

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรของด้านสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพของครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease)

ความหมาย

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease [CHD]) มีชื่อที่นิยมเรียกหลายชื่อ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease [IHD]) โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Arteriosclerotic Heart Disease [ASHD]) หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Cardiovascular Heart Disease [CVHD]) เป็นต้น โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มของโรคของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดมีภาวะการตีบและแข็ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายได้ (Martinez & House - Fanher, 2000)

ลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งตามลักษณะทางคลินิกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกแบบคงที่และเกิดอาการเรื้อรัง (Chronic Stable Angina) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมของหลอดเลือด ทำให้มีการตีบแคบของหลอดเลือด เป็นอาการเจ็บหน้าอก ที่เกิดขึ้น และมักจะสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง การออกกำลังกาย ความเครียด อากาศเย็น และภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ลักษณะการเจ็บเป็นแบบเจ็บแน่น ๆ บริเวณหน้าอกซึ่งมีความรุนแรงปานกลาง โดยอาจเกิดในระยะเวลา 2-3 นาที แต่จะไม่เกิน 15 นาที สามารถบรรเทาอาการได้โดยการนั่งพัก หรืออมยาใต้ลิ้น
2. กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndromes) ได้แก่ ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกแบบอาการไม่คงที่ (Unstable Angina) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน

(Acute Myocardial Infarction) อาการเจ็บอกจะเจ็บอย่างรุนแรงเหมือนถูกบีบหรือมีของหนักทับอก ไร่ ปวดร้าวไปที่คอ คาง แขน และไหล่ซ้าย เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการเหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น และหายใจเหนื่อยหอบ การบรรเทาอาการดังกล่าว โดยการนั่งพัก หรือใช้ยาอมใต้ลิ้นมักจะไม่ได้ผล ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด นอกจากนี้ยังพบมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยมีลักษณะของ ST Segment อาจเป็นแบบกดต่ำลง (Depression) หรือยกสูงขึ้น (Elevation) ได้ อาจพบลักษณะของคลื่น T หัวกลับ (T - Wave Inversion) และคลื่น Q ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากปกติ (Transient Abnormal Q Waves) ได้ (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2543)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการแข็งตัวของหลอดเลือดโคโรนารี โดยผนังด้านในของหลอดเลือด (Intima Layer) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีคอเลสเตอรอลและไขมัน มาเกาะที่ผนังหลอดเลือดเกิดเป็นรอยไขมันที่ผนังหลอดเลือด (Fatty Streak) จากนั้นไขมันจะแทรกซึมเข้าสู่ผนังหลอดเลือดชั้นกลาง (Medial Layer) และกล้ามเนื้อเรียบ เกิดเป็นแผ่นคราบหนาตัวขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดขรุขระ เมื่อมีแคลเซียมมาเกาะบริเวณดังกล่าวกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา (Fiber Plaques) ผนังหลอดเลือดจะหนาตัวตีบแคบมากขึ้น มีลักษณะแข็งและเปราะ ประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลงและเมื่อรอยโรคมีขนาดใหญ่ขึ้นจะเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดขึ้น เมื่อมีการฉีกขาดเกิดขึ้น ร่างกายจะมีปฏิกิริยาการแข็งตัวของเลือด เกร็ดเลือดจะมารวมตัวเป็นลิ่มเลือด (Thrombi) ขนาดใหญ่เกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีขึ้น ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ในที่สุด (นพรัตน์ ฐนะชัยจันทร์, 2543)

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์ก (New York Heart Association: [NYHA]) ได้จำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจ โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและจากลักษณะอาการที่ปรากฏ โดยสรุปได้ดังนี้ (วิศาล กันธรัตน์กุล, 2538)

Class I ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมของร่างกายในแต่ละวันได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการแสดงใด ๆ ปรากฏ

Class II ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยออกแรงมากจะมีอาการเหนื่อยง่ายปรากฏ แต่เมื่อได้พักอาการต่าง ๆ จะหายไป

Class III ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เพียงเล็กน้อยก็จะมีอาการเหนื่อย เมื่อได้พักอาการก็จะหาย

Class IV ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรค แม้ในขณะพัก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง สภาพหรือลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ซึ่งมีหลากหลายประการ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว สามารถจำแนกออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่

1.1 อายุ เมื่อคนมีอายุมากขึ้น หลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเสื่อมสภาพไปตามวัย คือ จะมีลักษณะเปราะและแข็ง (Martinez & House – Fancher, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยในวัยกลางคนและสูงอายุ โดยความชุกของโรคนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุเพิ่มขึ้น (เสกปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2543)

1.2 เพศ พบว่าเมื่ออายุต่ำกว่า 60 ปีเพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าเพศหญิง โดยเชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมนเพศหญิงคือฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีฤทธิ์ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่เมื่ออายุ 60 ปีไปแล้วอุบัติการณ์ของการเกิดโรคระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ในเพศหญิงที่หมดประจำเดือน พบว่ามีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงจะส่งผลให้ระดับไขมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยมีประจำเดือนร้อยละ 19 จึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น (Van & Korevaar, 1993)

1.3 กรรมพันธุ์ พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้จะไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดก็ตาม แต่พบว่าบุคคลที่มีประวัติมีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหันด้วยอาการไม่ทราบสาเหตุจากการมีภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน หรือมีบิดา มารดาเป็นโรคระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีแบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ตั้งแต่อายุยังน้อย (Martinez & House – Fancher, 2000) จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ด้านพันธุกรรมที่พบการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจกับภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคของกลุ่มแฝดทั้งชายและหญิงในประเทศสวีเดนพบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้ามีคู่แฝดที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 8.1 และในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ จะมีโอกาสเกิดโรคได้ร้อยละ 3.8 (Marrenberg, Risch, & Berkman, 1994)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ มีดังนี้

2.1 ปัจจัยเสี่ยงหลัก หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลมากต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง ได้แก่

2.1.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) โดยปกติระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ไม่ควรสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ถ้ามีปริมาณของโคเลสเตอรอลและไลโปโปรตีน (LDH) ในเลือดสูงจะทำให้มีการตกตะกอนของไขมันไปเกาะอยู่ตามผนังหลอดเลือดทำให้

รูของหลอดเลือดตีบแคบลง มีลักษณะแข็งและเปราะ ประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ง่าย (พรณี เสดียรโชค, 2536) จากการศึกษา เฟรมมิงแฮม ฮาร์ท (Framingham Heart Study) ของ บูช ฟรายด์ และแบเรท คอนเนอร์ (Bush, Fried, & Barrett – Connor, 1988) ในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงกว่า 295 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่าผู้ป่วยดังกล่าวมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด 204 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถึง 3 เท่า

2.1.2 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญโดยเชื่อกันว่าเมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แรงดันที่เพิ่มขึ้นจะก่อให้เกิดแรงกระแทกทำให้ผนังหลอดเลือด มีการฉีกขาดและเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี กระตุ้นให้มีไขมันมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง จากการศึกษาของคาร์เนล (Kamel, 1990) พบว่าผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเกิน 160/90 มิลลิเมตรปรอท มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสูงถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

2.1.3 การสูบบุหรี่ เนื่องจากสารคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่ สามารถทำลายผนังหลอดเลือดที่หัวใจ ทำให้เกิดเป็นแผลภายในหลอดเลือด กระตุ้นให้มีการรวมตัวของเกร็ดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้มีการแตกตัวของไขมันทำให้โคเลสเตอรอลมาเกาะตัวที่ผนังของหลอดเลือดมากขึ้นและสารคาเฟอีนจะกระตุ้นให้หัวใจทำงานมากขึ้น (วิชัย ดันไพจิตร, 2534; อุไร ศรีแก้ว, 2542) จากการศึกษาของคาวาชิ (Kawachi, 1997) พบว่า คนที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 2 – 6 เท่า โดยอัตราเสี่ยงของการเกิดโรค จะขึ้นอยู่กับปริมาณของบุหรี่ที่สูบและปริมาณของสารนิโคตินในบุหรี่

2.1.4 การไม่ออกกำลังกาย การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย และภาวะอ้วน พบว่า ผู้ที่ทำงานอยู่กับที่ประเภทนั่งโต๊ะ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่านักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (สมพันธ์ หิญชรนันท์, 2541) การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดและหัวใจแข็งแรง หัวใจมีการสูบฉีดเลือดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้นทำให้มีการไหลผ่านของเลือดไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ลดการจับตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือด ป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือดแดง นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังช่วยลดน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิตอีกด้วย (Powell, 1987; เพ็ญพิมล รัชมรรคจิต, 2537)

2.2 ปัจจัยเสี่ยงรอง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลน้อยกว่าปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง ได้แก่

2.2.1 โรคเบาหวาน เมื่อมีอาการเรื้อรังนาน ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กทำให้แข็งและเปราะ ซึ่งจะทำให้ผนังหลอดเลือดมีการฉีกขาดได้ง่าย เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดตามมา นอกจากนี้จะทำให้เกิดภาวะคีโตนูริน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้ จะทำให้ระดับของน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นไกลโคเจนและไขมันสูงขึ้น อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น เช่น ภาวะอ้วน และภาวะเส้นเลือดแข็งตัว เป็นต้น จากการศึกษาของ อภิรดี พลอดในเมื่อง (2542) พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า และอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไม่มีความแตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชาย

2.2.2 ภาวะเครียดและลักษณะบุคลิกภาพ เนื่องจากภาวะเครียดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตส่วนใน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อ หัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีแคบลง ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในบุคคลที่มีความเครียดสูงและมีบุคลิกภาพชนิดเอ (Type A Personality) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีลักษณะเอาจริงเอาจัง มั่นใจในตัวเองสูง และชอบแข่งขันเอาชนะ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้มากกว่าคนที่บุคลิกภาพแบบบี ซึ่งมีลักษณะที่ตรงข้ามกับแบบเอ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบบี 4 เท่า และมากกว่าผู้ที่มีบุคลิกแบบซี 2 เท่า ซึ่งบุคลิกแบบซี จะมีลักษณะกลาง ๆ ระหว่างบุคลิกแบบบีและเอ คือ มีความมั่นใจและเอาจริงเอาจังในการทำงานพอสมควร (สหพันธ์พิณชีระนันท์, 2541; James & Nora, 1992)

2.2.3 ภาวะที่มีระดับของโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia) โฮโมซิสเตอีนเป็นกรดอะมิโนที่เกิดขึ้นจากการสลายตัวของอาหารจำพวกโปรตีน โดยปกติในกระแสเลือดจะมีระดับของโฮโมซิสเตอีนอยู่ระหว่าง 5 - 15 มิลลิโมล/ลิตร เพศชายจะมีปริมาณสูงกว่าเพศหญิง เพราะระดับของฮอโรโมนเอสโตรเจนในผู้หญิงทำให้โฮโมซิสเตอีนลดลง ภาวะที่ระดับของโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูงนั้นจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งถึงร้อยละ 31 ถึงแม้จะยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดนัก นักวิจัยเชื่อว่าระดับของโฮโมซิสเตอีนมีผลทำให้ระดับไขมันในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น และนอกจากนี้โฮโมซิสเตอีนยังทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดเกิดการฉีกขาด เมื่อเกิดการฉีกขาดจะเพิ่มการสร้างลิ่มเลือดมาเกาะบริเวณชั้นในของหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543; Recder, Magdic, Bodger, & Hoffman, 2000)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) ที่พบบ่อยคือ การเต้นผิดจังหวะของ

หัวใจห้องล่างซ้ายได้แก่ Premature Ventricular Contraction [PVC], Ventricular Tachycardia [VT], Ventricular Fibrillation [VF] เป็นต้น มีภาวะของหัวใจห้องบนขวาเต้นเร็วกว่าปกติ ร่วมกับการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่ เช่น Atrial Flutter, Atrial Fibrillation [AF]

2. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac Failure) ส่วนใหญ่เป็นหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว พบได้ร้อยละ 30 – 40 เกิดจากการบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ส่วนภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว พบได้ร้อยละ 5 – 10 เกิดจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ห้องล่างขวา อาการของหัวใจล้มเหลว คือ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ และหายใจลำบาก (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

3. ภาวะช็อก (Cardiogenic Shock) ในผู้ป่วยที่มีปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 40 ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ผู้ป่วยมีอาการซึมลง มือเท้าเย็น และปริมาณปัสสาวะลดลง เป็นต้น (นิธิ มหานนท์ และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543)

4. การเกิดลิ่มเลือด (Embolism) พบได้ทั้งการอุดตันของลิ่มเลือดในปอดและในระบบไหลเวียน มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแทรกซ้อน ต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานาน ๆ หรือการบีบตัวของหัวใจลดลงมาก โดยลิ่มเลือดที่อุดตันในระบบไหลเวียนพบได้ประมาณร้อยละ 0.6 – 6.4 เกิดจากลิ่มเลือดก่อตัวขึ้นในหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณที่เกิดการตาย แล้วอาจหลุดไปที่สมอง ไต หลอดเลือดในช่องท้อง หลอดเลือดที่ขา หรือบริเวณอื่น ๆ ทั่วร่างกาย (นพรัตน์ รัตนชัยพันธ์, 2543)

5. ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ พบได้ 2 ลักษณะ คือ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจเฉียบพลันระยะแรก พบได้ร้อยละ 6 – 11 มักเกิดในช่วงวันที่ 2 – 4 ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกของแหลมทิ่มแทง (Sharp Pain) เมื่อหายใจเข้าแรง ๆ หรือเวลานอนหงายและอาจมีไข้ต่ำ ๆ ส่วนการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจในระยะหลังพบได้ร้อยละ 13 มักเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 – 11 หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2541)

6. มีการทะลุของผนังกันห้องหัวใจห้องล่างซ้าย (Rupture Interventricular Septum) พบได้ร้อยละ 1 – 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย และนอกจากนี้ยังพบภาวะกล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจฉีกขาด (Rupture of Papillary Muscle) พบได้ร้อยละ 1 (นพรัตน์ รัตนชัยพันธ์, 2543)

แนวทางการรักษาและการควบคุมโรค

เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้น ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตาม มีจุดประสงค์หลักในการรักษา คือ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้ได้มากที่สุด โดยป้องกันการขยายตัวหรือจำกัดขนาดของก้อนไขมันในผนัง

หลอดเลือด ซึ่งจะเป็นการลดการเกิดภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายและลดอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรักษาสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การรักษาโดยการให้ยา

การรักษาด้วยยาในกลุ่มไนเตรท เป็นการรักษาขั้นแรกที่ต้องเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บอก ควรให้อย่างรวดเร็ว เพราะจะออกฤทธิ์ขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง สามารถระงับอาการเจ็บอกได้ภายใน 1 – 5 นาที ในกรณีที่ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรทำการเปิดหลอดเลือด เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) ได้ภายในเวลา 6 ชั่วโมงแรก หลังจากมีอาการ จะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนรอดจากการตายได้ และถ้าผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ การใช้ยาในกลุ่มต้านเบตา อะดรีเนอร์จิกร่วมด้วย จะมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538) นอกจากนี้ยาที่นิยมใช้คือ ยาในกลุ่มต้าน การเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelet Antagonists) เช่น ยาแอสไพรีน 325 มิลลิกรัม ในวันแรกและ 160 มิลลิกรัมในวันต่อไป ให้รับประทานวันละครั้งหรือวันเว้นวันช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 87 (Ridker, Manson, Gaziano, & Hennekens, 1991) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดสูง ใช้วิธี โภชนาบำบัดเพื่อลดไขมันแล้วไม่ได้ผล การให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด เช่น ยา Simvastatin พบว่าสามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 30 และลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ร้อยละ 42 (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

2. การเปิดขยายหลอดเลือดด้วยวิธีอื่น ๆ

2.1 การขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน (PTCA) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้เร็ว โดยอาศัยหลักการของการสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization) แล้วไปงอปลายบอลลูนดันให้ผนังหลอดเลือดขยายออก ใช้ความดันในลูกโป่งเบียดกระแทก บดขยี้ ให้ลิ่มเลือดแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ ย่อยต่อการสลายของลิ่มเลือดเองตามธรรมชาติหรือเปลี่ยนโครงสร้างของคราบไขมัน มีผลให้เลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้มากขึ้น ไม่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (นพรัตน์ ณะชัยจันทร์, 2543)

2.2 การใส่โครงตาข่าย (Coronary Stents) เป็นการใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ วิธีการคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนต่างกันเพียงแต่จะมีการฝังโครงตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการจับตัวของเกร็ดเลือดร่วมด้วย อัตราการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดพบได้ร้อยละ 14 – 26 เมื่อเปรียบเทียบกับ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนคือร้อยละ 16 – 34 ปัจจุบันได้มีการศึกษาและพัฒนาประสิทธิภาพของโครงตาข่ายที่ทำด้วยแทนทาลัม ซึ่งมีคุณสมบัติที่สามารถมองเห็นได้จากภาพถ่ายรังสีปลอดภัยขยายแล้ว

ไม่หดรัดและยับยั้งการเกิดลิ่มเลือดในโครงตาข่าย (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543)

2.3 การตัดเอาคราบไขมันออก ประกอบด้วยอุปกรณ์ในการตัดคราบไขมันหลายชนิด เช่น แบบหัวกรอ (Rotational Atherectomy) มีลักษณะคือปลายเป็นหัวกรอปั่นหรือหมุนด้วยความเร็วสูงมาก เพื่อจัดสิ่งอุดตันให้เป็นอนุเล็ก ๆ ให้หลุดไปตามกระแสเลือด หรือแบบมีดโกน (Directional Coronary Atherectomy) เป็นใบมีดที่เก็บอยู่ในสายสวน เมื่อหมุนก็จะโกนสิ่งอุดตันให้หลุดออกและถูกดูดเข้าไปเก็บไว้ในสายสวนเมื่อดึงสายออกจะหลุดมาตามสาย และแบบตัดแยก (Transluminal Extraction Atherectomy) จะเป็นใบมีดที่เจาะสิ่งอุดตันออกจากหลอดเลือดแล้วเก็บไว้ในปล้องที่หุ้มใบมีดโกน เมื่อเทียบกับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน พบว่าการตัดเอาคราบไขมันออก มีโอกาสเกิดการแตกของหลอดเลือดได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตามการตัดคราบไขมันนี้จะมีข้อจำกัดคือสามารถทำในหลอดเลือดที่อยู่ส่วนต้นและกลางเท่านั้น โดยต้องมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 3 มิลลิเมตร ต้องมีการอุดตันของเส้นเลือดยาวที่ไม่เกิน 15 มิลลิเมตร และต้องไม่มีคราบแคลเซียมมาเกาะมากนัก (นพรัตน์ ณะชัยจันทร์, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2542)

