: results from the global burden of disease study. *Cureus*. 2020;12(7):e9349. doi: 10.7759/cureus.9349.
3. The Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage. Thai chronic coronary syndromes guidelines 2021. Samut Prakan; Nextstep D-Sign Limited Partnership; 2022. 47 p. (in Thai).
4. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases [Internet]. Geneva, Switzerland: World Economic Forum; 2011 [cited 2022 Aug 12]. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf.
5. Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, Bates ER, Beckie TM, Bischoff JM, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI guideline for coronary artery revascularization: a report of the American college of cardiology/ American heart association joint committee on clinical practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2022; 79(2):e21-e129. doi: 10.1016/j.jacc.2021.09.006.
6. Sansanayudh N, Chandavimol M, Srimahachota S, Limpijankit T, Hutayanon P, Kiatchosakun S, et al. Patient characteristics, procedural details, and outcomes of contemporary percutaneous coronary intervention in real-world practice: insights from nationwide Thai PCI registry. *J Interv Cardiol*. 2022;2022:5839834. doi: 10.1155/2022/5839834.
7. Kwok CS, Narain A, Pacha HM, Lo TS, Holroyd EW, Alraies MC, et al. Readmissions to hospital after percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of factors associated with readmissions. *Cardiovasc Revasc Med*. 2020; 21(3):375-91. doi: 10.1016/j.carrev.2019.05.016.
8. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson WV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(9):e006997. doi: 10.1161/JAHA.117.006997.
9. Piepoli MF, Corrà U, Dendale P, Frederix I, Prescott E, Schmid JP, et al. Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: a call for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(5):369-80. doi: 10.1177/1474515117702594.

10. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci.* 2012;35(3):194-204. doi: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.
11. Umpichit P, Jitpanya C. Factors related to self-care in acute coronary syndrome patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2009;20(2):1-16. (in Thai).
12. Nachai L, Sriprasong S, Seneha C, Chantadansuwan T. Factors predicting self-care behaviours in patients with coronary artery disease. *Thai Journal of Nursing Council.* 2022;37(3):93-108. (in Thai).
13. Damrongsin S, Putwatana P, Khuwatsamrit K. Self-care behaviors among patients with coronary in-stent restenosis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2017;18(2):220-7. (in Thai).
14. Chinphan S, Sirisopon N, Onsiri S, Wattanaburanon A. Factors correlated with in stent restenosis in coronary heart disease patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2019;20(3):218-26. (in Thai).
15. Riegel B, Dickson VV, Vellone E. The situation-specific theory of heart failure self-care: an update on the problem, person, and environmental factors influencing heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2022;37(6):515-29. doi: 10.1097/JCN.0000000000000919.
16. Baah FO, Chittams J, Carlson B, Sethares KA, Daus M, Moser DK, et al. Sociodemographic indicators of social position and self-care maintenance in adults with heart failure. *Clin Nurs Res.* 2021;30(6):847-54. doi: 10.1177/1054773821995593.
17. Al-Sutari M, Ahmad M. Predictors of adherence to self-care behaviors among patients with coronary heart disease. *Nursing Practice Today.* 2022;9(2):145-57. doi: 10.18502/npt.v9i2.8897.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press. 1977. 567 p.
19. Sangareddi V, Chockalingam A, Gnanavelu G, Subramaniam T, Jagannathan V, Elangovan S. Canadian cardiovascular society classification of effort angina: an angiographic correlation. *Coron Artery Dis.* 2004;15(2):111-4. doi: 10.1097/00019501-200403000-00007.
20. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373-83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.
21. Dickson VV, Lee CS, Yehle KS, Mola A, Faulkner KM, Riegel B. Psychometric testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI). *Res Nurs Health.* 2017;40(1):15-22. doi: 10.1002/nur.21755.
22. Dickson VV, Iovino P, De Maria M, Vellone E, Alvaro R, Di Matteo R, et al. Psychometric testing of the self-care of coronary heart disease inventory version 3.0. *J Cardiovasc Nurs.* 2022. doi: 10.1097/JCN.0000000000000952.
23. Koson N, Srisuk N, Rattanaprom A, Thompson DR, Ski CF. Psychometric evaluation of the Thai version of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory Version 3 (SC-CHDI-V3). *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2022;zvacc069. doi: 10.1093/eurjcn/zvac069.
24. Phaisantum P, Duangpaeng S, Kunsongkei W. Experiences of lifestyle modification among patient with acute myocardial infarction post coronary stent placement. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2018;29(1):96-109. (in Thai).
25. Riegel B, De Maria M, Barbaranelli C, Matarese M, Ausili D, Stromberg A, et al. Symptom recognition as a mediator in the self-care of chronic illness. *Front Public Health.* 2022;10:883299. doi: 10.3389/fpubh.2022.883299.
26. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Pilarczyk-Wróblewska I, Jankowska-Polańska B. The revised self-care of heart failure index - a new tool for assessing the self-care of Polish patients with heart failure. *Kardiol Pol.* 2021;79(7-8):841-7. doi: 10.33963/KP.a2021.000.