



การส่งเสริมการติดตามและการปฏิบัติตามแผน การรักษาของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี: การประสานความร่วมมือของบุคลากร ในสาขาวิชาชีพ

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุในลำดับต้นๆ ของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตของประชากร การสาธารณสุขที่เจริญมากขึ้น ทำให้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ถึงกระนั้นความสำเร็จของการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถเกิดจากการรักษาด้วยยาเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ใช้บริการในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตควบคู่กันไป อย่างไรก็ตาม การติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ยาวนานต่อเนื่องอาจถูกละเลยเนื่องจากปัจจัยหลายประการ โดยพบว่า ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 60 ไม่มีการติดตามและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น ดังนั้น บุคลากรในสาขาวิชาชีพจึงต้องมีการประสานการทำงานร่วมกันที่ีระหว่างสมาชิกในทีมทั้งในขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษา

คำสำคัญ: การติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี สาขาวิชาชีพ

ผู้นิพนธ์หลัก

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

อีเมล: aeejuntima@outlook.com

Encouraging persons with coronary artery disease to adhere to therapeutic recommendations: collaboration among members in a multidisciplinary team

Juntima Rerkluenrit

Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

Abstract

Because of being a leading cause of worldwide death, coronary artery disease (CAD) is considered as a crucial health problem. Although advances in the treatment of CAD at present have contributed to a decline in hospitalization admission and mortality, successful CAD management also depends on patients' commitment to modify their lifestyles. However, associated with many factors, adherence to long-term CAD management may be neglected. More than 60 percent of persons with CAD were vulnerable to hospital readmission because they did not adhere to therapeutic recommendations. As for encouraging persons with CAD to adhere to therapeutic recommendations, collaboration among members in a multidisciplinary team in collecting data, doing a plan, performing as a plan, and evaluating the results has been launched.

Keywords: adhere to therapeutic recommendations, persons with coronary artery disease, multidisciplinary team

Corresponding author:

Juntima Rerkluenrit

Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

62 Moo 7, Rangsit Nakhonnayok Road, Ongkharak, Nakhon-Nayok 26120

E-mail: aeejuntima@outlook.com

■ บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือที่คนส่วนใหญ่เรียกสั้นๆ ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น เกิดจากการหนตัวของผนังหลอดเลือดอันเป็นผลมาจากการมีไขมัน (plaque) มาจับเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่บุภายในหลอดเลือดจนหลอดเลือดเกิดการตีบแคบ อุดตัน และขัดขวางการไหลเวียนของเลือด หรืออาจเกิดจากการกระตุ้นให้เกิดกลไกการสร้างลิ้มเลือดจนหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ¹ ส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีอาการเจ็บบริเวณกลางหน้าอกตรงบริเวณเหนือลิ้นปี่ขึ้นมาเล็กน้อย แน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับหรือบีบรัด บางครั้งอาจมีอาการร้าวไปที่บริเวณไหล่ซ้ายและแขนซ้าย หรือร้าวไปที่กรามทั้ง 2 ข้าง² โดยอาจมีอาการเหนื่อยง่ายร่วมด้วย และหากไม่ได้รับการรักษาทันที่อาจจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจะนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ใช้บริการโดยกะทันหันได้¹⁻² ทั้งนี้โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่สำคัญของประชากรทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา³⁻⁵ โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 12.9 และในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.0 ของผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมด⁶ สำหรับประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่า 2.5 เท่าภายใน 7 ปี โดยเพิ่มจาก 62,794 ราย ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 159,176 ราย ในปี พ.ศ. 2551⁵ โดยโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับหนึ่งของประชากรไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551⁷

ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงทำให้ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการแย่ลงนั้น แบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้⁸ โดยปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุและเพศ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้น ผู้ใช้บริการมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น^{1,8,9} โดยเฉพาะในเพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน¹⁰ สำหรับปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีแรงต้านมากขึ้น หัวใจต้องทำงาน

