

การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย
(ระยะที่ 2)

Risk reduction and quality of life improvement for
people with congestive heart failure (Phase 2)

คณะผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย	รัตนกรिताกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์	ดีนาน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงวน	ธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วชิราภรณ์	สุนนวงศ์
นายแพทย์ชัชวาล	วัตนะกุล

โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัย
จากงบประมาณรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจวาย เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ทำให้พยาธิสภาพที่หัวใจและหลอดเลือดทุเลาความรุนแรงลง รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจวายได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย คณะวิจัยพัฒนาโปรแกรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเนื้อหาเป็นการชี้แนะด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและอุปกรณ์นับก้าว (Garmin, Viofit) กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ได้รับโปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนาน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิตและจำนวนก้าวเดินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ดีและให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดี ควรนำโปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและเป็นระยะเวลายาวนานขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ปัจจัยเสี่ยง คุณภาพชีวิต โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิต

Abstract

Cardiac rehabilitation program can prevent complication, reduce disease progression, and improve quality of life by maintaining and reducing long-term pathology of heart and blood vessels in congestive heart failure people. The objective of this quasi experimental study was to develop and evaluate cardiac rehabilitation program for congestive heart failure people based on evidenced base practice. Based on evidences, health coach was applied to 30 congestive heart failure persons. The program includes 4-week health coach on disease and health behavior modification. Thirty persons with congestive heart failure were recruited based on inclusion criteria. Instruments included demographic, health behavior, and quality of life questionnaires. Step counts were recorded using Garmin viofit. Participants participate in the 4 -week health coach program. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

Results revealed that health behavior and quality of life were significantly improvement ($p < .001$). Step counts were also significantly increasing ($p < .001$).

From research results, health coach program for hypertensive people was an effective program and can be used in clinic. Further research should focus on longitudinal and larger sample size.

Keywords: risk factor, quality of life, risk reduction and quality of life improvement program, congestive heart failure

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ง
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	2
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	3
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	3
กรอบแนวความคิดและทฤษฎี.....	3
2 การทบทวนวรรณกรรม.....	5
แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจวาย.....	5
การฟื้นฟูสุขภาพโรคหัวใจวาย.....	9
การชี้แนะด้านสุขภาพ.....	14
3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	17
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	17
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	17
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	18
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	18
4 ผลการวิจัย.....	19
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	19
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง.....	21
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง.....	22
5 สรุปและอภิปรายผล.....	22
สรุปการวิจัย.....	23
การอภิปรายผล.....	24
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	25
บรรณานุกรม.....	26
ภาคผนวก.....	30
โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย..31	
คู่มือผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจ.....	33
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	46

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

- 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง18
- 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง.....20
- 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง22

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคหัวใจวายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เพราะเป็นอาการทางคลินิกที่เป็นการดำเนินการของโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยโดยมีความชุกของโรคเฉลี่ยประมาณร้อยละ 1 ของประชากร และมีอัตราการตายสูงเฉลี่ยประมาณร้อยละ 10 ต่อปี (รังสฤษดิ์ กาญจนะวณิชย์และอรินทยา พรหมมินธิกุลรังสฤษดิ์, มปป.) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2553พบว่าภาวะหัวใจวายสูงเป็นอันดับ 3 อัตรา 16.93 ต่อผู้ป่วยใน 100,000 คน (นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ และ พัชรวรรณ ศรีคง, 2556) สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจวายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีผู้ป่วยภาวะหัวใจวายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 550,000 คน (American Heart Association: AHA, 2004) อุบัติการณ์ส่วนใหญ่จะเกิดในคนช่วงอายุ 50 - 59 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 80 - 89 ปี จะพบได้ 66 คน ต่อประชากร 1,000 คน (Redfield, 2003) นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน ประมาณร้อยละ 47 (Tully, 2002; Tacchetta - Chapnick, 2002; Brozena & Jessup, 2003) การพยากรณ์ของโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรง ในรายที่มีอาการเล็กน้อยมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 5-10 ในรายที่มีอาการรุนแรงมากมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 30-50 (Francis, Gassler, & Sonnecklick, 2001) ผู้ป่วยที่ต้องรับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล มีระยะเวลาอนเฉลี่ย นานราว 10-20 วัน และใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในการดูแลรักษาสูงเป็นภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ

โรคหัวใจวายเกิดจากความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อยหอบในตอนกลางคืน อ่อนเพลีย บวมตามร่างกาย (Francis et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะน้ำท่วมปอด โดยจะมีอาการไอ มีเสมหะเป็นฟองและมีเลือดปน อาจทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน (Perrin, 2002) เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยต้องใช้กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจมากขึ้น หายใจขัดถี่ และลำบากขึ้น ต้องออกแรงมากขึ้นเมื่อหายใจ (Francis et al., 2001) อาการเหนื่อยหอบจะพบได้บ่อยในตอนกลางคืนหลังจากนอนหลับแล้ว ประมาณ 3 - 4 ชั่วโมง ถ้ามีอาการรุนแรงมากอาจหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea) แต่เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งอาการเหนื่อยหอบจะลดลง ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงจากอาการเหนื่อยหอบ ไอ บวมที่ข้อเท้า หลังเท้า ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเสื้อผ้าหรือสวมแหวนแล้วคับ ความทนในการทำกิจกรรมลดลง (Riegel, Cason, & Glaser, 2000; British Columbia Ministry of Health Services, 2003) ภาวะของโรคที่ดำเนินไปส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยตรง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้า และเหนื่อยหอบมากขึ้นจะมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง นอกจากนี้ภาวะของโรค ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล เพราะรับรู้หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญ เมื่อภาวะหัวใจวายมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาการเลวลง ผู้ป่วยจะกลัวการสูญเสียหน้าที่ของหัวใจอย่างถาวรและกลัว

เสียชีวิต (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ภาพการณ์เจ็บป่วยของโรคทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ผู้ป่วยเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพาผู้อื่นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์, 2545)

เป้าหมายของการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มบทบาทการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการนอนซ้ำ(รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์และอรินทยา พรหมินธิกุล รังสฤษฎ์, มปป.) ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจมีการฟื้นฟูสภาพและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยชะลอความเสี่ยงของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) Miller (1999) พบว่า การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ 8-12 สัปดาห์ จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายสามารถควบคุมได้ ถ้าผู้ป่วยเฝ้าต่อการรับรู้ความรุนแรง เช่น อาการหอบเหนื่อยในระยะเริ่มต้น อาการบวม (วันทนา มณีสศิลป์, 2543) การรับประทานยา ร่วมกับมีการปรับตัวด้านจิตสังคมที่ดี (Byrne, Waish, & Murphy, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น

การชี้แนะ เป็นกระบวนการให้คำแนะนำ และการสอนรายบุคคล เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะและความสามารถในการทำงานที่เน้นการพัฒนาความรู้ และทักษะของผู้เรียน ในสิ่งที่ผู้ใดมีความเชี่ยวชาญมีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้เรียน เป็นรูปแบบการเรียนรู้รายบุคคล ด้วยวิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ผู้ที่เป็นโค้ชจะต้องมีความรู้มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นอย่างดี เป็นผู้อำนวยความสะดวก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดริเริ่ม การคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีโอกาสพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อหาทางให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้เรียนสร้างและพัฒนาความสามารถของตนเองทั้งในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ โดยมีผู้สอนคอยให้ความช่วยเหลือ หรือกระตุ้นผู้เรียนให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพ กระบวนการเรียนรู้ การสอนอยู่ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจ อ่อนน้อม เอื้ออาทร ให้กำลังใจ และเชื่อถือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข (สุรีย์ จันทรมณี, 2543; ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และคณะ, 2546; Spross, 2009; Blanchard & Thacker, 2004)

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย โดยมุ่งเน้นพัฒนาและทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

การทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) การส่งเสริมพฤติกรรมของเพนเดอร์ (Pender, Murdough, & Parson, 2006) และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice)

กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) เป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ป่วยในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ภายใต้การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย อาจมาจากการประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา คำแนะนำของทีมสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่มาจาก การบอกเล่าของคนอื่น ที่เกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบ การควบคุมโรค ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรคของตนเองแล้ว การนำประมวลความคิดเพื่อวิเคราะห์หาทางแก้ไข แล้วจะทำการตัดสินใจและจัดการกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด หากผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีการทบทวนเพื่อหาแนวทางที่จะทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้บุคคลกรทางด้านสุขภาพมีส่วนช่วยให้ข้อมูล แนวทางแก้ไข รวมทั้งการช่วยเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงมาสู่ภาวะพฤติกรรมสุขภาพ กรอบแนวคิดประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) อาทิ เช่น เพศ อายุ การศึกษา ดัชนีมวลกาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความชอบ (Behavior-specific cognitions and affect) เช่น ความเชื่อ การสนับสนุนจากสังคม สถานการณ์สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) ทั้งที่สามารถสังเกตเห็นและไม่สามารถสังเกตเห็น

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ปัจจุบันการเจ็บป่วยของคนไทยเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและให้ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามความคาดหวัง ไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ การสร้าง “นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการ ใหม่ ๆ” มาใช้ในการให้บริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาภายใต้การปฏิบัติโดย

ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการนำองค์ความรู้ที่ผ่านการสกัด วิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยหลายๆ ชิ้นที่ถูกลำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น

ซึ่งการผสมผสานแนวคิดดังกล่าว จะทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ มีแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหและสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้พยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจวาย การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการชี้แนะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจวาย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ จากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557)

สาเหตุ

สาเหตุของการเกิดโรคหัวใจวาย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุพื้นฐาน และสาเหตุที่ชักนำของหัวใจวาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) ดังนี้

1. สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) เกิดจากโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ ที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักและมีความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนี้

1.1 ปริมาตรเลือดที่มีมากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจต้องออกแรงบีบตัวมากเกินไปทำให้ปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไป จนเลือดที่ออกจากหัวใจหรือ Stroke volume ลดลง

1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) เป็นภาวะที่มีการขัดขวางของการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจากพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อต่าง ๆ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery)

2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ สามารถแยกได้ดังนี้

2.1 การอุดตันของหลอดเลือดภายในปอด (Pulmonary embolism) อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อยเกินไป ทำให้มีการคั่งของการไหลเวียนของเลือด การนอนนาน ๆ ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขาในอุ้งเชิงกรานลิ่มเลือดที่อุดตัน จะมีการไหลเวียนไปตามกระแสเลือด และมาอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ทำให้เพิ่มความดันภายในปอดอย่างเฉียบพลัน เกิดการคั่งของเลือดหัวใจห้องล่างขวาและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงจึงไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ

2.2 การติดเชื้อภายในร่างกาย เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เนื่องจากภาวะติดเชื้อทำให้มีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีการใช้พลังงานภายในร่างกายมากขึ้น ออกซิเจนในเลือดต่ำลง ทำให้หัวใจต้องบีบตัวและทำงานหนักมากขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อที่บริเวณปอด

2.3 การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ สาเหตุที่พบได้บ่อยได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะจากการเต้นที่เร็วมากหรือเต้นช้าเกินไป ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กันมีผลทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที และภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษทำให้เมตตาบอลิซึมของร่างกายสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

การแบ่งชนิดของอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจวาย โดยแบ่งตามอาการ อาการแสดงทางคลินิกตามพยาธิสรีรวิทยาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ไพศาล ลีละชัยกุล, 2550; Smeltzer et al., 2010) ดังนี้

