

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และอาการเจ็บอกในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. พฤติกรรมสุขภาพ
3. อาการเจ็บอก
4. การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะที่มีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เนื่องจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงไม่เพียงพอ มีสาเหตุจากหลอดเลือดโคโรนารีตีบแข็ง (coronary atherosclerosis) มีการรวมตัวของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) จนเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตัน (thrombus formation) ในบริเวณหลอดเลือดตีบแข็ง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำได้ลดลง เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการขนส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อเกิดการอุดตันหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดจึงส่งผลทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย (necrosis) ในที่สุด (Smeltzer & Bare, 2004)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ปัจจัยเสี่ยงเป็นลักษณะสำคัญที่เมื่อพบในบุคคลใดจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่การเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล แบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้

1.1 อายุ เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเสื่อมสภาพไปตามวัย คือ จะมีลักษณะเปราะและแข็ง (Matinez & House-Fancher, 2000) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกในเพศชายจะเกิดในอายุ 56 ปี ส่วนเพศหญิงจะเกิดในอายุ 65 ปี (Anard et al., 2008)

1.2 เพศ เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันออก โดยในเพศหญิงที่ยังไม่หมดประจำเดือนจะมีระดับไขมันที่มีความหนาแน่นสูงมากกว่าเพศชายและมีระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำน้อยกว่าเพศชาย และเมื่อหมดประจำเดือนแล้วจะมีระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำมากกว่าเพศชาย (Martinez & Bucher, 2007) ทำให้เพศชายเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกก่อนเพศหญิงนานเฉลี่ย 9 ปี (Anard et al., 2008)

1.3 กรรมพันธุ์ ผู้ป่วยที่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติพันธุกรรมในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่อายุยังน้อย (Matinez & House-Fancher, 2000)

2. ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่

2.1 โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงมากผิดปกติน้ำตาลจะเกาะที่เม็ดเลือดแดง ทำให้การปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปเนื้อเยื่อได้ลดลงเนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจน และโรคเบาหวานทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (macrovascular) ซึ่งได้แก่หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงร่วมกับการเพิ่มของไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein [LDL]) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานถึง 2-3 เท่า โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Katsilambros & Tentolouris, 2003)

2.2 ระดับไขมันในเลือดโคเลสเตอรอล (cholesterol) หากพบในระดับสูงจะมีผลต่อการทำงานของเยื่อผนังหลอดเลือด (endothelium) ซึ่งเยื่อผนังหลอดเลือดจะมีผลควบคุมการทำงานของหลอดเลือด จากการศึกษานี้ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำที่ได้รับยาสแตติน (statin) แล้วทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลง 1.8 มิลลิโมลต่อลิตร จะทำให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 60 (Law, Wald, & Rudnicka, 2003) และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีอัตรา

การตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็น 4 เท่าของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รวมถึงผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

2.3 การสูบบุหรี่ เป็นหนึ่งในสามของปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจรองมาจากโรคความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งในบุหรี่มีสารนิโคตินจะไปส่งผลให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตเพิ่มและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น (Keresztes & Wcisel, 2009) สารคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) จะไปแย่งจับออกซิเจนในเซลล์เม็ดเลือดแดง จึงส่งผลทำให้การส่งออกซิเจนไปหัวใจได้ลดลงนอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังส่งผลทำให้ระดับของไขมันที่มีความหนาแน่นสูงในร่างกายลดลง นอกจากนี้เม็ดเลือดขาวยังถูกกระตุ้นให้เกิดการเกาะกลุ่มกันได้ง่ายมากขึ้น เพิ่มการแข็งตัวของเลือดและทำให้เลือดมีความหนืดมากขึ้น (Benowitz & Gourlay, 1997) ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ 2-4 เท่า

2.4 โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลายาวนานจะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นจากการถูกกระตุ้น อาจมีไขมันมาเกาะทำให้เส้นเลือดแข็งตัว ผนังหลอดเลือดหนาและตีบ เกิดการอุดตันทำให้หลอดเลือดโป่งและแตกได้ง่าย (Bittner & Oparill, 2002)

2.5 ภาวะเครียด ภาวะเครียดเรื้อรังหรือโรคที่เกี่ยวข้องทางด้านอารมณ์จะไปมีผลต่อการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamas) และระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) และจะส่งผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) ทำงานผิดปกติ มีการกระตุ้นให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้นทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่ม (Martinez & Bucher, 2007) นอกจากนี้กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการอักเสบ (inflammation) มีการกระตุ้นให้มีการรวมตัวกันของเกล็ดเลือด (platelet activation) ผนังหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (endothelial dysfunction) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (Rozansky, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005)

2.6 การขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดโคโรนารีแข็ง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ ระดับของไขมันที่มีความหนาแน่นสูงในเลือดสูง ลดระดับของไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำและไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) เพิ่มการไหลเวียนเลือด ผนังหลอดเลือดมีการยืดขยายดี ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลและน้ำหนักตัว (Keresztes & Wcisel, 2009)

2.7 วิตามินดี ผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือนจะมีลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) จะส่งผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (lipoprotein) และความดัน

โลหิต ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงยังส่งผลทำให้มีการเพิ่มความดันโลหิต การทำงานของเยื่อผนังของหลอดเลือด (endothelium) ผิดปกติและเพิ่มการอักเสบของเส้นเลือด ซึ่งส่งผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ (Rosana, Vitale, Marazzi, & Volterrani, 2007)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

หลอดเลือดโคโรนารีตีบแข็งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะมีการสะสมของไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ ภายในผนังหลอดเลือดชั้นอินทิมา (intima) จากนั้นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดมาโครฟาจะจับกินไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำที่ถูกออกซิไดซ์ด้วยอนุมูลอิสระแล้ว ทำให้เกิดการรวมตัวกันเรียกว่า โฟมเซลล์ (foam cell) โฟมเซลล์ที่จับกลุ่มกันเป็นจำนวนมากจะถูกหุ้มด้วยเซลล์กล้ามเนื้อเรียบและคอลลาเจน ร่วมกับการสะสมของเกล็ดเลือดและเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดที (T-cell) ทำให้เกิดเป็นแฟตตีส์ตริก (fatty streak) ซึ่งมีลักษณะเป็นคราบสีขาวเหลืองติดอยู่ที่ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงและเป็นสารตั้งต้นของการสร้างแผ่นเคลือบหลอดเลือด (plaque) ซึ่งการสับบุนหรี ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และการติดเชื้อทำให้เกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือดแดงที่มีการแข็งตัวตามมา การเกิดแผ่นเคลือบแข็งและการมีผนังหลอดเลือดแดงที่แข็งและหนาตัวจะไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เช่นกัน ที่ด้านบนสุดของแผ่นเคลือบหลอดเลือดจะมีไฟบรินซึ่งเป็นโปรตีนที่มีลักษณะแตกง่ายหุ้มอยู่ เมื่อไฟบรินถูกทำลายแม้เพียงเล็กน้อยด้วยการอักเสบก็จะกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนที่ของเซลล์ภูมิคุ้มกันมายังตำแหน่งที่ถูกทำลายและมีการผลิตสารที่ใช้ในกระบวนการอักเสบออกมาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีการหลั่งของเอนไซม์ที่มีฤทธิ์ในการย่อยสลายโปรตีน ทำให้ไฟบรินที่หุ้มแผ่นเคลือบหลอดเลือดถูกทำลายมากยิ่งขึ้น แผ่นเคลือบหลอดเลือดจึงแตกออกทำให้สารตั้งต้นของกระบวนการแข็งตัวของเลือด เกล็ดเลือด (platelets) จำนวนมากหลุดออกสู่กระแสเลือด กระตุ้นให้เกิดการสร้างลิ่มเลือด เกิดเป็นก้อน thrombus (thrombus) ซึ่งจะไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงหรือมีการอุดตันภายในหลอดเลือด และหากลิ่มเลือดเหล่านี้หลุดออกและเคลื่อนไปยังหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กก็จะทำให้การไหลเวียนเลือดอุดตันได้เช่นกัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา (Martinez & Bucher, 2007)

ลักษณะการตายของกล้ามเนื้อแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543)

1. กล้ามเนื้อหัวใจตายตลอดความหนาของผนังหัวใจ ทำให้เกิดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณกว้าง และผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเต้นผิดจังหวะและหยุดเต้นได้ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ตรวจพบจะมีลักษณะเป็นเอสทียกสูงขึ้น (ST-segment elevation)
2. กล้ามเนื้อหัวใจตายไม่ตลอดความหนาของผนังหัวใจ หรือมีการตายเฉพาะส่วนได้เชื่อมชิ้นในของกล้ามเนื้อหัวใจ เรียกว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉพาะด้านในหรือการตายของเซลล์เฉพาะภายในกล้ามเนื้อหัวใจ และการตายของเซลล์เฉพาะได้เชื่อมชิ้นหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะไม่พบเอสทียกสูงขึ้น (Non ST-segment elevation) มักเป็นหลอดเลือดอุดตันแบบไม่สมบูรณ์จึงทำให้เลือดสามารถเกิดการไหลเวียนใหม่ได้

อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; Martinez & Bucher, 2007)

1. อาการเจ็บอก เป็นการตอบสนองต่อกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายจากการได้รับเลือดไม่เพียงพอ ตำแหน่งของอาการเจ็บอกมักพบบ่งชี้บริเวณกลางอกด้านหน้าหรือลิ้นปี่หรือหน้าอกข้างซ้ายและเป็นบริเวณกว้าง มักมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ ข้อศอก แขน โดยเฉพาะด้านในของแขนซ้ายไปจนถึงนิ้วนาง นิ้วก้อย หรือร้าวไปที่คอด้านหลัง ขากรรไกร อาการเจ็บแน่นที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับการออกแรงมากหรืออารมณ์เครียด
2. ผิวหนังเย็น ชิด เนื่องจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก จะส่งผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัว ผู้ป่วยจึงเกิดผิวหนังเย็น ชิดได้
3. อาการหายใจลำบาก เหนื่อย เกิดได้จากระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในช่วงแรก หลังจากนั้นความดันโลหิตจะต่ำลงเนื่องจากการลดลงของปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output [CO]) หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานผิดปกติทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบาก จากการคั่งของเลือดที่ปอด
4. คลื่นไส้และอาเจียน มีการกระตุ้นศูนย์การอาเจียนจากความปวดระดับมาก สามารถเกิดขึ้นได้ร้อยละ 19 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
5. ไข้ อุณหภูมิร่างกายจะสูงขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย อุณหภูมิร่างกายจะสูงถึง 38 องศาเซลเซียสหรือบางครั้งสูงถึง 39 องศาเซลเซียสและอุณหภูมิอาจจะ