2.4 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงและมีความผิดปกติอย่างรุนแรงของลิ้นหัวใจไมตรัล หรือเอออร์ติกร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะมีอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปีแรก สูงถึงร้อยละ 90 และร้อยละ 80 พบว่า มีอาการเจ็บหน้าอกน้อยมากหรือไม่มีเลยในระยะ 7 – 10 ปี แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดในการทำคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ต้องมีความพร้อมในด้านสถานที่ บุคลากร และอุปกรณ์ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543)

2.5 การขยายหลอดเลือดด้วยแสงเลเซอร์ Coronary Laser Angioplasty หรือ Trans Myocardial Revascularization [TMR] ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วมีการอุดตันซ้ำอีก หรือใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรง ในระยะที่ 4 มีหลักการโดยวิธีนี้ผู้ป่วยต้องดมยาสลบ ใช้เลเซอร์ยิงผ่านหัวใจ ขนาดของรูผ่าน 1 มิลลิเมตร ลึกขนาด 1 เซนติเมตร ยิงประมาณ 10 – 25 รู ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เมื่อยิงหลายรูทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะเป็นฟองน้ำที่จะดูดซับเลือด และไหลซึมไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดด้วยแสงเลเซอร์ คือ ภาวะเลือดออก มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจถูกกด จากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น (นพรัตน์ ณะชัยจันทร์, 2543)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ภาวะสุขภาพที่ดีย่อมเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนพึงปรารถนา การปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพหลากหลาย ดังนี้

ความหมาย

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ แฮริส และ กลูเตน (Harris & Gluen, 1992 cited in Pender, 1987) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่าเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์ โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค

พาลังก์ (Palank, 1991) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมที่เริ่มต้นในคนทุกคนในทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกสูงสุด ความตระหนักในตนเอง และความสำเร็จของบุคคล เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ กิจกรรมยามว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เหมาะสมหรือโภชนาการที่ดี กิจกรรมที่ลดความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1993) ซึ่งได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้หรือยกระดับของตนเอง เกิดความผาสุกของชีวิตและควมมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนในทางบวก หรือส่งเสริมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ดังนั้นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในด้าน การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และเกิดศักยภาพสูงสุดและยกระดับของสุขภาพของบุคคล และครอบครัวให้สูงขึ้น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นมโนทัศน์ที่มีความสำคัญ เนื่องจากทำให้บุคคลซึ่งภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยสามารถดำรงสุขภาพไว้ได้มากที่สุด (Pender, 1996) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยควบคุมภาวะของโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข (Pender, 1996) ได้แบ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรปฏิบัติประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้าน การบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และด้านเพศสัมพันธ์ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต อาหารมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทั้งในด้านป้องกันและด้านการรักษาโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง การบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงถือเป็นยาจากธรรมชาติที่สามารถช่วยป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่การบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าการบริโภคผัก ผลไม้ ร่วมกับการบริโภคอาหารไขมันต่ำจะลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 50 (Gaziano, 1994) ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนี้

1.1 ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ให้ได้พลังงานวันละ 2,200 – 2,800 แคลอรีต่อวัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวร้อยละ 30 (ไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน) เพิ่มการบริโภคคาร์โบไฮเดรต เป็นร้อยละ 50 – 60 และโปรตีน เป็นร้อยละ 15 ของแคลอรีที่ได้รับทั้งหมด ดังนี้ (Katz, 2001)

1.1.1 โปรตีน ควรได้รับสารอาหารโปรตีนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ควรเป็นเนื้อปลา ซึ่งย่อยง่ายและมีกรดไขมัน (Omega 3 Fatty Acid) ช่วยลดโคเลสเตอรอล ถ้าเป็นเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ๆ ควรเลือกรับประทานเนื้อไม่ติดมัน ไข่เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง แต่มีโคเลสเตอรอลสูงถึง 250 – 300 มิลลิกรัมต่อฟอง จึงควรรับประทานไม่เกิน 3 ฟอง ต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ควรรับประทานโปรตีนจากพืช เช่น อาหารประเภทถั่วต่าง ๆ เต้าหู้ ซึ่ง

สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ประมาณร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับโปรตีนจากสัตว์ (Katz, 2001)

1.1.2 คาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานประมาณ 300 – 375 กรัมต่อวัน ควรเป็น คาร์โบไฮเดรตโมเลกุลเชิงซ้อน เช่น ข้าวต่าง ๆ มีดะ 1 – 2 ทศพี มากกว่าน้ำตาล สำหรับอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือขนมปังควรรับประทานเป็นบางมื้อ ไม่ควรรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น ขนม ไอศกรีม น้ำอัดลม และน้ำหวาน เป็นต้น เนื่องจากจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะเปลี่ยนเป็นไกลโคเจนและไขมันสะสมในหลอดเลือดเกิดการตีบแคบและแข็งตัวของหลอดเลือดตามมาได้ (Farmer & Gotto, 1997)

1.1.3 จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารไขมันชนิดอิ่มตัว เพราะจะกระตุ้นให้โคเลสเตอรอลมาเกาะผนังของหลอดเลือด ทำให้เส้นเลือดตีบแคบลงขาดความยืดหยุ่น ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้ (Godin, 1989) อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน ไข่แดง ไขมันจากสัตว์ต่าง ๆ เช่น น้ำมันหมู เนย นม และน้ำมันพืชบางชนิด ได้แก่ น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม ควรลดการบริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น สมองสัตว์ หนังสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก กุ้ง และหอยนางรม เป็นต้น (วิชัย ดันไพจิตร, 2534)

1.1.4 รับประทานผักและผลไม้ โดยควรรับประทานผักใบเขียว ½ - 1 ถ้วย ผักต้มสุก ½ ถ้วยต่อวัน ผักผลไม้จะให้วิตามินและเกลือแร่ หากเส้นใยอาหารจะช่วยให้รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น และช่วยลดระดับน้ำตาล สามารถลดระดับน้ำตาลและโคเลสเตอรอลได้ นอกจากนี้ผักและผลไม้จะมีสาร Antioxidant สูง ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 60 (Gaziano, 1994) และผักผลไม้ยังช่วยให้การขับถ่ายเป็นปกติ (Barker & Lee, 1996)

1.1.5 ปรับปริมาณน้ำดื่ม ควรดื่มน้ำที่สะอาดอย่างน้อย วันละ 6 – 8 แก้ว โดยยึดหลักว่าให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอและไม่เกินความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา และกาแฟ เพราะจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอลมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัวและหัวใจเต้นเร็ว นอกจากนี้สารคาเฟอีนในกาแฟจะกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ (Peckenpugh & Poleman, 1999)

1.1.6 จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ในอาหารที่มีรสเค็มจะมีปริมาณโซเดียมสูงจะดึงน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ปริมาตรของเหลวในร่างกายสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป อาหารถนอมบางชนิดที่ใส่เกลือ เช่น ผักกาดดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม กุ้งแห้ง ผลไม้ดอง และแช่อิ่มต่าง ๆ นอกจากนี้ ไม่เค็มสาร

ปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ซอสรสเค็ม เต้าเจี้ยว ปลา ร้า กะปิ ผงชูรส ผงกันบูด และผงฟูทำเค้ก เป็นต้น ควรจำกัดโซเดียมที่รับประทานน้อยกว่า 100 มิลลิโมล (5.8 กรัม) ต่อวัน หรือเกลือ (NaCl) 6 กรัมต่อวัน (วิชัย ตันไพจิตร, 2534)

1.1.7 การงดการสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินและทาร์ในบุหรี่จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) มากขึ้น ทำให้หลอดเลือด หัวใจหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้มีการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดมากขึ้น ขณะเดียวกันคาร์บอนมอนนอกไซด์ในควันบุหรี่จะขัดขวางกระบวนการแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ปอดด้วย (Farmer & Gotto, 1997)

1.2 หลีกเลี่ยงการประกอบอาหาร โดยการทอดหรือผัด แต่ควรใช้การต้ม นึ่งหรือย่างแทน

1.3 ควรรับประทานอาหารช้า ๆ ค่อย ๆ เคี้ยว ไม่ควรรับประทานอาหารด้วยความรีบเร่ง และไม่ควรรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรควบคุมการบริโภคอาหาร ไม่ควรลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว และควรรับประทานอาหารผักผลไม้ที่มีเส้นใยสูง จะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและช่วยให้มีการขับถ่ายดี นอกจากนี้ผู้ป่วยควรตระหนัก คือ ควรจัดเวลาพักผ่อนหลังรับประทานอาหาร 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงทุกครั้ง เพราะหลังการรับประทานอาหารกระเพาะอาหารต้องทำงานหนักในการย่อยอาหาร ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหาร ถ้าทำงานหรือออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที จะเป็นการเพิ่มการใช้ออกซิเจนของร่างกายมากขึ้น อาจทำให้เกิดอาการเจ็บอกตามมา จะเห็นได้ว่านอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวอย่างอื่นร่วมด้วย เพื่อจะควบคุมอาการของโรค จากการทบทวนรายงานและการวิจัยของ เบอร์ก ดันบา-จาคอบ และวิลล์ (Burke, Dunbar – Jacob, & Will, 1997) ศึกษาถึงโรคหลอดเลือดหัวใจกับความร่วมมือในการรักษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ต้องกลับเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกด้วยภาวะโรคหัวใจวายถึงร้อยละ 65 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านการรักษาจึงเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรให้ความสำคัญ

