

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน

### Factors Correlated with Instent Restenosis in Coronary Heart Disease Patients

สุภาวรรณ ชินพันธุ์\*<sup>1</sup> ณัฐกฤตา ศิริโสภณ<sup>1</sup> สมบัติ อ่อนศิริ<sup>1</sup> เอ็มอัชมา วัฒนบุรณน<sup>2</sup>

Supawan Chinphan\*<sup>1</sup> Nutthakritta Sirisophon<sup>1</sup> Sombat Onsiri<sup>1</sup> Aimutcha Wattanaburanon<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์บางเขน, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10903

<sup>1</sup>Faculty Education, Kasetsart University Bang Khen, Bangkok, Thailand 10903

<sup>2</sup>คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10300

<sup>2</sup>Faculty of Education, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10300

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีเป็นการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจและมีการสวนหัวใจซ้ำ ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม และ 2) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังใส่ขดลวดค้ำยัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน การทดสอบไคแอสควร์ อัตราความเสี่ยง และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านชีวสังคมและปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ โรคเบาหวาน (OR = 2.14, 95% CI:1.01-4.51) บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (OR = 6.21, 95% CI:2.74-14.09) บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ (OR = 5.99, 95% CI: 2.43-14.73) ระดับดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (OR = 3.09, 95% CI: 1.43-6.63) เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ (OR = 3.87, 95% CI: 1.72-8.74) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร (OR = 3.87, 95% CI: 1.72-8.74) ด้านกิจกรรมทางกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (OR = 12.00, 95% CI: 5.05-28.50) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (OR = 25.06, 95% CI: 2.97-211.50) ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ (OR = 8.33, 95% CI: 1.55-44.95) และ ด้านการจัดการความเครียด (OR = 3.96, 95% CI: 1.77-8.89)

**คำสำคัญ :** หลอดเลือดหัวใจตีบ, การตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

## Abstract

This research aimed to investigate the factors correlated with instent restenosis in coronary heart disease patients. Population is patients with instent in coronary heart disease at Phramongkutklao Hospital between September 2018 - February 2019. The materials of research contain with 1) biosocial factors questionnaire and 2) self - healthcare behavior questionnaire. Data was analyzed by descriptive statistics, including mean, standard deviation and percentages and also inferential statistics by using chi-square test in 38 cases, odds ratio, and logistic regression. The findings revealed that the biosocial and self - healthcare behavior factors were significantly associated with instent restenosis in coronary heart disease patients at  $\alpha$ .05 significant level. ; the patient with diabetes mellitus (OR = 2.14, 95% CI:1.01-4.51), family history of coronary heart disease (OR = 6.21, 95% CI:2.74-14.09), members of family smoking (OR = 5.99, 95% CI: 2.43-14.73), excess body mass index (OR = 3.09, 95% CI: 1.43-6.63), excess waist circumference (OR = 3.87, 95% CI: 1.72-8.74), self - healthcare behavior include food consumption behavior (OR = 3.87, 95% CI: 1.72-8.74), physical activity and adequate sleep (OR = 12.00, 95% CI: 5.05-28.50), therapeutic adherence (OR = 25.06, 95% CI: 2.97-211.50), smoking and alcohol consumption behavior (OR = 8.33, 95% CI: 1.55-44.95) and stress management (OR = 3.96, 95% CI: 1.77-8.89)

**Keyword :** Coronary Heart Disease, Instent Restenosis

## บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายสำคัญที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลก ปี 2558<sup>1</sup> พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 17.7 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31 ของสาเหตุการตายในปีนั้น และยังคงคาดการณ์ในปี 2573 จะมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกเผยว่าใน 17.7 ล้านคนนั้น มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 7.4 ล้านคน และส่วนมากเป็นผู้คนในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงรายได้ต่ำ สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มี 3 วิธี ได้แก่ 1) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน แต่ต้องใช้เวลานานก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ต้องอาศัยทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญจำนวนมาก และหลังจากได้รับการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยยังต้องรักษาต่อในโรงพยาบาลเป็นเวลาหลายวัน และ

มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่า ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง<sup>2</sup> 2) การให้ยาละลายลิ่มเลือด สามารถช่วยเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้ร้อยละ 50 – 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด แต่ไม่มีผลในการรักษาโรคเดิม ทำให้เกิดการอุดตันซ้ำได้สูง<sup>3</sup> และ 3) การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention: PCI) เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว<sup>2</sup> ทำให้ปัจจุบันการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้รับความนิยมมากขึ้นและมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในหลายโรงพยาบาล<sup>3</sup> อาทิ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าในช่วงเดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยได้รับการสวนหัวใจจำนวน 458 คน และได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจจำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.6 ของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจทั้งหมด<sup>4</sup> การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยันสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มาก แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาการตีบซ้ำของหลอดเลือดได้ แม้จะพบไม่บ่อยแต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย<sup>5</sup> ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นด้วย

โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดที่เคยมีการรายงานไว้ ได้แก่ 1) ชนิดของขดลวดค้ำยัน 2) การใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหลายตัว 3) เส้นผ่าศูนย์กลางที่น้อยที่สุดของหลอดเลือด (Minimal lumen diameter: MLD) 4) โรคร่วมโดยเฉพาะโรคเบาหวาน 5) สภาวะทางคลินิก เช่น เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ยก (ST-elevate myocardial infarction: STEMI) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) 6) ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศชาย ตำแหน่งการตีบของหลอดเลือดหัวใจ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นยังไม่สามารถอธิบายและป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้ทั้งหมด<sup>5</sup> เนื่องจาก สาเหตุของการตีบซ้ำส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ เป็นต้น<sup>6</sup>

ด้วยเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน จึงนำแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดแดงแข็งระดับทุติยภูมิของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA) ร่วมกับสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา<sup>6</sup> และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม<sup>7</sup> มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจแล้วเกิดการตีบซ้ำ เพื่อเป็นแนวทางป้องกันเฝ้าระวัง ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่ให้เกิดการตีบซ้ำในขดลวดค้ำยัน และให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความรุนแรงของโรคและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประหยัทรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวม

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองกับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน

## สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระดับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต บุคคลในครอบครัวมีประวัติป่วยเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (กรรมพันธุ์) ประวัติการสูบบุหรี่ และบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน อย่างเพียงพอ ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการความเครียด และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำในขดลวดค้ำยันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Observational Analytic studies) โดยศึกษาชนิด Unmatched case-control study

## ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ และมีการสวนหัวใจซ้ำ ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งได้เก็บผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์ มีสถิติจำนวน 150 ราย โดยแบ่งประชากรเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา จำนวน 38 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 112 ราย

กลุ่มศึกษา (Case) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดบริเวณตำแหน่งเดิมที่เคยทำการถ่างขยายไว้ มีการตีบแคบลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 โดยใช้ผลจากการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 38 คน

กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดบริเวณตำแหน่งเดิมที่เคยทำการถ่างขยายไว้ไม่มีการตีบแคบลงมากกว่าร้อยละ 50 โดยใช้ผลจากการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 112 คน

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุมากกว่า 20 ปีบริบูรณ์
2. ผลการสวนหัวใจ พบว่า เส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดบริเวณตำแหน่งเดิมที่เคยทำการถ่างขยายไว้ มีการตีบแคบลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 และไม่มีการตีบแคบลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เป็นปกติ
4. ระบบการไหลเวียนโลหิตและสัญญาณชีพ เป็นปกติ