สูงเป็นระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ซึ่งการที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นเนื่องจากกระบวนการอักเสบที่เกิดจากการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนขณะที่อยู่โรงพยาบาล ที่พบ ได้แก่

1.1 การเต้นของหัวใจผิดปกติ พบได้ในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติเกิดได้บ่อย ได้แก่ ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นก่อนกำหนด (premature ventricular contraction [PVC]), ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia [VT]), ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นพลิ้ว (ventricular fibrillation [VF]) (Laidlaw, Homoud, Weinstock, Mark, & Link, 2007) จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติในช่วง 24 ชั่วโมงแรก และผู้ป่วยร้อยละ 92 จะเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติในช่วง 48 ชั่วโมงแรกที่ได้รับการรักษา (Ohlwe et al., 2012)

1.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วยตั้งแต่เข้ารับการรักษามัพบได้ร้อยละ 19.1 (Wu, Parsons, Every, & Bates, 2002)

1.3 กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (reinfarction) อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำในขณะที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตพบได้ร้อยละ 2.8 ซึ่งผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Ahumada et al., 2005)

1.4 ภาวะช็อกจากหัวใจ ส่วนใหญ่เกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานล้มเหลว จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเกิดภาวะช็อกจากหัวใจได้มากกว่าร้อยละ 50 และจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตมักจะเกิดภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้ว (Hochman et al., 2000; Webb et al., 2001) นอกจากนี้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยหัตถการจะมีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากหัวใจได้ร้อยละ 11 ซึ่งเกิดภาวะช็อกในช่วง 3-4 วัน และร้อยละ 30 เกิดภาวะช็อกหลัง 4 วันหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว (Lindholm, Kober, Boesgaard, Torp-Pederson, & Aldershville, 2003)

1.5 ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับโครงสร้างของหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เป็นต้น สามารถพบได้ในช่วงแรกของการรักษา เช่น ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะส่งผลทำให้เกิดการรั่วของลิ้นหัวใจไมตรัล (mitral regurgitation) (Bursi, Enriquez-Sarano, Jacobson, & Roger, 2006) ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก็คือ การแตกหรือฉีกขาดของหัวใจ (cardiac rupture) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจแตกหรือฉีกขาดได้ร้อยละ 17.1 (Bueno, Martinez-Selles, Perez-David, & Lopez-Palop, 2005) การฉีกขาดหรือแตกของหัวใจห้องล่าง (ventricular septal rupture) มีการพบได้น้อยแต่อัตราการตายสูงถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว (Donoiu, Istratoaie, & Ionescu, 2010)

2. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังออกจากโรงพยาบาล ที่พบ ได้แก่

2.1 กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (reinfarction) เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำร้อยละ 2.1 ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว 1 เดือน (Kemis et al., 2003) และจากการศึกษา 3 ปีหลังการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำพบได้ร้อยละ 56 (Jokhadar et al., 2004)

2.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 5 เท่าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะ 1 ปีแรก ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่ อายุมาก เพศหญิง โรคเบาหวาน (Hellermann et al., 2002) จะเห็นได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตกะทันหันในผู้ป่วยหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Adabag, Therasse, Gersh, Weston, & Roger, 2008)

2.3 การเต้นของหัวใจผิดปกติ จากการศึกษานี้ของ เฮนเคิล และคณะ (Henkel et al., 2006) พบว่าอัตราการเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 7.5 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้แก่ อายุ น้อย เพศหญิง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 30 วัน

2.4 ภาวะแทรกซ้อนทางโครงสร้างของหัวใจ เช่น การรั่วของลิ้นหัวใจไมตรัล สามารถพบได้บ่อยหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการรั่วของลิ้นไมตรัลดังกล่าวยังสามารถส่งผลทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 30 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (ejection fraction [EF]) และอาการและความผิดปกติทางระบบไหลเวียน (Killip classification) ของผู้ป่วยอีกด้วย (Bursi et al., 2005)

2.5 การเสียชีวิตกะทันหัน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วจะมีความเสี่ยงสูงในช่วง 30 วันหลังจำหน่าย ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้แก่ การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือทั้งสองภาวะร่วมกัน และจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตกะทันหันหรือหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) จะเกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดจะตายกะทันหันใน 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Solomon et al., 2005)

ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทหน้าที่ที่ต้องเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายทำได้ลดลง กล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้หัวใจมีการบีบคลายตัวที่ผิดปกติ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง เกิดหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก (Bursi et al., 2005) การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเวลา 30 วัน (Solomon et al., 2005)

2. ด้านอารมณ์ จิตใจ เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่มีผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วย เป็นโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่หรือต้องปรับตัวใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับสถานะของโรคที่เป็นอยู่ ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บแน่นหน้าอกทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต (เป็น รักเกิด, 2549) จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นและรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (มลฤดี บุราณ, 2548) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับมาเป็นเพศสัมพันธ์ตามปกติ เพราะกลัวจะเป็นสาเหตุของการตายจากการมีเพศสัมพันธ์ (Jaarsma & Steinke, 2007)

3. ด้านสังคม และเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยที่ทราบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่เป็นแล้วมีความรุนแรงมาก จะทำให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทได้ลดลงและการทำหน้าที่ของตนลดลงด้วย (Cherrington et al., 2004) อาการเจ็บอกที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกษียณการทำงานก่อนเวลา (Fox et al., 2006)

ผู้ป่วยบางรายกลับเข้าทำงานได้ช้า หรือไม่สามารถทำงานได้หรือทำหน้าที่ของตนเองได้ จึงทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ ส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและครอบครัวได้ (วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, 2552)

การรักษา

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะต่อมาหรือระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Anderson et al., 2007; Wright et al., 2011)

1. ระยะแรกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีเป้าหมายเพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การเสียชีวิตหรือการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ ได้แก่ การดูแลทั่วไป การรักษาเพื่อยับยั้งการเกิดการขาดเลือด การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การเปิดหลอดเลือด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การดูแลทั่วไป

การให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะแรก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการติดตามประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง มีการใช้เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ (defibrillator) อย่างทันทั่วทั้งที่ในกรณีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นพรู (ventricular fibrillation)

1.2 การยับยั้งการเกิดการขาดเลือดของหัวใจ โดยมีการดูแล ดังนี้

1.2.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ห้ามลุกจากเตียงและติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน และให้ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในระดับไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

1.2.3 ดูแลให้ยาอมใต้ลิ้นไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) ทุก ๆ 5 นาที รวมทั้งหมด 3 เม็ด (ในรายที่ไม่มีข้อห้าม) เพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วยในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดยเฉพาะยาที่อมใต้ลิ้นซึ่งจะออกฤทธิ์ในระยะเวลาเพียง 30 วินาที อาการเจ็บหน้าอกจะหายภายใน 1-2 วินาที และฤทธิ์ของยาอยู่ได้นาน 15-30 นาที ยาจะมีผลทำให้มีการขยายของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง โดยระดับยาทั่วไปจะส่งผลขยายหลอดเลือดแดง ส่วนระดับยาที่สูงจะมีผลไปขยายหลอดเลือด

เลือดดำ ทำให้แรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง ช่วยเพิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นโดยป้องกันหลอดเลือดหดตัวจึงช่วยลดการทำงานของหัวใจ เพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับสู่หัวใจดีขึ้น

1.2.4 คูแลให้ได้รับยาไนโตรกลีเซอรินทางหลอดเลือดดำ ภายใน 48 ชั่วโมงแรก ที่เข้ารับการรักษาในรายที่มีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว

1.2.5 คูแลให้ได้รับยามอร์ฟิน (morphine) ยามอร์ฟินจะช่วยลดอาการเจ็บอกในกรณีที่ไม่สามารถลดอาการเจ็บอกได้จากยาไนโตรกลีเซอรินซึ่งยามอร์ฟินจะมีผลทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ลดการทำงานของหัวใจ โดยจะไปลดความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen consumption) ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้ยามอร์ฟินยังไปช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อีกด้วย

1.2.6 คูแลให้ได้รับยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (beta blocker) ยานี้มีผลไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งมีผลทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการหดตัวของผนังหลอดเลือดแดง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนน้อยลง ลดความดันโลหิตและลดการบีบตัวของหัวใจทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจลดลงด้วย ผู้ป่วยควรได้รับยาปิดกั้นเบต้าภายใน 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการดังนี้ อาการของภาวะหัวใจวายมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะช็อกจากหัวใจ ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยและผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยาปิดกั้นเบต้ายาในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาทีโนรอล (atenolol), โพรพราโนรอล (propranolol) หรือเมโทโพรรอล (metoprolol) เป็นต้น

1.2.7 คูแลให้ได้รับยากลุ่มปิดกั้นแคลเซียม (calcium channel-blockers) เป็นยาที่ขัดขวางแคลเซียมเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจ จึงช่วยขัดขวางการหดตัวของหัวใจและหลอดเลือด ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand [MVO₂]) ลดแรงต้านในระบบไหลเวียนเลือด ช่วยขยายหลอดเลือดแดง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ซึ่งให้ผลเช่นเดียวกับยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า ดังนั้นการใช้ยากลุ่มปิดกั้นแคลเซียมจะใช้ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาปิดกั้นเบต้าไม่ได้ผลหรือมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Anderson et al., 2007) ยานี้จะช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดโคโรนารี ยากลุ่มนี้ เช่น เวราพามิล (verapamil), เนฟิดิพีน (nifedipine) เป็นต้น

1.2.8 ให้รับประทานยายับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEI]) ยากลุ่มนี้เป็นยายาขยายหลอดเลือดที่ช่วยลดการเกิดหัวใจล้มเหลว ลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยควรได้รับยาภายใน 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะ

ในผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle ejection fraction [LVEF]) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.40 และใช้ในรายที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง

1.3 การใช้ยากลุ่มด้านการแข็งตัวของเลือดแบ่งได้เป็น

1.3.1 ยาต้านการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด (antiplatelet) ได้แก่ ยาแอสไพริน (aspirin) ตั้งแต่แรกเริ่มในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีจะให้ยาแอสไพริน เคี้ยวโดยทันทีในขนาด 162 ถึง 325 มิลลิกรัม กลืนทันที จากนั้นให้รับประทานต่อวันละ 1 เม็ดขนาด 75 มิลลิกรัม ถึง 162 มิลลิกรัมและในผู้ป่วยที่มีการแพ้ยาหรือมีปัญหาเรื่องเลือดออกในกระเพาะอาหารจะมีการใช้ยา โคลพิโดเกรล (clopidogrel) แทน

1.3.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของปัจจัยที่ทำให้เลือดแข็งตัว (coagulant factor) เช่น ยาเฮพาริน (heparin) ยาอินอกซาพาริน (enoxaparin) ควรมีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับการใช้ยาต้านการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด

1.4 การเปิดหลอดเลือด สามารถกระทำได้ ดังนี้

1.4.1 การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents) ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันในปัจจุบัน ได้แก่ สเตรปโตไคเนส (streptokinase [SK]) แอลทีเพลส (alteplase [t-PA]) รีเทเพลส (reteplase [r-PA]) ทีเนคทีเพลส (tenecteplase [TNK-tPA]) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการใช้ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มาพบภายใน 12 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ โดยตรวจพบว่ามียกลิ้นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเป็นเอสทียกสูงขึ้น (ST-segment elevation) ใช้ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาพบแพทย์ภายใน 12 ถึง 24 ชั่วโมง หลังเกิดอาการโดยที่ยังมีอาการหัวใจขาดเลือดอยู่ ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเป็นเอสทียกสูงขึ้น ภายใน 12 ชั่วโมง เมื่อไม่สามารถทำการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจได้ และภายใน 120 นาทีหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.4.2 การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention [PCI]) เป็นการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูนโดยใช้หลักการ โป่งลูกบอลลูนดันให้ผนังหลอดเลือดขยายออก แรงดันลูกโป่งบอลลูนจะไปเบียดขี้ก้อนเลือดให้แตกเป็นลิ่มเลือดง่ายต่อการสลายไปตามธรรมชาติหรือเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของคราบไขมันพร้อมกับทำการขยายหลอดเลือด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ไม่ควรเกิน 60-120 นาที ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล นอกจากนี้การใส่โครงตาข่าย (coronary stent) จะทำการฝังโครงตาข่ายไว้ในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ และผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือดร่วมด้วย

1.4.3 การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft [CABG]) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จะทำการผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (ในระยะแรก) และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี (percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA]) ผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เส้นหลักด้านซ้าย (left main coronary artery) หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี 3 เส้นขึ้นไป ร่วมกับการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันนิยมทำการผ่าตัดด้วยวิธี minimally invasive direct coronary bypass grafting (MIDCABG) จะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบของเส้นเลือดแดงส่วนหน้าของหัวใจด้านซ้ายขาลง (left anterior descending) หรือมีการตีบเพียง 1 เส้นที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาได้ วิธีนี้ผู้ป่วยจะมีแผลขนาดเล็ก และการผ่าตัดปัจจุบันไม่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมช่วย ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและลดอัตราความพิการ

2. ระยะต่อมาหรือระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเมื่ออาการดีขึ้นต้องกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ทีมสุขภาพจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การใช้ยา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปนี้

2.1.1 ยาต้านการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด (antiplatelet) ได้แก่ ยาแอสไพริน (aspirin) เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ยาชนิดนี้ควรระวังในการใช้อาจเกิดภาวะเลือดออกแล้วหยุดยากได้ โดยเฉพาะถ้ามีการใช้ยาร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants)

2.1.2 ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า ผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับยาในกลุ่มนี้ ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการห้ามใช้ ผู้ป่วยในรายที่มีอาการภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายวายรุนแรง (severe left ventricle failure) จะต้องมีการปรับยาอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2.1.3 ยาช่วยการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน ผู้ป่วยควรได้รับยาอย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลในรายที่มีอาการหัวใจวายร่วมด้วย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle ejection fraction [LVEF]) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.40 มีความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ยกเว้นในรายที่มีข้อห้ามใช้

2.1.4 ยาไนโตรกลีเซอริน

2.1.5 ยากลุ่มปิดกั้นแคลเซียม มีข้อแนะนำในการใช้เมื่อการรักษาด้วยยากลุ่มปิดกั้นเบต้าไม่ได้ผลหรือมีผลข้างเคียงของยา

2.1.6 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การใช้ยาว่าฟาริน (warfarin) ผู้ป่วยที่ต้องใช้ร่วมกับยาต้านการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด ได้แก่ แอสไพรินหรือโคลพิโดเกรล (clopidogrel) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกได้ง่ายขึ้น และจะต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด

2.1.7 การปฏิบัติตัวด้านต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ แต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูงด้วยหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้ยา

2.1.8 การให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเป็นพิเศษเกี่ยวกับการทำกิจกรรม เช่น การยกของหนัก การขึ้นบันได การทำงานบ้าน เป็นต้น และสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องกลับไปปฏิบัติตามเดิมเกี่ยวกับการขับรถ การกลับเข้าทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องระมัดระวัง

2.2 การตรวจตามนัด การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลควรให้ความรู้ในเรื่องดังต่อไปนี้ ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาให้กับผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสร้างขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีข้อจำกัดด้านจิตสังคมและด้านร่างกาย เพื่อเป็นการลดการตายกะทันหันหรือการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และควบคุมอาการของโรค โดยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะรวมถึงการใช้ยา การออกกำลังกาย การปรับปรุงแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการความเครียด การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ดังจะกล่าวในรายละเอียดของพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

กล่าวโดยสรุป โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการตีบหรือแตก ทำให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจึงส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา ผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ในการควบคุมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ต้องอาศัยการรักษาด้วยยาและการทำหัตถการต่าง ๆ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมอาการของโรคและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำที่เริ่มโดยบุคคลในทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มความผาสุก (well-being) สูงสุด การตระหนักรู้ตนเอง และการกระทำของบุคคลที่สำเร็จ เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่ดี กิจกรรมคลายเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม (Palank, 1991) เป็นการปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เป็นบทบาทเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (เขาวลัษณ์ อนุรักษ์ และคณะ, 2543) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นและลดการเกิดอาการเจ็บอก ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการความเครียด การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากถ้ารับประทานอาหารเหมาะสมจะมีผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการรักษาโรค (Timlin, Shores, & Reicks, 2002) อาหารที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรรับประทาน ได้แก่

1.1 อาหารประเภทโปรตีน ร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ควรเป็นปลาเพราะย่อยง่าย และมีกรดไขมัน (omega 3 fatty acid) เพื่อช่วยลดโคเลสเตอรอล และเนื้อสัตว์อื่น ๆ ควรเลือกที่ไม่มีมันติด ไข่มีโคเลสเตอรอลสูง 250-300 มิลลิกรัม ควรรับประทานไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ และพวกโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วต่าง ๆ เต้าหู้ ซึ่งสามารถช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับโปรตีนจากสัตว์ (Katz, 2001)

1.2 อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ได้รับ (Martinez & Bucher, 2007) เช่น ข้าวต่าง ๆ มีอเล 1-2 ทชพืมากกว่าการรับประทานน้ำตาล ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ขนม และไอศกรีม เป็นต้น เนื่องจากอาหารเหล่านี้ให้ระดับน้ำตาลสูงและเปลี่ยนไปเป็นไขมันสะสมในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบอีกได้

1.3 การจำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพราะจะส่งผลให้มีการเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดได้ ทำให้เส้นเลือดตีบลงและขาดความยืดหยุ่น อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน ไข่แดง น้ำมันหมู เนย น้ำมันมะพร้าว เป็นต้น นอกจากนี้ควรลด

การบริโภคเครื่องในสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง ปลาหมึก เป็นต้น ควรรับประทาน โคล레스เตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม ควรมีการรับประทานผัก ผลไม้ เส้นใยและธัญพืชแทน (Antman et al., 2004)

1.4 การรับประทานผักผลไม้ โดยรับประทานผักใบเขียว $\frac{1}{2}$ -1 ถ้วย เนื่องจากผักและผลไม้ จะมีกากใยสูงช่วยให้อิ่มเร็ว ขับถ่ายง่าย และช่วยลดระดับน้ำตาลและลดโคเลสเตอรอลได้นอกจากนี้ ผักและผลไม้ยังมีสารต้านอนุมูลอิสระสูง ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.5 น้ำดื่ม ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ยกเว้นในผู้ป่วยที่ต้องมีการจำกัด ปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา และกาแฟ นอกจากนี้การดื่มน้ำยัง ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น ลดอันตรายจากท้องผูก

1.6 จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ในอาหารรสเค็มจะมีปริมาณโซเดียมสูง ทำให้มีการดื่มน้ำเข้าสู่หลอดเลือด ทำให้ปริมาตรของเหลวในร่างกายเพิ่ม ส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้น ควร หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป ปลาเค็ม กุ้งแห้ง นอกจากนี้ไม่ดื่มสารปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น กะปิ ผงชูรส เป็นต้น ซึ่งในแต่ละวันไม่ควรรับประทานโซเดียมเกินวันละ 2,400 มิลลิกรัมหรือเท่ากับเกลือแกง 1 ช้อนชา (Martinez & Bucher, 2007)

1.7 ควรลดการดื่มชา และกาแฟ เพราะมีสารคาเฟอีนที่มีผลไปกระตุ้นการหลั่งสาร แคทีโคลามีน (catecholamine) ซึ่งทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติได้ ดังนั้นในผู้ป่วยที่ทราบ ว่าตนเองมีการเต้นของหัวใจผิดปกติหรือมีความไวต่อการได้รับสารคาเฟอีน ควรดื่มชา กาแฟ ด้วยความระมัดระวัง (Pelchovitz & Goldberger, 2011)