2. พฤติกรรมด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การออกกำลังกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วย ลดอัตรา

เสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังทำให้สุขภาพกายแข็งแรงและจิตใจที่สดชื่น (Shin, 1999) ได้มีผู้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้หลากหลาย ดังนี้

หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ โดยจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย วิทยาลัยการกีฬาของสหรัฐอเมริกา (ACSM, 1995) ได้ให้ข้อเสนอแนะพื้นฐานในการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีองค์ประกอบของการออกกำลังกายตามหลัก FITT ดังนี้ (Cox, 1997)

1) ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise: F) เป็นการกำหนดความบ่อยหรือจำนวนครั้งในการออกกำลังกาย ต้องทำความเข้าใจและต่อเนื่อง โดยจะทำบ่อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ เว้นห่างไว้มากเกินกว่า 2 วัน หรืออย่างน้อยประมาณ 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์

2) ระดับความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise: I) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีความหนักของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ หลักการคำนวณความหนักของการออกกำลังกายทำได้ ดังนี้ นิยมใช้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (Target Heart Rate) เป็นหลัก โดยอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย สามารถคำนวณได้จากอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum Heart Rate) เท่ากับ $220 - \text{อายุ (ปี)}$ ของค่าประมาณระดับขนาดของการออกกำลังกาย (ACSM, 1995)

ความหนักของการออกกำลังกายที่เหมาะสม หมายถึง การออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัย ซึ่งจะแบ่งขนาดของการออกกำลังกายออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (Low Intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นเร็วถึงอัตราการเต้นของหัวใจขณะฝึกระดับต่ำ ประมาณร้อยละ 50 - 65 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

ระดับปานกลาง (Moderate Intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นเร็วถึงอัตราการเต้นของหัวใจขณะฝึกระดับปานกลาง ประมาณร้อยละ 66 - 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด หรือมีค่า 3 - 6 Mets

ระดับสูง (High Intensity) หมายถึง เมื่อออกกำลังกายแล้วหัวใจเต้นเร็วถึงอัตราการเต้นของหัวใจขณะฝึกระดับสูง มากกว่าร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

ดังนั้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การออกกำลังกายในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยให้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นไปตามชีพจรเป้าหมาย ซึ่งใช้ $(220 - \text{อายุ}) \times 50 - 85 \%$ (ACSM, 1995)

การประเมินการออกกำลังกาย

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนะว่าความหนักเบาในการออกกำลังกายสามารถประเมินได้จากความรู้สึกเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วจนถึงระดับอัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมายของบุคคลนั้น (ACSM, 1995) หรือประเมินโดยใช้วิธีการทดสอบการพูด (Talk Test) ซึ่งจะทดสอบโดยการให้พูดคุยในขณะที่ออกกำลังกาย ถ้าไม่สามารถพูดคุยได้ แสดงว่าเหนื่อยมากถึงระดับที่ควรหยุดออกกำลังกายได้จากความรู้สึกเหนื่อยหรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถนับชีพจรด้วยตนเองได้ ให้ใช้การประเมินโดยการใช้ Rating of Perceived Exertion (RPE Scale) ของบอร์ก (Borg, 1982) ซึ่งเป็นการประเมินระดับของความเหนื่อยออกมาเป็นตัวเลข โดยผู้ป่วยสามารถประเมินเองได้ ทั้งหมดมี 15 ระดับ (6 - 20) ได้แก่ ระดับ 6 - 8 ลักษณะการออกแรงเบามาก ๆ ระดับ 9 - 10 ลักษณะการออกแรงเบา ระดับ 11 - 12 ลักษณะการออกแรงปานกลาง ระดับ 13 - 14 ลักษณะการออกแรงค่อนข้างหนัก ระดับ 15 - 16 ลักษณะการออกแรงหนัก ระดับ 17 - 18 ลักษณะการออกแรงหนักมาก และระดับ 19 - 20 ลักษณะการออกแรงหนักมาก ๆ เป็นต้น เมื่อได้ระดับเป็นเลขก็คูณด้วย 10 จะเป็นอัตราการเต้นของหัวใจเมื่อทำกิจกรรมนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถบอกลักษณะ ของกิจกรรมได้ว่าหนักเพียงใดโดยดูอัตราการเต้นของหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดควรประเมินให้ได้ประเมินให้ได้ระดับคะแนน 11 - 14

ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time or Duration of Exercise: T) เป็นช่วงระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ควรจะมีความทนต่อเนื่องและเพียงพอ โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 15 - 40 นาที ในการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของปอดและหัวใจควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย คือ เวลาหลังตื่นนอน ตอนเช้า หรือในช่วงเย็น การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรทำก่อนอาหาร 30 นาที หรือหลัง รับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง โดยมีขั้นตอนการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ (ฉัญญา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์, 2542)

(1) ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm - Up Phase) กระทำในช่วงเริ่มต้นของการออกกำลังกาย เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย ในระยะนี้จะใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที ซึ่งมีความจำเป็นมาก เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อและระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานประสานกันดีขึ้น มีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวและป้องกันการเกิดการเฉาผลาญพลังงานของกล้ามเนื้อแบบไม่ใช้ออกซิเจน ลักษณะของการออกกำลังกายที่ใช้ในการอบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดกล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นต้น

(2) ระยะออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทน (Exercise Endurance Phase) เป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที จะช่วยให้หัวใจและปอดมีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของเส้นใย

กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อทุกส่วนมีการเกร็งและออกแรงไปพร้อม ๆ กัน โดยใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัวกำหนดความหนักของการออกกำลังกาย

(3) ระยะชะลอการออกกำลังกาย (Cool Down Phase) เป็นระยะการผ่อนคลาย จะทำช่วงหลังการออกกำลังกายแบบต่อเนื่องแล้ว โดยให้ออกกำลังกายเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อยืดกล้ามเนื้อ ปรับอุณหภูมิ การหายใจและความตึงเครียดของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ เนื่องจากในร่างกายขยายตัวทำให้กล้ามเนื้อและผิวหนังได้รับเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น แต่เมื่อมีการหยุดออกกำลังกายแบบทันที จะทำให้มีการคั่งของเลือดอยู่ในกล้ามเนื้อ เลือดจะไหลเวียนกลับสู่หัวใจไม่ทัน ทำให้ปริมาณเลือดเข้าสู่หัวใจลดลง หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงสมองได้ไม่เพียงพอ อาจมีอาการหน้ามืดเป็นลมได้ (จัญยา จิตประไพ และภาริสว่างค์แพทย 2542) ดังนั้นควรมีระยะผ่อนคลายใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที โดยควรเป็นการออกกำลังกายเบา ๆ หรืออาจทำเหมือนการอบอุ่นร่างกายในช่วงแรก

(4) ประเภทหรือชนิดของการออกกำลังกาย (Type of Exercise: T) ชนิดของการออกกำลังกาย ควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความสนใจของผู้ป่วยแต่ละคน แบ่งออกได้ดังนี้

4.1 การออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหว (Isotonic Exercise or Dynamic Muscular Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาว ทุกส่วนมีเคลื่อนไหวเป็นจังหวะไปพร้อม ๆ กัน ได้แก่ การยกแขนขา การเคลื่อนไหวข้อ การเดิน การขี่จักรยาน วิ่ง ว่ายน้ำ หรือเดินร่ำ เป็นต้น การออกกำลังกายแบบนี้เป็นวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากหัวใจมีการเพิ่มแรงบีบตัวและปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ ทำให้มีการขนส่งออกซิเจนไปใช้ทั่วร่างกายเพิ่มขึ้น

4.2 การออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง (Isometric Exercise or Static Muscular Contraction) เป็นการออกกำลังกายโดยมีการเพิ่มความหดเกร็งของกล้ามเนื้อ แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ เช่น การยกน้ำหนัก หรือบีบสปริง เป็นต้น ในกิจวัตรประจำวันที่พบได้ เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ การยกของหนัก หรือหิ้วของหนักนาน ๆ เป็นต้น การออกกำลังกายประเภทนี้จะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งอยู่ยาวนาน จะส่งผลทำให้เกิดปฏิกิริยาขัดแย้งการทำงานของระบบประสาทเวกัส (Vagus Nerve) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และยังเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดต่อการบีบตัวของหัวใจต้องทำงานหนัก มีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น อาจก่อให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ดังนั้นการออกกำลังกายชนิดนี้จึงไม่เหมาะสำหรับผู้

เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นตอนการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้ (อภิชาติ สุคนธรสรพ์, 2543)

- 1) เริ่มออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่เร่งรีบ
- 2) เริ่มออกกำลังกายในท่านอน นิ่ง และขึ้น ตามลำดับ
- 3) เริ่มออกกำลังกายจากขา เขน และลำตัว ตามลำดับ
- 4) เริ่มออกกำลังกายจากความหนักของการออกกำลังกายระดับต่ำก่อนจนถึงระดับสูง
- 5) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในระหว่างเจ็บป่วย ภาวะติดเชื้อ ภาวะโปตัสเซียมต่ำ หรือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- 6) สวมเสื้อผ้าที่เหมาะสม ไม่หนาเกินไป และสวมรองเท้าที่เหมาะสม
- 7) หยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย
- 8) ขณะออกกำลังกายหากมีอาการเจ็บหน้าอกควรรอมหรือพ่นยาขยายหลอดเลือด จากนั้นชะลอ และหยุดพักการออกกำลังกาย
- 9) หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนจัดหลังออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำและ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรนั่งพักประมาณ 20 - 30 นาทีก่อนอาบน้ำ