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ น้ำท่วมปอด เส้นเลือดสมองอุดตัน
2. มีอาการกำเริบของโรค และมีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ร้ายแรง เช่น โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ โรคความดันโลหิตสูงในระยะที่มีอาการของโรครุนแรง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระดับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต บุคคลในครอบครัวมีประวัติป่วยเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (กรรมพันธุ์) ประวัติการสูบบุหรี่ และบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ
2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังใส่ขดลวดค้ำยัน ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง<sup>๑</sup> มีจำนวนทั้งหมด 52 ข้อ ประเมินตามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยแบ่งคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้เกณฑ์การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยรวมเป็นเกณฑ์ ดังนี้ คะแนน 0-50 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่เหมาะสม คะแนน 51-100 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่เหมาะสม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### คุณภาพเครื่องมือด้านความตรง (validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามข้อมูลลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังใส่ขดลวดค้ำยัน

ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาโดยการตรวจสอบความถูกต้องครั้งนี้ด้วยวิธี IOC (Index of item objective congruence) ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

#### คุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบกว่า สอดคล้องกับปฏิกิริยาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP เลขที่หนังสือ ที่ IRB/RTA 2221/2561 ลงวันที่ 6 ธ.ค. 2561 สำหรับการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และให้ลงนามในหนังสือยินยอม (Informed Consent Form) ทุกคน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับในปัจจุบันและรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับการตีบซ้ำในขดลวดค้ำยันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และหาค่าความเสี่ยงโดยใช้อัตราความเสี่ยง (Odds ratio) และการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก (Logistic regression)

## ผลการวิจัย

**ตารางที่ 1** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมและปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ  
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน (N = 150)

| ปัจจัย                                     | กลุ่มศึกษา (N = 38)<br>จำนวน (%) | กลุ่มควบคุม (N = 112)<br>จำนวน (%) | OR        | 95% CI        | p-value |
|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------|---------------|---------|
| โรคเบาหวาน                                 |                                  |                                    |           |               | .044    |
| ไม่มี                                      | 17 (44.7)                        | 71 (63.4)                          | 1         |               |         |
| มี                                         | 21 (55.3)                        | 41 (36.6)                          | 2.14      | 1.01-4.51     |         |
| บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ    |                                  |                                    |           |               | .000    |
| ไม่มี                                      | 18 (47.4)                        | 95 (84.8)                          | 1         |               |         |
| มี                                         | 20 (52.6)                        | 17 (15.2)                          | 6.21      | 2.74-14.09    |         |
| บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่                   |                                  |                                    |           |               | .000    |
| ไม่มี                                      | 23 (60.5)                        | 101 (90.2)                         | 1         |               |         |
| มี                                         | 15 (39.5)                        | 11 (9.8)                           | 5.99      | 2.43-14.73    |         |
| ระดับดัชนีมวลกาย (BMI)                     |                                  |                                    |           |               | .003    |
| ปกติ (18.5-24.9 กิโลกรัม<br>ต่อตารางเมตร)  | 14 (36.8)<br>24 (63.2)           | 72 (64.3)<br>40 (35.7)             | 1<br>3.09 | <br>1.43-6.63 |         |
| ผิปกติ (≥ 25 กิโลกรัม<br>ต่อตารางเมตร)     |                                  |                                    |           |               |         |
| เส้นรอบเอว                                 |                                  |                                    |           |               | .001    |
| ปกติ*                                      | 10 (26.3)                        | 65 (58.0)                          | 1         |               |         |
| ผิปกติ                                     | 28 (73.7)                        | 47 (42.0)                          | 3.87      | 1.72-8.74     |         |
| ด้านการบริโภคอาหาร                         |                                  |                                    |           |               | .000    |
| เหมาะสม                                    | 18 (47.4)                        | 103 (92.0)                         | 1         |               |         |
| ไม่เหมาะสม                                 | 20 (52.6)                        | 9 (8.0)                            | 12.72     | 5.00-32.31    |         |
| ด้านกิจกรรมทางกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ |                                  |                                    |           |               | .000    |
| เหมาะสม                                    | 14 (36.8)                        | 98 (87.5)                          | 1         |               |         |
| ไม่เหมาะสม                                 | 24 (63.2)                        | 14 (12.5)                          | 12.00     | 5.05-28.50    |         |
| ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา               |                                  |                                    |           |               | .000    |
| เหมาะสม                                    | 31 (81.6)                        | 111 (99.1)                         | 1         |               |         |
| ไม่เหมาะสม                                 | 7 (18.4)                         | 1 (0.9)                            | 25.06     | 2.97-211.50   |         |
| ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์           |                                  |                                    |           |               | .004    |
| เหมาะสม                                    | 33 (86.8)                        | 110 (98.2)                         | 1         |               |         |
| ไม่เหมาะสม                                 | 5 (13.2)                         | 2 (1.8)                            | 8.33      | 1.55-44.95    |         |
| ด้านการจัดการความเครียด                    |                                  |                                    |           |               | .001    |
| เหมาะสม                                    | 21 (55.3)                        | 93 (83.0)                          | 1         |               |         |
| ไม่เหมาะสม                                 | 17 (44.7)                        | 19 (17.0)                          | 3.96      | 1.77-8.89     |         |

