

พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลัง การขยายหลอดเลือดหัวใจ

Behaviors to Prevent Heart Attack Recurrence in Patients with Acute Myocardial Infarction After Revascularization

ภัทรสิริ พจมานพงศ์^{1*}, จารุวรรณ กฤตย์ประชา² และทิพมาส ชินวงศ์³

Pattarasiri Potjamanpong, Charuwan Kritpracha and Tippamas Chinnawong

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

This descriptive study was aimed to describe behaviors to prevent heart attack recurrence in patients with acute myocardial infarction after revascularization. Thirty participants were recruited from a tertiary hospital in Southern Thailand. The research instruments were 1) demographic questionnaires 2) illness history 3) behaviors to prevent heart attack recurrence questionnaires. The scale-level content validity index of prevent heart attack recurrence questionnaires validated by 3 experts were 0.94. Reliability was tested and yielded Cronbach's alpha coefficient of 0.73. The data were analyzed using descriptive statistic.

Results revealed that, with possible score of 0 – 4, the mean total score of behaviors to prevent heart attack recurrence were at a high level ($M = 70.43$, $SD = 11.69$). Regarding each dimension of the behaviors, patients reported behavior of diet dimension at a high level ($M = 28.43$, $SD = 5.03$), exercise and rest dimension at a moderate level ($M = 13.57$, $SD = 5.48$), stress management dimension at a high level ($M = 9.53$, $SD = 1.96$), treatment dimension at a high level ($M = 18.90$, $SD = 5.23$).

Results from this descriptive study include patient reported overall score of behaviors score to prevent heart attack recurrence high level with difference level of is dimension. Knowledge obtained this researched study will be useful to scope out for intervention study to promote acute myocardial infarction patients, to prevent heart attack recurrence.

Keywords: behaviors, prevent heart attack recurrence, acute myocardial infarction, revascularization

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาาระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 รายซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ 0.94 และทดสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายในการทดสอบข้อมูลทั่วไป แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 70.43, SD = 11.69$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำรายด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูง ($M = 28.43, SD = 5.03$) ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 13.57, SD = 5.48$) ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ($M = 9.53, SD = 1.96$) และด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาอยู่ในระดับสูง ($M = 18.90, SD = 5.23$)

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำภาพรวมในระดับสูงและมีความแตกต่างกันในแต่ละด้านของพฤติกรรม ซึ่งความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการสร้างแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ

คำสำคัญ: พฤติกรรม, ป้องกันหัวใจกำเริบซ้ำ, กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, การขยายหลอดเลือดหัวใจ

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตสูงถึงปีละ 17.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนทั่วโลก (World Heart Organization, 2011) สำหรับสถิติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวน 159,176 ราย และเพิ่มจำนวนเป็น 253,016 ราย ในปี 2553 (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค, 2553) ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีไขมันไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดจนเกิดการอุดตัน เมื่อก่อนไขมันมีการฉีกขาดหรือปริแตกทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Levine et al., 2011) ในปัจจุบันการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีหลากหลายวิธีมีความทันสมัยและประสิทธิภาพแต่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการกำเริบซ้ำของโรคหัวใจเนื่องจากหลังการรักษาผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย (Giglioli et al., 2009)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการกำเริบซ้ำของโรคหัวใจ ซึ่งสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติตัวหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดการกำเริบซ้ำของโรคหัวใจ (Smith et al., 2005) ประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการบริโภคอาหารซึ่งมีความสัมพันธ์กับการควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูงและภาวะความดันโลหิตสูง ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการปฏิบัติตัวในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำมีมากมาย เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การปรับตัว คุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกาย เป็นต้น แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาถึงพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจกำเริบซ้ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

แนวคิด ทฤษฎี กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวทางการปฏิบัติตัวของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาในการปฏิบัติตัวหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อเป็นการลดการกำเริบซ้ำของโรคหัวใจ (Smith et al., 2005) ประกอบด้วย

ด้านการบริโภคอาหาร เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและภาวะความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด มัน เค็มหรือหวานจัด

ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของหลอดเลือดโดยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการประเมินความหนักเบาในการออกกำลังกาย มีการเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงก่อนและหลังออกกำลังกาย เช่น การประเมินระดับความเหนื่อย จับชีพจร การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น เหนื่อย แน่นหน้าอก ส่วนด้านการพักผ่อนสามารถพักผ่อนได้เพียงพอ

ด้านการจัดการกับความเครียด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้วิตกกังวลหรือการผ่อนคลาย ระบายได้อย่างเหมาะสม

ด้านการปฏิบัติตัวในการรักษา ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ การรับประทานยาละลายลิ่มเลือดสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก การมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจยังคงมีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคหัวใจซ้ำได้ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคและอาการกำเริบซ้ำของโรคได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ กำหนดขนาดกลุ่มผู้ป่วย 30 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป (เป็นเกณฑ์บรรลุนิติภาวะสามารถเลือกกระทำและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง)
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก
4. ความรุนแรงของโรคหัวใจไม่เกินระดับ 2 ตามเกณฑ์สมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (NYHA FC I - II)
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ผู้ดูแลอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิในการรักษา

2. แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ การได้รับความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ผลการตรวจร่างกายก่อนหรือขณะทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือด โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของอรนุช เขียวสะอาด (2544) แล้วนำมาดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือด รวมข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนจำนวน 7 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียดจำนวน 3 ข้อ ด้านการปฏิบัติตัวและการรักษาจำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดย 0 หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด จนถึง 4 หมายถึงปฏิบัติมากที่สุด การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2546) ดังนี้

คะแนน 0 – 1.3 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 1.4 – 2.6 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2.7 – 4.0 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอยู่ในระดับสูง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ 0.94 และทดสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.73

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบโดยเริ่มจากขั้นตอนการแนะนำตนเอง บอกชื่อ งานวิจัยพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับในการบันทึกข้อมูลโดยไม่มีภาระของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะใช้วิธีการใส่รหัสแทนพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการได้รับบริการทางการแพทย์ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับมีการนำเสนอในภาพรวม ในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะยกเลิกหรือออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การรักษาและการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบซ้ำโดยใช้ สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) มีอายุเฉลี่ย 62 ปี (SD = 10.56) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 76) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 86.7) และมีผู้ดูแลหลักคือสามีและ/หรือ ภรรยา (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 33) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 10000 บาท (ร้อยละ 23.3) ใช้สิทธิในการรักษา คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 55)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย

ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจมีส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 1.61 (SD= 0.14) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73) คือ โรคไขมันในเลือดสูงและโรค ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 27.3) มียาที่ใช้ประจำ (ร้อยละ 89) ส่วนใหญ่เป็นยาต้านเกล็ดเลือดเพียงชนิดเดียว (ร้อยละ 15.4) และยังไม่เคยได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 67) การได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ จากแพทย์ (ร้อยละ 56) มีระดับสมรรถภาพของหัวใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 (ร้อยละ 57) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 63) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 70) ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 80) ผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับคอเลสเตอรอลส่วนใหญ่น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ร้อยละ 75) ระดับ

ไตรกลีเซอไรด์ส่วนใหญ่มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดลิตร (ร้อยละ 63) ระดับไขมันแอล ดี แอลส่วนใหญ่มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดลิตร (ร้อยละ 63) ระดับไขมันชนิดเอช ดี แอลส่วนใหญ่น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดลิตร (ร้อยละ 75) ระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่น้อยกว่า 110 มิลลิกรัมต่อเดลิตร (ร้อยละ 40)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือด

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 70.43, SD = 11.69$) และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำรายด้านที่อยู่ในระดับสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ($M = 28.43, SD = 5.03$) ด้านการจัดการกับความเครียด ($M = 9.53, SD = 1.96$) ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา ($M = 18.90, SD = 5.23$) และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำรายด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ($M = 13.57, SD = 5.48$) (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า