ข้อจำกัดในการออกกำลังกาย

ข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบความผิดปกติ ควรลดออกกำลังกาย มีดังนี้ (Woods, Froelicher - Sivarajan, & Motzer, Underhill, 2000)

1. มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ เช่น ชีต เจ็บว เหนื่อยออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลมและเจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น
2. มีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ เช่น มีอัตราการเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือขณะออกกำลังกายมีอัตราการเต้นของหัวใจลดลงกว่าปกติ 20 ครั้งต่อนาที หรือมีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติไป

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรออกกำลังกายแบบมีการเคลื่อนไหวของ กล้ามเนื้อหัวใจมากกว่าการเกร็งกล้ามเนื้อ และเป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายมีการใช้ออกซิเจน ขณะออกกำลังกาย มีความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งมีอยู่หลายวิธี แต่ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เนื่องจากการเดินนั้นเป็นวิธีการออกกำลังกาย ที่ทำได้ง่ายที่สุดและเกิดอันตรายน้อยที่สุด (Shin, 1999) โดยการออกกำลังกายแบบเดินเร็ว นั้น จะต้องรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ วันละ 20 - 30 นาที ติดต่อกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ก่อนออกกำลังกายและขณะออกกำลังกายทุกครั้ง

ผู้ป่วยจะต้องนับชีพจรและใช้การประเมินโดยใช้ Rating of Perceived Exertion (RPE Scale) ของ บอร์ก (Borg, 1982) เพื่อจะได้ออกกำลังกายได้ตามขนาดที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยปฏิบัติตามขั้นตอนของการออกกำลังกาย คือ มีการเตรียมความพร้อมของร่างกาย มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหักโหมจนเกินไปและมีการผ่อนคลายหลังออกกำลังกาย การออกกำลังกายหนักมากเกินไป อาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นได้ การออกกำลังกายจะมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง มีการสูบฉีดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อในปริมาณมากขึ้น (Cox, 1997) นอกจากการออกกำลังกายที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยยังต้องมีพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้หัวใจไม่ต้องทำงานหนักจนเกินไป และกล้ามเนื้อหัวใจมีการฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น

3. พฤติกรรมด้านการนอนหลับพักผ่อน

การพักผ่อนมีความสำคัญต่อชีวิตในการรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจเป็นการชดเชยพลังงานเพื่อการดำรงชีวิต การพักผ่อนที่เพียงพอจะส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจต้องใช้เวลา 6 - 8 สัปดาห์ในการซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลาย ซึ่งแล้วแต่ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538) การพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ การจดจำ และมีผลต่อการทำงานด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย (นาพิชญ ธรรมทีวาสน์, 2539) การผ่อนคลายเป็นกระบวนการทางสรีระจะส่งผลให้ยังระบบประสาทลิมบิก (Limbic System) ทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารซีโร โทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น ยับยั้งการตื่นตัวในเรติคูลาร์ฟอร์เมชัน (Reticular Formation) ทำให้เข้าสู่การหลับได้ดี (Jacobson, 1978) นอกจากนี้การผ่อนคลายจะมีผลทำให้ระบบซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ลดลง ทำให้อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยลดลง ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีแนวทางการปรับรูปแบบการพักผ่อนให้เหมาะสม ดังนี้ (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2544)

3.1 ตื่นนอนและเข้านอนให้เป็นเวลา ควรนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางคืนให้ได้อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง ไม่ควรนอนดึกแล้วพยายามนอนชดเชยในคืนต่อไป

3.2 ถ้ากรณีเข้านอนแล้ว 10 - 15 นาที ยังไม่สามารถนอนหลับได้ ไม่ควรพยายามนอนต่อ ควรลุกไปจากเตียง เพื่อทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ลุกนั่งไปนั่งอ่านหนังสือ เมื่อรู้สึกง่วงนอนจึงกลับเข้านอนใหม่ หรือหากิจกรรมผ่อนคลายที่จะช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ และการฟังเพลงเบา ๆ เป็นต้น

3.3 หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ออกแรงกายหนักหรือกิจกรรมที่เร้าทางอารมณ์ก่อนเข้านอน เช่น การอ่านหนังสือ การดูภาพยนตร์ หรือการดูโทรทัศน์ที่ตื่นเต้นมาก ๆ

3.4 จดการสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มสุรา ชา และกาแฟ ก่อนเข้านอนควรดื่มนมอุ่น 1 แก้ว ในนมจะมีสารทริปโตเฟน ซึ่งเป็นกรดอะมิโนจะช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น

3.5 จัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้เหมาะสม ควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก

3.6 เมื่อมีปัญหาจากการนอนไม่หลับติดต่อกันหลายคืน ไม่ควรซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง เพราะยาบางชนิดอาจมีผลเสียต่อหัวใจได้ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

3.7 นอกจากนี้ควรหาเวลาว่างพักผ่อน ในขณะที่ทำงานหรือกิจกรรมในแต่ละวัน ในช่วงกลางวันอย่างน้อย 30 นาที หรือ 1 ชั่วโมง เพื่อเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด

3.8 ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 - 30 นาที ในช่วงเช้าหรือเย็น

การพักผ่อนที่เพียงพอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะจะทำให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางคืนให้ได้อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง และในช่วงกลางวันอย่างน้อย 30 นาที หรือ 1 ชั่วโมง นอกจากการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการพักผ่อนที่เพียงพอแล้ว ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังคงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคร่วมด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความสมดุลของชีวเคมีในร่างกาย เซลล์มีการนำสารอาหาร ไปสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ทำให้ร่างกายมีสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมจะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

4. พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยแต่ละบุคคลย่อมมีความเครียดแตกต่างกันไป มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดได้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดไว้หลากหลาย ดังนี้

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นภาวะเรื้อรังที่เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง สูญเสียบทบาทในครอบครัว และสังคม จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดความเครียดแก่ตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งสรุปปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังนี้

1. ปังจัยภายในตัวบุคคล

จากภาวะอาการของโรคที่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพื่อนำออกซิเจนไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง และจากมีอาการเจ็บอก เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง โดยเฉพาะความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว (ศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์, 2536) นอกจากนี้เกิดความเครียดจากความไม่แน่นอนของอาการของโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาจนเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เกิดความไม่มั่นใจและหวาดกลัวในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต

2. ปังจัยภายนอกตัวบุคคล

ปังจัยที่เป็นผลจากการรักษาที่ได้รับ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งไม่คุ้นเคย เช่น บุคลากร สถานที่ กฎระเบียบ และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล นอกจากนี้ปัจจุบันได้นำเอาวิทยาการใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในการรักษาซึ่งมีความซับซ้อน ตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ ปังจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเครียดได้

ปังจัยด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง เนื่องจากต้องแยกจากครอบครัวและสังคม บางคนต้องออกจากงาน นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความเครียดตามมาได้

การจัดการกับความเครียด สามารถกระทำได้หลายวิธี ดังนี้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526)

1. การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal or Diaphragmatic Breathing) ฝึกหายใจให้ลึก ช้าและสม่ำเสมอ โดยขณะหายใจเข้าทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออก และยุบลงขณะหายใจออก เพื่อให้อากาศที่หายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด

2. การฝึกสมาธิ เป็นการฝึกที่ให้ความสนใจมุ่งจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง การกำหนดสติ เป็นการมีสติรู้ตามอิริยาบถของร่างกาย เป็นต้น

3. การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ตรวจวัดการทำงานของร่างกายและป้อนกลับในรูปแบบของการเห็นหรือได้ยินเสียง (Biofeedback) เพื่อทำให้ผู้ใช้สามารถทราบได้ว่าร่างกายมีความเครียดมากน้อยระดับใด โดยใช้ร่วมกับการผ่อนคลายด้วยวิธีอื่น เช่น การจินตภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้สามารถควบคุมการทำงานของอวัยวะ ที่ตามปกติอยู่เหนือการควบคุม เช่น การเต้นของหัวใจ

ความดันโลหิต เป็นต้น

4. การออกกำลังกาย โดยไม่มุ่งการแข่งขันเอาชนะหรือเพื่อทำให้มีชื่อเสียง แต่เพื่อผ่อนคลายเท่านั้น กระทำตามวิธีที่ตนพอใจและทำสม่ำเสมอ ไม่หักโหมจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

5. การใช้จินตนาการนึกภาพเหตุการณ์ที่ประทับใจในชีวิตหรือภาพที่รื่นรมย์ (Visualization) ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น

6. การนวดเป็นการสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว

7. การฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย (Progressive Muscle Relaxation) มี 2 ประเภท คือ Active Progressive Muscle Relaxation (PMR) การฝึกคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกายโดยการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก Passive Progressive Muscle Relaxation (PPMR) การฝึกคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน โดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อนำก่อน

ความเครียดจะกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงความเครียดต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงของโรคตามมา การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่ต้องเกร็ง เป็นการฝึกกระบวนการทางสรีระแบบมีขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับพื้นฐานการฝึกผ่อนคลายแบบการบริหารการหายใจและการรับรู้ข้อมูลโดยใช้เสียงดนตรีผ่านประสาทสัมผัสทางการได้ยิน การผ่อนคลายปราศจากการดึงเครียดของกล้ามเนื้อจะมีผลต่อระบบประสาทลิมบิก ซึ่งจะถูกระตุ้นทางอารมณ์ลดลงทำให้ประสาทสมอง มีการหลั่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย หลับได้ง่ายขึ้น เมื่อตื่นนอนหลังการผ่อนคลายจะรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า การเรียนรู้และการจดจำดีขึ้น นอกจากนี้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะไปมีผลในการจัดขวางต่อการตอบสนองของสมองส่วน ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) โดยจะทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาเดติกลดลง และเพิ่มการทำงานของประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก มีผลทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลง อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Synder, 1998)

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งก่อน กระทำได้ดังนี้ ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เงียบสงบ และมีการรบกวนน้อยที่สุด ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำจากเทป (ซึ่งมีความยาวประมาณ 30 นาที) ให้ผู้ป่วยกำหนดความคิดหรือจิตสัมผัสอยู่ที่อวัยวะ เริ่มจากใบหน้า รอบดวงตา ขากรรไกร คอ และไหล่ จนกระทั่งทุกส่วนของร่างกายอยู่ในสภาพผ่อนคลาย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง โดยไม่ต้องอาศัยการฝึกฝนมาก่อน ผลของการผ่อนคลายประเมนได้จาก การสังเกตอัตราการหายใจที่สม่ำเสมอ การมีอัตราการเต้นของชีพจรลดลง

มีการคลายของกล้ามเนื้อใบหน้าและริมฝีปาก มีอาการง่วงนอน หรือจากการบอกเล่าของผู้ป่วย ภายหลังการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อว่ารู้สึกสบายและนอนหลับได้ดีขึ้น (สมบัติ ตาปัญญา, 2526) เนื่องจากการผ่อนคลายจัดว่าเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลบอก จึงถือว่าเป็นการประเมินที่เชื่อถือได้ (Good, 1995)

ความเครียดนั้นจะมีผลทำให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดมีผลกระตุ้นการทำงานของประสาทอัตโนมัติ ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานเพิ่มขึ้น อีกทั้งภายหลังการเกิดอาการของโรคเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกลัววิตกกังวล และซึมเศร้า ดังนั้นการประเมินภาวะเครียดและการจัดการกับความเครียดจึงเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย นอกจากพฤติกรรมดังกล่าวแล้ว การที่จะช่วยให้หัวใจมีการฟื้นฟูสมรรถภาพแข็งแรงและมีความทนทานมากขึ้นนั้น ผู้ป่วยควรสร้างนิสัยในการออกกำลังกาย การให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้ทำการออกกำลังกายหลังภาวะฉุกเฉินทางหัวใจผ่านพ้นไปแล้ว สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 20 - 25 (Squire, Gau, Miller, Allison, & Lavie, 1990)

5. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการรักษา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการปฏิบัติตัวด้านการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนควบคู่ไปกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น ๆ เพื่อจะควบคุมโรคได้ การปฏิบัติตัวด้านการรักษานั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานยา ได้แก่ ขนาด คุณสมบัติ อาการข้างเคียง และวิธีการใช้ยา เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่น ๆ ที่แพทย์และพยาบาลไม่ได้แนะนำ นอกจากนี้ควรสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อจะได้รายงานแพทย์และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง ตลอดจนการมารับบริการสุขภาพต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปรายละเอียดการปฏิบัติตัวด้านการรักษา โดยแบ่งเป็นด้าน ๆ ได้ดังนี้

5.1 การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยา

ยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ยากลุ่มไนเตรท ยากันเบตา ยาต้านแคลเซียม ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ และยาลดไขมัน เป็นต้น

5.1.1 ยากลุ่มไนเตรท (Nitrate Drug) ยากลุ่มนี้เป็นยารักษาชั้นแรกที่ดีเป็น

มาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บอก ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ลดการไหลเวียนเลือดกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจและเพิ่มออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจชั้นใน มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งชนิดพ่นในช่องปาก รับประทาน เคี้ยว แปะติดหน้าอก และชนิดฉีด เช่น ยา Nitroglycerine, Isosorbide Dinitrate เป็นต้น ซึ่งยาแต่ละชนิดจะมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ต่างกัน ยาชนิดอมใต้ลิ้น ซึ่งสามารถออกฤทธิ์เร็วภายใน 2 - 3 นาที

ขณะอมยาไว้ใต้ลิ้น ถ้ายาออกฤทธิ์ได้ดีจะมีความรู้สึกซ่า ๆ ที่ใต้ลิ้น อมไว้จนความรู้สึกซ่าหมดไปจึงค่อยกลืนน้ำลายหรือดื่มน้ำและหลังอมยาควรนั่งพักสักครู่ ยาอมใต้ลิ้นสามารถใช้ติดต่อกันได้ 1 – 3 เม็ด ห่างกันทุก 5 นาที เนื่องจากยาอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง อาจมีอาการปวดศีรษะ หน้าแดง หรือหมดสติชั่วคราวได้ ถ้ารับประทานติดต่อกันเกิน 3 เม็ดแล้วอาการเจ็บอกไม่ทุเลาควรไปพบแพทย์ และข้อพึงระวังในการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ ถ้าใช้ยาเป็นเวลานาน ๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการดื้อยาได้

5.1.2 ยาต้านเบตา อะดรีเนอร์จิก (Beta Adrenergic Antagonist) เป็นยาที่ยับยั้ง

การทำงานของระบบประสาทซิมพาธิก ซึ่งมีผลต่อหัวใจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง นอกจากนี้ยังยับยั้งการหลั่งของเรนิน ช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Propranolol และ Metoprolol เป็นต้น อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ควรระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจเพราะทำให้หัวใจเต้นช้าลง โดยก่อนที่จะรับประทานยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรจับชีพจรทุกครั้ง ถ้าชีพจรเต้นช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรงดรับประทานยา นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยา อาจส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะหลอดลมตีบ และหายใจลำบากได้

5.1.3 ยาต้านแคลเซียม (Calcium Antagonist) เป็นยาที่ยับยั้งการเคลื่อนของ

แคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดง ลดความดันโลหิตและลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Verapamil, Nifedipine และ Diltiazem เป็นต้น ซึ่งข้อควรระวังของการใช้ยาในกลุ่มนี้ คือ จะทำให้หัวใจเต้นช้า และอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บอก เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย (นิธิ มหานนท์และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543)

5.1.4 ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Platelet Antagonists) ยานี้ออกฤทธิ์

ยับยั้งการสร้าง Thromboxane A₂ ซึ่งเป็นสารสำคัญที่ทำให้เกล็ดเลือดรวมตัวเป็นก้อน ยาที่นิยมใช้ เช่น ยาแอสไพริน ขนาดของยาที่ใช้คือ 325 มิลลิกรัม ในวันแรก และ 160 มิลลิกรัมในวันต่อไป ให้รับประทานวันละครั้ง หรือวันเว้นวัน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและลดการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 87 (Ridker, Manson, Gaziano, & Hennekens, 1991) ข้อควรระวังในการใช้ยาไม่ควรรับประทานขณะที่ท้องว่างเพราะยาอาจทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร และอาจเกิดภาวะเลือดหยุดยากได้

5.1.5 ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์กระตุ้นให้

พลาสมิโนเจน (Plasminogen) เปลี่ยนเป็นพลาสมา ซึ่งจะไปละลายลิ่มเลือดที่อยู่บริเวณที่มีการหนาและแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้มีการไหลเวียนเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ลดขนาดของบริเวณที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและสามารถลดอัตราการตายลงได้ ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้กัน

อยู่ทั่วไปในหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ Streptokinase, Urokinase และ Tissue Plasminogen Activator เป็นต้น ก่อนใช้ควรประเมินผู้ป่วยว่าไม่มีประวัติเลือดออกง่ายผิดปกติ หรือมีประวัติผ่าตัดในระยะเวลา 3 เดือน หรือมีภาวะของโรคความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง โรคตับอ่อนอักเสบหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เป็นต้น และต้องมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงการแข็งตัวของเลือดอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538)

5.1.6 ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor [ACEI]) มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างเอนไซม์ Angiotensin II มีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัวและความดันโลหิตลดลง เช่น ยา Captopril และยา Enalapril เป็นต้น ยากลุ่มนี้นิยมใช้ในผู้ป่วยเพราะจะช่วยลดอัตราการตายและอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตร้อยละ 40 - 70 (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2543) แต่มีข้อควรระวังในการใช้เพราะมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลง และมีอาการหน้ามืดได้

5.1.7 ยาลดไขมันจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้วิธีโภชนาบำบัดเพื่อลดระดับไขมันในเลือดแล้วไม่ได้ผล ยากลุ่มนี้จะลดระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด ช่วยชะลอการแข็งตัวและเกาะจับของหลอดเลือด เช่น ยา Simvastatin พบว่าสามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 30 และลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ร้อยละ 42 (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

5.2 การปฏิบัติด้านการรักษาโดยทั่วไป เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามนอกเหนือจากการปฏิบัติด้านการใช้ยา เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ง่ายและรวดเร็ว เมื่อมีอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการประเมินและติดตามอาการและผลของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม สรุปการประเมินได้ดังนี้

