

พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนำ ที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

สลักจิต สุวรรณศรีสาคร*, ศากุล ช่างไม้**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กลับมารักษาซ้ำจำนวน 50 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566–เมษายน พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และทดสอบ Chi-square, Fisher's Exact ANOVA และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 74) อาการนำที่สำคัญคือเหนื่อยหอบ (ร้อยละ 54) และเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 32) ผลตรวจเลือดพบความผิดปกติของค่า Creatinine (ร้อยละ 60) eGFR (ร้อยละ 80) NT-proBNP (ร้อยละ 88.89) และ Troponin T ครั้งที่ 1 (ร้อยละ 87.09) และครั้งที่ 2 (ร้อยละ 96.42) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 38.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.36) โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด ผลการวิจัย ไม่พบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยพื้นฐาน หรือพฤติกรรมการดูแลตนเองกับลักษณะอาการนำ

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยระดับปานกลางและขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ข้อเสนอแนะคือควรพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเชิงรุก เน้นส่งเสริมการออกกำลังกาย เฝ้าระวังภาวะของกลุ่มอาการหัวใจและไต และจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองตามบริบทผู้ป่วย โดยเน้นการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบทั้งการประเมินและตัดสินใจที่เหมาะสม

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การกลับมารักษาซ้ำ, โรคหัวใจและหลอดเลือด, ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, email: sakulc@christian.ac.th, Tel. 089-2126961

Received : September 1, 2025; Revised : November 17, 2025; Accepted : December 8, 2025

Health Deviation Self-care Behaviors and Factors Related to Leading Symptoms to Readmission of Cardiovascular Patients

Salakjit Suwansrisakhon*, Sakul Changmai**

Abstract

This descriptive correlational study aimed to study health deviation self-care behaviors and factors related to leading symptoms to readmission of cardiovascular patients to the department of Internal Medicine, Samut Sakhon Hospital. The sample consisted of 50 readmitted patients between November 2023 and April 2024. Data were collected using a personal data record form, baseline conditions data, and an interview form on health deviation self-care behavior with CVI = 0.89 and Cronbach Alpha reliability = 0.83. Data were analyzed using frequency, mean, percentage, and Chi-square, Fisher's Exact, ANOVA and Independent t-tests. The results showed that most of the sample was female (78%), over 60 years of age (74%), and the main leading symptoms were shortness of breath (54%) and chest pain (32%). Blood tests showed abnormalities in creatinine (60%), eGFR (80%), NT-proBNP (88.89%), first Troponin T (87.09%), and second one (96.42%). Overall self-care behaviors were at a moderate level ($M = 38.56$, $SD = 12.36$), with regular exercise being the least practiced behavior. The results found no difference in personal factors and basic conditioning factors or self-care behaviors and leading symptom characteristics.

In conclusion, cardiovascular patients had moderate level of health deviation self-care behaviors and lacked regular exercises. Recommendations include developing proactive discharge planning, emphasizing exercise promotion, monitoring cardio-renal syndrome, and developing a self-care behavior promotion program tailored to the patient's context, emphasizing management of shortness of breath, both in assessment and appropriate decision-making.

Keywords: Readmission, Cardiovascular disease, Self-care behaviors, Orem self-care theory

* Professional Nurse, Samut Sakon Hospital, Samut Sakon Province

** Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, email: sakulc@christian.ac.th, Tel. 089-2126961

Received : September 1, 2025; **Revised :** November 17, 2025; **Accepted :** December 8, 2025

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก โดยในปี ค.ศ. 2021 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากถึง 20.5 ล้านคน คิดเป็นเกือบหนึ่งในสามของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก (World Heart Federation, 2023) และปี ค.ศ.2022 เฉพาะในสหรัฐอเมริกาเพียงประเทศเดียวที่โรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้ประชาชนเสียชีวิตไปกว่า 941,652 ราย (American Heart Association, 2025) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งเนื่องจากมีอาการกลับมาเป็นซ้ำแบบเดิมหรือแย่ลง (Ryan et.al, 2014; Wideqvist et.al, 2021) การกลับมารักษซ้ำ (Readmission) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงปัญหาด้านคุณภาพการดูแลรักษา แต่ยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทางการเงินและบุคคลในระบบสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 ของทั้งหมด (World Heart Federation, 2023; Lundback et al., 2017) รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยคือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีค่าผลเลือดทางเคมีเกี่ยวกับการทำงานของไต และค่าโปรตีนในกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติคือโทรโปนิน (Troponin) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลงด้วย (Huberts, et al., 2024)