1.ภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย (Left side heart failure) สาเหตุเกิดจากพยาธิและการเสื่อมสมรรถภาพของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยหัวใจห้องล่างซ้ายจะต้องออกแรงต้านในการบีบเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และทำให้มีการคั่งของปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้น ทำให้ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น และเกิดความดันย้อนกลับไปที่หลอดเลือดดำในปอด เกิดภาวะน้ำท่วมปอดขึ้นเมื่อมีปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนทำให้เวนตริเคิลซ้ายไม่สามารถปรับชดเชยได้ต่อไป จะเกิดภาวะหัวใจซีกซ้ายวายในที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำท่วมปอด อาการจากปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง และอาการแสดงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

1.1 อาการหอบเหนื่อยหรืออาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคหัวใจวาย ซึ่งเกิดจากความดันในหลอดเลือดดำของปอดที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงเพิ่มมากขึ้นในการหายใจ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง (Dyspnea on exertion) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการออกแรงหายใจ แต่เมื่อพักอาการหอบเหนื่อยจะหายไป หรืออาจพบอาการหอบเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) จะเกิดขึ้นเมื่อนอนราบจะมีอาการหายใจหอบจะทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี จากการที่ปอดมีเลือดคั่ง และบวมน้ำทำให้กระบังลมยกสูงขึ้นไปเบียดปอดแต่ถ้านั่งอาการหอบเหนื่อยจะลดลง โดยมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea : PND)

1.2 อาการไอ โรคหัวใจวายระยะแรกจะมีอาการไอแห้ง ๆ ระคายคอและอาการไอแสดงถึงการมีเลือดอุดตันหลอดเลือดภายในปอด มักเกี่ยวข้องกับอาการหอบเหนื่อยและมักเกิดขึ้นในตอนกลางคืน

ถ้าพบอาการไอเป็นเลือดหรือเสมหะมีฟองเป็นสีชมพู พบได้บ่อยในภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema)

1.3 อาการอ่อนเพลีย จากการที่ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้เพียงพอ เนื้อเยื่อของร่างกายมีการขาดออกซิเจนและการถ่ายของเสียจากการเผาผลาญออกจากร่างกายได้ช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียได้ง่าย

1.4 อาการทางระบบไต สาเหตุเกิดจากเมื่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงเลือดจึงไปเลี้ยงไตลดลง เกิดได้ทั้งในภาวะหัวใจซีกขวาและซ้ายวาย แต่มักจะปรากฏชัดเมื่อมีภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย

1.5 อาการทางระบบประสาท เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง จะทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ความจำเสื่อม สับสน หงุดหงิด กระวนกระวายหรือวิตกกังวล เป็นลม หมดสติ นอนไม่หลับ ซึมลง จากอาการทางระบบประสาทหรืออาการทางสมอง ซึ่งอาการทางสมองและระบบประสาทอาจเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอหรือการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการ

2. ภาวะหัวใจซีกขวาวาย (Right side heart failure) เกิดจากความดันในหัวใจข้างขวาจะสูงขึ้น เลือดดำจากร่างกายจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาไม่ได้ เกิดการไหลย้อนกลับของเลือดทั่วร่างกาย จึงเกิดการคั่งของเลือดตามหลอดเลือดดำและอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ตับ และเกิดการรั่วซึมของน้ำเลือดออกมาในช่องว่างระหว่างเซลล์ (Interstitial fluid) นอกจากนี้ยังเกิดการคั่งของเลือดที่ขา ท้อง เป็นต้น บวมทั่วร่างกาย (Systemic edema) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการมีเลือดคั่งตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

2.1 อาการบวม (Edema) เป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจซีกขวาวาย (Right side heart failure) เป็นผลจากเลือดคั่งตามหลอดเลือดส่วนปลายหรือส่วนต่ำของร่างกายที่มีการไหลกลับของหัวใจได้ไม่ดี ทำให้สารเหลวเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ในระยะ แรกอาจสังเกตเห็น แต่จะทราบได้จากการชั่งน้ำหนัก เมื่อภาวะหัวใจวายรุนแรงมากขึ้นจะสังเกตอาการบวมได้ง่ายขึ้น บางรายอาจบวมทั้งตัว รวมทั้งอวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก แขน ขา ใบหน้า และมีภาวะท้องมานร่วมด้วย

2.2 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืด และท้องผูก เป็นอาการที่เกิดจากการคั่งของเลือดในกระเพาะอาหารและลำไส้ จึงทำให้การหลั่งน้ำย่อยลดลงและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง หากเป็นระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจวายเรื้อรัง อาจเกิดอาการผอมแห้ง เนื่องจากขาดสารอาหาร ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอาจพบตับโตและกดเจ็บ (Hepatomegaly) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

2.3 อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด จะพบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Jugular vein engorgement) เมื่อหัวใจซีกขวาวาย ความดันในเวนทริเคิลขวาสูงจากเลือดคั่ง จึงมีแรงดันการไหลของ เลือดจากเอเทรียมขวาสู่เวนทริเคิลและแรงดันนี้จะดันการไหลของหลอดเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาทำให้มีเลือดคั่งในหลอดเลือด Vena cava และหลอดเลือดดำที่คอ ส่งผลให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

การแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวายสามารถแบ่งได้ตามระยะของโรคหรือการดำเนินของโรค และแบ่งตามอาการของผู้ป่วยซึ่งจะมีประโยชน์ในการพิจารณาแนวทางการรักษาโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจในอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/ AHA] (American Heart Association, 2014; รั้งสุภษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547) สามารถแบ่งภาวะหัวใจวายตามการดำเนินของโรคเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 หรือ Stage A ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่ชัดเจนและไม่มีผลของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีประวัติเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว การได้รับยาหรือสารที่เป็นพิษต่อหัวใจและการดื่มสุราเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 หรือ Stage B ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจแล้วแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อเวเนตริเคิลหนา (Left ventricle hypertrophy) การทำงาน

ของหัวใจบกพร่องจากเบาหวาน (Diabetic cardiomyopathy) หรือหัวใจโตจากลิ้นหัวใจผิดปกติแต่ยังไม่แสดงอาการ

ขั้นที่ 3 หรือ Stage C ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจวายเป็นอาการที่ ยังสามารถควบคุมอาการโดยการรักษาด้วยยามาตรฐาน

ขั้นที่ 4 หรือ Stage D มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรงเป็นระยะสุดท้าย มีอาการแม้อยู่ในระยะพัก ไม่สามารถควบคุมด้วยยามาตรฐานและต้องได้รับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม

นอกจากนี้ยังสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ที่แบ่งตามความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย จากความสามารถในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ (Function classification of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) (Yancy et al., 2013) เพื่อเป็นการกำหนดการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจนสามารถแบ่ง เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 หรือ Class I ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวัน ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการ อ่อนเพลีย ใจเต้น ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 หรือ Class II มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หายใจลำบาก แต่อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 3 หรือ Class III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ชัดเจน ถ้ามีกิจกรรมซึ่งออกแรงน้อยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ จะรู้สึกสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 หรือ Class IV ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการหอบ หายใจลำบากและจะหอบเหนื่อยมากขึ้นแม้ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ จะรู้สึกไม่สุขสบายแม้ในขณะที่พัก

เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจวาย (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์และอรินทยา พรหมนิธิกุล รังสฤษฎ์, มปป.)

1. การป้องกันโดยการรักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของการทำงานผิดปกติของหัวใจที่นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันและชะลอการเสื่อมของการทำงานของหัวใจ โดยการ

- 1.1 เพิ่มการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
- 1.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองอย่างเต็มประสิทธิภาพ
- 1.3 ประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาต่อเนื่องและต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- 1.4 ส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญในทีมร่วมดูแลรักษา
- 1.5 ให้ความรู้และคำปรึกษาตัวต่อตัวในทุกหัวข้อที่จำเป็น แก่ตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล
- 1.6 มีช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อทีมแพทย์และพยาบาลเพื่อขอปรึกษาได้ง่าย
- 1.7 อาศัยกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ลดอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

3. ลดอัตราการตาย ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย

หัวใจวาย

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายมีเป้าหมายสำคัญคือการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและควบคุมอาการภาวะหัวใจวายได้เหมาะสม โดยมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ดังนี้ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ พัชรวรรณ ศรีคง, 2556)

1. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจในการบีบตัวไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆให้ดีขึ้น ลดการคั่งของน้ำในร่างกาย โดยการดูแลและให้คำแนะนำญาติและผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักหลังถ่ายปัสสาวะตอนเช้าทุกวัน จำกัดน้ำตามแผนการรักษาให้ได้ประมาณ 800-1,000 ซี.ซี
2. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายได้ เช่น การสอนแนะนำเทคนิคคลายความเครียด การลดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลการรักษาและการเปลี่ยนแปลงของอาการที่ดีขึ้น การ ส่งเสริมให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมอาการภาวะหัวใจวายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันอาการกำเริบรุนแรง ลดการกลับเข้า รักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ เรื่อง การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ตามปกติอย่างเหมาะสม เช่น การหมนข้อ การเดิน โทเก็ท ซี่กง เป็นต้น การรับประทานอาหารที่ควบคุมโซเดียมให้ไม่เกินวันละ 2 กรัม ไม่เติมเกลือหรือเครื่องปรุงรสต่างๆในอาหารที่จะรับประทาน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และบุหรี และการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอวันละประมาณ 8-10 ชั่วโมง เป็นต้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation)

องค์การอนามัยโลก (World Heart Organization) ได้กล่าวไว้ในปี คศ.1993 ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation) เป็นกิจกรรมที่จำเป็น ที่มีผลต่อการส่งเสริมเพื่อลดสาเหตุของโรคหัวใจที่เป็น รวมทั้งเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อช่วยให้ผลที่ การรักษามีประสิทธิภาพ และยังช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมหลังเจ็บป่วย จึงทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่สามารถแยกออกจากการการรักษา แต่จะต้องบูรณาการร่วมกับการรักษา European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice แนะนำว่า การฟื้นฟูหัวใจนอกจากจะช่วยลดอัตราการตายหลังเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือ ลดการตายจากทุกสาเหตุร้อยละ 13 ลดการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 26 ยังมีความคุ้มค่ามาก (cost-effectiveness) ในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ , 2554)

การที่จะทำให้ประสิทธิภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยกลับมาสู่ภาวะปกติได้อีกครั้งหนึ่งนั้น จำเป็นต้องมีกระบวนการของการฟื้นฟูหัวใจ (cardiac rehabilitation) ซึ่งมีระบบและขั้นตอนต่าง ๆ

เข้ามาเสริม โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยนั้นสามารถที่จะกลับมาใช้ชีวิตประจำวันและจิตใจที่มีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติ ภารกิจต่าง ๆ ได้ตามปกติรวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ (secondary prevention) (ประวิชน์ ต้นประเสริฐ,2554) ซึ่งประกอบไปด้วย การรักษาด้วยยาโดยแพทย์ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี Lifestyle modification เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่มักถูกละเลย แพทย์พยาบาลควรเป็นผู้ให้ความรู้ และชี้ประโยชน์ พร้อมทั้งเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การลดน้ำหนัก การควบคุมการรับประทานทั้งชนิดและปริมาณอาหาร รับประทานยาที่จำเป็นให้สม่ำเสมอเป็นประจำ และประการสำคัญที่สุดคือการต้องออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากต่อการปฏิบัติให้เป็นกิจวัตรประจำ ซึ่งจากสถิติของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้นผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการของ cardiac rehabilitation ได้นั้นมีเพียงประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหัวใจ อุปสรรคที่สำคัญก็คือการที่ทุกส่วนของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งบุคลากรทางการแพทย์เอง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติยังมีความเข้าใจน้อย และยังไม่ได้ทราบประโยชน์ที่แท้จริง (ประวิชน์ ต้นประเสริฐ,2554)