5.2.1 ผู้ป่วยสามารถประเมินลักษณะอาการเจ็บอกและความคุมอาการเจ็บอกได้ อาการเจ็บอกจะมีลักษณะแน่นหน้าอกบริเวณลิ้นปี่ เหมือนถูกบีบเค้นหรือถูกทับบริเวณดังกล่าว มีอาการชาหรือปวดร้าวไปบริเวณขากรรไกร ไหล่ คาง และแขนซ้ายได้ ขณะเจ็บอกผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ ไม่ให้ตกใจ ทำจิตใจให้สงบ ควรหยุดทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ไว้ชั่วคราว และรีบอมยาใต้ลิ้นทันที นั่งพักสักครู่ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์

5.2.2 ควรพยายามได้ลื่นติดตัวไว้เสมอ เช่น ไปเข้าห้องน้ำ ไปออกกำลังกาย หรือไปทำงานหรือเวลาเดินทาง เพื่อสะดวกในการหยิบใช้ยาได้ตลอดเวลา แต่ไม่ควรให้ยานับติดกับร่างกาย เพราะความร้อนจากร่างกายจะทำให้คุณภาพของยาเสื่อมได้ และต้องหมั่นตรวจสอบประสิทธิภาพของยาไม่ให้หมดอายุ โดยสังเกตจากยาเปลี่ยนสี ยาไม่ซ่าเมื่ออมได้ลื่นหรือยาที่เก็บไว้

นานเกิน 3 เดือน ควรเปลี่ยนยาใหม่

5.2.3 หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บอก เช่น อารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย การกระทบกับความเย็นจัด การชมภาพยนตร์หรือรายการที่มีความตื่นเต้นมาก ๆ และ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ชุมชนแออัด เป็นต้น

5.2.4 ผู้ป่วยสามารถประเมินและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จากการนับอัตราการเต้นของชีพจรของตนเองในระยะพักและระยะที่มีการออกกำลังกายได้ โดยลักษณะของอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติมีดังนี้ อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายเต้นเร็วเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่า 20 ครั้ง จากอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ เต้น ๆ หยุด ๆ หรือความแรงของการเต้นไม่มีความคงที่ ร่วมกับการมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม เป็นต้น

5.2.5 ผู้ป่วยควรสังเกตอาการที่ผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ อาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติ อาการบวมตามร่างกาย เช่น หน้า แขน ขา ก้นกบ และรอบเอว เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการนอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ หรือไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู เมื่อมีอาการดังกล่าวควรรายงานให้แพทย์ทราบ

5.2.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรดูแลด้านการขับถ่าย ป้องกันภาวะท้องผูก เพราะการเบ่งอุจจาระจะทำให้หัวใจต้องออกแรงทำงานหนักขึ้น อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติและเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากใยและผลไม้ เช่น มะละกอ ส้ม มะขามเปรี้ยว และผักใบเขียว ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6 - 8 แก้ว ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาหรือทำกระตุ้นการขับถ่าย ควรดื่มนมอุ่น 1 แก้วหลังตื่นนอนหรือก่อนเวลาขับถ่ายประจำวัน จะช่วยให้รู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ และไม่ควรออกแรงเบ่งเมื่อมีปัญหาเรื่องท้องผูก ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล ไม่ควรซื้อยาระบายมารับประทานเอง เนื่องจากฤทธิ์ของยาอาจมีผลเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจ

5.2.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น มีความดันโลหิตต่ำหรืออาการหน้ามืด เป็นลมได้ ดังนั้นควรป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ โดยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สะอาด สะดวกและปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยจะทำการเปลี่ยนท่าลุกนั่งหรือขึ้นควรถ่ายอย่างมีสติและช้า ๆ ควรหลีกเลี่ยงการขับระยะทางไกล หรือการเดินทางเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง หรือถ้าจำเป็นต้องเดินทางไกลควรหยุดพักผ่อนระหว่างทางเป็นระยะ ๆ และควรมีผู้ร่วมเดินทางไปด้วย

5.3 การใช้บริการทางสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้

5.3.1 ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการติดตามผลการตรวจ และประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และควรไปตรวจก่อนเวลานัดเมื่อมีอาการผิดปกติ

5.3.2 ควรให้ความสนใจแสวงหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการปฏิบัติตัว จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ และนำมาปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

5.3.3 ควรมีการสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

5.3.4 ควรมีการพูดคุยกันระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อทำการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจในโรคและการปฏิบัติตัว สามารถประเมินอาการผิดปกติของร่างกายได้จากการสังเกตและการจับชีพจร ควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติตัวในการใช้ยาให้ถูกต้องและครบถ้วน นอกจากนี้ควรทราบถึงผลข้างเคียงของการรับประทานยาบางประเภท เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต หรือยาลดไขมัน เป็นต้น อาจมีผลข้างเคียงทำให้ความต้องการทางเพศของผู้ป่วยลดลงหรือผู้ป่วยชายมีปัญหาการหย่อนสมรรถนะทางเพศได้ (Erectile Dysfunction) (Ryden & Garson, 1999) จากผลข้างเคียงของยาดังกล่าวร่วมกับอาการของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การปฏิบัติตัวทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคกำเริบได้ (Touchon & Adkins, 2000)

6. พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ เป็นการแสดงถึงการสัมผัส การกอดรัด การแสดงความรู้สึกถึงความห่วงหาอาทรและรวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากการแสดงถึงความภูมิใจในความเป็นบุคคลของมนุษย์และเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล (Turton, 1998) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและไม่กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ เพราะคิดว่ากิจกรรมทางเพศสัมพันธ์อาจกระตุ้นให้เกิดอันตรายต่อหัวใจ และเกิดอาการของโรคกำเริบรุนแรงขึ้นได้ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงที่จะมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ถึงแม้ว่าสภาพร่างกายจะสามารถกระทำได้ (Stein, 2000) นอกจากนี้เรื่องเพศสัมพันธ์มักจะถูกเพิกเฉยจากบุคลากรทางสุขภาพ ในการให้คำปรึกษาในเรื่องพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม เพราะถูกมองว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็น

เรื่องส่วนตัวของเฉพาะบุคคล จึงพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 - 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีเพศสัมพันธ์ลดลง (Jackson, 2000) และจากการศึกษาของโอพอลสกี (Opolski, 1999) ทำการศึกษาเชิงสำรวจถึงการมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยชายภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตายในกลุ่มตัวอย่าง 54 ราย ที่มีช่วงอายุ 52 ปี ภายหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ 5 - 7 เดือน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 72.7 มีเพศสัมพันธ์ลดลงถ้าเทียบกับเมื่อก่อนเป็นโรคหัวใจ โดยร้อยละ 74.1 พบว่ามีเพศสัมพันธ์เพียง 2 - 3 ครั้งต่อเดือนและในการมีเพศสัมพันธ์ 3 ครั้ง จะเกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศขึ้น 1 ครั้ง ผู้ป่วยร้อยละ 29.6 มีความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และร้อยละ 31.5 กลัวที่จะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากจะต้องออกแรงหนักมาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาทางเพศสัมพันธ์มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการแก้ไขจะก่อให้เกิดความเครียดตามมาได้ เช่นเดียวกันกับสังคมวัฒนธรรมของไทยถือว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องต้องห้าม เป็นเรื่องของสามีภรรยาเท่านั้น จึงมักจะถูกเพิกเฉยหรือถูกมองข้ามไป

ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญในการให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในสมรรถภาพของตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัย ก่อให้เกิดความสุขและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสมาคมโรคหลอดเลือดและหัวใจของสหรัฐอเมริกาได้เสนอถึงแนวทางปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังนี้ (Jackson, 2000)

- 1) เริ่มมีเพศสัมพันธ์ภายหลังมีการพักฟื้นของหัวใจนาน 6 - 8 สัปดาห์ และอาการของโรคคงที่
- 2) ตรวจสอบสภาพความพร้อมของสมรรถภาพของร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์ โดยทำการเดินทางราบได้ 1 กิโลเมตร ในเวลา 5 นาที หรือทำการเดินขึ้น - ลงบันไดบ้าน 2 ชั้น (20 ขั้น) ได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือหายใจเหนื่อยหอบ
- 3) ก่อนมีเพศสัมพันธ์ไม่ควรอยู่ในภาวะจิตใจที่ตึงเครียด และควรพักผ่อนให้เพียงพอ เวลาที่เหมาะสมของการมีเพศสัมพันธ์คือ เวลาเช้านี้ หลังมีการพักผ่อนอย่างเต็มที่
- 4) ควรเลือกมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ ภรรยาของตนเองในสถานที่คุ้นเคยบรรยากาศที่สบาย และเงียบสงบ ห้องไม่ควรร้อนจัด ชื้น หรือหนาวจัดจนเกินไป
- 5) หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังการรับประทานอาหารใหม่ ๆ (ควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 3 ชั่วโมง) และควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ ก่อนการมีเพศสัมพันธ์
- 6) ควรใช้ท่าที่คุ้นเคยในการมีเพศสัมพันธ์ ควรเป็นท่าที่สบาย ๆ และผ่อนคลาย ไม่ใช่ท่าที่ทำให้เกิดการหายใจลำบาก
- 7) ควรรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ (ในผู้ป่วยเฉพาะราย) เช่น ยาขยายหลอดเลือด ก่อนการมีเพศสัมพันธ์

8) สังเกตอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์ หากมีอาการหายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก หรืออ่อนเพลียมาก ควรหยุดกิจกรรมทันที รับประทานยาได้ทันที และนอนพักผ่อน

9) ควรปรึกษาแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญ เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์และควรพาสามีหรือภรรยามารับคำปรึกษาด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและสามารถลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ (Turton, 1998)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดความเสี่ยงของโรคและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนก่อนให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคลทุกคน การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างประการเนื่องจากพฤติกรรมมนุษย์เป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีผู้สนใจที่จะนำแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ เพื่ออธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) เชื่อว่าบุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงภาวะที่รุนแรงของโรคเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ถ้าบุคคลมีการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สนับสนุนและรับรู้ว่ามีปัญหาอุปสรรคที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบุคคลก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา แต่ความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพของครอบครัว (Family Health Routine)

ในปีที่ผ่านมา แนวคิดการปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพของครอบครัวมีกล่าวในเรื่อง การพยาบาล (Denham, 1997) แนวคิดนี้มีความน่าสนใจเกี่ยวกับการพยาบาลซึ่งเป็นแนวทางใน

การเผยแพร่ ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวหลาย ๆ ครอบครัว (Denham, 2003b)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำด้านสุขภาพของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำด้านสุขภาพของครอบครัวได้บรรยายถึงแบบแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับบุคคลและครอบครัว อย่างชัดเจน โดยเฉพาะบุคคล ระบบย่อยของครอบครัว และสมาชิกภายในครอบครัวและมีความสัมพันธ์กับบริบทที่ใหญ่ขึ้น (Denham, 2003, p. 277) การปฏิบัติกิจวัตรประจำด้านสุขภาพของครอบครัวมีความซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรมสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ แบบแผนเหล่านี้ของการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เป็นแนวทางที่แต่ละบุคคลบรรยายถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพของพวกเขาในแต่ละวัน (Denham, 1999a)

การปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพของครอบครัวสามารถบรรยายถึงความเฉพาะของโครงสร้างพฤติกรรมของครอบครัวในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ในเรื่องอาหารมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ในการดำรงชีวิตอยู่ทุกวัน สมาชิกในครอบครัวใช้การปฏิบัติกิจวัตรประจำด้านสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงความเป็นบุคคลในเรื่อง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ค่านิยม และความรู้ รวมถึงโครงสร้าง พฤติกรรมปกติ กระบวนการสนับสนุนสุขภาพที่สัมพันธ์กับเด็กและการพัฒนาครอบครัว การหลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วย โรคต่าง ๆ และการบาดเจ็บ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การหายจากโรค การสื่อสารเกี่ยวกับความชำนาญด้านสุขภาพ โดยหาได้จากแหล่งสนับสนุนของครอบครัวและสร้างขึ้นจากรากฐานของครอบครัว (Denham, 1999a, 2002a) การปฏิบัติกิจวัตรประจำด้านสุขภาพของครอบครัวสามารถที่จะทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้นและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำและหายจากโรคและการเจ็บป่วย

องค์ประกอบของการปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพของครอบครัว

การปฏิบัติกิจวัตรประจำด้านสุขภาพของครอบครัวสามารถที่จะเข้าใจเพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกในครอบครัว มีแผนการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันที่มีความสัมพันธ์ภาวะสุขภาพบุคคลและครอบครัว การตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพ การสอนพฤติกรรมในวัยเด็ก การเตรียมการสนับสนุนการดูแลสำหรับการดูแลเรื้อรัง การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ การป้องกันให้ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม เพิ่มความปลอดภัยของสมาชิกในครอบครัว และการเผชิญกับภาวะเครียดต่าง ๆ (Denham, 2002)

การปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพของครอบครัว เป็นพฤติกรรมปกติของแต่ละบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว มีเป้าหมายเพื่อที่จะสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกแต่ละบุคคลรวมทั้งครอบครัว ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำด้านสุขภาพของครอบครัวแบ่งได้เป็น 6 ประเภท ได้แก่ การดูแลตนเอง ความปลอดภัยและการป้องกัน พฤติกรรมสุขภาพจิต สันถนาการของ

ครอบครัว การดูแลการเจ็บป่วย และการดูแลครอบครัว

1. การปฏิบัติกิจวัตรในด้านการดูแลตนเอง

การปฏิบัติกิจวัตรประจำในด้านการดูแลตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมปกติซึ่งมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวัน ประสบการณ์ชีวิตตั้งแต่แรกเริ่มจนเข้มแข็งจากผู้ปกครอง (Denham, 2003a) ทุกครอบครัวมีการปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพสัมพันธ์กับเรื่อง อาหาร ความสะอาด การพักผ่อนนอนหลับ กิจกรรมและการออกกำลังกาย เพศและการมีเพศสัมพันธ์ มีเป้าหมายเพื่อคงไว้และส่งเสริมภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลทั้งหมดในครอบครัว (Denham, 2003a)

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นพฤติกรรมปกติที่ครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำ ที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกอาหาร การจัดหาและจัดเก็บอาหาร การเตรียมอาหาร มีอาหาร การรับประทานอาหารประเภทอาหารด่วน (Denham, 2002a) แบบแผนการรับประทานอาหารของครอบครัวเป็นรากฐานมาจากความเชื่อ และการเรียนรู้พฤติกรรมของครอบครัวซึ่งเริ่มจากผู้ปกครอง ครอบครัวมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับแบบแผนการรับประทานอาหาร ในเรื่องการจัดหาอาหาร การเก็บอาหาร การเลือกอาหาร การเตรียมอาหาร แบบแผนและขนบธรรมเนียมมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และบุคคลแต่ละบุคคลในครอบครัวมีความแตกต่างในเรื่องรสชาติของอาหาร ประเภทชนิดของอาหารที่มองว่าทำให้สุขภาพดี (Denham, 1997)

1.2 การปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ เป็นพฤติกรรมปกติที่ครอบครัวปฏิบัติเป็นประจำ ที่มีความสัมพันธ์กับเวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน ความต้องการในการพักผ่อนนอนหลับ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน (Denham, 2003a)

1.3 การปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมปกติที่บุคคลและครอบครัวมุ่งทำกิจกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงาน เช่น การออกกำลังกายอย่างเต็มรูปแบบ การออกกำลังกายระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายในยามว่าง การมีกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ การทำงานบ้าน เป็นต้น

1.4 การปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม การมีเพศสัมพันธ์เป็นพฤติกรรมปกติ เป็นพฤติกรรมปกติของบุคคลที่จะแสดงออกถึงความรักความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว

1.5 การปฏิบัติกิจวัตรของครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันและความปลอดภัย เป็น

การปฏิบัติกิจวัตรนี้เป็นพฤติกรรมปกติเกี่ยวข้องกับการป้องกันสุขภาพ และป้องกัน การเกิดโรค เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยและโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์และสารเสพติด การกระทำความรุนแรง ป้องกันการเกิดการบาดเจ็บทั้งในและนอกบ้านและมีการป้องกันสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความบาดเจ็บ เสียหาย

1.6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำนี้เป็นพฤติกรรมปกติที่เป็นแนวทางในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการเผชิญกับความเครียดซึ่งเป็นสิ่งสำคัญทั้งบุคคลและครอบครัว การควบคุมภาวะเครียด

2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว

การปฏิบัติกิจวัตรประจำนี้เป็นพฤติกรรมปกติที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน พฤติกรรมที่เกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณี การฉลองเนื่องในโอกาสพิเศษต่าง ๆ เพื่อแบ่งปันความสุข ซึ่งมีความหมายกับชีวิตครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมนี้โดยปกติจะปฏิบัติในโอกาสพิเศษเมื่อสมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันทำให้เกิดความสุข สนุกสนานในครอบครัว เช่น การมีกิจกรรมที่ผ่อนคลาย การไปพักผ่อน การสังสรรค์ และเหตุการณ์พิเศษต่าง ๆ การปฏิบัติเกี่ยวกับศาสนา และจิตวิญญาณ และการมีนิสัยที่ขบขัน อารมณ์ดี

3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำเกี่ยวกับการดูแลความเจ็บป่วย

การปฏิบัติกิจวัตรประจำเกี่ยวกับการดูแลความเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมปกติที่เป็นแนวทางของสมาชิกในครอบครัวตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ในการเลือกเวลา สถานที่ ทำอย่างไรที่จะพบการบริการด้านสุขภาพ การตัดสินใจที่เป็นแนวทางเพื่อตอบสนองการดูแลทางการแพทย์โดยตรง และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และการเตรียมกิจกรรมสำหรับดูแลตามความต้องการของแต่ละบุคคลในครอบครัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการดูแลทั้งภาวะเจ็บป่วยและเรื้อรังตามความต้องการ โรคต่าง ๆ การฟื้นฟู และสิ่งที่สำคัญคือการตัดสินใจอย่างไรเกี่ยวกับการปรึกษาทางการแพทย์ ทำอย่างไรสมาชิกในครอบครัวได้รับการบริการการดูแลสุขภาพและเป็นแนวทางและข้อกำหนดในการติดตามดูแลสุขภาพ

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว

การปฏิบัติกิจวัตรประจำเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวเป็นพฤติกรรมปกติที่เป็นแนวทางเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันในการดูแล เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ให้กับสมาชิกในครอบครัว สำหรับการเปลี่ยนผ่านสมาชิกในครอบครัวและการเจริญเติบโต การใช้ชีวิตครอบครัว การดูแลครอบครัวรวมถึงการสอนการดูแลสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทและมีการตอบสนอง การรักษาสมาชิกในครอบครัว การเตรียมการสนับสนุนในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ (Denham, 2002a)