

บทบาทพยาบาลในการเตรียมความพร้อม ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

รัตนา นิลเลื่อม*
อัญชลี แก้วสระศรี**
พิชญายวีร์ สินสวัสดิ์***

บทคัดย่อ

การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นเรื่องที่ยุ้งยากและซับซ้อน ต้องอาศัยทั้งความร่วมมือของสหวิชาชีพและการสนับสนุนจากผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่สำคัญ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ (1) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย (2) การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการทำหน้าที่ตามบทบาท (3) การวางแผนร่วมกันระหว่าง พยาบาล ผู้ดูแล และ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการรับรู้และการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลเรื่องการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และการพักผ่อน (4) การเตรียมผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคม และ (5) การประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ย่อมส่งผลให้อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล คือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้และคำแนะนำ การเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจ ยังรวมถึงการเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, บทบาทพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี จังหวัดราชบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี จังหวัดราชบุรี

Nurse's role in preparing hospital discharge readiness for caregiver of the patient with acute myocardial infarction

Ratana Nilliaum*

Anchalee Kaewsasri**

Pitchawee Sinsawad***

Abstract

Preparing hospital discharge readiness for caregivers of the patients with acute myocardial infarction is important for sustaining patient's well being and quality of life. However, self-care of patients when staying at home is difficult and complex. It needs multidisciplinary collaboration, support from caregivers. In this regards, the significant caregivers' readiness for hospital discharge are as follows: (1) assessing patients' readiness, (2) assessing caregivers' readiness in performing their roles, (3) planning together among nurses, caregivers and patients. These include giving information about health condition, practicing skills for caring of patients both perception and management of symptoms occurring to patient, controlling risk factors induced recurrent myocardial infarction, changing eating behavior, concerning patients' activity, exercise and rest, (4) preparing caregivers in nurturing psychosocial care, and (5) coordinating multidisciplinary collaboration. The correct and appropriate care of patients that aforementioned helps decreasing readmission rate. Therefore, nurses' important role in preparing hospital discharge readiness for caregivers of the patients with acute myocardial infarction is to promote caregivers' ability in caring for patients that apart from giving knowledge, suggestion, counseling and providing morale support when facing with problems. It also includes coordinating multidisciplinary collaboration in order to enhance more efficiency care for patients after hospital discharge.

Keyword : hospital discharge readiness, caregiver of the patient with acute myocardial infarction, nurse's role.

* Registered Nurse, Practitioner Level, Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi.

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromrajonani College of Nursing, Buddhachinraj, Phitsanulok.

*** Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromrajonani College of Nursing Ratchaburi.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในแต่ละปีพบอัตราการตาย 17.3 ล้านคนต่อปีและคาดว่าเมื่อถึงปี ค.ศ 2030 จะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย พบอัตราการตายในโรงพยาบาลจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เท่ากับร้อยละ 12.1 และเมื่อติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่าย 12 เดือน พบว่า อัตราการตายเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 52.9² ซึ่งการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถอยู่กับโรคได้อย่างผาสุก

เมื่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งต้องรับผิดชอบตนเองในเรื่อง การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การจำกัดกิจกรรม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ การรับประทานยาที่เหมาะสมเฉพาะโรค³ ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายหลังกลับบ้าน^{4,5} ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติในที่สุด⁶

การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้านได้ อย่างมีประสิทธิภาพนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลเปรียบเสมือนสิ่งสำคัญที่จะนำพาผู้ป่วยไปสู่การ

ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีประสิทธิภาพ และร่วมเผชิญปัญหาต่างๆ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง⁶ และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย คือ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($\beta = .251, p < .05$)⁷ ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาล ในฐานะแกนหลักของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ ดังนั้น บทบาทนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนบทบาทของพยาบาล ในด้านการให้ความรู้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับไปสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างต่อเนื่องที่บ้าน^{8,9} โดยอาจมีความสัมพันธ์เป็น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตรหลาน พี่น้องหรือเพื่อนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และให้การดูแลโดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล¹⁰ โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ดังนี้

ประการแรก บทบาทสนับสนุนทางด้านร่างกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ดูแลจะช่วยเหลือกิจกรรมหรือการทากิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วยตามความเหมาะสม เช่น การทำธุรกรรมทางบัญชี การช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น¹¹

ประการที่สอง บทบาทสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Emotional and Psychological Support) เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง และเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วย