การทำให้เกิด Lifestyle modification หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจะส่งผลในการรักษาที่ดี และต่อเนื่อง จากการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ กับผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการลดโอกาสเกิด กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต่อนอนโรงพยาบาล ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือขยายหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบวากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีกิจกรรมอย่างเข้มข้น เวลานานกว่าจะลดดัชนีมวลกายลงได้ มีการศึกษาแบบควบคุม (Systematic review of randomized controlled trials) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันในชุมชน ระหว่างปี 1990 ถึง ปัจจุบัน จำนวน 21 การศึกษา ประชากร 10,800 คน ติดตามอย่างน้อย 3 เดือน ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร ออกกำลังกาย ดูแลความเครียดทางอารมณ์ พบวากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถลดโอกาสตายจากทุกสาเหตุจาก 4 ใน 6 การศึกษา และสามารถลดโอกาสตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 ใน 8 การศึกษา (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2554)

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจวาย

องค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้ การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน อาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนักและโรคร่วม ซึ่งสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association, 2014; วิศาล คันธรัตน์กุล, 2551) และ สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจ หลอดเลือดและปอดของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Cardiovascular and Pulmonary rehabilitation – AACVPR) ได้กำหนดเป้าหมายของการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าเป็นการลดปัจจัยเสี่ยง กระตุ้นการปรับเปลี่ยนและคงไว้พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความพิการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่กระฉับกระเฉง รวมทั้งได้กำหนดแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจ ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การจัดการภาวะไขมันผิดปกติ การควบคุมความดันโลหิต การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเบาหวาน การดูแลด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การฝึกการออกกำลังกาย ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าว ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจวาย

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การประเมิน ภาวะสุขภาพ	<p>ประวัติการเจ็บป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด 2.การวินิจฉัย การรักษา 3.อาการแสดงของโรค 4.ความก้าวหน้าของโรคและโรคร่วม 5.ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด 6. ยาและการรับยาต่อเนื่อง <p>การตรวจร่างกาย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.สัญญาณชีพ 2.หัวใจและหลอดเลือด 3.ข้อและระบบประสาท <p>การตรวจอื่น ๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.EKG 2.คุณภาพชีวิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1.การบันทึกปัญหาที่ได้จากการตรวจผู้ป่วย 2.แผนการดูแลที่มุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงและการฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผลลัพธ์ระยะสั้น (สัปดาห์/เดือน) 2.กลยุทธ์ที่จะลดความพิการหรือผลตามมา
อาหารและโภชนาการ	<ol style="list-style-type: none"> 1.จำนวนพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันสัดส่วนของไขมัน โซเดียมและอาหารกลุ่มอื่น 2.นิสัยการรับประทานอาหาร เช่น จำนวนมื้อ ปริมาณอาหาร อาหารขบเคี้ยว ความถี่ในการรับประทานอาหารนอกบ้าน การดื่มเหล้า 3.ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1.กำหนดเมนูอาหารให้อยู่ใน AHA step II diet 2.กำหนดแผนการควบคุมอาหารเฉพาะบุคคล 3.ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายของการควบคุมอาหารและวิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ 4.กำหนดกิจกรรมเพื่อให้ปรับเปลี่ยนและคงไว้พฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 2.ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโภชนศาสตร์เบื้องต้น 3.ผู้ป่วยสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาคารรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องได้
การจัดการไขมัน (lipid management)	<ol style="list-style-type: none"> 1.ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับไขมันในเลือด ถ้าผิดปกติต้องหาสาเหตุจากอาหาร การใช้ยา และปัจจัยอื่นๆ 2.การได้รับการรักษาในปัจจุบัน และความสม่ำเสมอในการมารับบริการ 3.ตรวจระดับไขมันในเลือด อีก 4-6 สัปดาห์ หลังการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารและการควบคุมน้ำหนักโดยมีเป้าหมาย AHA step II diet กับผู้ป่วยที่มี LDL > 100 mg/dl อาจให้ยาลดไขมันถ้า LDL 100-130 mg/dl และถ้า LDL > 130 mg/dl ต้องให้ยารักษา 2.เพิ่มกิจกรรมเพื่อเพิ่ม HDL > 35 mg/dl เช่นออกกำลังกาย เลิกสูบบุหรี่ 	<p>ผลลัพธ์ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> -ประเมินและปรับระดับ LDL อย่างต่อเนื่องจนอยู่ในระดับ < 100 mg/dl ผลลัพธ์ระยะยาว -เพื่อคงไว้ซึ่งระดับ LDL < 100 mg/dl เพิ่ม HDL > 35 mg/dl และไตรกลีเซอไรด์

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	รักษาในโรงพยาบาล และ 2 เดือนหลังการใช้ยาลดไขมัน	<p>บุหรี</p> <p>3.ลดกิจกรรมที่ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ < 200 mg/ml เช่นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร การควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกาย ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้ยาตาม NCEP</p> <p>4.ติดตามการให้ยาร่วมกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน</p>	< 200 mg/ml
การควบคุมความดันโลหิต	<p>1.วัดความดันโลหิตขณะพักมากกว่า 2 ครั้ง</p> <p>2.ประเมินผลการให้การรักษาปัจจุบันและความต่อเนื่องของการรักษา</p>	<p>1.ถ้า Systolic BP > 130-139 mmHg, Diastolic BP 85-90 mmHg</p> <p>-ให้แนวทางในการปรับวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก ลด/ควบคุมอาหารเค็ม ลดแอลกอฮอล์ และเลิกสูบบุหรี</p> <p>-ให้ยาในผู้ป่วยที่มีหัวใจวาย เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง</p> <p>2.ถ้า Systolic BP > 140 mmHg, Diastolic BP > 90 mmHg</p> <p>-ให้ปรับพฤติกรรม และให้ยา</p> <p>3.ติดตามการให้ยาร่วมกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน</p>	<p>ผลลัพธ์ระยะสั้น</p> <p>-ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงวิธีการจนเหลือ Systolic BP < 130 mmHg และ Diastolic BP < 85 mmHg</p> <p>ผลลัพธ์ระยะยาว</p> <p>-ควบคุม Systolic BP < 130 mmHg และ Diastolic BP < 85 mmHg</p>
การเลิกสูบบุหรี	<p>1. พฤติกรรมการสูบบุหรีทั้งในอดีต ปัจจุบัน เกี่ยวกับระยะเวลา ปริมาณ วิธีการสูบ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี มือสอง</p> <p>2.ประเมินปัจจัยแทรก(ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี)</p> <p>3.ประเมินความพร้อมที่จะเลิก ถ้าพร้อมก็ให้ intervention ถ้ายังไม่พร้อมก็กระตุ้นให้คิดว่าควรเลิกสูบบุหรี</p>	<p>ถ้าพร้อมที่จะเลิกบุหรี กำหนดวันที่จะเลิกและกลยุทธ์ที่จะใช้</p> <p>โดยอย่างน้อยที่สุดที่ควรทำได้แก่</p> <p>-ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา</p> <p>-ให้การสนับสนุนการเลิกบุหรีจากบุคคลากรด้านสุขภาพและครอบครัว</p> <p>-ป้องกันการกลับมาสูบบุหรีอีก</p> <p>ส่วนวิธีการที่เหมาะสมที่ควรทำได้แก่</p> <p>-ให้เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี</p> <p>-ให้ยาเลิกบุหรี โดยการรักษาของแพทย์</p> <p>- ใช้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต</p>	<p>ผลลัพธ์</p> <p>-ผู้ป่วยกำหนดวันหยุดสูบบุหรี</p> <p>-ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี กำหนดภายใน 12 เดือน ต้องหยุดสูบบุหรี</p>

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การควบคุม น้ำหนัก	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัด รอบเอว	ผู้ป่วยที่มี BMI >25 kg/m ² รอบเอว >40 นิ้ว (102 ซม) ในเพศชาย หรือ > 35 นิ้ว (88 ซม) ในเพศหญิง 1.วางแผนระยะสั้นและระยะยาว เป็นรายบุคคลสำหรับการลด น้ำหนักและปัจจัยเสี่ยง ประมาณ ร้อยละ10 สัปดาห์ละ0.5-1 kg ใน ระยะเวลา 6 เดือน 2.สร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายเพื่อลดพลังงานและ เพิ่มการใช้พลังงาน	ระยะสั้น: ประเมินและ ปรับปรุงโปรแกรมจน น้ำหนักลด ถ้าหากลด น้ำหนักไม่ได้ให้ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญหรือเข้า โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ระยะยาว: เข้าโปรแกรม อย่างต่อเนื่องจนสามารถ ลดได้ตามเป้าหมาย
การควบคุม เบาหวาน	1.ประเมินประวัติการเป็น เบาหวาน ประวัติการใช้ยา เบาหวาน วิธีการติดตามผล น้ำตาลในเลือด ประวัติการ ควบคุมน้ำตาลในร่างกาย 2.ติดตามผลการตรวจน้ำตาล ในเลือดผล Hb A1C	1.วางแผนเพื่อควบคุมอาหารและ น้ำหนัก ยาที่ใช้ การควบคุมปัจจัย เสี่ยง 2.ติดตามผลน้ำตาลก่อน-หลังการ ออกกำลังกาย 3.คัดกรองผู้ที่เสี่ยงให้ได้รับการ ตรวจและวินิจฉัย	1.ควบคุมระดับน้ำตาลให้ ใกล้เคียงปกติ 2.ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3.ควบคุมโรคอื่น ความดันโลหิตสูงและไขมันสูง
การจัดการภาวะ สุขภาพจิต	ประเมินปัญหาทางจิตโดยใช้ แบบประเมินมาตรฐาน: ซิมเคร้า วิดกกังวล ไม่เป็น มิตร แยกตัว ผิดปกติทางเพศ ติดยาและปัญหา ทางจิตอื่น ๆ	1.ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลหรือ เป็นกลุ่มเกี่ยวกับการปรับตัวให้เข้า กับโรคหัวใจ การจัดการ ความเครียด วิถีชีวิตที่เน้นสุขภาพ ควรให้อาสาสมัครร่วมมีส่วนร่วม 2.จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 3.ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ	1.ความผาสุกเพิ่มขึ้น 2.พฤติกรรมมีการเปลี่ยน ตามที่วางแผน 3.มีการดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องตามแผน
การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับมี กิจกรรมทางกาย	1.ระดับของการมีกิจกรรม ทางกาย ที่บ้าน ที่ทำงานและ สันทนาการ 2.กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิต เช่น การขับ รถ เพศสัมพันธ์ การทำงาน บ้าน การเล่นเกม การ ทำงานสวน 3.ความพร้อมในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม ความ มั่นใจ ปัญหา/อุปสรรค การ สนับสนุนทางสังคม	ให้คำแนะนำ ปรึกษา สนับสนุน เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย 1.ตั้งเป้าหมายการมีกิจกรรมทาง กายมากกว่าวันละ 30 นาที สัปดาห์ ละ > 5 วัน ควรจัดให้สามารถทำ พร้อมกับกิจกรรมประจำวันที่ทำอยู่ เป็นประจำ 2.แนะนำให้ออกกำลังกายแบบไม่ ลงน้ำหนักมากเพื่อป้องกันการ บาดเจ็บ	การมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มขึ้น