\* ค่าปกติของเส้นรอบเอว : เพศชาย ( ≤ 102 เซนติเมตร) : เพศหญิง ( ≤ 90 เซนติเมตร)

จากตารางที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ประมาณค่าความเสี่ยงของปัจจัยทางชีวสังคมและปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน โดยวิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามทีละคู่ หรือ Bivariate Analysis โดยใช้สถิติถดถอยแบบลอจิสติก (Logistic regression) อัตราความเสี่ยง Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ของค่า OR ซึ่งจากตารางที่ 1 พบว่า

ผู้ป่วยที่มีโรคประจำอื่นๆ เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 2.14 เท่า (95% CI:1.01-4.51) ของผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 6.21 เท่า (95% CI:2.74-14.09) ของผู้ที่ไม่บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 5.99 เท่า (95% CI: 2.43-14.73) ของผู้ที่ไม่บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีระดับดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 3.09 เท่า (95% CI: 1.43-6.63) ของผู้ที่มีระดับดัชนีมวลกายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 3.87 เท่า (95% CI: 1.72-8.74) ของผู้ที่มีเส้นรอบเอวปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 12.72 เท่า (95% CI: 5.00-32.31) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านกิจกรรมทาง

กายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 12.00 เท่า (95% CI: 5.05-28.50) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านกิจกรรมทางกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 25.06 เท่า (95% CI: 2.97-211.50) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 8.33 เท่า (95% CI: 1.55-44.95) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 3.96 เท่า (95% CI: 1.77-8.89) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปและอภิปรายผล

นำเสนอตามวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานได้ดังนี้

**โรคเบาหวาน** มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 2.14 เท่า (95% CI:1.01-4.51) ของผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงทำให้หลอดเลือดขาดการยืดหยุ่น มีคราบไขมันเกาะติดง่ายเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ จากการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการกลับมาตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวด พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ในกรณีที่ใส่ขดลวดค้ำยันชนิดเคลือบยาสามารถเกิดการตีบซ้ำได้ร้อยละ 2.4 ถึง 4.4 ต่อปี และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและมีความรุนแรงมากกว่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดในขดลวดค้ำยัน

มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวานถึง 2 เท่า<sup>9</sup>

ผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 6.21 เท่า (95% CI: 2.74-14.09) ของผู้ที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการกลับมาตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวด พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยใส่ขดลวดค้ำยัน คือ กรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ และพบว่ามีการเกิดการตีบซ้ำ 26.6 % คือ ประสิทธิภาพพันธุ์ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ<sup>10</sup>

ผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 5.99 เท่า (95% CI: 2.43-14.73) ของผู้ที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ หรือการอยู่ในพื้นที่ที่มีควันบุหรี่จะสามารถทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้มากกว่า 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีควันบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากการสูบบุหรี่เพิ่มปริมาณสารคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลง เพิ่มการทำงานของหัวใจ และส่งเสริมให้ไขมันไปเกาะหลอดเลือดง่ายขึ้น ส่งผลให้กระตุ้นให้ไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสูบบุหรี่หรืออยู่ในพื้นที่ที่มีควันบุหรี่ (ร้อยละ 53.1)<sup>11</sup> และการศึกษาพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการตีบซ้ำได้แก่ การสูบบุหรี่ ถึงร้อยละ 65.79<sup>12</sup>

ผู้ป่วยที่มีระดับดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 3.09 เท่า (95% CI: 1.43-6.63) ของผู้ที่มีระดับดัชนีมวลกายปกติ และผู้ป่วยที่มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 3.87 เท่า (95% CI: 1.72-8.74) ของผู้ที่มีเส้นรอบเอวปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การคำนวณมวลกาย (body mass index)

การควบคุมน้ำหนักโดยควบคุมน้ำหนักจากการคำนวณมวลกายเป้าหมายที่ 18.5 ถึง 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และเส้นรอบเอวเพศชาย 40 นิ้วฟุต (102 เซนติเมตร) และเพศหญิง 35 นิ้วฟุต (95 เซนติเมตร) เป้าหมายการลดที่เหมาะสมคือร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม การลดน้ำหนักมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับไขมันดี (HDL) สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์ระดับกว้าง (meta-analysis) ในผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการฟื้นฟูหลังใส่ขดลวดค้ำยัน พบว่าไขมันดีจะลดลง 0.35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง 1 กิโลกรัมอย่างถาวรและคงที่ และต้องมีการตั้งเป้าหมายการลดให้ระดับมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัมต่อตาราง<sup>13</sup>

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 12.72 เท่า (95% CI: 5.00-32.31) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการตีบซ้ำ คือ ไม่สามารถควบคุมปริมาณการรับประทานอาหารได้ ร้อยละ 84.21<sup>12</sup>

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านกิจกรรมทางกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 12.00 เท่า (95% CI: 5.05-28.50) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านกิจกรรมทางกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน พบว่าผู้ที่มีการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ มีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 5.26<sup>12</sup> สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจแล้วพบการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านกิจกรรมทางกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น<sup>8</sup>

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 25.06 เท่า (95% CI: 2.97-211.50) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษา

ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือด พบว่าการรับประทานยาสม่ำเสมอ การรับประทานยาเป็นการป้องกันการเกิดโรคซ้ำและการตีบซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>6</sup> สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ลักษณะผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน พบว่า ปัจจัยที่พบ คือ การขาดความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 55.3)<sup>12</sup> และจากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและทำการจัดยารับประทานเอง จึงมีการลืมรับประทานยา โดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือดที่มักลืมและรับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือไม่มีคนพามาพบแพทย์ตามนัด การเดินทางลำบาก หรือคิดว่าไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่ต้องมาพบแพทย์ ทำให้ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง ทำให้ขาดยาได้ และมีการหายาสมุนไพรมารับประทานเองตามโฆษณาหรือตามที่คนใกล้ชิดแนะนำมา จึงหยุดยาที่แพทย์สั่งไปเอง

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 8.33 เท่า (95% CI: 1.55-44.95) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ จะสามารถทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้มากกว่า 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ในที่ที่ไม่มีควันบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากการสูบบุหรี่เพิ่มปริมาณสารคาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลง เพิ่มการทำงานของหัวใจ และส่งเสริมให้ไขมันไปเกาะหลอดเลือดง่ายขึ้น ส่งผลให้กระตุ้นให้ไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน พบว่าหลังขยายหลอดเลือดและใส่ขดลวดค้ำยัน ผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด รวมทั้งการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีควันบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจลดลงร้อยละ 50 และสามารถลดอัตราการตายทั่วไปได้ร้อยละ 29<sup>12</sup>

