

วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต*

ภัทรนันท์ สุตสุทธิ** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

เอมอร แสงศิริ*** พย.ด. (การพยาบาล), อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

บทคัดย่อขยาย :

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นของประชากรทั่วโลก โรคหัวใจ และหลอดเลือดทำให้ผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นเกือบหนึ่งในสี่ของการเสียชีวิตทั่วโลก สำหรับประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังคงอยู่ในระดับสูง โดยในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 31.8, 31.0 และ 32.62 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โรคดังกล่าวเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และประวัติครอบครัว รวมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และเมแทบอลิซึมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม คุณภาพการนอนหลับต่ำ ความเครียดทางจิตสังคม และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะบุคคลอย่างต่อเนื่อง

การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้รับการยอมรับมากขึ้นว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู และการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ แม้ว่าการรักษาด้วยยา การเปิดหลอดเลือดหัวใจ และการติดตามทางคลินิกยังคงมีความสำคัญ แต่ผลลัพธ์ทางหัวใจ และหลอดเลือดในระยะยาวขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่มีมุมมองเน้นพฤติกรรมรายด้าน เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ หรือความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่าการพิจารณาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยกระบวนการแบบบูรณาการและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังมีการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จำกัด เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใต้กรอบแนวคิดองค์รวมที่ผสมผสานแรงจูงใจส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมของครอบครัว การให้คำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพ เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม การทบทวนวรรณกรรม

*ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสภาการศึกษา

*งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการคัดเลือกและนำเสนอ ในการประชุมวิชาการทางการพยาบาลระดับนานาชาติ [การประชุมวิชาการ 9th International Conferences Technology and Era global CVT Nursing] ณ สาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) ระหว่างวันที่ 15-17 ธันวาคม 2568

**หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม, ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

***Corresponding author, ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, E-mail: aemorn.trc@gmail.com

วันที่รับบทความ 1 กรกฎาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 30 มีนาคม 2569 วันตอบรับบทความ 1 เมษายน 2569

แบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใต้บริบทการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบเฉพาะบุคคลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการจัดการความเครียด รวมทั้งศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย และปัจจัยที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ภายใต้กรอบแนวคิด Personalization of Lifestyle Model of Non Communicable Disease ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตตามแนวทาง PRISMA-ScR สืบค้นวรรณกรรมจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และ ScienceDirect ครอบคลุมงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2014–2024 คำสำคัญที่ใช้สืบค้น ได้แก่ “Acute Coronary Syndrome,” “Lifestyle Modification,” “Lifestyle Management” และ “Lifestyle Change” เกณฑ์คัดเข้าประกอบด้วย งานวิจัยการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคอย แนวทางเวชปฏิบัติ การทบทวนแบบรวดเร็ว การศึกษาเชิงสังเกต และการศึกษาติดตามกลุ่มประชากรในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยงทางหัวใจและหลอดเลือด การฟื้นฟูสุขภาพ หรือการป้องกันการเกิดซ้ำ โดยคัดเลือกเฉพาะบทความภาษาอังกฤษที่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ ผู้วิจัย 2 คน ดำเนินการคัดกรองและประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นอิสระ และใช้ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3 ในการตัดสินกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการสืบค้นเบื้องต้นพบงานวิจัยทั้งหมด 10,229 เรื่อง หลังการคัดกรองชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ความซ้ำซ้อน ความเกี่ยวข้อง และคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัย เหลืองานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและนำมาสังเคราะห์ขั้นสุดท้ายจำนวน 13 เรื่อง งานวิจัยที่คัดเข้า ได้แก่ การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคอย แนวทางเวชปฏิบัติ การทบทวนแบบรวดเร็ว การศึกษาเชิงสังเกต และการศึกษาติดตามกลุ่มประชากร ผลการสังเคราะห์เชิงประจักษ์ระบุองค์ประกอบหลัก 6 ด้านที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ อาหาร กิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การนอนหลับ การจัดการความเครียด และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยอาหารและกิจกรรมทางกายเป็นประเด็นที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุด

พฤติกรรมบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะอ้วน เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และมีผลต่อความเสี่ยง การฟื้นตัว และการเกิดซ้ำของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การบริโภคคาร์โบไฮเดรต ไขมันอิ่มตัว และอาหารพลังงานสูง ร่วมกับการได้รับโปรตีน ผัก ผลไม้ และใยอาหารไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น

ในทางตรงกันข้าม รูปแบบการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารเมดิเตอร์เรเนียน มีความสัมพันธ์กับการลดไขมันอิ่มตัว เพิ่มใยอาหาร ปรับปรุงภาวะเมแทบอลิซึม และลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การฝึกแรงต้าน และการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ช่วยส่งเสริมการทำงานของเยื่อหลอดเลือด การควบคุมน้ำหนัก ลดการอักเสบ และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ นอกจากนี้ การประเภินและจัดการการนอนหลับ การลดความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพ การเลิกบุหรี่ การลดแอลกอฮอล์ และการควบคุมน้ำหนัก เป็นองค์ประกอบสำคัญของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างยั่งยืน.

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ส่งเสริมการฟื้นฟูและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี แนวทางที่มีประสิทธิภาพควรบูรณาการ การให้คำปรึกษาด้านอาหาร กิจกรรมทางกายอย่างมีโครงสร้าง การจัดการการนอนหลับ การลดความเครียด การเลิกบุหรี่ การลดแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก การสนับสนุนจากครอบครัว การให้คำปรึกษาโดยบุคลากรสุขภาพ และเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล พยาบาลมีบทบาทสำคัญตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่การป้องกัน การรักษาระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟู ไปจนถึงการติดตามระยะยาว งานวิจัยในอนาคตควรมุ่งพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ และสนับสนุนด้วยเทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะในประชากรเอเชียและสถานบริการสุขภาพจริง

คำสำคัญ : โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลเฉพาะบุคคล การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

The Personalization of Lifestyle Modification of Acute Coronary Syndrome: A Scoping Review*

Pattaranan Susuthi** M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

Aem-orn Saengsiri*** Ph.D. (Nursing), Dip. (APMSN)

Extended Abstract:

Acute coronary syndrome (ACS) remains a major public health challenge and a leading cause of mortality worldwide. Cardiovascular diseases account for approximately 17.9 million deaths annually, representing nearly one quarter of global mortality. In Thailand, ACS-related mortality remains substantial, with reported rates of 31.8, 31.0, and 32.62 per 100,000 population in 2020, 2021, and 2022, respectively. ACS is influenced by non-modifiable factors, including age, sex, genetic predisposition, and family history, as well as modifiable behavioral and metabolic risks such as hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, obesity, smoking, alcohol consumption, physical inactivity, unhealthy dietary patterns, poor sleep quality, psychosocial stress, and limited social support. These modifiable risks highlight the need for sustained health promotion, secondary prevention, and individualized behavioral support.