1.8 ควรงดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรงดสูบบุหรี่ เนื่องจากในบุหรี่มีสาร นิโคตินและทาร์ที่จะไปมีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด เม็ดเลือดถูกกระตุ้นให้ รวมกลุ่มกันมากขึ้น เป็นผลให้เสี่ยงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำได้อีก ผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่หลังจาก เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่ถึง 5.4 เท่า (Daly et al., as cited in Anderson et al., 2011) ดังนั้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีประวัติสูบบุหรี่จึง ควรเลิกสูบบุหรี่ โดยเด็ดขาด และหลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจหรือการใช้ยา เช่น การใช้นิโคตินทดแทน การใช้ยาบูโพรเพียน (bupropion) เป็นต้น (Antman et al., 2004; Smith et al., 2006)

2. การออกกำลังกายและการพักผ่อน

2.1 การออกกำลังกายในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะช่วยลดน้ำหนัก และ ช่วยลดความดันซิสโตลิกได้อย่างน้อยร้อยละ 10 (Kaskell, 2003) และยังพบว่าสามารถลดอัตราการตาย ได้ร้อยละ 13-27 (Jolliffe et al., 2001; Taylor et al., 2006) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่เกิดจาก

หลอดเลือดหัวใจมีการตีบหรืออุดตันแล้วไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine [ACSM], 2010) ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีองค์ประกอบการออกกำลังกายตามหลัก FITT ดังนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency of exercise: F) หมายถึง ความบ่อยหรือจำนวนครั้งในการออกกำลังกายที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

2. ระดับความหนักของการออกกำลังกาย (intensity of exercise: I) หมายถึง ขีดจำกัดของความสามารถในการออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรมีความสามารถในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม หลักในการคำนวณระดับความหนักของการออกกำลังกายนิยมใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (target heart rate) เป็นหลัก โดยอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย คำนวณจาก อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เท่ากับ 220 ลบด้วย อายุ (ปี) คูณด้วยความหนักที่กำหนด จะได้ค่าชีพจรเป้าหมายเป็นจำนวนครั้งต่อหนึ่งนาที (ACSM, 2010)

ความหนักของการออกกำลังกายที่เหมาะสม หมายถึง การออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (low intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วอัตราการเต้นของหัวใจขณะฝึกระดับต่ำ ประมาณร้อยละ 50-65 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

ระดับปานกลาง (moderate intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วอัตราการเต้นของหัวใจขณะฝึกระดับปานกลาง ประมาณร้อยละ 66-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

ระดับสูง (high intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วอัตราการเต้นของหัวใจขณะฝึกระดับสูง ประมาณมากกว่าร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (time or duration of exercise: T) หมายถึง ช่วงระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรจะต้องต่อเนื่องและเพียงพอ โดยทั่วไปใช้เวลา 15-40 นาที ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายคือ ช่วงหลังตื่นนอน ตอนเช้าหรือในช่วงตอนเย็น ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรทำก่อนอาหาร 30 นาทีหรือหลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่ควรต่ำกว่า 30 นาที ขั้นตอนการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ระยะคือ

3.1 ระยะอบอุ่นร่างกาย (warm-up phase) ใช้เวลา 5-10 นาที เป็นการกระตุ้นให้ร่างกายมีความพร้อม ลักษณะการออกกำลังกายที่ใช้อบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดกล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นต้น

3.2 ระยะออกกำลังกาย (exercise endurance phase) เป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ช่วยให้หัวใจและปอดทำงานเพิ่มมากขึ้น

3.3 ระยะชะลอการออกกำลังกาย (cool down phase) ปฏิบัติหลังจากออกกำลังกายแล้ว เพื่อเป็นการยืดกล้ามเนื้อ ปรับการหายใจให้เข้าสู่ปกติ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

4. ประเภทหรือชนิดของการออกกำลังกาย (type of exercise: T) หมายถึง ชนิดของการออกกำลังกาย ควรเลือกให้เหมาะสมกับร่างกายและความสนใจของผู้ป่วยแต่ละคน แบ่งออกได้ดังนี้

4.1 การออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหว (isotonic exercise or dynamic muscular exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาว ทุกส่วนมีการเคลื่อนไหวไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ การยกแขนขา การเคลื่อนไหวข้อ การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.2 การออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง (isometric exercise or static muscular contraction) เป็นการออกกำลังกายโดยการหดเกร็งของกล้ามเนื้อแต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ เช่น การบีบสปริง เป็นต้น การออกกำลังกายประเภทนี้จะไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการออกกำลังกายประเภทนี้กล้ามเนื้อที่หดเกร็งอยู่นาน จะไปเกิดปฏิกิริยายับยั้งการทำงานของประสาทเวกัส (vagus nerve) อัตราการเต้นหัวใจจะเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงดันของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้การบีบตัวของหัวใจต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บอกได้

การออกกำลังกายขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยควรเริ่มออกกำลังกายในระดับต่ำ ๆ ที่ละน้อยโดยเป้าหมายคือ ผู้ป่วยควรมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รูปแบบการออกกำลังกายโดยใช้การออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นหลัก และออกกำลังกายแบบใช้กลุ่มกล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นหลัก โดยมีชีพจรขณะออกกำลังกายมากกว่าชีพจรขณะพักไม่เกิน 20 ครั้งต่อนาที และในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ควรให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยมีชีพจรขณะออกกำลังกายมากกว่าชีพจรขณะพักไม่เกิน 30 ครั้งต่อนาที ระยะเวลา 5-10 นาที ในระยะแรกและค่อย ๆ เพิ่มขึ้นได้ 20-30 นาที วันละ 2 ครั้ง ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย

การออกกำลังกายที่บ้านในระยะแรกหลังกลับจากโรงพยาบาล ชนิดของการออกกำลังกายสามารถเลือกรูปแบบต่าง ๆ เช่นเดียวกับขณะอยู่ที่โรงพยาบาล แต่การออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ การเดิน โดยมีวิธีการ ดังนี้

1. ช่วงอบอุ่นร่างกาย โดยทำท่ากายบริหารแบบช้า ๆ อย่างต่อเนื่องโดยพยายามอย่าเกร็งค้าง ทำท่าละ 10 ครั้ง ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที

2. ช่วงออกกำลังกาย ตามระยะเวลาหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วคือ สัปดาห์แรกหลังจากออกจากโรงพยาบาลเดินให้เร็วเต็มที่โดยให้มีความรู้สึกเหนื่อยใกล้เคียงกับที่เดินในโรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน (ใช้ Borg scale) เวลา 5 นาที

สัปดาห์ที่ 2 เช่นเดียวกับสัปดาห์แรก แต่เพิ่มระยะเวลาในการเดินเป็น 10 นาที

สัปดาห์ที่ 3 เช่นเดียวกับสัปดาห์แรก แต่เพิ่มระยะเวลาในการเดินเป็น 15 นาที

สัปดาห์ที่ 4 เป็นต้นไป ให้พยายามเดินเร็วขึ้นโดยใช้ระยะเวลา 15 นาที เหมือนเดิม ซึ่งจะทำให้ได้ระยะทางเพิ่มขึ้นด้วย

สัปดาห์ต่อไปหลังจากเดินได้ครบ 15 นาที และเร็วขึ้นแล้วจนเกือบเป็นเดินเร็ว ให้เพิ่มระยะเวลาให้ได้เป็น 20 นาที

3. ช่วงผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นช่วงที่สำคัญ โดยค่อย ๆ ผ่อนการออกกำลังกาย ไม่ควรหยุดทันที ระยะเวลาการผ่อนคลายประมาณ 5-10 นาที

2.2 การพักผ่อน การพักผ่อนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การนอนหลับจะมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Verrier, 2002) ประโยชน์ของการนอนหลับคือ ทำให้การทำงานของระบบของร่างกายมีประสิทธิภาพ ลดการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อในร่างกาย และขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้มีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่มาทดแทน จึงเป็นผลให้แผลหายเร็วขึ้น มีการช่วยสะสมพลังงานไว้ใช้ในวันต่อไป มีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (growth hormone) ซึ่งช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อในร่างกาย สร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงและการเจริญของไขกระดูก (Huether & Defriez, 2006) ดังนั้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรมีการปฏิบัติตัวเพื่อให้พักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยควรถ่ายปัสสาวะก่อนนอนเพราะอาการปวดปัสสาวะมักจะกระตุ้นทำให้ตื่นนอนได้

2.2.2 นอนในท่าที่เหมาะสมหรือทำศีรษะสูง เพื่อให้สามารถหายใจได้สะดวก

2.2.3 หลีกเลี่ยงการจับหลักในช่วงเวลาใกล้เข้านอน เพราะจะทำให้หลับยากในตอนกลางคืน

2.2.4 รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการ เช่น อาการปวด ใจ เป็นต้น ซึ่งการรับประทานยาแก้ปวดก่อนนอน 30 นาที จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้

2.2.5 หลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่ม เช่น กาแฟ ชา เป็นต้น เนื่องจากเครื่องดื่มเหล่านี้มีส่วนผสมของคาเฟอีน และงดดื่มก่อนนอน 2 ชั่วโมง เพราะจะกระตุ้นร่างกายทำให้นอนไม่หลับ

2.2.6 หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงก่อนนอน เพราะแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นร่างกายในระยะท้ายของการนอนหลับ

2.2.7 ดื่มนมอุ่น ๆ ก่อนนอน เพราะในนมจะมีสารแอลทริปโตเฟน (L-tryptophan) ซึ่งเป็นยานอนหลับธรรมชาติที่พบในอาหาร ทำให้วังและหลับได้เร็วขึ้น (Lee, 1997)

2.2.8 เมื่อเข้านอนแล้วไม่สามารถนอนหลับได้ ให้ลุกจากที่นอนเพื่อไปทำกิจกรรมอื่น เช่น อ่านหนังสือ แล้วกลับมานอนเมื่อรู้สึกว่างนอน

2.2.9 หลีกเลี่ยงการใช้เตียงทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ดูหนัง ทำงาน เป็นต้น ซึ่งเมื่อนอนหลับแล้วกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้ตื่นตัว สะดุ้งตื่นได้ง่ายและไม่สามารถนอนหลับได้อีก