หนักขึ้นเพื่อเอาชนะแรงต้านเหล่านั้น ทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ประกอบกับแรงดันการไหลของเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดแรงกระแทกบริเวณผนังหลอดเลือดแดงทำให้ไขมันเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น จึงส่งเสริมให้เกิดการตีบของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ดังนั้น หากผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติได้ โอกาสที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดย่อมสูงขึ้น^{1,8} นอกจากนี้ ภาวะไขมันในเลือดสูงที่รวมถึงระดับคอเลสเตอรอลที่มากกว่า 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับแอลดีแอล (LDL) ที่สูงกว่า 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และระดับเอชดีแอล (HDL) ที่ต่ำกว่า 35-40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงและผนังหลอดเลือดแข็งขาดความยืดหยุ่น จึงอาจทำให้ผู้ใช้บริการมีอาการผิดปกติได้เช่นกัน⁸ โดยพบว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดปกติถึง 2 เท่า เช่นเดียวกับภาวะไขมันในเลือดสูงโรคเบาหวานมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและขาดความยืดหยุ่น มีการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 4-5 เท่า^{8,9} นอกจากการมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วยแล้ว ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการแย่ลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การไม่รับประทานผักผลไม้ และความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ผู้ใช้บริการสามารถปรับเปลี่ยนได้^{1,4-6,8,9} ดังนั้น ในการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ การวางแผนการรักษาจึงต้องครอบคลุมโรคประจำตัวทั้งหมดที่ผู้ใช้บริการเป็น รวมถึงการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ด้วย

การจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจต้องอาศัยทั้งการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตรวมถึงพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ สำหรับยาที่นิยมใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันมีหลายกลุ่ม ยาในกลุ่มไนเตรท (nitrates) ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดบรรเทาอาการแน่นหน้าอกจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet agents) ป้องกันมิให้เกิดเกร็ดเลือดเกาะที่ผนังหลอดเลือด ยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า (beta-blockers) ทำให้ความดันโลหิตลดลง หัวใจเต้นช้าลง และทำให้หลอดเลือดหัวใจขยาย

เลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มมากขึ้น สำหรับยา Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) เป็นยาที่ขยายหลอดเลือดโดยการป้องกันมิให้ร่างกายสร้างเอนไซม์ angiotensin II นอกจากนี้ยังมียาลดระดับไขมันในเลือดอีกด้วย^{1,8-9} ซึ่งแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจจะเป็นผู้พิจารณาการใช้ยา กลุ่มต่างๆ รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ ร่วมกับการใช้ยา เช่น การถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ในผู้ใช้บริการแต่ละราย และหากการรักษาไม่ได้ผลตามที่ต้องการ แพทย์อาจพิจารณาการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด (coronary artery bypass graft)^{1,8,11} อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะผู้ใช้บริการ จะได้รับการรักษาชนิดใด สิ่งหนึ่งที่ขาดไม่ได้ คือ ผู้ใช้บริการจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และต้องมีการติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ^{1, 8,12,13}

พฤติกรรมที่ติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “adherence” นั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่าหมายถึง ระดับของพฤติกรรมของผู้ใช้บริการที่สอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษาของทีมสุขภาพ¹⁴ ทั้งนี้ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีการติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน^{12,13} ซึ่งมีการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใช้บริการที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องมีการติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษาตลอดชีวิตนั้น มักขาดการติดตามและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งนี้การไม่ติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ การไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การขาดทักษะในการปฏิบัติ การมีปัญหในการอ่านออกเขียนได้ และการขาดที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับแผนการรักษา รวมถึงความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา^{14,15} ซึ่งพบว่าผู้ที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาจะมีผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาถึงสามเท่า^{16,17} สำหรับผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจก็เช่นเดียวกับผู้ใช้บริการโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งบางครั้งหากแผนการรักษาและคำแนะนำต่างๆ ของทีมสุขภาพไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตเดิมของผู้ใช้บริการ¹⁸ หรือกระทบกับเศรษฐกิจ¹³ เช่น การนัดมาตรวจอาจกระทบรายรับ ทำให้ขาดรายได้ในวันนั้น และเพิ่มรายจ่ายในส่วนของค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น จึงทำให้พบว่า มีผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าร้อยละ 60 ที่ขาดการติดตาม

และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา^{12,13} โดยพบว่า ช่วงเวลาที่เสี่ยงต่อการขาดการติดตามและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา คือ ช่วงเวลาที่ผู้ใช้บริการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยอาจเกิดได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกของการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นต้นไป โดยช่วงที่พบมากที่สุดคือ ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน เนื่องจากร่างกายมีการฟื้นฟูดีขึ้น^{19,20} ซึ่งการขาดการติดตามและไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเสียชีวิตภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงขึ้น^{12,13} นอกจากนี้ การขาดการติดตามและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำยังเป็นสาเหตุของการกำเริบของอาการต่างๆ รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนทำให้ผู้ใช้บริการต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน ส่งผลต่อการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก^{12,13,21}