Lifestyle modification is increasingly recognized as a core component of ACS prevention, treatment, recovery, and secondary prevention. Although pharmacological therapy, coronary revascularization, and clinical monitoring remain essential, long-term cardiovascular outcomes depend substantially on patients' ability to adopt and maintain healthy behaviors in daily life. Existing evidence often focuses on isolated behaviors, including diet, exercise, smoking cessation, or medication adherence, rather than conceptualizing lifestyle modification as an integrated, person-centered process. Evidence synthesis is also limited regarding how personalized lifestyle modification can be implemented among ACS patients through a holistic framework that integrates individual motivation, family involvement, healthcare counseling, digital health technologies, and environmental support. This scoping review therefore aimed to synthesize current evidence on personalized lifestyle modification among ACS patients within the broader context of non-communicable disease care.

The objective of this study was to synthesize current evidence on personalized lifestyle modification among patients with acute coronary syndrome, focusing on five domains: diet, physical activity, sleep, social interaction, and stress management. It also examined smoking,

*This research was funded by the Education and Research Management of Thai Red Cross Society Committee

*This article was selected for poster presentation at the 9th International Conference on Technology and Era Global CVT Nursing, Republic of China (Taiwan), 15–17 December 2025.

**Nurse Manager of Internal Medicine Ward, Senior Professional Nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society

***Corresponding author, Nursing Supervisor, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross, E-mail: aemorn.trc@gmail.com

Received July 1, 2025, Revised March 30, 2026, Accepted April 1, 2026

alcohol consumption, obesity, body mass index, and factors supporting sustainable behavioral change. Guided by the Personalization of Lifestyle Model of NCD Patients, the review explored relationships among lifestyle behaviors, risk factors, health outcomes, and self-care.

A scoping review methodology was employed in accordance with the PRISMA-ScR framework. Literature searches were conducted in PubMed, Scopus, and ScienceDirect for studies published between 2014 and 2024. Search terms included “Acute Coronary Syndrome,” “Lifestyle Modification,” “Lifestyle Management,” and “Lifestyle Change.” Eligibility criteria included randomized controlled trials (RCTs), systematic reviews and meta-analyses, clinical practice guidelines, rapid reviews, observational studies, and cohort studies involving adult patients with ACS or other coronary artery disease-related conditions that evaluated or addressed lifestyle modification, behavioral change, cardiovascular risk reduction, cardiac rehabilitation, or secondary prevention of recurrent cardiovascular events. Only English-language full-text studies were included. Two independent reviewers screened and assessed the studies, and a third expert reviewer resolved disagreements. Data were analyzed using content analysis and descriptive synthesis.

The initial search identified 10,229 records. After screening titles, abstracts, duplicates, relevance, and methodological quality, 13 studies met the inclusion criteria and were included in the final synthesis. The included studies comprised randomized controlled trials, systematic reviews and meta-analyses, clinical practice guidelines, rapid reviews, observational studies, and cohort studies. Thematic synthesis identified six domains related to lifestyle and behavioral modification in ACS patients: diet, physical activity, smoking and alcohol consumption, sleep, stress management, and social interaction. Diet and physical activity were the most frequently emphasized domains.

Dietary behaviors, physical activity, sleep, stress management, social support, smoking, alcohol use, and obesity emerged as key modifiable factors influencing ACS risk, recovery, and recurrence. High consumption of carbohydrates, saturated fat, and energy-dense foods, combined with inadequate intake of protein, vegetables, fruits, and dietary fiber, was associated with increased cardiovascular risk. In contrast, healthy dietary patterns, particularly the Mediterranean diet, were linked to lower saturated fat intake, greater fiber consumption, improved metabolic profiles, and reduced recurrent cardiovascular events. Regular aerobic exercise, resistance training, and reduced sedentary behavior contributed to improved endothelial function, weight control, reduced inflammation, improved metabolic regulation, and lower recurrence risk. Sleep disturbance, obstructive sleep apnea, insufficient sleep, and poor sleep quality may aggravate hypertension, sympathetic activation, metabolic dysfunction, and recurrent cardiovascular events. Sleep assessment, continuous positive airway pressure therapy, cognitive behavioral therapy for insomnia, and digital sleep monitoring may improve outcomes. Chronic stress, anxiety, depression, and psychological distress were associated with elevated blood pressure, inflammation, and poorer prognosis, whereas mindfulness-based, relaxation, counseling, and psycho-behavioral interventions may reduce distress. Family-centered care, peer support, community engagement, healthcare counseling, smoking cessation, alcohol reduction, and weight control are essential for sustained lifestyle modification.

This demonstrates that personalized lifestyle modification is crucial for reducing ACS risk, preventing recurrence, promoting recovery, and enhancing quality of life. Effective interventions should integrate dietary counseling, structured physical activity, sleep management, stress reduction, smoking cessation, alcohol reduction, weight control, family support, healthcare provider counseling, and digital health technologies. Nurses play a vital role across the ACS care continuum, from prevention and acute treatment to rehabilitation and long-term follow-up. Future research should develop and test culturally relevant, context-specific, technology-supported lifestyle modification programs for ACS patients, particularly in Asian populations and real-world clinical settings.

Keywords: Acute coronary syndrome, Lifestyle modification, Non-communicable diseases, Personalized care, Scoping review

Author contribution:

PW: Conceptualization, Data curation, Investigation, Methodology, Project administration, Writing-original draft, Writing-review and editing

NP: Conceptualization, Data curation, Investigation, Methodology, Project administration, Writing-review and editing, Supervision, Funding acquisition, Corresponding with the editor-in-chief

ความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ และเป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตในประชาชนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ^{1,2} โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกถึง 41 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการตายในประชากรทั่วโลกแต่ละปีเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-69 ปี ถึง 15 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 85 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการตาย 4 อันดับแรกการตายของประชากรโลก ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 17.9 ล้านคน มะเร็ง 9.3 ล้านคน โรคระบบทางเดินหายใจ 4.1 ล้านคน และโรคเบาหวาน 1.5 ล้านคน ตามลำดับ ซึ่งสี่กลุ่มโรคนี้ยังเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 80³ ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวได้รับความสนใจและมีการบริหารจัดการในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคทั้งในระดับประเทศ จนถึงระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีการตั้งเป้าหมายลดการตายก่อนวัยอันควรจากสาเหตุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 25 ภายในปี ค.ศ. 2025 และตั้งเป้าหมาย Sustainable Development Goals (SDGs) ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ 1 ใน 3 ภายในปี ค.ศ. 2030³