กลัว เครียด ห้อแท้ วิตกกังวล สิ้นหวัง ไร้ค่า และรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในสุขภาพ^{12,13} การช่วยเหลือจากผู้ดูแล เช่น คู่สมรส บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อน ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่า มีบุคคลให้ความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจแสดง ความรัก ความผูกพัน และการเห็นคุณค่า รวมทั้งการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อช่วยบรรเทาอารมณ์และความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้น และส่งเสริมการปรับตัวต่อสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป¹⁴

ประการที่สาม บทบาทด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้ดูแลสามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลัมน้ำใจตายเฉียบพลัน มีความหวัง กำลังใจ และมีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้สามารถทำกิจกรรม การฟื้นฟูสภาพด้วยการออกกำลังกายตามแผนการรักษาได้^{7,15}

ประการที่สี่ บทบาทหน้าที่คนกลาง ในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อการรักษายาบาลหรือช่วยประสานงานในเรื่องต่างๆ และตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การแสวงหาแหล่งของการรักษา เลือกวิธีการรักษา และบุคคลที่จะขอความช่วยเหลือในการดูแล¹⁶

ประการที่ห้า บทบาทการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ ทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการบริการต่างๆ ในยามที่เจ็บป่วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การหารายได้ เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวล และอำนวยความสะดวกที่ เอื้อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่สม่ำเสมอ¹⁴

ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลับบ้าน ผู้ดูแลจะตระหนักหรือรับ

รู้ว่า กำลังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและมีการเตรียมความพร้อม (Engagement)¹⁷ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและ ยังสามารถทำนายหรือแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของผลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยด้วย โดยพฤติกรรม ที่แสดงให้เห็นของผู้ดูแลต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ได้แก่ การแสวงหาข้อมูล การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ รวมถึงจัดการกับปัญหาทางด้านจิตใจและความเครียดที่เกิดจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และการดูแลในภาพรวม¹⁸ เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล จะส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลในบทบาทของผู้ดูแลลดลง สามารถส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้อุปสรรค และมีพฤติกรรม การปรับตัวที่ดี ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป¹⁹⁻²²

ส่วนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการสนับสนุนข้อมูลจากพยาบาลและทีมสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถึงโรคที่ต้องเผชิญ ลดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการคาดเดา ภาวะเจ็บป่วย และได้ฝึกทักษะเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย^{7,21,22} การสนับสนุนข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยชักนำคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานยา การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การเลิกสูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ การตรวจตามนัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับอาการ การสังเกตอาการผิดปกติ การประเมินอาการด้วยตนเอง และสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นต้น¹²

บทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ภายหลังผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ และการดูแลจัดการตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อนำไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินความพร้อมในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งทางด้านสภาพร่างกาย สภาพจิตใจในการยอมรับสภาพของโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา ความเชื่อ ทศนคติ สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รวมทั้งประเมินถึงการรับประทายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติ เป็นต้น โดยอาจใช้แบบประเมินความพร้อมในการออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยและผู้ดูแล^{7,23} หรือใช้การประเมินตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical (TTM) model of change)²⁴ ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะไหนของการเปลี่ยนแปลง เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

2. การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งในด้านภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ทศนคติ และสัมพันธภาพในครอบครัว¹⁸ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ครบทุกบทบาท โดยการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการให้บริการ (Trust bonding process) และเริ่มการให้คำปรึกษาโดยมีเป้าหมายตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น พัฒนาศักยภาพและความสามารถในการหาแนวทางแก้ไข

ปัญหา และประเมินแหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การวางแผนการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge planning)^{25,26} ที่ต้องการการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม มาทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลแผนการดูแลต้องสอดคล้องกับ ความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยมีการฝึกทักษะ การสอนสาธิตเพื่อเป็นการส่งเสริมผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการตนเองได้ ดังนี้

3.1 การรับรู้และการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่บางอาการจะบ่งบอกถึงการกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะในระยะแรกของการจำหน่าย เช่น อาหารไม่ย่อย หายใจลำบาก บวม ใจสั่น เจ็บหน้าอก อาการดังกล่าวอาจเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ หรือโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง²⁷ ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลคาดไม่ถึง อาจเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น จนต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การรับรู้และจำแนกอาการผิดปกติต้องควบคู่กับการจัดการอาการ เช่น การแนะนำการให้ยาอมใต้ลิ้น ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก ให้กับผู้ป่วย โดยควรอมยาเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกทันที ขณะอมยาควรนอนศีรษะสูงเล็กน้อย ไม่ควรนั่งหรือยืน เพราะจะทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือหน้ามืดได้ ถ้าอาการไม่ดีขึ้น