2.2.10 ใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) หรือ การฟังดนตรีที่มีโทนเสียงต่ำ ๆ จังหวะดนตรีประมาณ 60-80 บีตต่อนาทีและเป็นดนตรีเครื่องสายเป็นเพลงบรรเลงหรือดนตรีที่มีจังหวะเย็น ๆ เสียงดนตรีจะทำให้ผ่อนคลาย หลับได้เร็วขึ้น ประสิทธิภาพการนอนหลับดีขึ้น และหลังจากตื่นนอนจะรู้สึกสดชื่นมากขึ้น (Lai & Good, 2005)

3. การจัดการความเครียด

การจัดการความเครียดเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะต้องกระทำ เนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ความเครียดจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนและคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก (systolic) และไดแอสโตลิก (diastolic) เพิ่มมากขึ้น เพิ่มการใช้ออกซิเจน หลอดเลือดมีการหดตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ลดลง (Martinez & Bucher, 2007) การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและสามารถเผชิญกับความเครียดได้ สำหรับเทคนิคในการจัดการกับความเครียดมีหลายแนวคิด เช่น

3.1 เทคนิคการจัดการความเครียดตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) มีดังนี้

1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด หลีกเลี่ยงเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่จะก่อให้เกิดความเครียด และการจัดเวลาเพื่อปรับตัวกับสถานการณ์เครียด ทบทวนปัญหาและหาวิธีแก้ไข 2) การเพิ่มแรงต้านทานความเครียดต่อความเครียด แนวทางในการปฏิบัติ เช่น การปรับเปลี่ยนการรับรู้ของบุคคล และมีการแสดงออกที่เหมาะสม การส่งเสริมความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยการตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นใน

ตนเองที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถควบคุมตนเองได้ 3) การสร้างเงื่อนไขที่ตรงข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนทางสรีรวิทยาจากความเครียด เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ การใช้จินตนาการ เป็นต้น

3.2 การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal or diaphragmatic breathing) การหายใจให้ลึก ๆ ช้า ๆ และมีความสม่ำเสมอโดยขณะหายใจเข้า ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกและยุบลงในขณะที่หายใจออก

3.3 การฝึกสมาธิ เป็นการฝึกให้มีความสนใจมุ่งจดจ่อและสงบนิ่งอยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพียงอย่างเดียว เป็นการกำหนดสติ

3.4 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ตรวจวัดการทำงานของร่างกาย และป้อนกลับในรูปของการมองเห็นหรือการได้ยินเสียง

3.5 การออกกำลังกายเพื่อการผ่อนคลายโดยไม่มุ่งเน้นด้านการแข่งขัน สามารถทำตามความพอใจของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหมเกินไป และทำให้กล้ามเนื้อมีความผ่อนคลายมีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

3.6 ใช้จินตนาการนึกถึงภาพเหตุการณ์ที่ประทับใจหรือภาพที่มีความรื่นรมย์ ทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

3.7 การนวด เป็นการสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

3.8 การฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย (progressive muscle relaxation) แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

3.8.1 การฝึกคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย โดยการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วจึงคลายออก (active progressive muscle relaxation [AMR])

3.8.2 การฝึกคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกายโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อก่อน (passive progressive muscle relaxation [PMR]) เป็นการฝึกกระบวนการทางสรีระ แบบมีขั้นตอนซึ่งมีความสอดคล้องกับพื้นฐานการฝึกผ่อนคลาย แบบบริหารการหายใจ และการรับข้อมูลโดยใช้เสียงดนตรีผ่านประสาทสัมผัสทางการได้ยิน มีผลต่อประสาทลิมบิก ทำให้การกระตุ้นทางอารมณ์ลดลง ประสาทสมองมีการหลั่งสารซีโรโทนิน (serotonin) เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายมีการผ่อนคลายรู้สึกสบายและทำให้หลับได้ง่ายขึ้นและสดชื่นเวลาตื่นนอน มีการเรียนรู้และการจำที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) โดยขัดขวางการทำงานของสมองส่วนนี้ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำงานลดลง เพิ่มการทำงานของประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งมีผลให้หลอดเลือดขยายตัวความดันโลหิตลดลง อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

4. การปฏิบัติตัวด้านการรักษา ได้แก่

4.1 ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะต้องมีการรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน และต้องมีการติดตามประเมินผลการรักษาที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ และผู้ป่วยควรจะทราบอาการข้างเคียงของยาที่รับประทาน เนื่องจากยาบางชนิดจะไปมีผลทำให้ความต้องการทางเพศของผู้ป่วยลดลงหรือมีการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเพศชาย เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาปิดกั้นเบต้าหรือยาลดไขมันในหลอดเลือด เป็นต้น (Jackson, 2000)

4.1.1 ยากลุ่มไนเตรท (nitrate drug) ยาชนิดนี้ได้ลิ้นสามารถออกฤทธิ์ช่วยลดความปวดได้เร็วภายใน 3 นาที และมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวนาน 30-60 นาที (Martinez & Bucher, 2007) หลังอมยาควรนั่งพักสักครู่ ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นในห้อยยาเม็ดที่ 2 ห่างจากเม็ดแรก 5 นาทีอมได้ทั้งหมด 3 เม็ด ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที ยานี้อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง เวียนศีรษะหรือหมดสติชั่วคราวได้ ยาชนิดนี้จะเสื่อมคุณภาพได้เร็วเมื่อถูกแสง สังเกตได้จากสีจะซีดหรือเปลี่ยนสี ถ้าอมแล้วไม่มีรสเผ็ดซ่าแสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพ

4.1.2 ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า เช่น ยาโพรพานอลอล (propranolol) ผลข้างเคียงจากการใช้ยานี้อาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หัวใจเต้นช้า หลอดลมหดตัว น้ำตาลในเลือดต่ำ รบกวนการนอนหลับ ผู้ที่ได้รับยานี้จึงควรนับอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร เพื่อเป็นการประเมินอาการหลังได้รับยากลุ่มนี้ด้วย

4.1.3 ยากลุ่มปิดกั้นแคลเซียม (calcium channel-blockers) มีการแนะนำให้ใช้เพื่อป้องกันการกลับตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ (reinfarction) ยาในกลุ่มนี้ เช่น เนฟิดิปีน (nifedipine), เวราพามิล (verapamil) เป็นต้น ผลข้างเคียงจากการใช้ยาคือ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้า หายใจลำบาก

4.1.4 ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (platelet antagonist) ยาที่นำมาใช้มากได้แก่ ยาแอสไพริน (aspirin) เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ยาชนิดนี้ควรระวังในการใช้อาจเกิดภาวะเลือดออกแล้วหยุดยากได้ โดยเฉพาะถ้ามีการใช้ยาร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) จะต้องติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด (Smith et al., 2006) ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาแอสไพรินแล้วทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารเป็นแผลจะต้องมีการรักษาด้วยการให้ยา proton pump inhibitor ร่วมกับการใช้ยาแอสไพรินในระดับต่ำ เมื่อได้รับยานี้จะต้องสังเกตอาการเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ เช่น เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร การถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือถ่ายดำ เป็นต้น

4.1.5 ยายับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิเทนซิน (inhibition of rennin-angiotensin) ได้แก่ แคปโตพริล (captopril), อินาลาพริล (enalapril) เป็นต้น ยาจะออกฤทธิ์ preload

และ afterload ของหัวใจ มีผลทำให้ลดการทำงานของหัวใจ ลดการเกิดหัวใจห้องล่างซ้ายโต เป็นยาที่ใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วยหรือในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง (Smith et al., 2006) เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำลง และมีอาการหน้ามืดได้

4.1.6 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) ใช้ในการป้องกันและลดก้อนเลือด โดยออกฤทธิ์ต้านการทำงานของทรอมบิน (thrombin) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เฮปาริน (heparin), วาร์ฟาริน (warfarin) เป็นต้น ควรระวังในการใช้เนื่องจากยานี้อาจทำให้เกิดเลือดแดงแตก และเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติได้ (Anderson et al., 2007)

4.1.7 ยาลดไขมัน ยานี้จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด ซึ่งจะช่วยให้หลอดเลือดและแก้ไขการแข็งตัวของหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยลดการดูดซึมโคเลสเตอรอลและให้มีการขับออกทางอุจจาระหรือลดการสร้างไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Anderson et al., 2007) ผลข้างเคียงที่พบได้คือ อาจทำให้เกิดอาการท้องผูกได้

4.2 การสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจะต้องมีการประเมินอาการและติดตามอาการและการรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ดังนี้ (Anderson et al., 2007; Braunwald et al., 2002)

4.2.1 ผู้ป่วยจะต้องประเมินอาการเจ็บอกและการใช้ยาอมใต้ลิ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บอกมากกว่า 2-3 นาที ผู้ป่วยควรหยุดกิจกรรมทุกอย่างที่มีผลต่ออาการเจ็บอกถ้าอาการเจ็บอกยังไม่ลดลงให้อมยาอมใต้ลิ้น 1 เม็ด ถ้ายาเม็ดแรกแล้วไม่สามารถลดอาการเจ็บอกได้ ให้อมยาซ้ำอีกได้ครั้งละ 1 เม็ดห่างกันทุก 5 นาทีถ้ามีอาการปวดนานมากกว่า 15-20 นาทีหรืออมยาอมใต้ลิ้นครบ 3 เม็ดแล้วอาการไม่ดีขึ้น ต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที

4.2.2 ผู้ป่วยควรสังเกตอาการ รูปแบบอาการเจ็บอกที่เปลี่ยนแปลง เช่น อาการปวดบ่อยมากขึ้นหรือรุนแรงมากขึ้นหรือมีอาการทันทีทันใดในขณะที่ออกแรงน้อยหรือในขณะที่พัก ผู้ป่วยควรรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อทำการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

4.2.3 คลำชีพจรวันละครั้ง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้าหรือยาในกลุ่มปิดกั้นแคลเซียม และต้องรีบปรึกษาแพทย์ในกรณีชีพจรต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที

4.2.4 หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากเกินไป

4.2.5 หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายถ้ามีอาการ เจ็บอกมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ไข้สูง เวียนศีรษะมาก และหยุดการออกกำลังกายเมื่อมีอาการ เหนื่อยมากจนพูดไม่ออก หายใจสั้น ๆ ถี่ ๆ ปวดเมื่อยหรือปวดกล้ามเนื้อมาก เหนื่อยออกมาก

4.2.6 ควรระวังการเปลี่ยนท่าทางเร็วเกินไป เพราะอาจจะทำให้เกิดอาการเป็นลม จากความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า