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome; ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยในแต่ละปี พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 17.9 ล้านคน (ร้อยละ 23) ของประชากรทั้งหมด รวมถึงประเทศไทยซึ่งพบว่า ในปี 2563-2565 มีอัตราการตาย 31.8, 31.0 และ 32.62 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือร่วมกับ

การใส่ขดลวดค้ำยัน เพื่อให้เลือดกลับมาไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ⁴ โดยโรคดังกล่าวเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะแสดงถึงการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจเนื่องจากการไหลเวียนในหลอดเลือดหัวใจลดลงอย่างเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทียก (STEMI) และ 2) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI /Unstable angina (UA) อาการสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่ เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน เหงื่อออก ใจสั่น หอบหืด และเสียชีวิต⁵ ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome; ACS) มาจากความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง^{4,6} จากอัตราการตายของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากพฤติกรรมคนไทยที่บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ในปริมาณมาก ยกตัวอย่างปริมาณน้ำตาลที่แนะนำต่อวันคือ 6 ช้อนชา แต่คนไทยบริโภคน้ำตาลสูงถึง 28.4 ช้อนชาต่อวัน บริโภคน้ำมันในปริมาณ 12 ช้อนชาต่อวัน จากปริมาณที่แนะนำคือ 6 ช้อนชาต่อวัน และบริโภคเกลือปริมาณ 2-3 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งความสัมพันธ์กับนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยจะค่อยๆ สะสมอาการหากไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างถูกต้อง^{7,8}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่ส่งผลต่อวิถีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม⁹ บทบาทในครอบครัว^{10,11} สถานะเศรษฐกิจ-สังคม ความแตกต่างด้านภาษาและวัฒนธรรม¹¹ และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การเลิกบุหรี่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง การนอนหลับ ปฏิสัมพันธ์ทาง

วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : บททวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

สังคม และการจัดการความเครียด¹²⁻¹⁵ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความสิ้นหวัง^{16,17} แนวคิดจากชุดโครงการโมเดลวิธีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Personalization of Lifestyle Model of NCD Patients) ได้สรุปความสัมพันธ์ของวิธีการดำเนินชีวิต และรูปแบบพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการจัดการความเครียด เป็นองค์ประกอบหลักในกระบวนการ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle Modification)” ที่มี ผลต่อการจัดการและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง จุดเน้นของแนวคิด คือ การปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต เพื่อ “สุขภาพดี มีความสุข และคุณภาพชีวิตที่ดี (Healthy & happy, Good QOL)” ลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹⁸ ในอดีตองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังพบน้อย และขาดงานวิจัยที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการบูรณาการพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมในระดับบุคคล งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือการเลิกบุหรี่ ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการบูรณาการหลายปัจจัยเข้าด้วยกันในรูปแบบ วิธีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบองค์รวม

คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจบททวนองค์ความรู้การปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ในกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งอาจมีสาเหตุ ปัจจัยการก่อให้เกิดโรค แนวทางการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น และศึกษาเกี่ยวกับการบูรณาการหลายปัจจัยเข้าด้วยกันในรูปแบบวิธีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการจัดการความเครียด ที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน)

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับโมเดลวิธีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Personalization of lifestyle model of NCD patients) (Cardiovascular, Cancer และ Stroke) โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้:

1. **Dietary (อาหารการกิน):** ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดี มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ โปรตีนคุณภาพสูง ไขมันดี หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียม น้ำตาล ไขมันอิ่มตัวสูง เพื่อลดความเสี่ยงจากโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน¹⁹

2. **Physical Activity (กิจกรรมทางกาย):** การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ช่วยควบคุมน้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน²⁰

3. **Stress Management (การจัดการความเครียด):** การผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ โยคะ ลดการหลั่งฮอร์โมนความเครียดที่มีผลต่อหัวใจ และหลอดเลือด²¹

4. **Sleep (การนอนหลับ):** การนอนหลับที่มีคุณภาพ และเพียงพอ (7-9 ชั่วโมงต่อคืน) ช่วยฟื้นฟูร่างกาย ส่งผลดีต่อภูมิคุ้มกัน การเผาผลาญ และสุขภาพหัวใจ²²

5. Social Interaction (ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม): การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน ส่งเสริมเป้าหมายการดูแลสุขภาพ ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต ช่วยลดภาวะซึมเศร้า²³

6. Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง): ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เบาหวาน (Diabetes) ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และโรคอ้วน (Obesity) ปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ และความเครียด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องควบคุม²⁴

7. Diseases (โรค) เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นตัวอย่างของ NCDs²⁴

โมเดลนี้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีการจัดการชีวิตที่สมดุล สุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (QOL) กุญแจสำคัญดอกหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตแต่ละด้าน ส่งผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านตัวแปรวัดผลที่สะท้อนความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความดันโลหิต (BP)

ระดับน้ำตาลในเลือด (BS) BMI การประเมินด้านร่างกาย (PE) คะแนนที่ใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Sleep Score) การดูแลตนเอง (Self - Care) และความปวด (Pain) องค์ประกอบสำคัญทั้ง 6 องค์ประกอบมีเป้าหมายร่วมกัน คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (องค์ประกอบ 7) แต่ละองค์ประกอบมีความแตกต่างกันในด้านกลไกทางพยาธิสรีรวิทยา วิธีการวัดผล และวิธีการจัดการ ซึ่งการออกแบบแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทส่วนบุคคลในแต่ละด้าน ทำให้โมเดล Personalized Lifestyle มีประสิทธิภาพสูงสุด

คำแนะนำและการให้บริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เพื่อป้องกันและรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ ในปัจจุบันจะพบ แนวทางการดูแลแบบ “เวชศาสตร์วิถีชีวิต”²¹ (Lifestyle Medicine) เป็นศาสตร์ที่ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม²² สุขภาพเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ (Evidence-based) ประกอบการให้คำแนะนำในการรักษาที่ยึดบริบทการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง

Identification of studies via database and registers

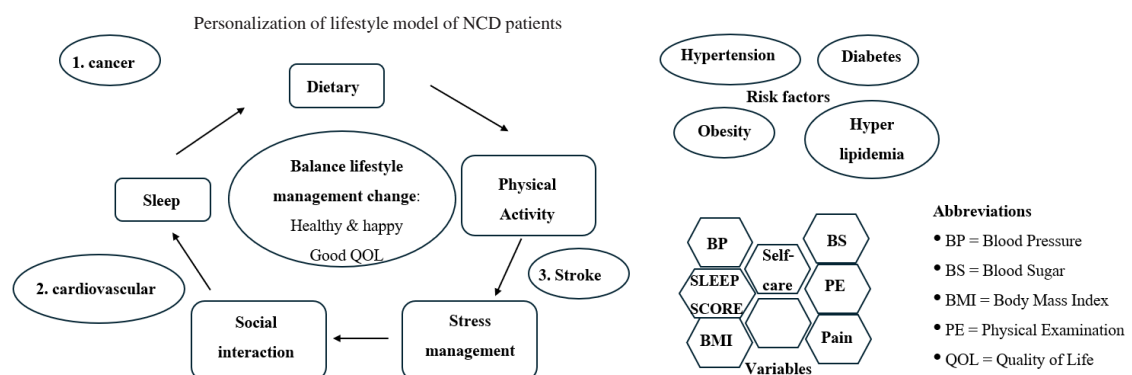


Figure 1 Conceptual framework of the study²⁵

วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) มุ่งเน้น 5 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการความเครียด ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดปัญหาในการทบทวน ผู้วิจัยกำหนดปัญหาตามประเด็นที่ต้องการศึกษาโดยการตั้งคำถามในการทบทวนวรรณกรรม คือ 1) อภิปรายแบบการใช้ชีวิตเฉพาะบุคคลทั้ง 5 ประเด็น (1. การรับประทานอาหาร 2. การออกกำลังกาย 3. การนอนหลับ 4. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ 5. การจัดการความเครียด) ที่แพร่หลายมากกว่า ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และก่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. การค้นหาและคัดเลือกงานวิจัย กำหนดขอบเขตของประชากรที่ศึกษา (Population Scope) กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่จำกัดเพศ ระเบียบวิธีวิจัย (Methodological Scope) เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร โดย ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Scoping Review) สืบค้นรายงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 3 ฐานข้อมูล PubMed, Scopus และ ScienceDirect เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาด Covid-19 ส่งผลให้ปริมาณงานวิจัยมีน้อย จึงขยายช่วงเวลาของบทความที่นำมาศึกษา ปี 2014 – 2024 การคัดเลือกบทความตามหลักเกณฑ์ PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews)²⁶

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ งานวิจัย การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณกรรม แนวทางเวชปฏิบัติ การทบทวนแบบรวดเร็วและการศึกษาเชิงสังเกต ที่กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ใช้หลักการกำหนดขอบเขตที่ต้องการศึกษา จาก 1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ศึกษา ในครั้งนี้คือ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต กำหนดคำสำคัญ (key words) ได้แก่ ภาษาอังกฤษ “Acute Coronary Syndrome” “Lifestyle Modifications” “Life style Management” “Lifestyle Change” เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับเต็มได้ และ 2) งานวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ

3. การประเมินผลคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า/คัดออกโดยผู้วิจัย 2 คน ที่เป็นอิสระต่อกัน หากผลการประเมินไม่ตรงกัน จะใช้ผู้ประเมินคนที่ 3 ซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อหาข้อสรุปกรณีผู้วิจัยทั้ง 2 คน มีความเห็นตรงกันทั้งหมดทำการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินวิจัย PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews)²⁶ มีคะแนนเต็ม 27 คะแนน ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ 21 คะแนนขึ้นไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาทบทวนวรรณกรรม เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ดำเนินการวิจัย 12 เดือน (มีนาคม พ.ศ. 2567-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568) ดำเนินการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลภายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

5. การวิเคราะห์ผล การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการสังเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive synthesis)

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต เรื่อง: วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน): ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต โดยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล 3 ฐาน พบบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 10,229 เรื่อง โดยแบ่งเป็น ฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้ 1) PubMed พบ 177 เรื่อง 2) Scopus พบ 5,042 เรื่อง และ 3) Science Direct พบ 5,010 เรื่อง ได้ทำการคัดงานวิจัยออก โดยการจำกัดความเกี่ยวข้องกับงานวิจัยและต้งงานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องออก เหลืองานวิจัยทั้งหมด 4,417 เรื่อง ก่อนนำไปคัดกรองงานวิจัยเพิ่ม ดังนี้ 1) PubMed เหลือ 145 เรื่อง 2) Scopus เหลือ 2,017 เรื่อง และ 3) Science Direct เหลือ 2,255 เรื่อง

จากการสืบค้นงานวิจัยทั้ง 3 ฐานข้อมูล ได้คัดกรองงานวิจัยโดยการคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบบงานที่เกี่ยวข้องกับวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน): ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตทั้งหมด 128 เรื่อง โดยแบ่งเป็นแต่ละฐานข้อมูล ดังนี้ 1) PubMed เหลือ 52 เรื่อง 2) Scopus เหลือ 45 เรื่อง และ 3) Science Direct เหลือ 31 เรื่อง จากนั้นได้ทำการคัดงานวิจัยที่ซ้ำกันทั้ง 3 ฐานข้อมูลออก 27 เรื่อง และคัดงานที่ไม่เกี่ยวข้องออก 46 เรื่องรวมงานวิจัยที่คัดออกทั้งหมด 73 เรื่อง เหลืองานวิจัยที่นำไปประเมินโดยใช้เครื่องมือ PRISMA 2020 ทั้งหมด 55 เรื่อง พบบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ PRISMA 2020 ทั้งหมด 13 เรื่อง จึงได้นำงานวิจัยทั้งหมดมาสังเคราะห์ ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

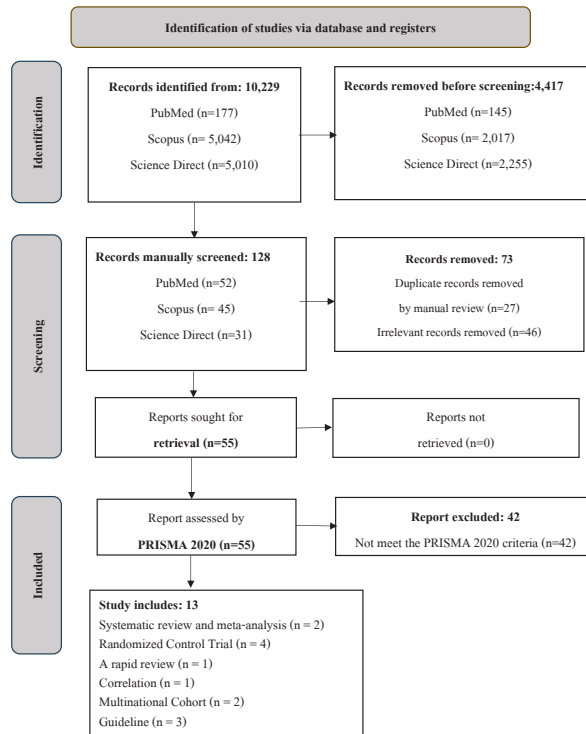


Figure 1 The PRISMA flowchart: the PRISMA flow diagram for the scoping reviews

**วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน :
ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต**

คุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการใช้ชีวิตเฉพาะ
บุคคลทั้งทำ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย