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาล่าสุดตีพิมพ์ในปี พ.ศ.2567 จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 321 คน พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำในรอบ 12 เดือน มีการกลับมารักษาซ้ำจำนวน 1 ครั้ง มากที่สุดคือร้อยละ 40.2 รองลงมาคือจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 35.5 (Polsook & Aungsuruch, 2021) และมีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน เท่ากับร้อยละ 11 (พรชนก บัณฑิต และคณะ, 2567) สำหรับโรงพยาบาลสมุทรสาคร จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สูงที่สุดในแผนกอายุรกรรม โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 89, 240 และ 196 ราย ตามลำดับ และมีค่าใช้จ่ายรวมสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คิดเป็น 11,821,516 บาท 25,247,135 บาท และ 16,761,701 บาท ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมุทรสาคร, 2566) นับเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงและมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Hosein Abadi, et al., 2020) รวมทั้งงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังจากกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 11.5 (สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556) ดังนั้นการทำความเข้าใจสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงมีความจำเป็นเพื่อหาแนวทางในการวางแผนการดูแลป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและลดค่าใช้จ่ายที่สูงมากดังกล่าวได้

ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลมักมีอาการนำที่เกิดขึ้นตามลักษณะของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและทำให้กลับมาโรงพยาบาลซ้ำ อาการที่พบได้คือ อาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก บวม หน้ามืดและใจสั่น (ศรีสกุล จิรกาญจนกร, 2563; Alsulymani et al., 2023) ซึ่งเป็นอาการที่รบกวนการใช้ชีวิต ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การกลับมารักษาซ้ำเพราะมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น ได้แก่ โรคร่วม (Wideqvist et al., 2021; พรชนก บัณฑิต และคณะ, 2567; Rashidi et.al, 2022) ปัจจัยส่วนบุคคล (Rashidi et al., 2022) ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ดีพอ (พรชนก