ด้านการบริโภคอาหาร ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักต่างๆ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำดื่มรสจืดหรือน้ำดื่มรสหวาน (เช่น น้ำดื่มรสจืดหรือน้ำดื่มรสหวาน) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู แกงกะทิ และอาหารที่ปรุงจากไขแดงหรือไขทั้งฟอง เป็นต้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ลำไย ขนุน ละมุด ทูเรียน ขนมหวาน ขนมห่อยต่างๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ผักกาดดอง เป็นต้น ($M = 2.37, SD = 1.18, M = 2.43, SD = 0.89, M = 2.47, SD = 1.04$ ตามลำดับ)

ด้านการจัดการกับความเครียด ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำสูงที่สุด คือ การใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พูกระบายความรู้สึกกับคนคุ้นเคยได้เมื่อท่านไม่สบายใจ ($M = 3.43, SD = 0.89$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำต่ำสุด คือ การหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับหรือยาคลายความวิตกกังวลนอกเหนือจากแพทย์สั่ง ($M = 2.97, SD = 1.37$)

ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไม่ทำการลดหรือเพิ่มหรือหยุดยาเอง การไปรับการตรวจทุกครั้งตามแพทย์นัดหรือไปตรวจก่อนถึงวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ การรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสม่ำเสมอ ($M = 3.37, SD = 1.18, M = 3.33, SD = 1.2, M = 3.27, SD = 1.38$ ตามลำดับ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำต่ำที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บอก เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ อากาศเย็น ภาวะเครียด หรือการอยู่ในชุมชนแออัด เป็นต้น, ติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตัวหรือพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน, ขอคำปรึกษาแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพทุกครั้ง ($M = 2.7, SD = 1.11, M = 2.97, SD = 1.12, M = 3.27, SD = 1.23$ ตามลำดับ)

ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง, หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ปฏิบัติตามขั้นตอนในการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม เริ่มจากช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและช่วงผ่อนคลายหรือช่วงเตรียมหยุด ($M = 3.27, SD = 0.94, M = 2.47, SD = 1.54, M = 2.1, SD = 1.34$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำต่ำที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจลำบาก หน้ามืด เป็นต้น, จับชีพจรทุกครั้งก่อนออกกำลังกายหากชีพจรเพิ่มขึ้นมากกว่า 20 ครั้งต่อนาทีจากขณะพักท่านจะค่อยๆหยุดการออกกำลังกาย, จับชีพจรทุกครั้งหลังออกกำลังกายหากชีพจรเพิ่มขึ้นมากกว่า 20 ครั้งต่อนาทีจากขณะพัก ($M = 1.2, SD = 1.32, M = 1.23, SD = 1.45, M = 1.4, SD = 1.32$)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำโดยรวม และด้านการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาการออกกำลังกาย การพักผ่อน

พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ	M	SD	ระดับ
โดยรวม	70.43	11.69	สูง
รายด้าน			
- การบริโภคอาหาร	28.43	5.03	สูง
- การจัดการกับความเครียด	9.53	1.96	สูง
- การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา	18.90	5.23	สูง
- การออกกำลังกายและการพักผ่อน	13.57	5.48	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังซึ่งในช่วงแรกหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะมีปฏิริยาด้านจิตใจและมีพฤติกรรมตอบสนอง ได้แก่ ความวิตกกังวล กลัวการกำเริบซ้ำของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้นและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ (ขวัญใจ, 2552; Park, Kim, Her et al., 2012) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ($M = 28.43, SD = 5.03$) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง คือ การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักต่างๆ ($M = 3.43, SD = 0.81$) ซึ่งจากการศึกษาของโบอิง (Boeing et al., 2012) พบว่า การรับประทานอาหารผักและผลไม้มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ป้องกันกระบวนการอักเสบ และลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอันดับสองและอยู่ในระดับสูง คือการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ($M = 3.2, SD = 1.27$) เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเพิ่มของไลโปโปรตีน ไพบริโนเจนและการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Mukamal et al., 2005)

ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 13.57, SD = 5.48$) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง คือ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง ($M = 3.27, SD = 0.94$) เนื่องจากขณะนอนหลับจะมีกระบวนการชดเชยพลังงานและซ่อมแซมร่างกายส่วนที่สึกหรอ (จิราพร, 2549) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอันดับสองและอยู่ในระดับปานกลาง คือ หลีกเลียงการออกกำลังกายหลังจากรับประทานอาหารใหม่ๆ ($M = 2.47, SD = 1.54$) ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมคือเวลาหลังตื่นนอนตอนเช้าและตอนเย็นควรปฏิบัติก่อนรับประทานอาหาร 30 นาทีหรืออย่างน้อย 1 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารแล้ว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553)

ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี ($M = 9.53, SD = 1.96$) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง คือ ใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พูกระบายความรู้สึกกับคนคุ้นเคยได้เมื่อท่านไม่สบายใจ ($M = 3.43, SD = 0.89$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอันดับสองและอยู่ในระดับสูง คือ การควบคุมและจัดการกับความเครียด ($M = 3.13, SD = 1.0$) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่และสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 60) ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง คอยเป็นที่ปรึกษา ซึ่งจากการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง และคณะ (2548) พบว่าสถานภาพมีความสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60 จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่

ด้านการปฏิบัติตัวและการรักษาอยู่ในระดับดี ($M = 18.90, SD = 5.48$) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง คือ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไม่ทำการลดหรือเพิ่มหรือหยุดยาเอง ($M = 3.37, SD = 1.18$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอันดับสองและอยู่ในระดับสูง คือ การไปรับการตรวจทุกครั้งตามแพทย์นัดหรือไปตรวจก่อนถึงวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ ($M = 3.33, SD = 1.2$) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยของเป็น (2550) พบว่าผู้ป่วยรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาหรือควบคุมอาการได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตลอดจนการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในการศึกษาระยะยาว(เพื่อทราบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม)
2. ศึกษาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

ขวัญใจ แจ่มสร้อย. (2552). หัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดวิทยาสาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เทพนิมิตการพิมพ์.

- เป็น รักเกิด. (2550). การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วาสนา คุรุทเมือง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และดวงฤดี ลาคุชะ. (2548). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 32(4), 53 - 68.
- สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค. (2553). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2554-2553. เข้าถึงวันที่ 24 กันยายน, 2555, จาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและ หลอดเลือด. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.
- อรนุช เขียวสะอาด.(2544). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., et al. (2012). Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *European Journal of Nutrition*, 51(6), 637 – 663.
- Giglioli, C., Valente, S., Margheri, M., Comeglio, M., Chiostrì, M., Romano, S. M., et al. (2009). An angiographic evaluation of restenosis rate at a six-month follow-up of patients with ST-elevation myocardial infarction submitted to primary percutaneous coronary intervention. *International Journal of Cardiology*, 131, 362 – 369.
- Levine, N. G., Bates, R. E., Blankenship, C. J., et al. (2011). 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention A Report of the American College of cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation*, 124, e574 - e651.
- Mukamal, K. J., Massaro, J. M., Ault, K. A., Mittleman, M. A., Sutherland, P.A., Lipinska, I., et al. (2005). Alcohol consumption and platelet activation and aggregation among women and men: The Framingham Offspring Study. *Alcohol and Platelet Activation*, 29(10), 1906 -1912.
- Smith, S. C., Feldman, T. E., Hirshfeld, J. W., Jacobs, A. K., Kern, M. J., King, S. B., et al. (2005). American heart association, ACC/AHA/ACAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention. *American Heart Association*, 67(1), 87 - 112.
- Park, W. M., Kim, H. J., Her, H. S., Cho, S. J. Choi, S. M., Gwoen, G. T., et al. (2012). Effects of Percutaneous Coronary Intervention on Depressive Symptoms in Chronic Stable Angina Patients. *Psychiatry Investig*, 9, 252-256.
- Svilaas, T., Van der horst, I. C., and Zijlstra, F. (2006). Thrombus aspiration during percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction study (TAPAS) study design. *American Heart Journal*, 151(3), 597.e1.- 597.e7.

Wong, E. M. L., Wu, B. E., Chan, M. W. W., & Yu, M. C. (2006). A review of the management of patients after percutaneous coronary intervention. *International Journal of Clinical Practice*, 60(5), 582 -589.

World Heart Organization. (2011). Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved July 6, 2012, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>