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การฝึกทักษะการออกกำลังกาย	ประเมิน exercise capacity (ชีพจร อาการและอาการแสดง การเปลี่ยนแปลง EKG และ exercise capacity	กำหนดขนาดของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและแบบต้านแรงที่สอดคล้องกับผลการประเมินเป้าหมายของโปรแกรมและผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ ควรกำหนด ความถี่ ความหนักเบา ระยะเวลา และชนิด -แอโรบิก: F=3-5 d/wkl= 50%, D=30-60 min, M= walking, trademill -ต้านแรง: F=2-3d/wk, I= 8-15 ครั้ง, D= 1-3 set upper & lower body, M= elastic band, dumpbells -มีการอบอุ่นและผ่อนคลายก่อนและหลังออกกำลังกาย -มีโปรแกรมให้สามารถทำได้ที่บ้าน -ตั้งเป้าหมายใช้พลังงานประมาณ 1000 แคลลอรี่/สัปดาห์	ลดความเสี่ยงและเพิ่มผลลัพธ์โดยรวม (กล้ามเนื้อแข็งแรง มีความยืดหยุ่นดีขึ้น นำหนักลด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง)

การชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach)

“นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ ๆ” เพื่อใช้ในการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการนำองค์ความรู้และงานวิจัยที่นำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสกัดเอาเนื้อหาและกระบวนการ ผลลัพธ์และเหมาะสมกับความเชื่อ ความชอบของผู้รับบริการให้มากที่สุด การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) นี้เหมาะกับการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ

การทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล พบว่า การชี้แนะ (Health coach) เป็นกระบวนการที่ดีถูกนำไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติของผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆที่หลากหลายและให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รุ่งระวี นาวิเจริญ และคณะ (2552) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลง ระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แต่ค่าของระดับความดันโลหิต และระดับไขมันชนิดไม่ดีไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Wongpiriyayothar, Piamjariyakul, & Williams (2010) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของภาวะหายใจลำบาก และระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Whittemore et al. (2004) ซึ่งศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารเฉพาะ

โรคดีขึ้น มีการออกกำลังกายดีขึ้น และมีภาวะ ซึมเศร้าลดลง และยังพบในจากการศึกษาของ Vale et al. (2003) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีผลรวมของคลอเรสเตอรอลลดลง และระดับแอลดีแอลลดลง และการศึกษาของ Whittmore, Melkus, Sullivan, และ Grey (2004) ได้ศึกษาถึงการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดการชี้แนะไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาของ McMurray, Johnson, Davis, และ McDougall (2002) ศึกษาถึงการให้ความรู้และการจัดการดูแลโดยใช้กระบวนการชี้แนะในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและมีโรคเบาหวานร่วม พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลง อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การชี้แนะจะต้องประกอบด้วย ผู้ที่จะทำการชี้แนะและกระบวนการ/ขั้นตอนการชี้แนะทางสุขภาพ (Spross, 2009)

1. ผู้ชี้แนะ/โค้ช จะต้องมีความสามารถในการชี้แนะ (Coaching competency) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 สมรรถนะด้านคลินิก (clinical competency) ซึ่งเป็นความสามารถในการให้ความรู้ การมีมุมมองแบบองค์รวม มีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย มีประสบการณ์ด้านคลินิกและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนทางคลินิก

1.2 สมรรถนะด้านเทคนิค (technical competency) มีความรู้ด้านการพยาบาลขั้นสูง มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และทักษะเฉพาะ มีประสบการณ์การทำงานก่อนและหลังปริญญาโท

1.3 สมรรถนะด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal competency) มีความสามารถในการใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร มีทักษะการฟังอย่างตั้งใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และให้การพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

1.4 การสะท้อนคิดตนเอง (self-reflection) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะด้านคลินิก ด้านเทคนิค และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร่วมกับการสะท้อนคิด เพื่อสามารถปรับปรุงการชี้แนะให้ดีขึ้น และบรรลุเป้าหมายการให้ความรู้

2. กระบวนการ/ขั้นตอนการชี้แนะ

ในขั้นตอนนี้ มีผู้เสนอแนะแนวทางไว้หลากหลาย เช่น Eaton & Johnson (2001) แบ่งขั้นตอนออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การกำหนดเป้าหมาย (Definition) การตั้งเป้าหมายจะเกิดขึ้นเมื่อผู้โค้ชและผู้ป่วยยอมรับที่จะเข้าร่วมสู่กระบวนการชี้แนะ โดยเป้าหมายที่กำหนดขึ้นจะต้องมีความเฉพาะ สามารถวัดได้

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis) เป็นการที่ผู้โค้ชช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

3. การสำรวจทางเลือก (Exploration) เป็นการค้นหาวิธีทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

4. การวางแผนการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นของการเจาะจงหน้าที่ของผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ และให้คำมั่นสัญญาต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้

5. การปฏิบัติ (Learning) เป็นขั้นของการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ ให้ไปสู่เป้าหมายที่ปรารถนา โดยมีโค้ชให้การช่วยเหลือ

6. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ผู้โค้ชและผู้ป่วยร่วมกันให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติกิจกรรม และพิจารณาการปฏิบัติที่ผ่านมาและวางการปฏิบัติใหม่

หลังจากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการชี้แนะ เป็นกระบวนการให้คำแนะนำผู้ป่วยบุคคล เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอย่างดี เป็นผู้โค้ช เพื่อการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยมีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลที่เชี่ยวชาญและผู้ป่วย ใช้วิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ พยาบาลที่เป็นโค้ชต้องเป็นผู้อำนวยความสะดวก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความคิดริเริ่ม สามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆทั้งด้านส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้โอกาสผู้ป่วยพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเองที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีโอกาสทดลองรูปแบบวิธีการที่เลือกเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ มีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสร้างและพัฒนาความสามารถของตนเอง โดยมีพยาบาลผู้เป็นโค้ชคอยให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพ กระบวนการเรียนรู้อยู่ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจ อบอุ่น เอื้ออาทร ให้กำลังใจ เชื่อถือซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข (Blanchard & Thacker, 2004) หลังจากที่ได้เนื้อหาหลักแล้ว คณะผู้วิจัยนำไปสร้างเป็นโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ดังภาคผนวก

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่เข้ามาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2558

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย จำนวน 30 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจวาย
2. มีอาการและอาการแสดงที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทย
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา
2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัด พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหารอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง
3. แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Brief Quality of life) ที่สร้างโดยองค์การอนามัยโลก
4. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล
5. เครื่องนับก้าว ยี่ห้อ Garmin ใช้วัดการนับก้าวเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์
6. โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ซึ่งมีสาระหลัก เช่น การชี้แนะรายบุคคล (Health coaching) เกี่ยวกับการจัดการการเจ็บป่วย การเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การฟื้นฟูและเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ เป็นต้น
7. คู่มือผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
การทดสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นของเครื่องมือ
 1. เครื่องวัดความดันโลหิต และ แบบวัดพฤติกรรมการสุขภาพ ใช้ชุดเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 ทดสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นของเครื่องมือเช่นเดียวกับระยะที่ 1
 2. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Brief Quality of life) ใช้ชุดเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 ทดสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นของเครื่องมือเช่นเดียวกับระยะที่ 1
 3. โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ซึ่งมีสาระหลัก เช่น การชี้แนะรายบุคคล (Health coaching) เกี่ยวกับโรค การจัดการการเจ็บป่วย การเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และ

ดำเนินการทั้งหมด จำนวน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง (ตั้งภาคผนวก 1) ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

3. เก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดจากเวชระเบียน จำนวน 30 ราย

3.2 ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกการเก็บข้อมูลเข้าพบผู้ป่วยโรคหัวใจวายขณะรอรับการตรวจ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แล้วขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ช่วยวิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อข้องใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3.3 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย

3.4 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายทราบวิธีการโดยละเอียดตามแผนการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่ม

3.5 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีก่อน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวน หรือมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะวัดความดันโลหิตและส่งตรวจพิเศษทางด้านหัวใจในรายที่มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.6 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาเข้าโปรแกรมฯ ตามวันและเวลาที่กำหนด

3.7 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองเข้ากิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้งจนสิ้นสุดโปรแกรม

3.8 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองแต่ละรายตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัส และลงข้อมูลในฐานข้อมูลที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นและนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปรที่คัดสรร เช่น พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้สถิติ paired t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม– 31 สิงหาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 30 ราย ผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี (SD = 11.51) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.0 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 43.3 และอาชีพอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชั้นบนของบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาทถึงร้อยละ 66.67 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 89.63 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย $M = 30.72$ เดือน (SD = 42.63) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.7 รับการรักษาต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 90.0 โดยมีระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 40.19 นาที (SD = 13.48) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	66.7
หญิง	10	33.3
อายุ (M= 48.57, SD = 11.51)		
< 50 ปี	13	43.33
50 - 59 ปี	14	46.67
60 - 69 ปี	2	6.67
≥ 70 ปี	1	3.33
สถานภาพสมรส		
คู่	27	90.0
โสด หม้าย/หย่า/แยก	3	10.0

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			
	รับจ้าง	13	43.3
	ข้าราชการ	4	13.3
	ค้าขาย	3	10.0
	อื่นๆ	10	33.3
สภาพที่อยู่อาศัย			
	ชั้นล่าง	14	46.7
	ชั้นบน	16	53.3
รายได้ (บาท/เดือน) (n=24) (M= 14,675 บาท , SD = 5,997.84)			
	≤ 10000 บาท	7	29.17
	10,001-20,000 บาท	16	66.67
	> 20,000 บาท	1	4.16
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (n=29) (M= 30.72 เดือน , SD = 42.63)			
	< 1 ปี	10	34.48
	1 - 3 ปี	16	55.17
	> 3 ปี	3	10.34
ประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล			
	ไม่เคย	4	13.3
	1 ครั้ง	17	56.7
	2 ครั้ง	8	26.7
	3 ครั้ง	1	3.3
ประวัติการรักษา			
	รักษาต่อเนื่อง	27	90.0
	รักษาไม่ต่อเนื่อง	3	10.0
มีผู้ดูแลช่วยเหลือ			
	ไม่มี	5	16.7
	มี	25	83.3
ระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (n=27) (M= 40.19 นาที , SD = 13.48)			
	≤ 15 นาที	2	7.40
	16-30 นาที	5	18.52
	31-45 นาที	12	44.44
	46-60 นาที	8	29.64

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมี พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 8.90$, $p < .001$) มีพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 3.5488$, $p = .001$) มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 13.26$, $p < .001$) และมีสมรรถนะร่างกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{11} = 3.65$, $p = .004$) ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	D	SDd	T	df	p
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค							
ก่อนการทดลอง	44.47	7.41	1.83	8.08	1.24	29	.224
หลังการทดลอง	46.30	3.42					
พฤติกรรมการดื่ม							
ก่อนการทดลอง	7.63	2.87	0.37	3.61	.56	29	.583
หลังการทดลอง	7.27	1.95					
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย							
ก่อนการทดลอง	13.77	3.93	7.87	4.48	8.90	29	<.001
หลังการทดลอง	21.63	3.11					
พฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด							
ก่อนการทดลอง	31.20	3.57	3.53	4.99	3.88	29	.001
หลังการทดลอง	34.73	3.31					
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป							
ก่อนการทดลอง	7.77	1.22	0.567	2.25	1.38	29	.179
หลังการทดลอง	8.33	1.73					