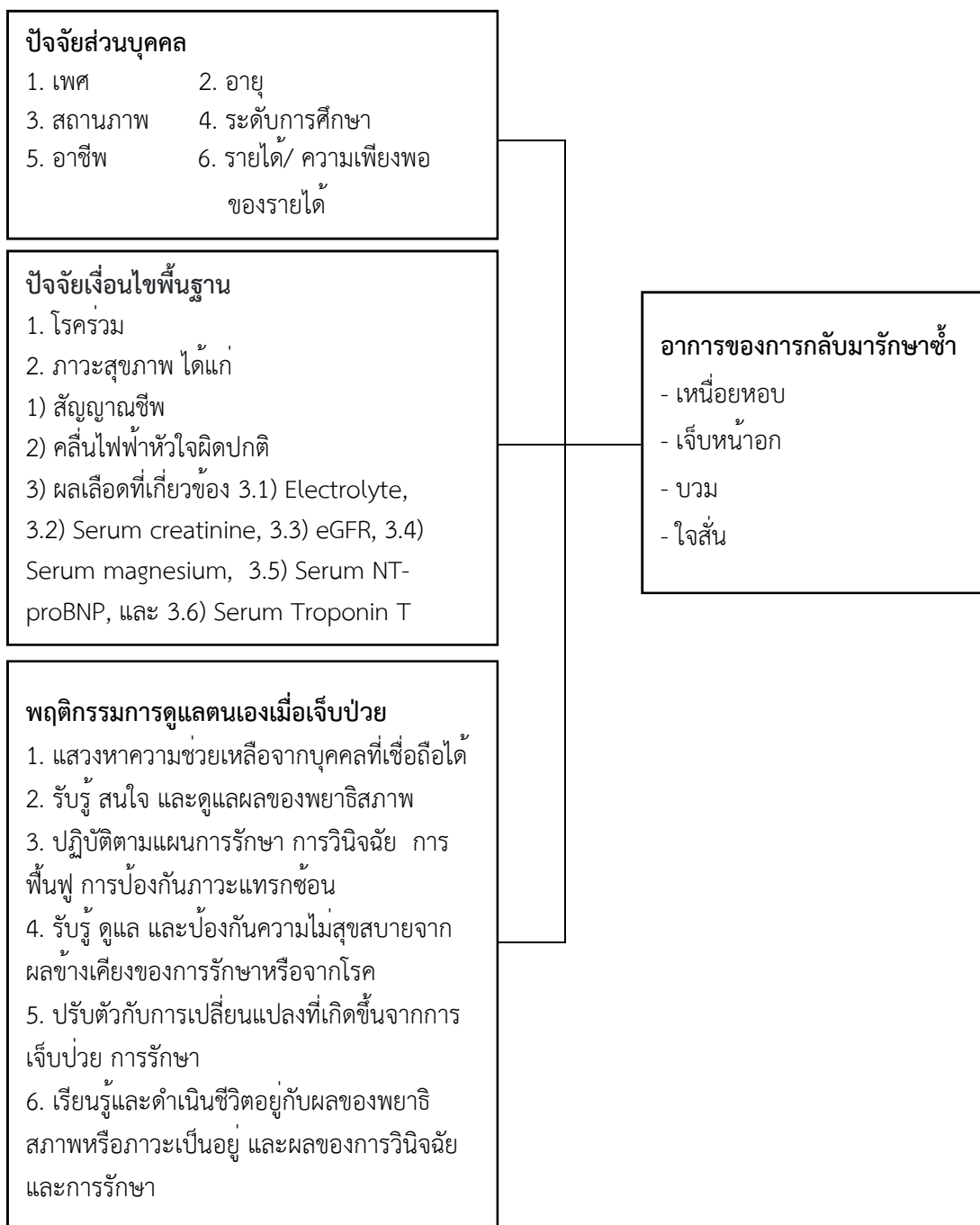
บันรัตน์ และคณะ, 2567; Rashidi et al., 2022) ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองในมุมของวิชาชีพการพยาบาลสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ง่ายด้วยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem et al., 2001) อธิบายว่าบุคคลเมื่อเจ็บป่วยต้องมีการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบน (Health deviation self-care requisite) ซึ่งหากบุคคลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านนี้ได้ ก็สามารถใช้ชีวิตได้แม้จะมีความเจ็บป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยได้นั้น มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานทั้งการมีโรคและภาวะสุขภาพอีกด้วย (Orem et al., 2001; Mahmoudi et al., 2023) ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมายังมียอดความรู้ที่จำกัดในเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนำที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยกับอาการนำที่สำคัญเหล่านั้น ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยในอนาคต ลดอัตราการเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มประสิทธิภาพในการจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ในการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำทั้ง 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ 2) ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ได้แก่ โรคร่วม และภาวะสุขภาพ และ 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ 3.1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ 3.2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ 3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3.4) รับรู้ ดูแล และป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค 3.5) ปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย การรักษา และ 3.6) เรียนรู้และดำเนินชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะเป็นอยู่ และผลของการวินิจฉัยและการรักษา ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ได้กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการนำแตกต่างกัน ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก บวม และใจสั่น (ศรีสกุล จิรกาญจนกร, 2563) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำ จะทำให้พยาบาลเกิดความเข้าใจผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร และสามารถปรับปรุงการวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมโดยเฉพาะเรื่องการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ได้ ดังแสดงเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlation study) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน และพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกคนที่มารักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.30 กำหนดความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (α) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 48 คน ทั้งนี้แม้ผลการคำนวณด้วย G* Power จะระบุว่าจำนวนตัวอย่างที่เพียงพอคือ 48 คน แต่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมเป็น 50 คน เพื่อเพิ่มอำนาจทางสถิติให้สูงขึ้นให้เป็นที่ยอมรับได้ (Mursa et al., 2025) โดยศึกษาจากสถานการณ์ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 - เมษายน พ.ศ.2567 มีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้คือ 1) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป หากมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องไม่มีภาวะพร่องการรู้คิดประเมินโดยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (Thai Mini Mental State examination) 2) กลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก บวม หน้ามืด หรือ ใจสั่น และ 3) แพทย์วินิจฉัยว่าต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยอื่นหรือโรงพยาบาลอื่นหรือเสียชีวิตขณะรับการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วยโรคร่วม ภาวะสุขภาพ ได้แก่ สัญญาณชีพ ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลเลือดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) อิเล็กโตรลไลต์ 2) ครีเอตินิน 3) ค่าคำนวณ eGFR 4) Serum แมกนีเซียม 5) Serum NT-proBNP และ 6) Serum Troponin T

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเริ่มร่วมกับการประยุกต์เครื่องมือของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ (2563) ซึ่งครอบคลุมแนวคิดของการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยในบริบทของการใช้ชีวิตในชุมชน และเพิ่มเติมในข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย 1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ 2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) รับรู้ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค 5) ปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย การรักษา และ 6) เรียนรู้และดำเนินชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะเป็นอยู่ และผลของการวินิจฉัยและการรักษา เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 19 ข้อ และเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 10 ข้อ 11 และข้อ 19) โดยกำหนดค่าคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลย 0 คะแนน ทั้งนี้ทำการกลับค่าคะแนนเมื่อเป็น