ภายใน 5 นาที ให้ห้อยยาเม็ดที่สองและมาโรงพยาบาลทันที²⁸ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติได้อย่างครอบคลุม ทั้งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคประจำตัวต่างๆ การจัดการอาการเหล่านั้นอย่างเหมาะสม รวมถึงการอธิบายและเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนัก ถึงความสำคัญของการบอกเล่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่บุคลากรสุขภาพ

3.2 การควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ประกอบด้วย การเลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา การงดอาหารที่มีไขมันสูง การควบคุมน้ำหนัก ความอ้วน บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแล สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างเจตคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมนั้น ด้วยความเคารพ ยอมรับ และเห็นอกเห็นใจ เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังสื่อสารออกมา และให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจผลดีผลเสียของพฤติกรรมที่ทำ และปรับพฤติกรรมด้วยวิธีที่เขาเลือก โดยผู้ดูแลเป็นผู้ระคับประคองและให้กำลังใจ²⁹

3.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้เข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดของโรค รู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตราย²⁷ โดยการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคเป็นประจำ และร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแล และผู้ป่วยในการคิดเมนูอาหารในระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยอาจใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Application) ตารางแคลอรีอาหาร ลดความอ้วนโปรแกรมไทย โดยมีงานวิจัยพบว่าสามารถทำให้คนสุขภาพดีสามารถควบคุมน้ำหนักได้³⁰ ทำให้ผู้ดูแลสามารถได้รับข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาหารประเภทผัก ผลไม้ หรือคาร์โบไฮเดรตที่มีกากใยสูง และเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ และมีส่วนประกอบของกรดไขมันไม่อิ่มตัวได้ถูกต้อง²⁷

3.4 การดูแลเรื่องการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์และการพักผ่อน

3.4.1. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ในระยะแรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการทำกิจกรรม ที่ต้องออกแรงยก ผลักหรือดึงของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม การยกของสูงเหนือศีรษะ รวมทั้งกิจกรรมที่ใช้แรงมาก ในการประกอบอาชีพ ดังนั้น บทบาทของพยาบาล คือเป็นสื่อกลางให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้ปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อพิจารณาความเหมาะสม รวมทั้งแจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่าผู้ป่วยที่ดูแลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับใดและควรได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามระยะเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายในระดับเบาๆ โดยมีการอุ่นเครื่องก่อนและหลังออกกำลังกาย ไม่ควรออกกำลังกายขณะอากาศร้อนหรือหลังรับประทานอาหารทันที^{15,31}

3.4.2 การมีเพศสัมพันธ์ โดยทั่วไป ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังสัปดาห์ที่ 1 หลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก³² ดังนั้น พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื่องความพร้อมของร่างกายที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่มีอันตราย โดยสามารถประเมินจากการที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นบันไดได้ 2 ชั้น (มากกว่า 10 ชั้น) หรือออกกำลังกายได้โดยไม่รู้สึกเหนื่อย หรือไม่มีอาการเจ็บหน้าอก โดยมีข้อควรระวัง คือ ไม่มีเพศสัมพันธ์หลังรับประทานอาหารมื้อหนักหรือหลังการดื่มสุรา เมื่อมีอาการมึนเมา กังวล หรือเหนื่อย ควรพักผ่อนก่อนการมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนท่วงท่าใหม่ๆ ในการมีเพศสัมพันธ์²⁷

3.4.3 การพักผ่อน ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ในการดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงในเวลากลางคืน และนอนพักในเวลากลางวัน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และสอนเทคนิควิธีการผ่อนคลาย

ความตึงเครียดให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น การเกร็ง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกที่ใช้การจินตนาการและใช้คำพูด การทำสมาธิจดจ่อกับคำพูด เสียง วลี บทสวด หรือ การเคลื่อนไหว ร่างกาย Biofeedback การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Diaphragmatic Breathing) และการเจริญสติ เป็นต้น³³

3.5 การดูแลเรื่องการรับประทายตามแผนการรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะได้รับยา 5 กลุ่ม²⁷ ดังนี้

3.5.1 กลุ่มไนเตรต (Organic nitrates) ออกฤทธิ์โดยทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดขยายตัว เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ผลตามมามีคือ ลดการเจ็บหน้าอก (Angina pain).