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เป็น 3.96 เท่า (95% CI: 1.77-8.89) ของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาทำการศึกษาปัจจัยที่

มีผลต่อการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือด พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากความเครียดมีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง มีความเคร่งเครียด ฉุนเฉียวง่าย ทะเยอทะยาน ขอบแข่งขันเอาชนะ หมกมุ่นอยู่กับการทำงานตลอดเวลา ส่งเสริมให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ คือร่างกายจะหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamine) กระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic) ทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลต่อร่างกายคือทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หลอดเลือดเกิดการเกร็งและหดตัวตลอดเวลา หัวใจทำงานมากขึ้น เกิดเกล็ดเลือดในร่างกายมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น มีผลทำให้เกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดได้<sup>6</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน ควรระมัดระวังในปัจจัยดังกล่าว โดยเฉพาะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เช่น เรื่องการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น
2. บุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นย้ำและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองหลังจากที่ใส่ขดลวดค้ำยัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน
3. จากการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำแต่ควรให้เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจร่วมกัน อันจะนำไปสู่การป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในรูปแบบ Cohort study เนื่องจากเป็นการศึกษาไปข้างหน้า จะช่วยลดการเกิด Bias และมีผลการวิจัยที่มีความแม่นยำมากขึ้น
2. นำไปศึกษาต่อในรูปแบบเชิงทดลองต่อไป เพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะเรื่องการศึกษาปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

## References

1. World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: WHO; 2015.
2. Serruys, P.W., Morice, M., C., Kappetein, P., Colombo, A., Holmes, D, Mack, M., et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. The New England Journal of Medicine. 2009; 360(10), 961-972.
3. Hengrussamee K. Kehasukcharoen W. Chapter 4 Percutaneous coronary intervention in STEMI patients. In: Central chest institute of Thailand. Standard of care and referral patients with acute coronary syndrome. Bangkok: Suwit; P 20-31.; 2012. (In Thai).
4. Cardiac Catheterization Lab. PMKHeartcenter. Phramongkutklao Hospital.; (2017).
5. Balghith, M., Alghamdi, A.M., Ayoub, K.M., Saleh, A.A., Aziz, M., Algahtany, M., et al. Stent thrombosis is a major concern in clinical practice: a single Saudi center experience. Journal of the Saudi Heart Association. 2013; 25, 233-238.
6. Smith, S.C., Benjamin, E.J., Bonow, R.O., Braun, Creager, M.A., Franklin, B.A., et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: Update. Journal of the American College of Cardiology. 2011; 58(23), 2432-2446.
7. Orem DE. Nursing concepts of practice. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1991.
8. Damrongsin S. Self-Care Behaviors among Patients with Coronary In-stent Restenosis. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2017; 18 (suppl): 220-227. (in Thai)
9. Cassese, S., Byrne, R.A., Tada, T., Pinieck, S., Joner, M., Ibrahim, T., et al. Incidence and Predictors of Restenosis After Coronary Stenting in 10,004 Patients With Surveillance Angiography Heart. 2014; 100(2), 153-159
10. Park, C. and Park, H. Identification of independent risk factors for restenosis following bare-metal stent implantation: Role of bare-metal stents in the era of drug-eluting stents. Experimental and Therapeutic Medicine. 2013; 6, 840-846.
11. Saisongkroh W. Khunprasert K. Tangkiatkumjai M. Characteristics of Patients with Recurrent Acute Coronary Syndrome, [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2010. (in Thai).
12. Yan-Fang Wan, Xiao-Lima, Chen Yuan, Ling Fei, Jing Yang, and Jun Zhang. Impact of daily lifestyle on coronary heart disease. Experimental and Therapeutic Medicine. 2015; 10(3), 1115-1120.
13. Kunchorn Na Ayuthaya R. Rehabilitation medicine. 2<sup>nd</sup> Edition. Cardiac Rehabilitation. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Bangkok.; 2009. (in Thai).