4.2.7 ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บอกหรือมีอาการเจ็บอกแบบคงที่ จะต้องมารับการตรวจซ้ำตามแผนการรักษา เพื่อเป็นการวางแผนการรักษาในระยะยาว และเป็นการควบคุมความรุนแรงของโรคหัวใจ

4.3 การมาตรวจตามนัด

ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด เพื่อเป็นการติดตามผลการตรวจและประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยควรมีการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และผู้ป่วยสามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการไปพบแพทย์ทุกครั้งเพื่อจะได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องมีการสังเกตอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีอาการที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่หรือไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Daugherty et al., 2008)

5. การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์

เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์เพราะกลัวจะเป็นสาเหตุการตายจากการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งโรคหัวใจจะส่งผลทำให้การมีเพศสัมพันธ์ลดลง และทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมักจะมี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับมา มีเพศสัมพันธ์ตามปกติ (Jaarma & Steinke, 2007) ดังนั้น บุคลากรควรให้ความสำคัญในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องเพศสัมพันธ์ด้วย แนวทางการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังนี้ (Jaarma & Steinke, 2007; Martinez & Bucher, 2007)

5.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่ให้อากาศร้อนหรือหนาวเกินไป ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้

5.2 ก่อนมีเพศสัมพันธ์ผู้ป่วยไม่ควรอยู่ในภาวะที่ตึงเครียด ควรพักผ่อนให้เพียงพอ เวลาเช้าเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับการมีเพศสัมพันธ์

5.3 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังการดื่มสุราหรือหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ควรเว้นระยะ 2-3 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร

5.4 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่ใช่คู่สามี/ภรรยาของตนเอง

5.5 ควรมีการกระตุ้นทางเพศก่อนมีเพศสัมพันธ์ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและลดการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ

5.6 ใช้ท่าทางในการมีเพศสัมพันธ์ที่สบายและผ่อนคลาย

5.7 สังเกตอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติหรือมีอาการอ่อนเพลียมากในวันต่อมา เป็นต้น

5.8 ผู้ป่วยสามารถสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองได้ เนื่องจากการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจะใช้พลังงานน้อยกว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยทั่วไป

5.9 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เนื่องจากจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทเวกัส ส่งผลทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น

5.10 มีการใช้ยาขยายหลอดเลือด ได้แก่ ยาไนเตรท (nitroglycerin) สามารถช่วยลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ได้

5.11 ควรปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสงสัยว่าจะมีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ และผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ก่อน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ หรือเป็นลักษณะที่พบว่าเมื่อบุคคลมีลักษณะแบบที่ปรากฏแล้วจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมดีหรือไม่ปฏิบัติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผลมาจากการดำเนินของโรคแฉ่งลงของหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างจะเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มักจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างกัน จากการศึกษาของ ธีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542) พบว่าเพศที่แตกต่างกันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเพศชายจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง อาจเป็นเพราะเพศหญิงจะมีความวิตกกังวล ต้องทำงานบ้านหรืองานประจำ ทำให้การดูแลเอาใจใส่ภาวะสุขภาพ

ทำได้ลดลง เพศชายมีเวลาในการแสวงหาแหล่งบริการ ความรู้และการปฏิบัติที่จะมีสุขภาพที่แข็งแรงตลอดเวลา จึงทำให้มีการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องจากการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเพศหญิงจะมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้น้อยกว่าเพศชาย (Martin et al., 2005)

2. **อายุ** อายุจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล เนื่องจากอายุเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงระดับวุฒิภาวะมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่อายุน้อย (อายุน้อยกว่า 40 ปี) จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่อายุน้อยเป็นวัยที่พร้อมสิ่งใหม่ ๆ เข้ามา จึงสามารถทำความเข้าใจแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาสูง จึงสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก (สกุนตลา รอดไม้, 2548)

3. **ระดับการศึกษา** การศึกษาจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Coulson, Strang, Marino, & Minichiello, 2004; Mosca et al., 2006; Thanavaro, Moore, Anthony, Narsavage, & Delicath, 2006) การมีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ที่สูง มีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดี มีความเข้าใจถึงสิ่งที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต มีการกระตุ้นและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้บ่อยมากขึ้น (Kang, Yang, & Kim, 2010) ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความพร้อมความสามารถในการตัดสินใจซึ่งเป็นอุปสรรคในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Thanavaro, Thanavaro, & Delicath, 2010)

4. **รายได้** ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการครองชีพ ผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเลือกซื้ออาหารหรือการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้มากกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยอาจไม่สามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ เนื่องจากมีรายได้ที่จำกัด จากการศึกษาของ อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ โพธิกันัน (Pothikanun, 2000) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร และการศึกษาของ สุดใจ บุรณพุกษา (2549) ที่ทำการศึกษาวุฒิกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมในการป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดแตกต่างกัน รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน รายได้เป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ชีวิตของบุคคลดีขึ้น ในด้านการศึกษาหาความรู้ การป้องกันโรคของตนเอง รายได้จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

5. **ระยะเวลาการเจ็บป่วย** ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวโรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เริ่มมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถทำนายถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิรุณช ไตรรัตน์โนภาส (2545) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ผู้ป่วยเมื่อมีการเจ็บป่วยในระยะแรกต้องการการดูแลและการรักษาให้หายจากอาการของโรคโดยเร็ว เมื่อระยะเวลานานขึ้น อาการทุเลาลงความเข้มงวดในการปฏิบัติกิจกรรมจึงลดน้อยลง เกิดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดีและถูกต้องจึงลดลง จึงพบว่าระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะดีกว่าในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่น้อยกว่า

6. **การรับรู้ (perception)** การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้เบี่ยงเบนไปจากความจริง จะทำให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมแบบผิด ๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมาได้ จากการศึกษาของ จีราพร ทองดี (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ และจากการศึกษาของ พงษ์พิณิต ไชยวุฒิ(2551) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือด มีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย รับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสามารถกระทำได้หลายวิธี เป็นการประเมินโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง โดยแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพพบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวรวมกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย มีรายละเอียดของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจของ ปริศนาวรรณัท (2541) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของ อัจฉรา พ่วงแก้ว และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นของ กนกพร วิสุทธิกุล และ มณฑิลา อนุกุลวุฒิพงศ์ ประเมินเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

2. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ มาลิน มาลาอี (2549) ที่ได้พัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ ที่สร้างตามกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender) ผู้วิจัยได้ปรับปรุงคำถามมีความหมายทางด้านบวกทั้งหมด 45 ข้อ แบ่งออกได้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านการร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 37 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการจัดการความเครียด ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา .85 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วจึงมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) โดยเว้นระยะห่าง 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .90

4. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจของ จีราพร ทองดี (2547) ที่ได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง ซึ่งแปลจากเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II [HPLP II]) ประกอบด้วยข้อคำถาม 46 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย ใช้เทคนิคทดสอบซ้ำในระยะเวลา 1 สัปดาห์ แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .90

5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาโดย สุทิชา สุวรรณศรี (2548) โดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วยคำถาม 39 ข้อ แบ่งออกเป็น 10 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านน้ำดื่มและอาหาร ด้านการขับถ่าย ด้านการมีกิจกรรม ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันควบคุมความรุนแรงของโรค ด้านอารมณ์ ด้านการปรับบทบาทหน้าที่ ด้านรับประทานยาตามแผนการรักษา และด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของโรคที่เป็นตามความสามารถที่เหลืออยู่ โดยนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

6. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ อรุณฯ เขียวสะอาด (2544) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .85 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพหลังที่ได้รับการปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) เมื่อครบ 2 สัปดาห์ และได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .90

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสร้างจากหลายกรอบแนวคิด เช่น กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem) กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender) และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบสอบถามบางฉบับมีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะด้าน (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) หรือมีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ (จิราพร ทองดี, 2547) เป็นต้น จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ อรุณฯ เขียวสะอาด (2544) เนื่องจากมีความครอบคลุมในเนื้อหาของพฤติกรรมทั้ง 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การ

จัดการความเครียด การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ และเครื่องมือนี้ผ่านการนำไปใช้และพบว่ามีค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับที่ดี

สรุป พฤติกรรมสุขภาพคือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพื่อควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การบริโภค การออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการความเครียด การรักษา และการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ อาการที่บ่งบอกว่ากล้ามเนื้อหัวใจเริ่มขาดเลือดก็คือ อาการเจ็บอก ซึ่งถ้าหากปล่อยไว้นานจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้อีก

อาการเจ็บอก

อาการเจ็บอก (chest pain) เป็นความรู้สึกไม่สบายบริเวณทรวงอก เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จะปล่อยสารต่าง ๆ เช่น แบรดีไคโรนิน (bradykinin) และไคนิน (kynin) ออกมาไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (pain receptor) ที่อยู่ในชั้นนอกของหลอดเลือดโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจ เส้นประสาทที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดจะนำกระแสประสาทเข้าสู่ superficial และ deep cardiac plexus ไปตาม superior, middle และ inferior cardiac nerve อยู่ที่ dorsal root ของไขสันหลังส่วนอกที่ 1-5 (T1-5) ได้แก่ ผนังอกด้านหน้าตั้งแต่ระดับใต้กระดูกไหปลาร้าลงมาถึงกระดูกซี่โครงที่ 7 รวมทั้งกระดูกอก ผนังอกด้านหลังและด้านข้างตั้งแต่บริเวณกระดูกซี่โครงที่ 1 ถึงที่ 7 รวมทั้งกระดูกสะบัก บริเวณด้านในของแขนด้วย และสามารถเจ็บร้าวไปตามบริเวณไขสันหลังส่วนคอที่ 1-2 (C1-2) ซึ่งไขสันหลังส่วนนี้เลี้ยงบริเวณคอ คาง ไหล่ และแขน (Foreman, 2007) อาการเจ็บอกเป็นอาการที่บ่งบอกถึงกล้ามเนื้อหัวใจกำลังขาดเลือด ทำให้ผู้ที่มีอาการเจ็บอกต้องทรมาณจากอาการเจ็บอก การทำกิจกรรมได้ลดลง และยังพบว่าอาการเจ็บอกเป็นอาการนำสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Gupta, Tabas, & Kohn, 2002)

ลักษณะของอาการเจ็บอก

ลักษณะการเจ็บ (character) จะมีอาการแน่นเหมือนถูกของหนักทับหรือบีบรัด จุกแน่น หายใจไม่ออก (choking) บริเวณกลางอกหรือบริเวณใต้กระดูกอก อาจค่อนข้างตื้อๆ บริเวณที่เจ็บจะกว้างไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ และส่วนใหญ่มีอาการปวดร้าวไปบริเวณแขนซ้ายด้านใน โดย

อาจร้าวเฉพาะต้นแขนหรือร้าวตลอดแขนถึงข้อมือ และมือ อาจร้าวไปที่คอหรือแขนขวาได้ ส่วนน้อยจะร้าวไปที่กราม ขากรรไกร หลังและลิ้นปี่ (Matinez & Bucher, 2007)

อาการเจ็บอกแบ่งกลุ่มตามลักษณะทางคลินิกได้ 2 กลุ่มคือ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ม. ป. ป.)