ข้อคำถามเชิงลบ เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนในรายข้อและโดยรวมใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น และแบ่งเป็น 3 ระดับ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2561) ได้แก่ 0-22 คะแนน หมายถึงการดูแลตนเองต่ำ 23-44 คะแนน หมายถึงการดูแลตนเองปานกลาง และ 45-66 คะแนน หมายถึงการดูแลตนเองมาก โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566-เมษายน พ.ศ. 2567 ภายหลังจากการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด ในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมทุกหอผู้ป่วยในจำนวน 6 แห่ง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ถึง 30 เมษายน พ.ศ.2567 เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากอาการนำที่มาโรงพยาบาล ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นบันทึกและสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเงื่อนไขพื้นฐานที่เป็นข้อมูลภาวะสุขภาพ และสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยขณะอยู่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 04/2567/V.1 ลงวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ในการดำเนินการวิจัยทุกระยะ ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้ร่วมวิจัย โดยมีการแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยร่วมกับอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิ่งที่คุณวิจัยต้องการความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกวิเคราะห์ในภาพรวม โดยประโยชน์ที่ได้ จะใช้ในการวิจัยเท่านั้น จากนั้นให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย กับอาการของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ สถิติ Fisher's Exact test และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) ระหว่างอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอกับรายได้ไม่เพียงพอ โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 39 คน (ร้อยละ 78.00) และเป็นเพศชาย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 22.00) อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 37 คน (ร้อยละ 74.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 66.88 (SD = 14.14) ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 52.00) และอยู่กับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 46 คน (ร้อยละ 92.00) ส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา จำนวน 26 คน (ร้อยละ 52.00) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 25 คน (ร้อยละ 50.00) และมีความเพียงพอในการใช้จ่าย จำนวน 38 คน (ร้อยละ 76.00)

ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าก่อนมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยน้อยกว่า 12 ชั่วโมง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 56.00) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน จำนวน 35 คน (ร้อยละ 70.00)

อัตราการหายใจแรกรับส่วนใหญ่ มากกว่า 22 ครั้งต่อนาที จำนวน 28 คน (ร้อยละ 56.00) โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 60-100 ครั้งต่อนาที มากที่สุดจำนวน 33 คน (ร้อยละ 66.00) และมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที จำนวน 17 คน (ร้อยละ 34.00) ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic pressure) มากกว่า 140 mmHg จำนวน 27 คน (ร้อยละ 54.00) และช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic pressure) ระหว่าง 60-90 mmHg จำนวน 25 คน (ร้อยละ 50.00) ปริมาณออกซิเจนในเลือด 96-100% จำนวน 40 คน (ร้อยละ 80.00) และมีปริมาณออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 95 % จำนวน 10 คน (ร้อยละ 20.00) ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบผลผิดปกติจำนวน 35 คน (ร้อยละ 70.00) รองลงมา EKG ปกติ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 28.00) และไม่ได้ทำ EKG จำนวน 1 คน

อาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการที่สำคัญทำให้กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล คือ เหนื่อยหอบ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 54.00) รองลงมาคืออาการเจ็บหน้าอก จำนวน 16 คน (ร้อยละ 32.00) อาการใจสั่น จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.00) และอาการบวม จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.00)

ผลการตรวจเลือดในห้องปฏิบัติการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ มีการตรวจเลือดบางชนิดที่ไม่ได้ทำในกลุ่มตัวอย่างทุกคน ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลเลือดที่เกี่ยวข้อง (ณ วันที่กลับมารักษาซ้ำ โดยเป็นการประเมินครั้งแรก) มีผลเลือดผิดปกติ ที่สำคัญคือค่า Creatinine, eGFR ที่ได้จากการคำนวณ NT-proBNP และ Troponin T รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติที่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ (n = 50)

ผลเลือด	ปกติ	ร้อยละ	ผิดปกติ	ร้อยละ
Electrolyte	17	34.00	33	66.00
Creatinine	20	40.00	30	60.00
eGFR	10	20.00	40	80.00
ผลเลือดที่ตรวจเป็นบางราย (จำนวนที่ตรวจ/จำนวนทั้งหมด)				
Magnesium (27/50 คน)	21	77.77	6	22.23
NT-proBNP (9/50 คน)	1	11.11	8	88.89
Troponin T ครั้งที่ 1 (31/50 คน)	4	12.91	27	87.09
Troponin T ครั้งที่ 2 (28/50 คน)	1	3.58	27	96.42

พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.56 (SD = 12.36) คือมีระดับการดูแลตนเองปานกลาง โดยมีข้อที่มีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ รับประทานยาถูกต้องตามคำแนะนำ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 60.00) รับประทานยาประจำตัว ไม่เคยขาดยาประจำตัว จำนวน 21 คน (ร้อยละ 42.00) และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 38.00) ส่วนพฤติกรรมที่ไม่มีการปฏิบัติเลยมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือเมื่อเจ็บป่วยท่านรับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม จำนวน 31 คน (ร้อยละ 62.00) เมื่อเจ็บป่วยซื้อยามารับประทานเอง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 56.00) และออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์) จำนวน 22 คน (ร้อยละ 44.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (n=50)

พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			
	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เมื่อมีอาการผิดปกติท่านจะไปพบแพทย์ทันที	0 (0.00)	8 (16.00)	26 (52.00)	16 (32.00)
2. ท่านมักถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	3 (6.00)	6 (12.00)	26 (52.00)	15 (30.00)
3. เมื่อเจ็บป่วยท่านมีบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดที่เชื่อถือได้	4 (8.00)	4 (8.00)	24 (48.00)	18 (36.00)
4. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายได้ด้วยตนเอง	4 (8.00)	3 (6.00)	27 (54.00)	16 (32.00)
5. ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ เช่น ทำบวมมากขึ้น	9 (18.00)	4 (8.00)	24 (48.00)	13 (26.00)
6. ท่านสังเกตอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติได้	0 (0.00)	5 (10.00)	30 (60.00)	15 (30.00)
7. ท่านรับประทานยาประจำตัว ไม่เคยขาดยาประจำตัว	7 (14.00)	2 (4.00)	20 (40.00)	21 (42.00)
8. ท่านรับประทานยาถูกต้องตามคำแนะนำ	2 (4.00)	0 (0.00)	18 (36.00)	30 (60.00)
9. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ	6 (12.00)	4 (8.00)	21 (42.00)	19 (38.00)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (n=50) (ต่อ)

พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			
	ไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	เป็นประจำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
*10. เมื่อเจ็บป่วยท่านซื้อยารับประทานเอง	28 (56.00)	8 (16.00)	4 (8.00)	10 (20.00)
*11. เมื่อเจ็บป่วยท่านรับประทานยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม	31 (62.00)	10 (20.00)	2 (4.00)	7 (14.00)
12. ท่านนอนพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	0 (0.00)	10 (20.00)	35 (70.00)	5 (10.00)
13. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ไม่ $\leq$ 3 ครั้ง/สัปดาห์)	22 (44.00)	17 (34.00)	9 (18.00)	2 (4.00)
14. ท่านทราบว่ายาตัวใดมีผลทำให้เลือดออกผิดปกติ	11 (22.00)	7 (14.00)	17 (34.00)	15 (30.00)
15. ท่านทราบว่ายาตัวใดมีผลต่อการเต้นของหัวใจ	10 (20.00)	8 (16.00)	18 (36.00)	4 (8.00)
16. ท่านทราบว่าหากทำฟัน ขูดหินปูน ผ่าตัดใดๆ ต้องแจ้งแพทย์ประจำตัวก่อนทุกครั้ง	13 (26.00)	7 (14.00)	14 (28.00)	16 (32.00)
17. ท่านรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือ (หลีกเลี่ยงเครื่องปรุงรส) เป็นประจำ	9 (18.00)	13 (26.00)	19 (38.00)	9 (18.00)
18. ท่านจำกัดการดื่มน้ำเป็นประจำ	8 (16.00)	9 (18.00)	22 (44.00)	11 (22.00)
*19. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (เช่น ไข่แดง อาหารทอด เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เนย ครีม) เป็นประจำ	8 (16.00)	25 (50.00)	8 (16.00)	9 (18.00)

* ข้อคำถามเชิงลบ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

เมื่อทำการศึกษาแต่ละปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ พบรายละเอียด
ความเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ

ผลการทดสอบด้วย Fisher's Exact Test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง กับอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการนำที่กลับมารักษารักษาซ้ำ ด้วยค่า Fisher's exact test