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	D	SDd	T	df	p
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง							
ก่อนการทดลอง	31.33	4.45	13.87	5.73	13.26	29	<.001
หลังการทดลอง	41.10	3.83					
สมรรถนะร่างกาย (Step count)							
ก่อนการทดลอง	33,280.17	6,363.25	7,530.33	7,143.02	3.65	12	.004
หลังการทดลอง	40,810.50	5,929.64					

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 16.70$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

	Mean	SD	D	SDd	T	df	p
คุณภาพชีวิต							
ก่อนการทดลอง	83.67	7.75	16.70	9.51	9.62	29	<.001
หลังการทดลอง	100.37	5.30					

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมลด ความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย คณะวิจัยพัฒนาโปรแกรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเนื้อหาเป็นการชี้แนะด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย จำนวน 30 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูล ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และอุปกรณ์นับก้าว (Garmin, Viofit) กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ได้รับโปรแกรมลด ความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายนาน 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง วิเคราะห์ ข้อมูลโดยสถิติ paired t-test

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี (SD = 11.51) สถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.0 การประกอบอาชีพ เป็น อาชีพรับจ้างคิดเป็น ร้อยละ 43.3 และอาชีพอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชั้นบนของ บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาทถึงร้อยละ 66.67 มีระยะเวลา การเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็น ร้อยละ 89.63 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย $M = 30.72$ เดือน (SD = 42.63) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.7 รับ การรักษาต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 90.0 โดยมี ระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 40.19 นาที (SD = 13.48)

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมี มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 8.90$, $p < .001$) มีพฤติกรรม การจัดการภาวะเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 3.5488$, $p = .001$) มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 13.26$, $p < .001$) และมีสมรรถนะร่างกาย เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{11} = 3.65$, $p = .004$) ส่วน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติที่ มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

คุณภาพชีวิต

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 16.70$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจฉับพลัน พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา และควบคุมปัจจัยเสี่ยง และมีสมรรถนะร่างกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมที่เน้นการชี้แนะเป็นรายบุคคลที่เป็นกระบวนการที่เพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถของผู้ป่วย ด้วยวิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นการประจบประแจงหรือการฟุ้งเฟ้อและส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจ ให้ผู้ป่วยได้ศึกษาด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิด วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีโอกาสพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเองให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับภาวะเครียด การจัดการกับอาการข้างเคียง ภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangster และคณะ (2015) ศึกษาผลของการฝึกออกกำลังกายร่วมกับประเมนการเคลื่อนไหวและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใช้โปรแกรมการชี้แนะเป็นรายบุคคล ในเรื่องแผนการดำเนินชีวิต เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ความรู้เรื่องอาหารควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย มีการใช้เครื่องนับก้าว สมุดบันทึกเพื่อติดตามรวมถึงแนะนำการออกกำลังกาย ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ความถี่ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($P < .05$) และตรงกันกับการศึกษาโดยการทดลองที่เน้นการชี้แนะในผู้ป่วยให้มีแนวทางในการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวออกแรง ใช้เครื่องนับก้าวประเมนการเคลื่อนไหวพบว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Seghers et al., 2015; Rimmer et al., 2009)

อย่างไรก็ตามตามในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่ามีพฤติกรรมดีขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการรับประทานอาหารเฉพาะโรคและการดูแลตนเองโดยทั่วไป แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย $M = 30.72$ เดือน ($SD = 42.63$) และได้รับการรักษาต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 90.0 จึงได้รับความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคและการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปจากแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มาก่อน ประกอบกับพื้นที่การทำวิจัยอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอาหารที่มีไขมันสูง จึงสามารถหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าวได้ยาก ในส่วนของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพพบว่าลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการลดการดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ แต่เนื่องจากเครื่องดื่ม ได้แก่ ชา กาแฟ น้ำอัดลม เป็นเครื่องดื่มที่มีผลต่อการดื่มน้ำทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องให้เวลานานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในเรื่องคุณภาพชีวิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่เข้าร่วมโปรแกรมที่เน้นการชี้แนะเพื่อปรับพฤติกรรมได้เรียนรู้ในเรื่องโรค เรื่องการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับภาวะเครียด การจัดการกับอาการข้างเคียง ภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กิจกรรมการชี้แนะเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้านจิตใจ ว่าอยู่ระยะใดของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavioral staging) การให้ความรู้ทางโทรศัพท์โดยเฉลี่ย 15-30 นาที เรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านงดการสูบบุหรี่ อาหาร และการออกกำลังกาย การให้คำปรึกษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเสริมแรงจิตใจ ตั้งเป้าหมายพฤติกรรมสัปดาห์ละครั้ง การเน้นย้ำกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปฏิบัติ (Holmes-Rovner, et al., 2008)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โครงการวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มบทบาทการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน โดยการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง มีทักษะในการดูแลตนเองและการเฝ้าระวังการดูแลตนเองเฉพาะโรค ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจวายที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวายในคนไทย โดยมุ่งหวังลดผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาในอนาคต และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ได้แก่

1. พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ไปใช้พัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวายในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชนได้
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำโปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายนี้ไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นหรืออาจเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบ และควรมีระยะเวลาในการศึกษานานขึ้นเพื่อเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

บรรณานุกรม

- ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และคณะ. (2546). ผลของการสอนแนะและการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลและความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล. *สารศิริราช*, 55(12), 721-731.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ พัทธวรรณ ศรีคง. (2556). ภาวะหัวใจวาย: การพยาบาลและคำแนะนำ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*; 27(1): 131-143.
- ประวิชัย ต้นประเสริฐ. (2554). ทำไมต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. *Journalfocus@yahoo.com*, เมษายน (2554) , 29-30.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ไพศาล ลีละชัยกุล. (2550). พยาธิวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจและหลอดเลือด. ใน อารัง จิรจรียาเวช (บรรณาธิการ), *พยาธิวิทยากายวิภาค เล่ม 1* (หน้า 148-293). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เด็อนตุลา.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ และ อรินทยา พรหมินธิกุลรังสฤษฎ์. (มปป). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แบบบูรณาการ*. Retrieved September 7, 2015 from http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CMU%20HF%20Clinicpdf.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2547). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรัง. ใน อภิชาติ สุคนธสรรพ์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Heart: Cardiac diagnosis and treatment* (หน้า 316-335; พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ไอเอ็นดีดี.
- รุ่งระวี นาวีเจริญ ยุพิน อังสุโรจน์ และ สุรีย์พร ธรศิลป์. (2552). ผลของระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*. 92(8),1102-1112.
- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2551). แนวคิดใหม่ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. ใน ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจเล่ม 2*. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วันทนา มณีศิลป์. (2543). *ประสบการณ์เหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบและวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันทนีย แสงวัฒนะรัตน์ . (2545). *ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). หัวใจล้มเหลว (Heart failure). ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (หน้า 202-218; พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:

- โรงพยาบาลแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2014). *Cardiovascular disease Prevention and Cardiac Rehabilitation: update*. From [http://www.thaiheart.org/images/column_1388551165/Update%20Cardiac % 20Prevention%20Rehabilitation %202014.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1388551165/Update%20Cardiac%20Prevention%20Rehabilitation%202014.pdf)
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2554). *สคส. หมอชาวบ้าน 2554(33)* Retrieved From http://www.thaiheart.org/images/Healthy_Habits.pdf
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2546). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ : วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน.
- สุริย์ จันทร์โมลี. (2543). *กลวิธีทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ : มปท.
- American Heart Association. (2004). *Congestive Heart Failure*. Retrieved February 28, 2004, from <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1593>.
- American Heart Association. (2014). *The benefits of daily physical activity*. Retrieved December 28, 2014, from <http://www.americanheart.org/presenter.html?identifier=764>.
- Blanchard, P. N., & Thacker, J. W. (2004). *Effective training systems strategies and practice* (2th ed.). New jersey: Peason Education.
- British Columbia Ministry of Health Services. (2003). *Guidelines & protocols heart failure care*. Retrieved November 1, 2008, from <http://www.gpscbc.ca/system/files/HeartFail-PHGuide.pdf>.
- Brozena, S., & Jessup, M. (2003). The new staging system for heart failure. *Geriatrics*, 56(8), 31-36.
- Byrne, M., Waish, J., & Murphy, A. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior. *Journal Psychosomatic Research*, 58(12), 403-445.
- Francis, G. S., Gassler, J. P., & Sonneckblich, E. H. (2001). Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R. W. Alexander.& R. A. O'Rourke(Eds). *The Heart*, pp. 655-685. RR Donnelley and Sons. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachmand (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, 46(2), 17-30.

- Holmes-Rovner. M., Stommel. M., Corser. W. D., Olomu. A., Holtrop. J.S., Siddiqi. A., & Dune. S.L. (2008). Dose outpatient telephone coaching add to hospital quality improvement following hospitalization for acute coronary syndrome. *Journal of General International Medicine*, 23(9),1464-1470.
- McMurray, S. D., Johnson, G., Davis, S. & McDougall, K. (2002). Diabetes education and care management significantly improve patient outcome in the dialysis unit. *Americans journal of kidney diseases*, 40(3), 566-575.
- Miller, N. H. (1991). Cardiac rehabilitation. In M. R. Kinney, D.R. Packa, K.G. Andreoli, & D.P. Zipes, (Eds.), *Comprehensive cardiac care* (7 th ed.). St.Louis : Mosby.
- Pender, N., J., Murdaugh, C., L., & Parsons, M., A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Perrin, K. O. (2002). Interventions for clients with cardiac problems In: D. D. Ignatavicius, M. L. Workman, (Eds.), *Mediacal-surgical Nursing: Critical Thinking for Collaborative Care* (4th ed., 698-720). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Smeltzer, S. C., Hinkle, J. L., Bare, B. G., & Cheever, K. H. (2010). Chapter 30 management of patients with complications from heart disease. In Smeltzer, S. C (Ed.), *Textbook of medical-surgical nursing volume 1* (pp. 829; 12th ed.). New York: Wolter Kluwer Health.
- Redfield, M. M. (2003). Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: Appreciating the scope of the heart failure epidemic. *Journal Advanced Medicine Administration*, 289(2), 194-202.
- Riegel, B., Cason, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure: *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 29(1), 4-15.
- Rimmer, J. H., Rauworth, A., Wang, E., Heckerling, P. S., & Gerber, B. S. (2009). A randomized controlled trial to increase physical activity and reduce obesity in a predominantly African American group of women with mobility disabilities and severe obesity. *Preventive Medicine*, 48: 473-479.
- Sangster, J., Furber, S., Allman-Farinelli, M., Phongsavan, P., Redfern, J., Haas, M., & Bauman, A. (2015). Effectiveness of a Pedometer-Based Telephone Coaching Program on Weight and Physical Activity for People Referred to a Cardiac Rehabilitation Program: A randomized controlled. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 35(2), 124-129.