1. กลุ่มอาการเจ็บอกคงที่ (stable angina) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic ischemic heart disease) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บอกเป็น ๆ หาย ๆ ในระยะเวลา 2 เดือน

2. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ อาการเจ็บอกรุนแรงเฉียบพลันหรือเจ็บขณะพัก (rest angina) นานกว่า 20 นาทีหรือเจ็บอกที่เกิดขึ้นใหม่หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกได้เป็น 2 ชนิด ดังนี้

2.1 ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or acute transmural MI or Q-wave MI)

2.2 Non ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บอกไม่คงที่ (unstable angina)

อาการเจ็บอกในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีลักษณะเฉพาะประกอบด้วย 4 ประการคือ ความถี่ของการเกิดอาการเจ็บอก ระยะเวลาของการเกิดอาการเจ็บอก ความรุนแรงของการเกิดอาการเจ็บอก และการจัดการกับอาการเจ็บอก เนื่องจากลักษณะทั้ง 4 นี้เป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ถึงอาการของกล้ามเนื้อหัวใจกำลังขาดเลือดและความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ดังนี้

1. ความถี่ของการเกิดอาการเจ็บอก ความถี่ของการเกิดอาการเจ็บอกมักจะเกิดเพิ่มมากขึ้น (Martinez & Bucher, 2007)

2. ระยะเวลา (duration) อาการเจ็บแน่นอก จะมีระยะเวลาปวดประมาณ 30 วินาทีจนถึง 30 นาที โดยส่วนใหญ่อาการจะหายไปในเวลา 5-15 นาทีหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเจ็บอกลดลง

3. ความรุนแรง (severity of pain) อาการปวดจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อาการปวดมักคลุมเครือไม่สามารถชี้ตำแหน่งเจ็บได้ ส่วนใหญ่มีความปวดในระดับสูงสุด

การประเมินระดับความรุนแรงอาการเจ็บอกจะเป็นข้อบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งได้กำหนดตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือดแคนาดา (The Canadian Cardiovascular Society Grading Scale) แบ่งออกได้ ดังนี้ (Canadian Cardiovascular Society, 2011)

Class I หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ เช่น การเดินหรือขึ้นบันได แต่จะมีอาการถ้าทำงานหนักมากหรือออกแรงเป็นเวลานาน ๆ

Class II หมายถึง ผู้ป่วยเริ่มมีการจำกัดการทำกิจกรรมบ้างเล็กน้อย อาการเจ็บอกเริ่มมีความรุนแรงเล็กน้อย ถ้าเดินขึ้นบันไดเร็ว ๆ หรือมีอาการเจ็บอกเมื่อเดินขึ้นบันไดหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ

Class III หมายถึง ผู้ป่วยมีการจำกัดการทำกิจกรรมมากขึ้น อาการเจ็บอกมีความรุนแรงมากขึ้น จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเดินเป็นระยะทางประมาณ 200 เมตรหรือมีอาการเจ็บอกเมื่อเดินขึ้นบันไดตามปกติที่เคยปฏิบัติได้

Class IV หมายถึง มีอาการรุนแรง มีอาการเจ็บอกแม้ขณะพัก

4. การจัดการกับอาการเจ็บอก เป็นการใช้นิโคตินในเตรทอมได้ลิ้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บอกคงที่ เมื่อมีอาการเจ็บอกขณะออกแรงมากหรือมีภาวะเครียด อาการเจ็บอกจะบรรเทาลงหรือดีขึ้นได้โดยการใช้นิโคตินในเตรท (Fox et al., 2006)

ปัจจัยที่ทำให้อาการเจ็บอกรุนแรงมากขึ้น

ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอาการเจ็บอกรุนแรงมากขึ้น (Martinez & Bucher, 2007) ได้แก่

1. การออกแรงมาก (physical exertion) อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บอกได้

2. อุณหภูมิ อุณหภูมิที่สูงเกินหรือต่ำเกินไปจะไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจทำให้หลอดเลือดหัวใจหดเพื่อตอบสนองต่ออุณหภูมิที่เย็น และหลอดเลือดจะคลายตัวเมื่ออุณหภูมิร้อน ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ทำให้เกิดอาการเจ็บอกได้

3. ภาวะเครียด จะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมากขึ้น จนเกิดอาการเจ็บอกตามมา

4. การรับประทานอาหารปริมาณมากเกินไป ซึ่งในระหว่างกระบวนการย่อยอาหาร เลือดจะถูกส่งไปเลี้ยงในระบบย่อยอาหารเพิ่มมากขึ้น ปริมาตรเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนจนทำให้เกิดอาการเจ็บอกได้

5. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะไปกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) ทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนทำให้เกิดอาการเจ็บอกได้

6. การมีเพศสัมพันธ์ จะเพิ่มการทำงานของหัวใจและกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงจนทำให้เกิดอาการเจ็บอกตามมาได้

การประเมินอาการเจ็บอก

ในการประเมินอาการเจ็บอกในผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันออกไปเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและวัฒนธรรมจากการทบทวนวรรณกรรมพบการประเมินอาการเจ็บอกที่สำคัญ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บอก ระยะเวลาระยะเวลาของการเกิดอาการเจ็บอก จำนวนครั้งของการเกิดอาการเจ็บอก และการใช้ยาในเตรทเพื่อบรรเทาอาการเจ็บอก เป็นต้น การประเมินอาการเจ็บอกสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. การใช้หลัก PQRSST ประเมินอาการเจ็บอกคือ P (Precipitating event) เหตุการณ์ใดหรือกิจกรรมใดที่ทำให้เกิดอาการเจ็บ เช่น การออกกำลังกาย ขณะพัก เป็นต้น Q (quality of pain) ลักษณะอาการเจ็บอกเป็นอย่างไร เช่น รู้สึกมีของหนักกดทับ ถูกบีบรัด (tightness) เป็นต้น R (radiation of pain) มีอาการเจ็บบริเวณใด และมีการร้าวไปบริเวณอื่นหรือไม่ เช่น หลัง แขน คาง ไหล่ เป็นต้น S (severity of pain) ให้ระดับความรุนแรงของอาการปวด 0 ถึง 10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บปวด และ 10 หมายถึง มีอาการเจ็บปวดมาก T (timing) อาการปวดขึ้นเมื่อใด อาการปวดมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อใด (Matinez & Bucher, 2007)

2. แบบสอบถามอาการเจ็บอกของซีแอตเทิล (The Seattle Angina Questionnaire) ของสเปอร์ทัส และคณะ (Spertus et al., 1995) คำถามประกอบด้วย ข้อจำกัดด้านร่างกาย การคงที่ของ

อาการเจ็บอก ความถี่ของการเกิดอาการเจ็บอก ความพึงพอใจในการรักษา และการรับรู้เกี่ยวกับโรค ได้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .31-.70

3. แบบประเมินสภาวะอาการเจ็บอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ พิมลรัตน์ พิมพีดี (2553) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความถี่ (frequency) ของการเกิดอาการเจ็บอก ระดับความรุนแรง (intensity) ระยะเวลา (duration) ในการเกิดอาการเจ็บอกในแต่ละครั้ง และการใช้ยาในไตรกลีเซอรินเพื่อบรรเทาอาการเจ็บอก ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 และได้นำไปหาค่าความเที่ยงโดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินสภาวะอาการเจ็บอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของ พิมลรัตน์ พิมพีดี (2553) เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวมีการประเมินเกี่ยวกับอาการเจ็บอกที่มีความครอบคลุมความถี่ ระดับความรุนแรง ระยะเวลา และการจัดการกับอาการเจ็บอก และการประเมินในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาแล้ว การประเมิน 4 องค์ประกอบนี้จะช่วยบอกได้ถึงอาการและความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดว่ามีการดำเนินของโรคเป็นอย่างไร การรักษาที่ได้รับมีการตอบสนองหรือไม่อย่างไร

อาการเจ็บอกเป็นอาการที่บ่งบอกถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจะต้องมีการจัดการตนเองในการเปลี่ยนแปลงวิถีดำเนินชีวิตให้มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและช่วยลดอาการเจ็บอก ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากอาการเจ็บอกได้

การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (Creer, 2000) ที่จะจัดการกับอาการของโรค ทั้งทางร่างกาย จิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ให้สามารถมีชีวิตอยู่ภายใต้โรคเรื้อรัง (Barlow et al., 2002) เพื่อลดผลกระทบของโรคเรื้อรัง เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาที่บ้าน การใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วย (Bartholomew, Parcel, Swank, & Czyzewski, 1993) โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและมีการฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับภาวะของโรคภายใต้ขอบเขตของคำแนะนำในการรักษา (National Health Service, 2001) เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่

ทางด้านร่างกายและป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการรักษา มีการติดตามอาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการจัดการผลกระทบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความสามารถ (Von Korff, Gruman, Schaefer, Curry, & Wagner, 1997) ในการศึกษาครั้งนี้ การจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ การควบคุมอาการของโรค และมีการร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง

กระบวนการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองในรูปแบบของการจัดการโรคเรื้อรังจะประกอบด้วย 4 ระยะ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) ได้แก่

1. การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง โดยผู้ป่วยจะต้องจำได้ถึง การเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะสุขภาพเดิม โดยที่ไม่จำเป็นต้องเป็นอาการใหม่แต่จะต้องแตกต่างไปจากเดิมหรือภาวะที่เป็นอยู่
2. การประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยใช้กระบวนการรู้คิด (cognitive) โดยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมองเห็นถึงความสำคัญและความไม่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมองว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงมีความสำคัญเพียงพอที่จะกระทำ ถ้าอาการและอาการแสดงถูกตัดสินว่ามีความสำคัญ ผู้ป่วยก็จะถูกกระตุ้นให้ตัดสินใจว่าจะต้องกระทำ ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ลงมือกระทำด้วยหลาย ๆ เหตุผล ขาดความรู้ในการกระทำ ตัดสินว่าผลของการกระทำไม่มีประโยชน์ ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงหรือเชื่อว่าไม่มีวิธีการใดมีความเป็นไปได้ การตัดสินใจจึงเป็นส่วนสำคัญของการจัดการตนเอง แต่เป็นการยากที่จะสามารถวัดการตัดสินใจได้
3. การลงมือปฏิบัติโดยเลือกใช้วิธีในการรักษา คือ การกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงการกระทำ จะกระทำเมื่อมีผลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอาการ
4. ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติ ผู้ป่วยจะเลือกการประเมินผลจากการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เช่น ความรุนแรงของอาการของโรคลดลง

ขั้นตอนทั้งหมด 4 ระยะ ผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีการข้ามระยะใดระยะหนึ่งได้ เช่น ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง และข้ามระยะที่ 2 (การประเมินการเปลี่ยนแปลง) อย่างรวดเร็ว ไปสู่ระยะของการลงมือปฏิบัติ เนื่องมาจากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายจะมีความล่าช้าในประเมินผลประสิทธิภาพการปฏิบัติ จนกระทั่งการรักษาที่เกิดขึ้นได้รับการพิสูจน์หลายครั้งแล้ว

ปัจจุบันมีแนวคิดการจัดการตนเองที่นิยมใช้ ได้แก่ แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งมีการเสริมทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง และมีการส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย แต่ไม่ได้แสดงขั้นตอนการจัดการตนเอง แนวคิดการจัดการตนเองโดยยี่ดหลัก 5 เอ (Self-management model with 5 A's) (Glasgow et al., 2002) และแนวคิดการจัดการของ เครียร์ (Creer, 2000) ที่แสดงให้เห็นถึงวิธีการขั้นตอนของการจัดการตนเองอย่างชัดเจน ไม่ซับซ้อนและไม่ต้องใช้ตัวแบบ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองไม่ว่าจะใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองแบบใดก็ตาม จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นได้เช่นเดียวกัน (วันดี ใจแสน, 2551) แนวคิดการจัดการตนเองที่กล่าวมา มีองค์ประกอบสำหรับการจัดการตนเอง มีดังนี้ 1) มีการตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติ 2) รวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ 3) ตัดสินใจเพื่อลงมือปฏิบัติ 4) ลงมือปฏิบัติ และ 5) มีการประเมินผลสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว ดังนั้น รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามแนวคิดของเครียร์ จึงน่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ ได้ให้แนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเอง ดังนี้

1. การเลือกเป้าหมาย (goal selection) เป็นการกำหนดพฤติกรรมหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นที่เหมาะสมกับตนเอง การที่ผู้ป่วยจะตั้งเป้าหมายให้กับตนเองได้ พยาบาลต้องมีส่วนสำคัญในการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง จึงจะสามารถจัดการตนเองได้ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ได้ตั้งไว้ ผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพจะต้องมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติให้สำเร็จจากนั้นมีการเขียนแผนการปฏิบัติ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

2. การรวบรวมข้อมูล (information collection) การที่ผู้ป่วยจะสามารถรวบรวมข้อมูลได้มาจากการเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) การสังเกตอาการตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) มีแนวทางในการเฝ้าระวังตนเอง 3 ประการคือ

- 2.1 ควรเฝ้าระวังเฉพาะอาการที่กำหนดไว้ เพราะถ้าผู้ป่วยเฝ้าระวังหลายอาการอาจทำให้เกิดความสับสนได้

- 2.2 ควรตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดประเมินผลได้

- 2.3 การบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยควรบันทึกข้อมูลในช่วงที่บุคลากรสุขภาพกำหนดไว้

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) เป็นการนำข้อมูลที่ได้อามาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ผู้ป่วยได้ตั้งไว้ มีแนวทางในการประเมินและวิเคราะห์ 5 ประการคือ

- 3.1 ผู้ป่วยจะต้องรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยเอง
- 3.2 การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน มีมาตรฐานที่แน่นอน
- 3.3 ผู้ป่วยสามารถประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้อามา โดยการตัดสินใจต้องปฏิบัติได้ง่ายตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
- 3.4 ผู้ป่วยต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการนำ และสามารถแก้ปัญหาที่ตนเอง
- 3.5 ในการประเมินผลเกี่ยวกับการจัดการตนเองควรคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเอง

4. การตัดสินใจ (decision making) การตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยได้รวบรวมข้อมูล ประเมินผลข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจอย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลของตนเองเป็นพื้นฐาน

5. การปฏิบัติ (action) จะเป็นทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือสภาวะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสอนตนเอง (self-instruction) เป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจซึ่งการปฏิบัติ ซึ่งมีความสำคัญต่อการจัดการตนเอง 2 ข้อคือ 1) การควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติด้วยตนเอง และวิธีนั้นเคยทำแล้วได้ผล 2) การสอนตนเองเป็นการกระตุ้นให้มีวิธีการใหม่ ๆ สำหรับการจัดการความเจ็บป่วย

6. การประเมินตนเอง (self-reaction) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีการคาดหวังถึงการปฏิบัติได้จริง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องทราบถึงข้อจำกัดการจัดการตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ระบุขั้นตอนในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ชัดเจน ทำได้ง่าย ขั้นตอนไม่ซับซ้อน และให้ผลลัพธ์ที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเรื้อรังที่มีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรังเช่นเดียวกัน โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนภาวะหัวใจวายเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจะมีพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) และแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

ลอริก, ริทเทอร์, รอลันท์, และ แพลนท์ (Lorig, Ritter, Laurent, & Plant, 2006) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคปอด และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) โดยการใช้ระบบอินเทอร์เน็ตและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ในการส่งเสริมการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย มีการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การใช้ยา และการแนะนำการออกกำลังกาย มีการวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่วิจัย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะเวลา 1 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะแห่งตนในระยะเวลา 6 เดือน

สเวริสเซิน และคณะ (Swerissen et al., 2006) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศเวียดนาม จีน อิตาลี และกรีซ เป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หอบหืด และข้ออักเสบ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งเป็นการวิจัยแบบทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการ การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ การออกกำลังกายและการผ่อนคลาย การรับประทานยา อาหาร และทักษะการสื่อสาร โดยโปรแกรมนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานการเรียนรู้ทางสังคม ให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำมีแผนการปฏิบัติและมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ การใช้ตัวแบบและกลยุทธ์การแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ยังใช้การพูดโน้มน้าวจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายและการจัดการด้านพลังงาน การจัดการอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม

ศิริวัฒน์ วงศ์พุททคำ (2551) นำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) มาใช้ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลข้อมูล การตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูล การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) ศึกษาการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ เครียร์ (Creer, 2000) ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 2) การจัดการตนเอง ตามกระบวนการ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การฝึกทักษะการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการประเมินตนเองว่าผู้ป่วยสามารถบรรลุตามเป้าหมายได้หรือไม่ และ 3) การประเมินผล เป็นการติดตามปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่าการจัดการตนเองได้มีการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่มโรค เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธาน, 2551; Coull et al., 2004; Dongbo et al., 2003; Lorig et al., 2001) เพิ่มสมรรถนะแห่งตน (Lorig et al., 2001) ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Coull et al., 2004; Dongbo et al., 2003) ลดค่าใช้จ่าย (Lorig et al., 2001) และคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550) กิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย การจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยทุกวันในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลและมีการติดตามทางโทรศัพท์อย่างน้อย 1 ครั้ง หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว (ปาริชาติ วงศ์ก้อม, 2556; ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550) หรือมีการจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ (ชนากรณ์ แก้วยก, 2554; พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน, 2556; ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธาน, 2551) ซึ่งการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1-1½ ชั่วโมง จำนวน 3-6 ครั้งโดยการจัดกิจกรรมจะประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและการฝึกทักษะการจัดการตนเองตามขั้นตอนของ เครียร์ (Creer, 2000) และการประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย

การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยมีการจัดกิจกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้นหรือบางการศึกษาส่งเสริมการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ขาดการติดตามต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว ซึ่งการนำรูปแบบกิจกรรมนั้นมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการเจ็บป่วยที่ต้องการการปฏิบัติตัวภายหลังจากการรักษาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอเพื่อลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมการจัดการตนเองตั้งแต่

ขณะที่อยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องจนกลับไปอยู่บ้าน และการส่งเสริมให้มีความสามารถควรได้มีการติดตามและให้กำลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมเองได้หรือหากไม่สามารถปฏิบัติได้ควรมีการส่งเสริมความสามารถให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเองได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลัน โดยการพัฒนาการส่งเสริมการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่โรงพยาบาลจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 1-1½ ชั่วโมง โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการและอาการแสดง การรักษา พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และความสำคัญของการจัดการตนเอง มีการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองตามขั้นตอนของ เกรียร์ ทั้ง 6 ขั้นตอน ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านมีการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 5 หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วเพื่อติดตามอาการและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และมีการประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและอาการเจ็บอกหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว

การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การจัดการตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการตนเอง และมีการประเมินผล เพื่อติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้หรือไม่ มีการให้คำแนะนำ ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองเป็นระยะเวลานาน และพบว่าผู้ป่วยยังคงมีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยและเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้นั้นผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำตามแนวทางการรักษาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 5 ด้าน ได้แก่ 1) การบริโภค 2) การออกกำลังกายและการพักผ่อน 3) การจัดการความเครียด 4) การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และ 5) การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ โดยการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ร่วมกับการส่งเสริมการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนคือ 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การประเมินตนเอง การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเอง อาจนำไปสู่การจัดการกับการดูแลตนเองส่งผลให้ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเองอย่างสม่ำเสมอ อันนำไปสู่การลดอาการเจ็บอกที่เป็นอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้