3.5.2 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-adrenergic blocking agent) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการจับของสารสื่อประสาทกับตัวรับเบต้าที่หัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดขยายตัว ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจน นอกจากนี้ยังช่วยลดความดันโลหิต ทำให้การทำงานและ ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

3.5.3 ยาปิดกั้นแคลเซียม (Calcium channel blocking agent) ออกฤทธิ์ต่อการบีบตัวและเนื้อเยื่อเหนียวของหัวใจและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด โดยยานี้จะป้องกันการเคลื่อนที่ของสารแคลเซียมภายนอกเซลล์ไม่ให้เข้าไปในเซลล์ ทำให้หลอดเลือด โคโรนารีและหลอดเลือดฝอยขยายตัว การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและลดการเหนียวหนา ของกระแสน้ำในหัวใจ ยาต้านเกร็ดเลือด (Anti-platelet) เป็นยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด และยับยั้งไขมันในเลือด เป้าหมายเพื่อในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดสูง (มากกว่า 400 มก./ดล.) จะมีโอกาสเกิดหลอดเลือดอุดตันและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ง่าย²⁷

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการรับประทายตามแผนการรักษา ผู้ดูแลต้องสามารถบอกชื่อยา ขนาด วิธีใช้ ฤทธิ์ของยาและ ผลในการรักษา ตลอดจนอาการข้างเคียงที่ต้องระมัดระวัง และสามารถบอกวิธีการเก็บรักษา ตลอดจนสามารถสังเกตยาที่หมดอายุได้ นอกจากนั้นพยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วยร่วมกันหาระบบการเตือนการรับประทายยา เพื่อให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

4. การฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาด้านจิตสังคม ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ จะเกิดความเครียดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและการกลับเป็นซ้ำ กลัวเสียชีวิต ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา การตอบสนองทางอารมณ์ รวมถึงการปฏิบัติตัวภายหลังเกิดโรค อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดบุคลิกก้าวร้าว หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อย โดยเฉพาะในระยะหลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะต้องได้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมเหล่านี้ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตกับผู้ป่วย ที่อาจจะร่วมรู้สึกวิตกกังวลไปกับอาการผู้ป่วย หรือกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จนเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในด้านต่างๆ และอาจทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ มีการวางแผนร่วมกัน ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยให้เวลาผู้ป่วยในการรับฟังปัญหา ชี้แนะ เพื่อลดและจัดการความกลัว ความวิตกกังวล ปัญหาด้านการเงินและอาชีพ และการแนะนำอาชีพที่เหมาะสม³⁴

5. การประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ สังคมสงเคราะห์ กายภาพบำบัด ฯลฯ และภายนอกโรงพยาบาล เช่น พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นต้น และแนะนำให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยรับรู้ถึงระบบที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษาและมีประสิทธิภาพ^{25,26}

สรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะคุกคามของชีวิต เนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงและสาเหตุการเสียชีวิตในอัตราสูง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เหงื่อเย็น เป็นต้น ด้านจิตใจเกิดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค กลัวจะไม่กลับเป็นปกติ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือต้องเปลี่ยนงานใหม่ ทำให้ขาดรายได้ มีการเปลี่ยนบทบาททางสังคมจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องให้บุคคลในครอบครัวเลี้ยงดู ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการข้อมูล เพื่อการดูแลผู้ป่วยและใช้ในการปรับตัวอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างปกติได้ ซึ่งในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ข้อมูล ซึ่งการได้รับข้อมูลที่เพียงพอเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเรื่องราวต่างๆ สามารถใช้ข้อมูลในการตัดสินใจและสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้มีความเครียดและ ความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

References

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Huffman MD, Judd SE, Kissela BM, Lackland DT, et al. Heart disease and stroke statistic – 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131(1): e1-e295.
2. Srimahachota S, Boonyaratavej S, Anjanavanit RK, Sritara P, Krittayaphong RK, Unjara – Na – Ayudhya RK, et al. Demographic, management practices and in-hospital outcomes of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TASCR). *J Med Assoc Thai*. 2012; 95(4): 508-18.
3. Skinner JS, Cooper A, Feder GS. Secondary prevention for patients after a myocardial infarction: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2007; 334: 1112-3.
4. Weiss-Faratici N, Lurie I, Neumark Y, Malowany M, Cohen G, Benyamini Y, et al. Perceived social support at different times after myocardial infarction and long-term mortality risk: a prospective cohort study. *Ann Epidemiol*. 2016; 26(6): 424-8.
5. Lammintausta A, Airaksinen JK, Immonen-Räihä P, Torppa J, Kesäniemi AY, Ketonen M, et al. Prognosis of acute coronary events is worse in patients living alone: the FINAMI myocardial infarction register. *Eur J Prev Cardiol*. 2014; 21(8): 989-96.
6. Foà C, Fuochi G, Fruggeri L. Factors affecting women's well-being during the experience of acute myocardial infarction: a literature review. *Acta Biomed*. 2015; 86(1): 51-61.
7. Nilliaum R, Pinyopasakul W, Kusuma Na Ayuthya S, Sriprasong S. Predicting factors of perceived readiness for hospital discharge in caregivers of patients with acute myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2016; 27(1): 43-55. (in Thai).
8. Government HM. Carers at the heart of 21st century families and community: "A caring system on your side. A life of your