- Spross, J. A. (2009). Expert coaching and guidance. In A. B. Hamric, J. A. Spross & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing : An integrative approach*. United states: Saunders Elsevier.
- Taccetta - Chapnick, M. (2002). Using carvedilol to treat heart failure. *Critical Care Nurse*, 22(2), 36-58.
- Tully, K. C. (2002). Cardiovascular disease in older adult. In V. T. Cotter, & N. E. Strumpf (Eds), *Advanced Practice Nursing with Older Adults: Clinical Guideline*. New York: McGraw-Hill.
- Vale, M. J., Jelinek, M. V., Best, J. D., Dart, A. M., Grigg, L. E., Hare, D. L., Ho, B. P., Newman, R. W., & McNeil, J. J. (2003). Coaching patients on achieving cardiovascular health (COACH). *Arch inter med*, 163, 2775-2783.
- Whittemore, R., Melkus, G. D., Sullivan, A. & Grey, M. (2004). A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *The diabetes educator*, 30(5), 795-804.
- Wongpiriyayothar, A. ,Piamjariyakul, U., & Williams, P. D. (2010). Effect of patient teaching, educational materials and coaching using telephone on dyspnea and physical functioning among person with heart failure. *Applied nursing research*, xx, xxx-xxx.
- World Health Organization. (2014) (n.d.). *Benefits of physical activity*. Retrieved December 28, 2014, from http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/
- Yancy, C. W., et al. (2013). 2013 ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association task force on practice guidelines. Retrieved from <http://circ.ahajournals.org/content/128/16/e240.extract>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก

โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

สัปดาห์ ที่	ครั้ง ที่	รายละเอียด	สถานที่	อุปกรณ์
1	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าโปรแกรมตามคุณสมบัติที่กำหนด 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและรับสมัครผู้ป่วยเข้าโครงการวิจัย 3. ให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและขอความเห็นว่าคุณภาพพร้อมที่จะฟื้นฟูหัวใจตามโปรแกรมที่กำหนด 4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย 5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 6. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที 7. ผู้วิจัยสอนวิธีการจับชีพจร 8. ผู้วิจัยขอที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์และแผนที่บ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการติดต่อในอนาคต 	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดคุณภาพชีวิต 2. วิดีทัศน์เรื่องการฟื้นฟูหัวใจด้วยตนเอง 3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน 2. ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่บ้านและความพร้อมในการเดิน 3. ผู้วิจัยสอนวิธีเดินที่ถูกต้อง การสังเกตความผิดปกติและการจัดการความผิดปกติเบื้องต้น 4. ผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้เครื่องมือนับก้าว เพื่อใช้ประกอบในการออกกำลังกายตามโปรแกรม 5. ผู้วิจัยฝึกการเดินที่ถูกต้อง 10-15 นาที วิธีประเมินความผิดปกติและการแก้ปัญหา 	บ้านผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร 2. เครื่องนับก้าว 3. คู่มือการปฏิบัติตัว
2	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยประเมินการเดิน ปัญหาและอุปสรรค ถ้าหากพบปัญหา นักวิจัยช่วยกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สาเหตุและหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม 2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า และปริมาณอาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวัน 3. ผู้วิจัยสอนแนวทางในการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม 	ที่บ้าน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร 2. เครื่องนับก้าว 3. คู่มือการปฏิบัติตัว

สัปดาห์ ที่	ครั้งที่	รายละเอียด	สถานที่	อุปกรณ์
	2	1. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผล ปัญหาและอุปสรรค 1.1 การเดิน 1.2 การปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 2. ถ้าหากพบปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยช่วยกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สาเหตุและหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม	โทรศัพท์	
3	1	1. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและอุปสรรคของการเดิน การ ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 2. ผู้วิจัยถ้าหากพบปัญหา นักวิจัยช่วยกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สาเหตุและหาวิธีการแก้ปัญหาอย่าง เหมาะสม 3. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมจัดการความเครียดและ พฤติกรรมเสี่ยง 4. ผู้วิจัยสอนแนวทางในการปรับพฤติกรรมจัดการ ความเครียดและพฤติกรรมเสี่ยง	ที่บ้าน	1. เครื่องวัดความ ดันโลหิตและซีพจร 2. เครื่องนับก้าว 3. คู่มือการปฏิบัติ ตัว
	2	1. ผู้วิจัยติดตามผลการปรับพฤติกรรมเดิน การ รับประทานอาหารการจัดการความเครียดและ พฤติกรรมเสี่ยง 2. ผู้วิจัยถ้าหากพบปัญหา นักวิจัยช่วยกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สาเหตุและหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม	โทรศัพท์	
4	1	1. ผู้วิจัยติดตามผลการปรับพฤติกรรมเดิน การ รับประทานอาหารการจัดการความเครียดและ พฤติกรรมเสี่ยง 2. ผู้วิจัยถ้าหากพบปัญหา นักวิจัยช่วยกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สาเหตุและหาวิธีการแก้ปัญหาอย่าง เหมาะสม	โทรศัพท์	
	2	1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรม สุขภาพ 2. ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพ 3. ผู้วิจัยประเมินผลจากเครื่องนับก้าว	โรงพยาบาล สมเด็จพระ บรมราชเทวี ณ ศรีราชา หรือที่บ้าน	1. แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพ 2. แบบสอบถาม คุณภาพชีวิต 3. เครื่องวัดความ ดันโลหิตและซีพจร



คู่มือผู้ป่วย เพื่อการฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจ



คณะผู้จัดทำ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์ ดินาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย รัตนกริชากุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วชิราภรณ์ สุนนวงศ์

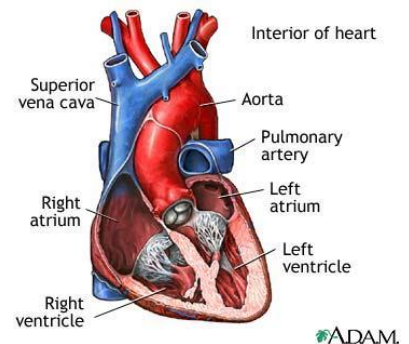
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

นายแพทย์ชัชวาล วัฒนกุล

เอกสารคู่มือผู้ป่วยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานวิจัย “การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ”
ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗

มารู้จักหัวใจกันเถอะ

หัวใจ เป็นอวัยวะที่สำคัญของมนุษย์เนื่องจากทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หัวใจมีขนาดเท่ากำปั้น ตั้งอยู่ภายในช่องอก ค่อนไปทางด้านซ้ายและอยู่ระหว่างปอดทั้ง 2 ข้าง การทำงานของหัวใจมีกลไกที่สลับซับซ้อนจากการทำงานร่วมกันของระบบประสาทอัตโนมัติ



กระแสไฟฟ้าของหัวใจ ปฏิบัติการของเกลือแร่เพื่อควบคุมให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบและคลายตัวเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การทำงานของหัวใจสามารถตรวจสอบจากชีพจรซึ่งในคนปกติชีพจรจะอยู่ระหว่าง 60-110 ครั้งต่อนาที

โรคของหัวใจที่ต้องการการฟื้นฟู

1. โรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพของคนไทย เนื่องจากพบอัตราการเกิดและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากรอย่างมหาศาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ จำนวน 445,300 คน (ยกเว้นกรุงเทพฯ) พบอัตราการตาย 24.3 ต่อประชากรแสนราย หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติเพิ่มขึ้น 3 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้มากกว่าคนปกติเพิ่มขึ้น 7 เท่า จากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี พบว่า คนไทยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น มีโรคอ้วน มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 ในปี 2547 เป็น ร้อยละ 8.4 ในปี 2552 รวมทั้งพบวา พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนไทย เช่น ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด เค็มจัด ชอบเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่และดื่มสุรา ใช้ชีวิตแบบเร่งรีบแข่งขัน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้โดยตรง

2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งของคนไทย เนื่องจากมีอัตราการเกิดอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการการในอันดับต้น ๆ ของคนไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 102,520 ราย ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มเป็น 103,352 ราย ในปี พ.ศ. 2547 และมีอัตราการตายเพิ่มจาก 10.1 รายต่อประชากรแสนราย ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 17.7 รายต่อประชากรแสนราย ในปี 2547 สาเหตุหลักมาจากการแข็งตัวของหลอดเลือด มีไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบและเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ โรคอ้วน มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน จากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี พบคนไทยมีโรคอ้วน มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.4 ในปี พ.ศ. 2552 รวมทั้งยังพบว่าคนไทยจำนวนมากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด เค็มจัด ชอบเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3. โรคหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว

ถึงแม้ว่าจะพบสถิติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในกลุ่มคนไทยยังมีน้อยแต่เนื่องจากภาวะหัวใจวายมักมีความเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งมีแนวโน้มสูงชันอย่างต่อเนื่อง จึงคาดการณ์ว่าอัตราของการเกิดโรคหัวใจวายจะมีแนวโน้มสูงชันในอนาคต โรคหัวใจวายส่วนใหญ่เกิดจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดที่ลดลง โดยพบได้บ่อยในผู้ใหญ่ช่วงอายุ 50 - 59 ปี อัตราการเกิดโรคจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 80 - 89 ปี ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ประมาณร้อยละ 47 จะกลับเข้านอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน ถ้ามีอาการไม่รุนแรงจะมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 5-10 แต่ถ้ามีอาการรุนแรงมากจะมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 30-50 อัตราการตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นสูงภายใน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรค คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจวายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงและการดูแลตนเอง

การทำงานของหัวใจหลังเจ็บป่วย

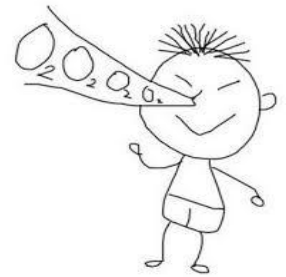
ภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย หัวใจจะปรับตัวเพื่อให้สามารถทำงานได้ใกล้เคียงภาวะปกติก่อนการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงที่พบได้บ่อย ได้แก่

2.1 เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นกลไกชดเชยที่เกิดขึ้นได้ในทันทีทันใดที่เกิดจากการทำงานของของระบบประสาท

2.2 เพิ่มความดันโลหิต นอกจากจะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจแล้ว ร่างกายยังปรับตัวโดยเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกายและพยายามทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจมากขึ้น ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

2.3 กล้ามเนื้อของหัวใจยืดขยาย จากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อบีบเลือดไปเลี้ยงร่างกายเพิ่มขึ้น แต่ในขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ หัวใจจะบีบตัวได้ลดลง

2.4 เพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดแดง ให้มีเลือดมาสู่หัวใจมากขึ้นจะได้ช่วยคงความดันโลหิตและช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจน ภายใต้ภาวะที่มีเลือดออกจากหัวใจน้อยลง หัวใจจึงต้องทำงานมากขึ้น



2.5 เพิ่มการกักเก็บน้ำและเกลือในร่างกาย ในภาวะที่มีเลือดออกจากหัวใจลดลง จะทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ไตจะทำงานได้น้อยลงและเกิดภาวะไตวายในที่สุด ซึ่งในภาวะที่หัวใจวายร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนที่มีฤทธิ์เก็บกักน้ำ จึงทำให้ปริมาณเลือดในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

2.6 เพิ่มขนาดของหัวใจ โดยเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งกล้ามเนื้อหัวใจห้องบนหรือห้องล่างหรือทั้งสองส่วน การเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ดังนั้นเลือดที่สูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจึงลดลง ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ซึ่งการปรับตัวดังกล่าวขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่หัวใจและหลอดเลือด กลไกการชดเชยต่าง ๆ ดังกล่าวจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจ และกลไกสามารถควบคุมได้ เช่น การกักเก็บน้ำและเกลือแร่ที่สามารถควบคุมได้ด้วยวิธีการควบคุมอาหารและน้ำ ดังนั้น ผู้ที่มีปัญหาหัวใจและหลอดเลือด