ข้อมูลส่วนบุคคล		อาการนำที่กลับมารักษาซ้ำ								p-value
		เหนื่อยหอบ		เจ็บหน้าอก		บวม		ใจสั่น		
		(n=27)		(n=16)		(n=1)		(n=6)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	3	6.00	5	10.00	1	2.00	2	4.00	0.057
	หญิง	24	48.00	11	22.00	0	0	4	8.00	
อายุ										0.576
	30-59 ปี	7	14.00	3	6.00	0	0	3	6.00	
	60 ปีขึ้นไป	20	40.00	13	26.00	1	2.00	3	6.00	
สถานภาพสมรส										0.367
	โสด	0	0	1	2.00	0	0	1	2.00	
	สมรส	13	26.00	9	18.00	1	2.00	3	6.00	
	หย่าร้าง-หม้าย	14	28.00	6	12.00	0	0	2	4.00	
การศึกษา										0.166
	ไม่ได้ศึกษา	16	32.00	6	12.00	0	0	1	2.00	
	ประถม-มัธยม	11	22.00	9	18.00	1	2.00	5	10.00	
	ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา/ปริญญา	0	0	1	2.00	0	0	0	0	
อาชีพ										0.545
	ไม่ได้ทำงาน	22	44.00	12	24.00	1	2.00	3	6.00	
	พนักงานเอกชน	2	4.00	2	4.00	0	0	2	4.00	
รายได้	ธุรกิจส่วนตัวและอื่นๆ	3	6.00	2	4.00	0	0	1	2.00	0.846
	น้อยกว่า 10,000	15	30.00	7	14.00	0	0	3	6.00	
	≥10,000 บาท	12	24.00	9	18.00	1	2.00	3	6.00	
ความเพียงพอของรายได้										0.590
	เพียงพอ	19	38.00	14	28.00	1	2.00	4	8.00	
	ไม่เพียงพอ	8	16.00	2	4.00	0	0	2	4.00	

2. ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาซ้ำ

ผลการทดสอบ Fisher's Exact Test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่เป็นข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การมีโรคร่วม สัญญาณชีพ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และค่าออกซิเจนในเลือด กับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษารักษาซ้ำ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานกับอาการนำที่กลับมารักษารักษาซ้ำ ด้วยค่า Fisher's exact test

ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน	อาการนำที่กลับมารักษาซ้ำ								p-value
	เหนื่อยหอบ		เจ็บหน้าอก		บวม		ใจสั่น		
	(n=27)		(n=16)		(n=1)		(n=6)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคร่วม									0.472
ระบบต่อมไร้ท่อ	19	38.00	12	24.00	1	2.00	3	6.00	
ระบบเลือด	2	4.00	0	0	0	0	0	0	
ระบบทางเดินหายใจ	2	4.00	0	0	0	0	0	0	
ระบบไต	1	2.00	1	2.00	0	0	0	0	
ระบบประสาทและสมอง	2	4.00	1	2.00	0	0	0	0	
อื่นๆ	1	2.00	2	4.00	0	0	3	6.00	
สัญญาณชีพ									0.490
ปกติ	4	8.00	5	10.00	0	0	1	2.00	
ผิดปกติ	23	46.00	11	22.00	1	2.00	5	10.00	
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ									0.116
ปกติ	6	12.00	7	14.00	1	2.00	0	0	
ผิดปกติ	20	40.00	9	18.00	0	0	6	12.00	
ไม่ได้ตรวจ	1	2.00	0	0	0	0	0	0	
ผลเลือดสำคัญ									
อิเล็กโทรลิตส์									0.136
ปกติ	7	14.00	9	18.00	0	0	1	2.00	
ผิดปกติ	20	40.00	7	14.00	1	2.00	5	10.00	
ครีเอตินิน									0.953
ปกติ	11	22.00	6	12.00	0	0	3	6.00	
ผิดปกติ	16	32.00	10	20.00	1	2.00	3	6.00	
eGFR									0.296
ปกติ	4	8.00	3	6.00	0	0	3	6.00	
ผิดปกติ	23	46.00	13	26.00	1	2.00	3	6.00	

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยกับอาการที่แตกต่างกันด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำแตกต่างกัน ไม่ได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ($F = 1.523, p = .221$) (ดังตารางที่ 5) แต่ผลจากการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์) จำนวน 22 คน (ร้อยละ 44.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่มีอาการนำที่มาโรงพยาบาลแตกต่างกันด้วยสถิติ ANOVA ($n = 50$)

Source	SS	df	MS	F	P-value
Between	677.079	3	225.693	1.523	0.221
Within	6815.241	46	148.157		
Total	7492.320	49			

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

จากผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำเป็นส่วนใหญ่มากกว่าพฤติกรรมอื่นคือ รับประทานยาถูกต้องตามคำแนะนำ ไม่เคยขาดยาประจำตัว และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนี้ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงทำให้มีพฤติกรรมด้านนี้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตตวดี เจริญทอง และ คณะ (2565) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคหัวใจให้ความสำคัญต่อการรับประทานยามากถึงร้อยละ 96.40 อย่างไรก็ตาม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.00) ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นจุดสำคัญที่มีโอกาสให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำได้ เพราะมีรายงานวิจัยที่พบว่า ค่าสมรรถภาพทางหัวใจและหลอดเลือด (Cardiorespiratory fitness: CRF) ในคนที่ไม่ออกกำลังกายจะมีค่าต่ำมากและการศึกษาพบว่าค่า CRF ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่เดิมหากมีค่าสูง จะช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ถึงร้อยละ 73.00 (Lang et al., 2024) นอกจากนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน (ร้อยละ 54.00) มีอาการนำที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำคือหอบเหนื่อย อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การออกกำลังกายในกลุ่มนี้จึงไม่สม่ำเสมอได้

2. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

จากผลการวิจัย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ แต่ผลการวิจัยมีข้อสังเกตที่สามารถสรุปได้ดังนี้ คือ 1) อาการเหนื่อยหอบเป็นอาการนำหลัก (ร้อยละ 54.00) ที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 2) ความบกพร่องทางไตและภาวะอิเล็กโทรไลต์อาจเป็นตัวเร่งให้มีอาการกำเริบ เพราะในกลุ่มตัวอย่างพบค่า eGFR ที่ผิดปกติมากถึงร้อยละ 80.00 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า Cardiorenal syndrome (Jankowski et al., 2021) 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มากถึงร้อยละ

44.00 และปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 34.00 ทำให้ความไม่สม่ำเสมอของการออกกำลังกายมากถึงร้อยละ 78.00

นอกจากนั้น ผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติมากถึงร้อยละ 70.00 แม้ไม่พบความแตกต่างระหว่างอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำต่างกันก็ตาม แสดงให้เห็นชัดเจนว่าพยาธิสรีรวิทยาที่มีการเปลี่ยนแปลงและตรวจพบได้จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่วนหนึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ สอดคล้องกับ Gouda et al. (2016) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจากโรงพยาบาล 4 แห่ง ในประเทศแคนาดา ที่กลับมารักษาซ้ำในห้องฉุกเฉินซึ่งมีเพียงร้อยละ 7.50 ที่มีผลคลื่นไฟฟ้าปกติ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักเสมอว่าก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ แม้ว่าในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มจะกล่าวถึงการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยว่าผู้ป่วยต้องเรียนรู้และดำเนินชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ (Orem, et al., 2001) แต่การเรียนรู้นั้นอาจต้องเน้นรูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ด้วย ดังที่รีเกิลและดิกสัน (Riegel & Dickson, 2008; 2021) ได้อธิบายไว้ในทฤษฎีระดับสถานการณ์เฉพาะ (Situation specific theory) ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก็เพื่อควบคุมภาวะสุขภาพของตนเอง ทั้งการดำรงไว้ซึ่งการดูแลตนเองสม่ำเสมอเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี การทำตามการรักษา และการรับรู้อาการเพื่อสามารถประเมินอาการและจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะมีได้ต้องเกิดจากสมรรถนะในตนเองและความมั่นใจของผู้ป่วย ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรตรวจสอบและติดตามผล eGFR, Creatinine และสารอิเล็กโทรไลต์ ก่อน-หลังการจำหน่าย รวมทั้งให้ผู้ป่วยเรียนรู้การสังเกตอาการแสดงของภาวะ Cardiorenal syndrome เช่น การบวม หายใจลำบาก ปัสสาวะน้อยลง หัวใจเต้นผิดปกติบ่อยครั้ง
2. สร้างแนวทางส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายเบา-ปานกลาง (เช่น เดิน การฝึกกล้ามเนื้อแบบยืดเหยียด) ให้สอดคล้องกับสมรรถภาพผู้ป่วย พร้อมแจกจ่ายแผ่นพับหรือสื่อสารผ่านไลน์โดยมีวิดีโอสาธิต ให้ผู้ป่วยกลับไปทำที่บ้านได้ต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในอาการที่ผิดปกติจากการเจ็บป่วย (Orem et al., 2001) รวมทั้งอาจขยายคำแนะนำโดยใช้การจัดการตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติตามทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของรีเกิลและดิกสัน (Riegel & Dickson, 2021)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำกับกลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ ในปัจจัยสำคัญ เช่น การดูแลและจัดการตนเอง โดยเฉพาะการควบคุมอาการ
2. ทดลองและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยวิจัยเชิงทดลอง (Randomized controlled trial) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะบุคคลต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2561). *สถิติสำหรับงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 12). สำนักพิมพ์สามลดา.
- จิตตวดี เจริญทอง, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, กาญจนา ธานะ, ทรรศลักษณ์ ทองหงส์, และจุฬาลักษณ์ เอกสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(3), 149-161.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, มณเฑียร มโนธรรม, วรัญญา มณีรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล, และวารุณี พันธวงศ์. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ชุมชนกะเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ม่าย อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 158-167.
- พรชนก ปันรัตน์, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และ ศรีสกุล จิราภรณ์. (2567). ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลภายใน 30 วันจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลสมาคมฯ ไทย*, 17(1), 100-119.
- โรงพยาบาลสมุทรสาคร. (2566). *สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล*. หน่วยงานเวชสถิติ โรงพยาบาลสมุทรสาคร.
- ศรีสกุล จิราภรณ์. (2563). *มารู้จักภาวะหัวใจล้มเหลว*. <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp.aid=1310>.
- สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์. (2556). การศึกษาหาปัจจัยของการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 35-45.
- Alsulymani, A.S., Ashram, W., and Alghamdi, A., Hafiz, H.W., Ghunaim , A.M., Aljehani , B., Aljabri, A., & Alzahrani, G. (2023). Risk factors for readmission in heart failure within 90 days. *Cureus*, 15(12), e50236. <https://doi.org/10.7759/cureus.50236>
- American Heart Association. (2025). *Heart disease and stroke statistics update fact sheet*. https://www.heart.org/en/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2025-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2025-Statistics-At-A-Glance.pdf?sc_lang=en
- Gouda, P., Brown, P., Rowe, B.H., McAlister, F.A., & Ezekowitz, J.A. (2016). Insights into the importance of the electrocardiogram in patients with acute heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 18(8), 1032-1040. <https://doi.org/10.1002/ejhf.561>
- Hosein Abadi, T.S., Nia, M., & Mazlom, S.R. (2020). Effect of self-determination theory-based discharge program on lifestyle and readmission of patients with heart failure: A clinical trial. *Evidence Based Care Journal*, 10 (1), 25-35. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2020.46225.2264>