3) การนอนหลับ 4) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ
5) การจัดการความเครียด) ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง :
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังแสดงในตารางที่ 1
(Table 1)

Table 1 Research characteristics, sample, and research outcomes

Authors	Research design	Objective	Sample and setting	Research outcomes
Katz et al., 2017 ²⁷	Pilot randomized controlled trial (RCT)	Assess effectiveness of counseling on changing health beliefs and behaviors	140 adult patients in ED CPOU with ≥ 1 cardiovascular risk factor	No sig. between-group differences; within-group improvements in perceived benefits and readiness to change.
Minneboo et al., 2017 ²⁸	Randomized controlled trial	Evaluate community-based lifestyle intervention plus usual care vs. usual care alone	824 CAD patients in 15 hospitals, Netherlands	37% success in intervention vs 26% control (p= .002)
Collet et al., 2021 ²⁹	Clinical practice guidelines	To provide evidence-based recommendations for the management of ACS	patients with suspected or confirmed ACS without ST-segment elevation.	Provides comprehensive recommendations for diagnosis, risk stratification, treatment, and follow-up.
Kemp et al., 2022 ³⁰	Rapid review and comparative guideline	To explore and compare international guidelines regarding lifestyle management in patients with ACS and type 2 diabetes.	Review of 10 international guidelines covering both ACS and T2DM populations	Showed alignment on core lifestyle factors; lack of integration between ACS and T2DM guidance noted.
Cruz-Cobo et al., 2022 ³¹	Systematic review and meta-analysis	To determine the effectiveness of mHealth programs in changing lifestyle behavior, promoting treatment adherence, and controlling cardiovascular risk factors after coronary events	Systematic review of 23 RCTs involving 4,535 patients post-coronary events, mainly male (81.3%), age 55–66	mHealth interventions significantly improved exercise capacity, adherence, physical activity, and quality of life; reduced hospital readmissions.
Lawton et al., 2022 ³²	Clinical practice guidelines	To provide comprehensive recommendations for coronary artery revascularization including CABG and PCI.	patients with CAD including stable CAD, ACS, and special populations (diabetes, CKD).	Recommendations on procedure, medication, and lifestyle Recommendations provided for revascularization strategies tailored by clinical scenario and patient characteristics.

Table 1 Research characteristics, sample, and research outcomes (con't)

Authors	Research design	Objective	Sample and setting	Research outcomes
Greco et al., 2023 ³³	Longitudinal study with latent change modeling	To assess how resilience resources (Self-esteem, Optimism, Sense of Coherence: SOC, Self-efficacy) affect lifestyle change post-ACS	275 Italian ACS patients (mean age = 57.5; 84% men), assessed at baseline and 6-month follow-up	SOC and disease-specific self-efficacy predict lifestyle improvements (diet, activity, smoking); baseline strength and change important
Byrne et al., 2023 ³⁴	Clinical practice guideline (evidence-based consensus)	To provide updated, evidence-based recommendations for the diagnosis and management of acute coronary syndromes (ACS) without persistent ST-segment elevation	Europe-wide expert consensus targeting patients with ACS in clinical practice settings	Guideline provides actionable steps that improve clinical outcomes in ACS through integrated care including lifestyle modification
Roohafza et al., 2023 ³⁵	Literature review + methodology report for an upcoming multi-center cohort study	To develop a comprehensive cardiovascular risk assessment model combining behavioral, psychosocial, and traditional factors in STEMI patients	Multicenter study setting (Iran, Spain); population: A total of 1,707 patients experiencing a first episode of ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI)	A comprehensive approach that focuses on medical, lifestyle, and psychological factors will enhance the identification of cardiovascular patients at risk of developing major adverse cardiovascular events (MACE) through an integrated risk assessment model.
Bagheri et al., 2024 ³⁶	Randomized controlled trial	Evaluate effects of extended family presence on sleep status	90 ACS patients in CCU Iran	Improved sleep quality in intervention group
Bugiardini et al., 2024 ³⁷	Multinational observational cohort study	To evaluate the impact of traditional cardiovascular risk factors—smoking,	70,953 Caucasian patients with first-time	Four combined risk factors led to 5 years less ACS-free life; smoking and

**วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน :
บททวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต**

Table 1 Research characteristics, sample, and research outcomes (con't)

Authors	Research design	Objective	Sample and setting	Research outcomes
Shanmugaraj, Chawla, Kiran, Kumar, 2024 ³⁸	Systematic review (PRISMA-guided)	hypertension, diabetes, hypercholesterolemia—on premature ACS and life expectancy in South Eastern Europe	ACS across 36 hospitals in 7 South Eastern European countries	hypercholesterolemia were strongest predictors; diabetes and hypertension also significantly associated
		To evaluate the association between sleep disorders and cardiovascular disease (CVD), their underlying mechanisms, and the effectiveness of current interventions	29 studies included (RCTs, cohort studies) focusing on adults with or at risk for CVD and sleep disorders	Strong evidence linking sleep disorders to hypertension, coronary artery disease, arrhythmias, and heart failure. CPAP and CBT-I effective but hindered by adherence/access issues
Zou et al., 2024 ³⁹	Randomized controlled trial (RCT)	To examine the effects of a mindfulness psycho-behavioral intervention (MCARE) on psychological distress, HRQoL, and cardiovascular risk factors in ACS patients.	178 ACS patients from 2 tertiary hospitals in Jinan, China.	Significant improvement in depression, anxiety, psychological stress, HRQoL, physical activity, diet, and systolic BP in the intervention group.

จากคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และจัดกลุ่มผลการศึกษตามองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ ปฏิสัมพันธ์

ทางสังคม และการจัดการความเครียด รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นภาพรวมของหลักฐานเชิงประจักษ์ในแต่ละประเด็น ดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Comparative analysis of health behaviors and their impact on acute coronary syndrome outcomes

Health Behavior	Adverse Effects	Beneficial Effects
Dietary Habits ^{30,31,33}	High-calorie diets, excessive fat intake, low fruit and vegetable consumption increase risk of cardiovascular disease and metabolic syndrome	Adoption of healthy dietary patterns (e.g., Mediterranean diet) lowers cardiovascular risk and recurrence of acute coronary syndrome
Physical Activity ^{30,33,34}	Sedentary lifestyle increases risk of cardiovascular events and obesity	Regular physical activity reduces cardiovascular morbidity, improves endothelial function, and prevents recurrent ACS
Sleep ^{36,38}	Sleep disorders such as OSA elevate cardiovascular risk, hypertension, and recurrent events	Adequate sleep and adherence to CPAP/CBT-I improve cardiovascular outcomes
Social Relationships ³⁶	Poor social support increases stress and worsens cardiovascular prognosis	Family-centered care, social support, and strong interpersonal relationships improve cardiovascular outcomes
Stress Management ^{30,35}	Chronic stress, anxiety, and depression increase sympathetic activity and atherosclerosis progression	Effective stress management lowers risk of acute coronary events and promotes endothelial health
Smoking and Alcohol Consumption ^{32,33,34}	Increases the risk of cardiovascular disease and recurrent acute coronary syndrome; smoking 15–30 cigarettes/day significantly increases mortality	Smoking cessation reduces cardiovascular risk; alcohol avoidance lowers risk of recurrent acute coronary syndrome and arrhythmia
Body Mass Index (BMI) and Obesity ⁴⁰	Obesity contributes to insulin resistance, type 2 diabetes, hypertension, and dyslipidemia, leading to endothelial dysfunction and atherosclerosis	Maintaining BMI <30 lowers risk of cardiovascular disease; weight control reduces complications and improves vascular health

อภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่แพร่หลายและมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการวิเคราะห์วรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีดังนี้ การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มี

คาร์โบไฮเดรตปริมาณสูง โปรตีน และใยอาหารต่ำ การรับประทานวิตามิน (ไนอาซิน ไรโบฟลาวิน โทอามีน วิตามินบี6 วิตามินซี) และแร่ธาตุ (โพแทสเซียม แคลเซียม แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส ซัลเฟอร์ เหล็ก โครเมียม ทองแดง แมงกานีส สังกะสี) ลดลงส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน⁴⁰ แนะนำการบริโภคอาหารเมดิเตอร์เรเนียน มุ่งเน้นเพิ่มการบริโภค

วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน :

บทบาทวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

ผัก ผลไม้ การลดไขมันอิ่มตัว และการเพิ่มไขมันไม่อิ่มตัว²⁰ อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดี²²

การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน²³ การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับการจัดการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแนะนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ระดับปานกลาง การฝึกกล้ามเนื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน โดยมีการระบุเวลาที่ควรใช้ในการออกกำลังกายมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ระดับสูง (vigorous) ระยะเวลา 75 นาทีต่อสัปดาห์ และการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (resistance) 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์³⁰ การเพิ่มขึ้นของความมีคุณค่าในตนเองทำนายการเพิ่มขึ้นของการมีกิจกรรมทางกาย และเพศชายมีกิจกรรมทางกายมากกว่าเพศหญิง³³

การนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับที่เหมาะสมคือ 7-9 ชั่วโมงต่อคืน โดยต้องเป็นการนอนหลับที่มีคุณภาพ การรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) สำหรับ OSA การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมสำหรับโรคนอนไม่หลับ (CBT-I) สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การใช้เทคโนโลยีที่สวมใส่ได้ (wearable technology) และแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล (digital health platforms) เป็นตัวช่วยที่ดีในการปรับปรุงการวินิจฉัย, การติดตาม, และการจัดการความผิดปกติของการนอนหลับ³⁸

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และกลุ่มสนับสนุน รวมทั้งการมีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ร่วมดูแลผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การดูแลแบบ family-centered care ช่วยส่งเสริมสุขภาพของหัวใจ และหลอดเลือด³⁶

การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลกระทบต่อการจัดการโรคหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลัน³⁰ ความเครียดสามารถส่งผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเน้นว่าความเครียดไม่ได้เป็นเพียงสภาวะทางจิตใจ แต่ยังสามารถเป็นแหล่งที่มาของการทำลายและกระตุ้นเส้นทางที่เป็นอันตรายต่อร่างกายได้ กลไกหลักที่เชื่อมโยงระหว่างความเครียดและโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือ ความเครียดที่เกิดจากการปรับตัว (allostatic stress)³⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความโกรธ อาจเป็นตัวกระตุ้นภายนอกส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเห็นได้ว่าความสำคัญของปัจจัยทางจิตใจเชิงบวก เช่น การสนับสนุนทางสังคม การมองโลกในแง่ดี และความรู้สึกมีเหตุผลในการส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังจากการเกิดเหตุการณ์ทางหัวใจ และส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ³⁵

การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ต่อหลังจากได้รับการรักษาเปิดหลอดเลือดหัวใจสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตันของหลอดเลือดที่ขยายหลอดเลือด (stent thrombosis) การใช้บุหรี่ไฟฟ้าหรือระบบส่งนิโคตินแบบอิเล็กทรอนิกส์ยังคงมีสารพิษที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและปอด โดยส่วนใหญ่มีการใช้บุหรี่ธรรมดา และบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกัน ซึ่งไม่ได้ลดความเสี่ยงเท่าการเลิกบุหรี่อย่างสิ้นเชิง³² การเลิกบุหรี่ลดความเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำร้อยละ 30-40 และลดอัตราการตายร้อยละ 35-45³⁴ การเพิ่มขึ้นของความรู้สึกคล้อยตาม ความมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลต่อการไม่สูบบุหรี่ และแนวโน้มที่จะลดการสูบบุหรี่มากขึ้น อายุที่มากขึ้นมีระดับการสูบบุหรี่ที่น้อยลง³³ การดื่มแอลกอฮอล์ ควรจำกัดไม่เกิน 100 กรัมต่อสัปดาห์ (เพศชาย หรือหญิงเท่ากัน) การได้รับแอลกอฮอล์ปริมาณมากส่งผลต่อความดันโลหิตสูง BMI เพิ่มขึ้น และอายุขัยลดลง³⁴

ดัชนีมวลกาย (BMI) และโรคอ้วน BMI ที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติเชื่อมโยงกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 30$ กิโลกรัม/เมตร²)³⁰ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต³⁴ อย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีเป้าหมายหลัก ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิตควรน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (หรือ ค่าซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทสำหรับผู้สูงอายุ) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LDL-C < 1.4 มิลลิโมล/เดซิลิตร หรือ < 55 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, HbA1c < 7% (สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน)) และสนับสนุนการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพดี เช่น เลิกบุหรี่ ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก และการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี³⁴

ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประกอบด้วย

แรงจูงใจส่วนบุคคล (personal motivation) แรงจูงใจส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลโดยตรงต่อการยึดมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจภายในสูง เช่น ความต้องการมีชีวิตยืนยาวเพื่อครอบครัว หรือคาดหวังมีคุณภาพชีวิตที่ดี มักมีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ³⁰ นอกจากนี้ การตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และผลกระทบจากพฤติกรรมสุขภาพเดิมยังช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงผลักดันในการดูแลตนเองดีขึ้น³¹

การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (family and community support) การมีครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เข้าใจและมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การร่วมทำกิจกรรมทางกาย หรือการปรับพฤติกรรมการกิน เป็นแรงเสริมที่มีประสิทธิภาพสูงใน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว⁴¹ การสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชน เช่น กลุ่มผู้ป่วย หรือชมรมสุขภาพ ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยว และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยเพิ่มพลังใจในการปฏิบัติตัว³⁹

การให้คำปรึกษาและแนวทางจากบุคลากรทางการแพทย์ (healthcare provider counseling and guidance) การให้คำปรึกษาแบบมีโครงสร้าง โดยเฉพาะผ่านโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจ (cardiac rehabilitation program) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และติดตามการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเป็นระบบ⁴¹ การสื่อสารแบบสร้างแรงจูงใจ (motivational Interviewing) และการติดตามโดยพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพมีบทบาทเด่นในการเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล^{31,39}

การใช้เทคโนโลยีและแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพ เทคโนโลยี เช่น เครื่องติดตามสุขภาพแบบพกพา (wearables) หรือระบบเตือนความจำผ่านโทรศัพท์มือถือ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง⁴² โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการฟื้นฟูแบบดั้งเดิม เทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยลดข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์และเวลา อีกทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง ยังช่วยเพิ่มอัตราความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ^{31, 42}

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบายสุขภาพ แอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพ เช่น โปรแกรม MCARE ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านการติดตามและการให้ข้อมูลสุขภาพที่สม่ำเสมอ^{39,43} โดยเฉพาะในรูปแบบการใช้งานที่เป็นส่วนตัว และตอบสนองต่อผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นและการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง รวมทั้งนโยบายด้านสุขภาพ เช่น

วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน :

ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

ระบบสนับสนุนงบประมาณสำหรับโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจในโรงพยาบาลหรือหน่วยปฐมภูมิ เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงและความเท่าเทียมของการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย NCDs³ นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น การมีพื้นที่ออกกำลังกายและร้านอาหารที่จำหน่ายอาหารสุขภาพ เป็นบริบทที่สนับสนุนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้โดยตรง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) จำเป็นต้องอาศัยแนวทางแบบองค์รวมที่ปรับให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล โดยแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ โปรแกรมโภชนาการเฉพาะบุคคล โปรแกรมออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ โปรแกรมฟื้นฟูหลังการรักษา โปรแกรมเลิกบุหรี่และลดแอลกอฮอล์ การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน โปรแกรมการจัดการการนอนหลับ โปรแกรมลดน้ำหนัก และโปรแกรมการจัดการความเครียด^{19, 28, 32} ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่: การออกแบบโปรแกรมให้เหมาะกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เช่น การเปิดโอกาสให้คู่สมรสเข้าร่วมโปรแกรมโดยไม่มีค่าใช้จ่าย²⁸ การดูแลโดยโค้ชและการติดตามผลต่อเนื่อง เช่น การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพและอุปกรณ์ตรวจจับการเคลื่อนไหว การให้คำปรึกษาควบคู่กับการใช้ยาเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะ varenicline ซึ่งช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน³² การฝึกสติ เทคนิคการผ่อนคลาย และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีส่วนช่วยในการจัดการความเครียด²¹

การประยุกต์แนวทาง “Life’s Simple 7” ของสมาคมโรคหัวใจอเมริกัน ซึ่งครอบคลุมการเลิกบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการควบคุมไขมัน ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีบทบาทสำคัญในการสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานทุกระยะของการดูแล³²

ข้อเสนอแนะและแนวทางการทำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลลัพธ์การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต พบว่าพฤติกรรมสุขภาพในหลายมิติส่งผลต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งนี้เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปอย่างยั่งยืน ควรให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย องค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) การให้คำแนะนำด้านโภชนาการเฉพาะบุคคล 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีเพื่อติดตามพฤติกรรม และสร้างแรงจูงใจให้เกิดความต่อเนื่อง 3) การประเมินภาวะการนอนหลับอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการใช้เทคนิคทางพฤติกรรม เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล และการสนับสนุนจากครอบครัว 4) ส่งเสริมเทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสติ และการบำบัดความเครียดเชิงพฤติกรรม 5) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มหรือชุมชน และส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การให้คำปรึกษาเบื้องต้น การติดตามผล การสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนการออกแบบโปรแกรมการดูแลเฉพาะบุคคล รวมทั้งการวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผลักดันให้เกิดการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขที่สามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สภากาชาดไทยที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนการทำวิจัยในองค์กรจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Niessen HW, Monzani D, Steca P, Greco A, Franzelli C, et al. Clustering of lifestyle risk factors in acute coronary syndrome: prevalence and change after the first event. *Appl Psychol Health Well Being*. 2018;10(3):434–56.
2. Saha GC, Biswas PK, Sardar MH, Hossain MZ, Hossain MS, Paul T, et al. A study of risk factors in young patients of acute coronary syndrome. *J Dhaka Med Coll*. 2019;28(1):3–6.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
4. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Thai Acute Coronary Syndrome Guidelines 2020. Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage; 2020.
5. Pocock S, Brieger DB, Owen R, Chen J, Cohen MG, Goodman SG, et al. Health-related quality of life 1–3 years post-myocardial infarction: its impact on prognosis. *Open Heart*. 2021;8(1): e001499.
6. Wongwannatakul W, Suriyawongpisan W, Thummarungsee T. Report on NCDs situation: health and social crisis [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control; 2024 [cited 2024 Jan 11]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/dncd/files>
7. Rolfes J, Wu S, Abdalla M, Marsiglia FF, Mei P, Le An P, et al. Evaluating the gap of integrated behavioral health programs for NCDs in China, Vietnam, Cambodia and Thailand. *Asian J Health Sci*. 2022;8(1):ID39.
8. Sampaukin N, Chartprasert D. Influence of risk communication on NCDs health behavioral. *J Public Relat Advert*. 2014;7(2):38–67.
9. Iorescu LV, Miftode RS, Miftode IL, Popescu AC. Secondary prevention after acute coronary syndrome in the modern era: from pharmacotherapy to lifestyle modification. *J Clin Med*. 2025;14(2):352.
10. Arman A, Shamsalinia A, Alhani F, et al. Family-supported program to enhance self-care after myocardial infarction: a quasi-experimental study. *Patient Prefer Adherence*. 2025;19:95–107.
11. Fraser MJ, Doyle F, Murphy AW, et al. Barriers and facilitators to cardiac rehabilitation participation: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(3):e056789.
12. Amin KD, Jansen E, Redline S. Sleep and cardiovascular health: a contemporary review. *Curr Cardiol Rep*. 2024;26(7):512–24.
13. Huang T, Ruan Y, Lin J, et al. Sleep irregularity and risk of incident cardiovascular disease: prospective cohort study. *J Am Heart Assoc*. 2024;13(5):e032118.
14. Rodríguez EC, Garcia M, Fuster V. Beyond secondary prevention drugs: benefits of healthy lifestyle after acute coronary syndrome. *Am J Prev Cardiol*. 2024;16:100566.
15. Vancampfort D, Knapen J, Stubbs B, et al. Sedentary behaviour and 1-year cardiac events in patients admitted with suspected ACS. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2025;18(1):e010234.
16. Li P, Ma X, Li J, et al. Adherence to cardiac rehabilitation in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention: a scoping review. *Patient Prefer Adherence*. 2024;18:157–74.
17. Ghalavand H, Jalali A, Shamsalinia A, et al. Health literacy and motivation to change in patients with coronary artery disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2025;25:446.
18. World Health Organization. Noncommunicable diseases: key facts [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

**วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน :
ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต**

19. Dehghan M, Mente A, Rangarajan S. Association of dietary factors with myocardial infarction in a large multinational cohort. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(21): 1126–28.
20. Smart NA, Marwick TH. Exercise training for patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43(4):676–83.
21. Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014;174(3): 357–68.
22. Kreitzer MJ, Koithan M. Integrative nursing: an evidence-based approach to transforming health care. *Nurs Clin North Am*. 2016;51(1):123–38.
23. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*. 2006;29(4):377–87. doi:10.1007/s10865-006-9056-5.
24. World Health Organization. Noncommunicable diseases (NCDs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Jun 10]. Available from: https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/
25. Saengsiri A, Tanlamai U, Sangiam C, Janchanakit J. The personalization of lifestyle modification of non-communicable disease (NCDs) patients (lymphoma, colorectal cancer, stroke, acute coronary disease and cardiac arrhythmia): scoping reviews. Paper presented at: The Thai Red Cross Society Research Grant Presentation; 2024 May 31; Bangkok, Thailand.
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
27. Katz DA, Graber M, Lounsbury P, Vander Weg MW, Phillips EK, Clair C, et al. Multiple risk factor counseling to promote heart healthy lifestyles in the chest pain observation unit: pilot randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*. 2017;24(8):968–72.
28. Minneboo M, Lachman S, Snaterse M, Jørstad HT, Ter Riet G, Boekholdt SM, et al. Community-based lifestyle intervention in patients with coronary artery disease: the RESPONSE 2 trial. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(3):318–27.
29. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289–367.
30. Kemp BJ, Thompson DR, Coates V, Bond S, Ski CF, Monaghan M, et al. International guideline comparison of lifestyle management for acute coronary syndrome and type 2 diabetes mellitus: a rapid review. *Health Policy*. 2024;146:105116.
31. Cruz Cobo C, Bernal Jiménez MÁ, Vázquez García R, Santi Cano MJ. Effectiveness of mHealth interventions in the control of lifestyle and cardiovascular risk factors in patients after a coronary event: systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2022;10(12): e39593.
32. Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, Bates ER, Beckie TM, Bischoff JM, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI guideline for coronary artery revascularization: executive summary: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;145(3): e4–e17. doi:10.1161/CIR.0000000000001039.
33. Greco A, Adorni R, De Matteis C, D’Addario M, Fattirolli F, Franzelli C, et al. Latent change models of lifestyle in acute coronary syndrome patients: are lifestyle changes associated with resilience changes? *Health Psychol Open*. 2023;10(1):20551029231167836.
34. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2023; 44(38):3720–826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.

35. Roohafza H, Noohi F, Hosseini SG, Alemzadeh Ansari M, Bagherieh S, Marateb H, et al. A cardiovascular risk assessment model according to behavioral, psychosocial and traditional factors in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (CRAS-MI): review of literature and methodology of a multicenter cohort study. *Curr Probl Cardiol.* 2023;48(7):101158.
36. Bagheri H, Norouzi F, Maleki M, Rezaie S, Goli S, Ebrahimi H, et al. The effect of increasing duration of family members' presence on sleep status in patients with acute coronary syndrome in cardiac care unit: a randomized controlled trial. *Nurs Open.* 2024;11(3): e2114.
37. Bugiardini R, Cenko E, Yoon J, Bergami M, Vasiljevic Z, Mendieta G, et al. Traditional risk factors and premature acute coronary syndromes in South Eastern Europe: a multinational cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* 2024;38:100956.
38. Shanmugaraj TK, Chawla O, Kiran ANS, Kumar KS. Impact of sleep disorders on cardiovascular health: systematic review. *Eur J Cardiovasc Med.* 2024;14:438-42.
39. Zou H, Chair SY, Feng B, Liu Q, Liu YJ, Cheng YX, et al. A social media-based mindfulness psycho-behavioral intervention (MCARE) for patients with acute coronary syndrome: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2024;26:e48557.
40. Mahalle N, Garg MK, Naik SS, Kulkarni MV. Association of dietary factors with severity of coronary artery disease. *Clin Nutr ESPEN.* 2016;15:75-9.
41. Banerjee AT, Landry MD, Zakharia R, Williams J, Laporte A. Understanding the role of social support in cardiac rehabilitation attendance: a qualitative analysis. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2021;41(2):107-12.
42. Frederix I, Caiani EG, Dendale P, Anker S, Bax J, Böhm A, et al. ESC e-Cardiology Working Group position paper: overcoming challenges in digital health implementation in cardiovascular medicine. *Eur J Prev Cardiol.* 2020;27(11):1146-57.
43. Jo S, Park HA, Kim Y, Choi E. Effectiveness of a mobile-based individualized education program (MCARE) for secondary prevention in patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2023;25:e42673.