เลือด ควรมีความรู้ ความเข้าใจ ในการควบคุมกลไก ดังกล่าวเพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ

การดูแลหัวใจด้วยตนเองด้วยการฟื้นฟูหัวใจ

การฟื้นฟูหัวใจด้วยตนเองจะเน้นการลดความเสี่ยงและช่วยปรับระดับประคองการทำงานของหัวใจให้เต็มศักยภาพ การฟื้นฟูหัวใจจะประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินการทำงานของหัวใจ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับคนที่มีโรคหัวใจ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนที่มีโรคหัวใจ การลดหรือจัดการความเครียด การกินยาและพบแพทย์ตามนัด โดยใช้เทคนิคง่าย ๆ ดังต่อไปนี้

1. การประเมินการทำงานของหัวใจและอาการผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถทำได้ด้วยตนเองเพื่อทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถจัดการแก้ไขป้องกันอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าผู้ป่วยทราบถึงวิธีการประเมิน อาการ อาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถแปลความหมายสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ สิ่ง que ผู้ป่วยโรคหัวใจควรประเมินได้ด้วยตนเอง ได้แก่



1.1 การประเมินชีพจรหรือการคลำชีพจร ขณะคลำชีพจรให้สังเกตอัตราการเต้น ความแรง ความเบา ความสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ การคลำชีพจรควรค่าเพื่อเปรียบเทียบความแรงของชีพจรที่คลำทั้ง 2 ข้าง ตำแหน่งที่ควรคลำคือ ตำแหน่งบริเวณข้อมือเป็นตำแหน่งที่นิยมมากที่สุด รองลงมาได้แก่ตำแหน่งข้อพับของแขน ส่วนตำแหน่งเส้นเลือดค่อนข้างใหญ่ที่คลำได้ง่าย คือ ตำแหน่งบริเวณต้นคอ มักจะใช้คลำในกรณีที่คลำเส้นเลือดอื่นแล้วไม่พบชีพจร ชีพจรที่ปกติควรคลำได้ประมาณ 60 – 110 ครั้งต่อนาที วิธีการคลำชีพจร โดยใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง ใช้นิ้วกลางสัมผัสกับชีพจรได้มากกว่าอีก 1 นิ้ว อย่าใช้นิ้วหัวแม่มือ ให้อวัยวะส่วนที่จับ วางลงราบๆ โดยมีที่หนุน อย่ายกแขนผู้ป่วยขึ้นจับ การนับชีพจรควรใช้เวลาครึ่งนาที หรือ 1 นาที ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจ ต้องนับทั้ง 2 ข้าง และนับให้เต็ม 1 นาที ถ้าสงสัยหรือไม่แน่ใจควรเริ่มนับใหม่



1.2 ประเมินอาการหายใจลำบาก พบได้บ่อย เป็นการหายใจได้ตื้นหรือหายใจได้ลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่าร่างกายกำลังเผชิญกับอันตราย สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคหัวใจ คือปอดมีเลือดคั่งและการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากขณะพักหรือและขณะออกแรง อาการจะหายไปเมื่อได้พัก บางรายอาจมีอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ หรือมีอาการหายใจลำบากในตอนกลางคืน ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินอาการเหนื่อยหอบได้จากการที่ต้องออกแรง รู้สึกหายใจไม่พอ ไม่เต็มอิ่ม ไม่โล่ง หายใจไม่ทันหรือต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจและไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้



1.3 ประเมินอาการบวมและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นอาการที่พบได้บ่อย เนื่องจากเลือดคั่งตามหลอดเลือดส่วนปลายหรือส่วนต่ำของร่างกายแสดงถึงการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจได้ไม่ดี ในระยะแรกอาจสังเกตไม่เห็น แต่จะทราบได้จากการชั่งน้ำหนักตัว เมื่อมีอาการหัวใจรุนแรงมากขึ้นจะสังเกตอาการบวมได้ง่ายขึ้น บางรายอาจจะบวมทั้งตัว โดย

สังเกตจากบริเวณแขน ขา ใบหน้า อวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก และมีภาวะท้องมาน ผู้ป่วยสามารถประเมินโดยการชั่งน้ำหนัก หรือสังเกตอาการบวมกดบุ๋มที่หลังเท้า ข้อเท้า หน้าแข้ง เมื่อนั่งหรือยืนเป็นเวลานาน ๆ ถ้าอาการไม่รุนแรงจะสามารถคืนสู่สภาพปกติได้ แต่หากมีอาการรุนแรงมากจะมีอาการบวมกดบุ๋มและไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้

1.4 ประเมินอาการใจสั่น เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกสั่นในอกหรือมีการเต้นผิดปกติของหัวใจ ผู้ป่วยมักจะรู้สึกเหมือนหัวใจเต้นเร็ว มีการกระโดดหรือคล้ายสะดุดของจังหวะการเต้น หรือมีอาการวูบคล้ายหัวใจหยุดเต้นมีอาการหัวใจเต้นแรง ซึ่งอาการใจสั่นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากการเต้นผิดจังหวะทั้งชนิดเต้นช้าและเร็ว จากการบีบตัวของหัวใจที่แรงมาก (เหมือนกับความรู้สึกเมื่อดื่มชา กาแฟ หรือขณะมีความเครียดสูงของอารมณ์และร่างกาย) หรือมีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ครั้งผู้ป่วยสามารถประเมินอาการใจสั่นโดยการคลำชีพจร เพื่อดูอัตราการเต้น ความแรง ความเบา ความสม่ำเสมอ การคลำชีพจรควรเปรียบเทียบความแรงของชีพจรที่คลำได้ทั้ง 2 ข้าง





1.5 ประเมินอาการเจ็บหน้าอก อาจเกิดขึ้นได้

หลายสาเหตุ เช่น จากปอด จิตใจ ทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งแต่ละสาเหตุมีกลไก ลักษณะการเกิด ความรุนแรงและอันตรายที่แตกต่างกัน แต่อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากหัวใจ จะมีลักษณะการเจ็บอกแน่น

เจ็บแน่นที่มีบริเวณกว้าง ไม่สามารถระบุขอบเขตได้อย่างชัดเจน และอาจเจ็บร้าวไปยังส่วนอื่นที่อยู่ไกลออกไปจากตำแหน่งเดิม เช่น ต้นแขน ไหล่ หลังขากรรไกร หรือกราม ซึ่งการเจ็บหน้าอกจากหัวใจจะทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเองจากลักษณะของความเจ็บปวดที่เป็นแบบถูกบีบรัด อึดอัดในหน้าอก อาการปวดมักจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น แม้ขณะพักอาการเจ็บปวดก็ไม่ลดลง ตำแหน่งที่เจ็บ มักเป็นบริเวณใต้กระดูกหน้าอก ค่อนมาทางซ้ายที่เจ็บปวดจะกว้าง ไม่สามารถชี้จุดเจ็บปวดที่ชัดเจนได้ ระยะเวลาของอาการปวดเจ็บแน่นหน้าอก จะมีเวลาไม่ต่ำกว่าครึ่งนาทีและไม่นานกว่า 30 นาที ส่วนใหญ่อาการปวดจะหายไปในเวลา 5 – 15 นาที

2. บริโภคอาหารและน้ำที่เหมาะสมกับคนที่มี

โรคหัวใจ การรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมกับโรคหัวใจ จะสามารถลดความรุนแรงของโรคหัวใจที่เกิดขึ้นได้ การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม ดังนี้



2.1 จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม/ เกลือโซเดียม

ผู้ป่วยจำเป็นต้องจำกัดอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารมีปริมาณโซเดียมหรือเกลือแกงสูง ทำให้ดื่มน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ของเหลวในร่างกายมีปริมาตรมากขึ้น ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น หัวใจจึงต้องทำงานหนักมากขึ้น ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเกิดภาวะหัวใจวาย บวม หรือหอบเหนื่อยตามมาได้ ผู้ป่วยโรคหัวใจควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือรับประทานอาหารที่รสเค็มน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ควรจำกัดเกลือรับประทานไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา ควรหลีกเลี่ยงหลีกเลี่ยงปลาเค็ม อาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง อาหารหมักดองต่างๆ เต้าเจี้ยว ซอสรสเค็ม กะปิ ผงชูรส ผงกันบูด เป็นต้น

2.2 จำกัดอาหารที่ไขมันสูง หลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันอิ่มตัวเพราะจะเพิ่มโคเลสเตอรอลในร่างกาย ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ แข็งและเปราะขาดความ

ยึดหยุ่น ทำให้โรคหัวใจรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น อาหารที่มีไขมันสูงที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ปนม้วน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู เนื้อหมู หรือเนื้อวัวติดมัน หนังไก่ หนังเป็ด เครื่องในสัตว์ สมองสัตว์ ไขมันจากสัตว์เช่น น้ำมันหมู เนย นม และผลิตภัณฑ์จากนม เช่น โยเกิร์ต น้ำมันพืชบางชนิด ได้แก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และกะทิ อาหารทะเลบางชนิดเช่น ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น หลีกเลี่ยงการประกอบอาหาร โดยการทอดหรือผัด อาหารจานด่วนบางชนิดเช่น พิซซ่า เป็นต้น ควรปรุงอาหารด้วยการต้มหรือนึ่งแทน

2.3 อาหารประเภทโปรตีน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทานอาหารโปรตีน โดยเฉพาะประเภทเนื้อปลาเนื่องจากมีไขมันต่ำ ย่อยง่าย และมีกรดไขมัน และควรรับประทานโปรตีนจากถั่วประเภทต่างๆ ซึ่งสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ประมาณร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับโปรตีนจากสัตว์

2.4 เลือกอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ผ่านกระบวนการ ได้แก่ ข้าว แป้ง ธัญพืชต่างๆ หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน ไอศกรีม เนื่องจากจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบและแข็งตัว

2.5 รับประทานผักและผลไม้ ควรรับประทานผักและผลไม้ที่สดใหม่และเป็นผลไม้ ที่มีรสไม่หวานจัด จะช่วยในกระบวนการย่อยและการดูดซึมทำให้การขับถ่ายปกติ ลดอาการท้องผูก ที่ต้องใช้แรงเบ่งมากขณะถ่าย ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มมากขึ้น จนเกิดอาการเจ็บหน้าอก ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ นอกจากนี้อาหารที่มีเส้นใยจะทำให้รู้สึกอิ่มเร็วช่วยดูดซับน้ำตาล และช่วยลดการดูดซึมไขมัน จึงสามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้



2.6 จำกัดการดื่มน้ำ ในภาวะปกติควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว แต่ในผู้ป่วยโรคหัวใจควรดื่มน้ำประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตร การดื่มน้ำยังช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้นลดปัญหาภาวะท้องผูก ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้แรงเบ่ง ทำให้เพิ่มความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้



นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหัวใจควรสังเกตอาการน้ำเกินของตนเองร่วมด้วย เช่น อาการบวม น้ำหนักตัวขึ้นเร็ว ปัสสาวะออกน้อย ตื่นมาหอบตอนกลางคืน หรือเวลานอนใช้หมอนหนุนสองใบ เป็นต้น

2.7 งดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เพราะจะกระตุ้นให้หลอดเลือดมีการหดตัวและเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้

2.8 งดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่เป็นตัวกระตุ้น ที่ทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น

โดยสรุปผู้ป่วยโรคหัวใจควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อให้เหมาะกับโรค ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานอาหารประเภทโปรตีนจากเนื้อปลาและโปรตีนจากพืช จำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม และอาหารที่มีรสเค็ม ควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน



3. ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนที่มีโรคหัวใจ การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะทำให้หัวใจทำงานดีขึ้น ร่างกายสามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้ดีขึ้น ช่วยลดอาการต่างๆ ลดความเครียด เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ทำให้สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้น มีสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เหมาะสมที่สุด คือ “การเดิน” ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี สามารถทำได้ง่าย สะดวก ควรทำทุก ๆ วันหรือเกือบทุกวันอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที หรือออกกำลังกายสะสม 150 นาทีต่อสัปดาห์

การเดินที่ถูกวิธี สามารถทำได้ทุกสถานการณ์ทั้งบนถนน ทางเท้า หรือลู่วิ่ง ซึ่งการเดินที่ถูกต้อง “ควรเดินเร็ว ๆ ก้าวเท้าถี่ ๆ แกว่งแขนแรง ๆ มีความต่อเนื่อง เดินแล้วมีเหงื่อออก” ก่อนเดินทุกครั้งควรอบอุ่นร่างกาย ยืดเส้นยืดสายเพื่อให้ระบบต่างๆ ในร่างกายเตรียมพร้อมระบบต่างๆ และยังช่วยป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อ



เทคนิคการเดินที่ถูกวิธีมีดังนี้

1) ท่าเดินที่เหมาะสม ศีรษะและลำตัวตรง ตามองตรงไปข้างหน้า หลีกเลี่ยงการเดินก้มหน้าเดิน ซึ่งท่าทางเดินที่ดีจะช่วยทำให้มีการหายใจได้สะดวก ลดอาการปวดตึงที่คอและหลัง

2) จังหวะการก้าวเดินควรลงส้นเท้าก่อนแล้วค่อยทิ้งน้ำหนักตัวไปข้างหน้า เท้าหลังยกขึ้นเพื่อส่งตัวออกไปข้างหน้า

3) ควรแกว่งแขน ในทิศทางตรงข้ามกับขา ควรให้ข้อศอกอยู่ติดกับลำตัวมากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้เผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น และช่วยในการทรงตัวในขณะที่เดิน

4) ขณะเดินต้องไม่เกร็ง หรือห่อไหล่ ควรงอข้อศอกประมาณ 90 องศา และกำมือหลวมๆ ขณะเดินออกกำลังกาย

5) เมื่อต้องการก้าวเท้าให้เร็วขึ้น ควรก้าวเท้าให้ถี่ขึ้นด้วย ไม่ควรที่จะสาวเท้ายาวเกินกว่าปกติ เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อที่สะโพกหรือขาได้

ก่อนที่จะหยุดเดิน ควรมีการผ่อนคลาย โดยการเดินช้าลงหรือยืดเส้นยืดสายอีกครั้งเพื่อช่วยให้ระบบต่างๆ ค่อยๆลดการทำงานลง เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติ

ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจต้องตรวจสอบอาการปกติที่อาจพบได้ขณะออกกำลังกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นจนมีอาการใจสั่น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นจนพูดคุ้ยไม่ได้ เหนื่อยออก อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อซึ่งมักพบใน 2-3 วันแรกของการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหัวใจจะต้องไม่หักโหมและรู้ข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกาย เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ เหนื่อยมาจนพูดไม่ออก หายใจสั้นๆ ถี่มาก ๆ เป็นตะคริว เมื่อยตัว ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง มีเหงื่อออกมากหลังออกกำลังกาย มีอาการล้าและหมดแรง เป็นต้น



4. การลดความเครียดและการผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจได้ผ่อนคลายความตึงเครียด สามารถใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ความเครียดสูงทำให้ร่างกายมีการตอบสนองลดลง เทคนิคในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ นั่งสมาธิ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ นอนหลับพักผ่อน เป็นต้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอ

เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดโดยเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบ วิธีง่ายๆ สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ดังนี้

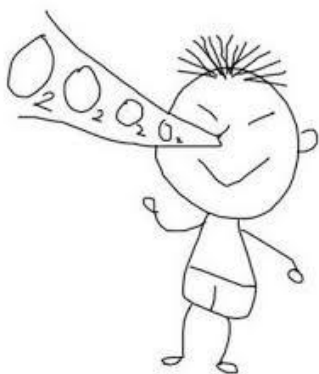
4.1 ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ โดยกลุ่มกล้ามเนื้อที่ควรฝึกเกร็ง คือ แขน ขา ใบหน้า หน้าท้อง วิธีการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ นั่งในท่าสบายเกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทุกกลุ่ม เช่น เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขน ทั้งซ้ายขวาแล้วปล่อย



4.2 ฝึกการหายใจ ฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องเมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออก หน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะรู้ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกตการหายใจเข้าและหายใจออกควรหายใจเข้าลึกๆ และช้าๆ กลั้นไว้ชั่วครู่แล้วจึงหายใจออกลองฝึกเป็นประจำทุกวัน การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่อ้วนหงายหงายนอน



4.3 การทำสมาธิเบื้องต้น โดยเลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน ห้องทำงานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือมุมสงบในบ้าน นั่งขัดสมาธิ หรือจะนั่งพับเพียบก็ได้ กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากระทบปลายจมูก หรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออกหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ



4.4 การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนช่วยให้สดชื่น ก่อนนอนควรเลือกสถานที่และเครื่องนอนที่สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะ ไม่มีเสียงหรือแสงที่รบกวน ก่อนนอนควรทำจิตใจให้สดชื่น ผ่อนคลายเครียด

4.5 การนวด การนวดเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และทำให้เลือดลมสูบฉีดและผ่อนคลาย ทำนวดง่ายๆ ที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การนวดศีรษะ การนวดไหล่คลายเครียด เป็นต้น

5. รับประทานยาต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด ซึ่งยาที่ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับในความเป็นจริงไม่มียาตัวไหนที่สามารถรักษาโรคหัวใจให้หายขาดได้ แต่การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ควบคุมอาการของโรคหัวใจไม่ให้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยยาทั้งหมดสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มๆ ได้ดังนี้

5.1 ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ยาอมใต้ลิ้น ยาขยายหลอดเลือด ยาต้านแคลเซียม ยาที่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยาลดการบีบตัวและอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจคลายตัว ลดการใช้ออกซิเจน และลดอาการเจ็บหน้าอก **ยาในกลุ่มนี้ต้องพกพาไว้ติดตัวตลอดเวลา**

5.2 ยาต้านเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน โคพิโตเกรล จะช่วยป้องกันการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น

5.3 ยาลดไขมัน เนื่องจากภาวะไขมันสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โรครมีความรุนแรงมากขึ้น การลดไขมันเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจป้องกันความรุนแรงของโรค

5.4 ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ เป็นยาที่ช่วยลดอัตราการเต้นหรือควบคุม



การเต้นของหัวใจให้อย่างในช่วงปกติ ยาลดความดันเลือด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยากันเบต้า ยาขยายหลอดเลือด ยาต้านแองจิโอเทนซิน เป็นต้น

5.5 ยาอื่น ๆ เช่น ยาระงับปวด ยาระงับความวิตกกังวล โดยถ้าผู้ป่วยโรคหัวใจมีอาการเครียดจะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการออกซิเจนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามมา

5.6 ยารักษาโรคร่วม เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคเกาต์ เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและมาตรวจตามนัดทุกครั้งเพื่อติดตามอาการ ความรุนแรงของโรคหัวใจ และปรับยาได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา ทราบผลข้างเคียงของยาที่ตนใช้รักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและไม่หยุดยาด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่มักจะได้รับยาหลายชนิด ทำให้เกิดปัญหาหยุดยาเอง ลืมรับประทานยา ดังนั้นผู้ป่วยโรคหัวใจจึงควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง หากพบอาการข้างเคียงจากยา ต้องปรึกษาแพทย์

2. คิดว่ายายเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากการรักษาโรคหัวใจกลุ่มนี้ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เพราะไม่มีอาการ และเป้าหมายในการรักษา ควรปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพ
3. ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ตรงตามมื้ออาหาร
4. ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์
5. หากมีอาการรับประทานยา ไม่ควรนำไปรวมกับมื้อถัดไปเพราะอาจได้รับยามากเกินไป

.....

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2556). [การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเครียด](#). วันที่ค้นข้อมูล 2 กุมภาพันธ์ 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=323>
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพและรังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์ (2547). *Heart Failure*. เชียงใหม่: โอแอมเมอร์เกโน เซอร์แอนด์เวอร์ไทซิง.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2551). *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิศาล คันธรัตน์กุลและภาริส วงศ์แพทย์. (2543). *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วันที่ค้นข้อมูล 25 กันยายน 2551 เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiheart.org>.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วันที่ค้นข้อมูล 2 กุมภาพันธ์ 2558 เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- Castelein, P., & Ross, K. J. (1995). Satisfaction and cardiac lifestyle. *Journal Advanced Nursing*, 21(5), 498-505.
- Colonna, P., Sorino, M., D'Agostino, C., Bovenzi, F., Luca, L., & Arrigo, F. (2003). Nonpharmacologic care of heart failure: Counseling, dietary restriction, Rehabilitation treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. *The American Journal of Cardiology*, 91(9), 41-50.

ประวัติคณะผู้วิจัย

1.หัวหน้าโครงการวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล

Assistant Professor Somsamai Rattanagreethakul, Dr.P.H., RN

หน่วยงานที่สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-102843

E-mail: somsamai@buu.ac.th

ประวัติการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, 2526

วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534

สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น), 2553

2.ผู้ร่วมวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน

Associate Professor Aporn Deenan, Ph.D., RN

หน่วยงานที่สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2892 โทรสาร 038-393476

โทรศัพท์มือถือ 081-611-6225

E-mail: aporn@buu.ac.th

ประวัติการศึกษา

Ph.D. (Nursing), Saint Louis University, 2546

วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533

คศ.บ. (โภชนาการชุมชน), มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2527

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง, วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า
จันทบุรี, 2525

3.ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงวน ธาณี

Assistant professor Sanguan Thanee, Ph.D., RN

หน่วยงานที่สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2892 โทรสาร 038-393476

E-mail: tsanguan2002@yahoo.com

ประวัติการศึกษา

ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547

ศษ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537

วท.บ. (พยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2530

4.ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วชิราภรณ์ สุนนวงศ์

Assistant Professor Wachiraporn Sumonwong, RN

หน่วยงานที่สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2892 โทรสาร 038-393476

E-mail: wachirsu@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2532

5.ผู้ร่วมวิจัย

นายแพทย์ชัชวาล วัตนะกุล

Chatchawal Wattanakul, MD. M.Sc

หน่วยงานที่สังกัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

290 ถนนเฉลิมจอมพล อ. ศรีราชา จ.ชลบุรี 20110

โทรศัพท์ 038-322157-9, 038-312890-2

E-mail address: ycwattana@yahoo.com

ประวัติการศึกษา:

October 2004 - March 2005 Mini MBA in health Chulalongkorn University,
Bangkok, Thailand

1989-1993 Internal medicine Residency Chiangmai University,
Chiangmai, Thailand

1983-1989 M.D., Doctor of medicine Chiangmai University,
Chiangmai, Thailand

1989-1990 M.Sc., Master degree of Science (medicine) Chiangmai
University, Chiangmai, Thailand

Certificate and licensure

February 2003 Diploma, Thai Board of family medicine

July 1993 Diploma, Thai Board of internal Medicine

April 1989 Medical License of Thailand