- Huberts, L.C.E., Li, S., Blake, V., Jorm, L., Yu, J., Ooi, S., & Gallego, B. (2024). Predictive analytics for cardiovascular patient readmission and mortality: An explainable approach. *Computers in Biology and Medicine*, 174, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.combiomed.2024.108321>
- Jankowski, J., Floege, J., Fliser, D., Böhm, M., & Marx, N. (2021). Cardiovascular disease in chronic kidney disease pathophysiological insights and therapeutic options. *Circulation*, 143(11), 1157-1172. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050686>
- Lang, J.J., Prince, S.A., Merucci, K., Cadenas-Sanche, C., Chaput, J., Fraser, B.J., Manyanga, T., McGrath, R., Ortega, F.B., Singh, B., & Tomkinson, G.R. (2024). Cardiorespiratory fitness is a strong and consistent predictor of morbidity and mortality among adults: An overview of meta-analyses representing over 20.9 million observations from 199 unique cohort studies. *British Journal of Sports Medicine*, 58, 556–566. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-107849>
- Lundback, M., Gasevic, D., Rullman, E., Ruge, T., Carlsson, A.C., Holzmann, M. (2017). Sex-specific risk of emergency department revisits and early readmission following myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 243(15), 54–58.
- Mahmoudi, H., Jafari, R., Saffari, M., Koenig, H.G., Ameryoun, A., & Lin, C. (2023). Factors affecting self-care in cardiovascular patients: An integrative review based on Orem's theory. *Hospital Practices and Research*, 8(1), 189-198. <https://doi.org/10.30491/HPR.2023.180890>
- Mursa, R.A., Patterson, C., and McErlean, G., & Halcomb, E. (2025). How many is enough? Justifying sample size in descriptive quantitative research. *Nurse Researcher*, 33(2), 35-40. <https://doi.org/10.7748/nr.2025.e1958>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Polsook, R. & Aunguroch, Y. (2021). A cross-sectional study of factors predicting readmission in Thais with coronary artery disease. *Journal of Research in Nursing*, 26(4), 293–304. <https://doi.org/10.1177/1744987120946792>
- Rashidi, A., Whitehead, L., & Glass, C. (2022). Factors affecting hospital readmission rates following an acute coronary syndrome: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31, 2377–2397. <https://doi.org/10.1111/jocn.16122>
- Riegel, B. & Dickson, V.V. (2008). A Situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196. <https://doi.10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>

- Riegel, B. & Dickson, V.V. (2021). A Situation-specific theory of heart failure self-care. In E. Im, & A.I., Meleis. (Eds.). *Situation specific theories: Development, utilization, and evaluation in nursing*. (pp. 149-160). Springer.
- Ryan, J., Andrews, R., Barry, M.B., et al. (2014). Preventability of 30-day readmissions for heart failure patients before and after a quality improvement initiative. *American Journal of Medical Quality*, 29(3), 220–226.
- Wideqvist, M., Cui, X., Magnusson, C., Schaufelberger, M., & Fu, M. (2021). Hospital readmissions of patients with heart failure from real world: Timing and associated risk factors. *ESC Heart Failure*, 8(2), 1388–1397. <https://doi.org/10.1002/ehf2.13221>
- World Heart Federation. (2023). *World Heart Report 2023: Confronting the World's number one killer*. World Heart Federation.