- own". London: Department of Health; 2008.
9. Sirapo-ngam Y. Family caregiver: Concept and research issues. *Rama Nurs J*. 1996; 2(1): 84-94. (in Thai).
 10. Monkong S, Sirapo-ngam Y, Wongvatuny S. Roles of family caregivers of palliative care patients: preliminary qualitative study. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016; 31(4): 104-21. (in Thai).
 11. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurs*. 2002; 22(6): 61-5.
 12. Salminen-Tuomaala M, Astedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial Infarction — a grounded theory approach. *Nurs Res Pract*. 2012; 2012(1): 1-9.
 13. Eriksson M, Asplund K, Svedlund M. Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nur*. 2009; 8(4): 267-73.
 14. Kuuppelomaki M, Sasaki A, Yamada K, Asakawa N, Shimanouchi S. Family carers for older relatives: sources of satisfaction and related factors in Finland. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(5): 497–505.
 15. Wattradul D. Cardiac rehabilitation: Transition care from hospital to home. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2015; 26(1): 89-103. (in Thai).
 16. Buck HG, Harkness K, Wion R, Carroll S L, Cosman T, Kaasalainen S, et al. Caregivers' contributions to heart failure self-care: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nur*. 2015; 14(1): 79-89.
 17. Meleis IA, Sawyer ML, Im E, Messias HDK, Schumacker K. Experiencing transition: An emerging middle-range theory. *Advances Nurs. Sci*. 2000; 23(1): 12-28.
 18. Archbold GP, Stewart JB. Family caregiving inventory. [PhD. dissertation]. Portland, Oregon Health Sciences University; 1986.
 19. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie K. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patient: A randomized controlled trial. *J Psychosom Res*. 2009; 67(1): 17-23.
 20. Eriksson M, Asplund K, Svedlund M. Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2010; 19: 3485–93.
 21. Kopachon C, Influence on preparedness, Rewards of caregiving, and factors in role strain of caregivers of patients with cerebrovascular disease. [Master thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2002.
 22. Kunthakhu S, Watthanakitkrileartt D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. *Journal of Nursing Science*. 2009; 27(2): 83-91. (in Thai).
 23. Sriprasong S, Hanucharunkul S, Panpukdee O, Krittayaphong R, Pongthavornkamol K, Vorapongsathorn T. Personal factors related to perceived readiness for hospital

- discharge of patients with acute myocardial infarction. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2011; 22(2): 44-57.(in Thai).
24. Leecharoen P. Application of transtheoretical model to complication prevention in patients with chronic disease. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2013; 23(3): 1-11. (in Thai).
 25. Intarasomba P, Monkon Churaitatsane S, Vongterapak S, Prasanaikom W, Pronsawatcha P, et al. Comprehensive care of hospitalized older adults: transitional care from hospital to home. Rama Nurs J. 2013; 19(2): 194-205. (in Thai).
 26. Sereewichayasawa N, Sriprasan P. The roles of home health care nurse in the university hospital. Journal of Public Health Nursing. 2014; 28(2): 92-108. (in Thai).
 27. Sriprasong S. Nursing care for coronary artery disease. In: TooPai-ror P, editors. Medical nursing no.1. Bangkok; N.P. Press Limited Partnership; 2010. P.35-59. (in Thai).
 28. Smith J, Liles C. Information need before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. J Clin Nurs. 2007; 16(4): 662-71
 29. Vathesatogkit KR. A guide to tobacco addiction treatment for nurses. Bangkok: Mon Preya Graphic Publishing; 2016. (in Thai).
 30. Ipjian ML, Johnston CS. Smartphone technology facilitates dietary change in healthy adults. Nutrition. 2017; 33: 343-47.
 31. Piepoli MF, Corrà U, Adamopoulos S, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Cupples M, et al. Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: a policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. Eur J Prev Cardiol. 2014; 21(6): 664-81.
 32. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American heart association. Circulation. 2012; 125: 1058-72.
 33. Varvogli L, Darviri C. Stress management Techniques: evidence based procedures that reduce stress and promote health. Health Science J. 2011; 5 (2): 74-89.
 34. Randall G, Molloy, J. G., & Steptoe, A. The impact of an acute cardiac event on the partners of patients: a systematic review. Health Psychol Rev. 2009; 3(1):1-84.