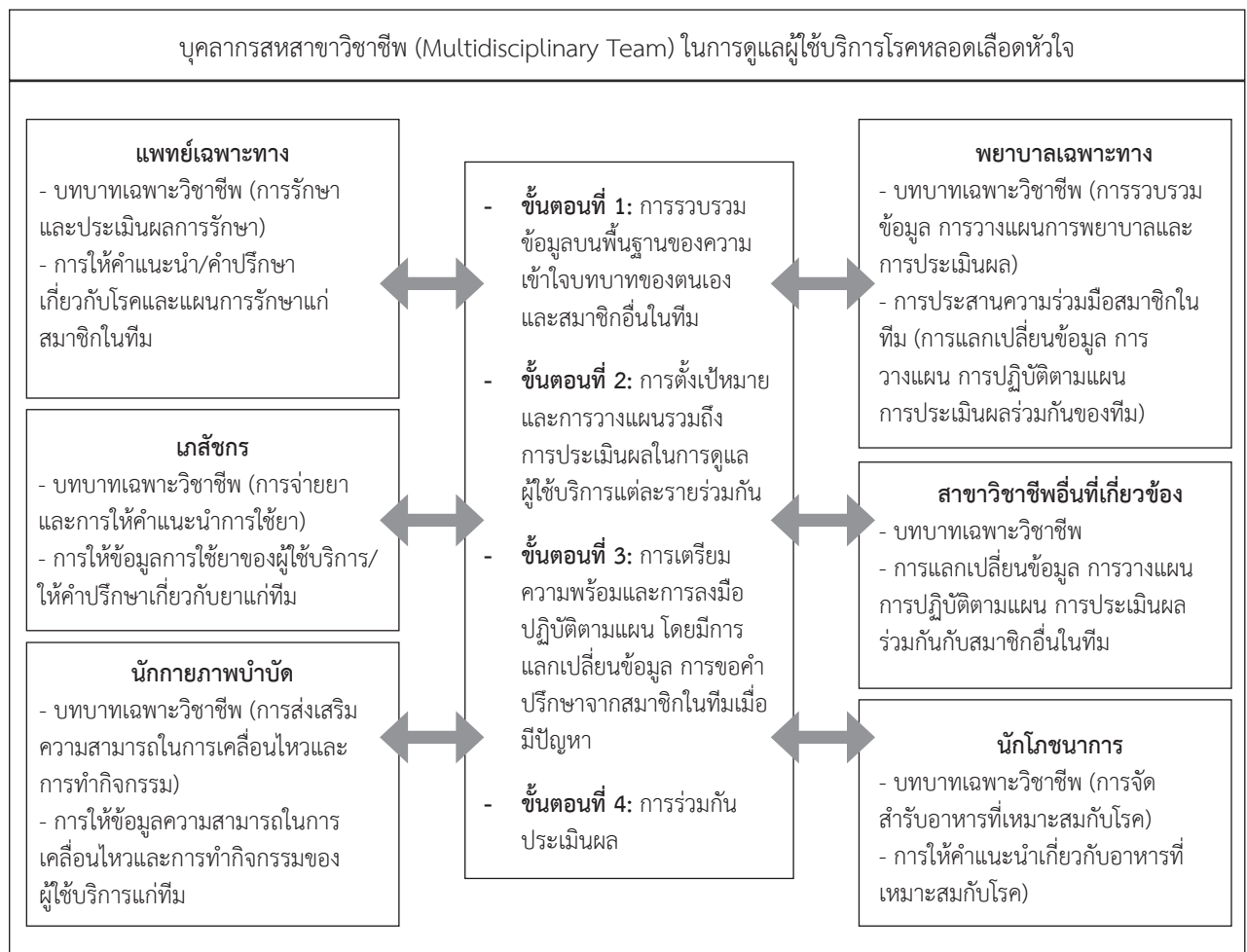
จากที่กล่าวมา จะเห็นว่าการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการอย่างมาก โดยช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงรวมถึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิตอีกด้วย^{12,13,21} ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ไม่สามารถมองข้ามได้ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการส่งเสริมการติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษาจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้เลย หากปราศจากความร่วมมือจากบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น²²

■ การประสานความร่วมมือของสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอุปสรรคในการส่งเสริมการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีประการหนึ่ง คือ การขาดการสื่อสาร การขาดการประสานความร่วมมือระหว่าง

สมาชิกในทีมสุขภาพ เนื่องจากภาระงานในการบริการสุขภาพที่มาก²³ ปัจจุบันจึงมีความพยายามในการจัดการดูแลผู้ใช้บริการในรูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วยบุคลากรจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพมีด้วยกันหลากหลาย โดยการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพแบบ multidisciplinary team เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือกัน

ของสมาชิกทุกคนในทีม ตั้งแต่การตั้งผลลัพธ์หรือเป้าหมายของทีมร่วมกัน การทำความเข้าใจในบทบาทของตนเองและสมาชิกอื่นในทีม การวางแผนจัดการแบ่งงานที่ชัดเจน การปรึกษาหารือ การขอคำแนะนำจากสาขาวิชาชีพอื่นในทีมเมื่อมีปัญหา และการรวบรวมผลสรุปของสมาชิกแต่ละคนเข้ามาให้กลมกลืนเป็นเรื่องเดียวกัน^{22,24} (แผนภาพที่ 1) ซึ่งในการประสานความร่วมมือของสมาชิกในทีมนี้จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับทุกฝ่ายและเป็นที่ยอมรับของสมาชิกภายในทีม



แผนภาพที่ 1 การทำงานและการประสานความร่วมมือของสมาชิกในบุคลากรสหสาขาวิชาชีพเพื่อการส่งเสริมการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจ

พยาบาลเฉพาะทางที่ได้รับการอบรมและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ใช้บริการโรคหัวใจเป็นผู้ที่มีความเหมาะสมในการทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างสมาชิกในทีมกับผู้ใช้บริการ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับบุคลากรทุกวิชาชีพในทีมรวมถึงผู้ใช้บริการ²⁵⁻²⁶

โดยเฉพาะหากผู้ใช้บริการจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลเป็นวิชาชีพเดียวในบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดและเฝ้าสังเกตประเมินอาการและการแสดงของผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ใช้บริการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลสามารถเป็น

ผู้รับผิดชอบหลักของทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามเยี่ยม ผู้ใช้บริการ โดยประสานความร่วมมือจากสมาชิกในทีม สหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมการติดตามและการปฏิบัติตาม แผนการรักษาของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ทั้งนี้ขั้นตอนในการประสานการทำงานของสมาชิกในทีม สหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมการติดตามและการปฏิบัติตาม แผนการรักษาของผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลบนพื้นฐานของ ความเข้าใจบทบาทของตนเองและสมาชิกอื่นในทีม: ควร รวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามผู้ให้บริการและครอบครัว เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย อาชีพ ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ความสามารถในการเรียนรู้ ฐานะเศรษฐกิจ และโรคประจำตัวอื่นๆ เป็นต้น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้มีผล ต่อการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษา กล่าวคือ ผู้ใช้บริการเพศหญิง ผู้ใช้บริการที่มีอายุที่มากขึ้น จำนวนปี ของการศึกษาเล่าเรียนที่เพิ่มมากขึ้น และการมีรายได้มีงานทำ จะมีการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาสูงกว่าผู้ใช้ บริการรายอื่นๆ ที่มีข้อมูลพื้นฐานต่างไป^{4-6, 12-16} นอกจากนี้ ควรมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตาม แผนการรักษา สิ่งสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผนการ รักษา โดยเฉพาะแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า แรงจูงใจสามารถทำนาย พฤติกรรมของผู้ใช้บริการได้²⁷ ซึ่งในการทำงานของทีม สหสาขาวิชาชีพในขั้นตอนนี้ ควรมีการนัดประชุมเพื่อประมวล ความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยพยาบาล ซึ่งนอกจากเป็น ผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการประเมินผู้ให้บริการด้วยตนเองแล้ว พยาบาลควรเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลของผู้ใช้บริการที่สมาชิกแต่ละคนในทีมรวบรวมมาได้ ซึ่งข้อมูลที่สมาชิกแต่ละคนรวบรวมมานั้นย่อมมีรายละเอียดที่ แตกต่างกัน สืบเนื่องจากจุดเน้นในบทบาทของแต่ละวิชาชีพ ไม่เหมือนกัน ข้อมูลจากแพทย์เฉพาะทางมักเป็นข้อมูลที่ เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของผู้ใช้บริการ ข้อมูลการรักษา ผลการประเมินการรักษาที่ผ่านมา รวมถึงข้อมูลพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้ใช้บริการ ข้อมูลจากเภสัชกรส่วนใหญ่ เน้นในเรื่องการใช้ยา ประวัติการรับยาจากโรงพยาบาล การ แพทย์ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ให้บริการ สำหรับ

นักกายภาพบำบัด ข้อมูลที่สามารถให้แก่ทีมคือ ระดับความ สามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ การพัฒนาขีดความสามารถของผู้ใช้บริการตามความรุนแรง ของโรค และสำหรับนักโภชนาการ ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ใช้บริการ รวมถึง สำหรับอาหารของผู้ใช้บริการในอดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้เมื่อ ทุกคนในทีมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันย่อมทำให้เกิดแนวคิด ในการปฏิบัติตามบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ให้บริการ โรคหลอดเลือดหัวใจได้ชัดเจนขึ้น เนื่องจากการทำงานแบบ multidisciplinary นี้ สมาชิกทุกคนมีอิสระในการทำบทบาท ภายใตกรอบแนวคิดในวิชาชีพของตน^{22,24} ดังนั้น หากขาด การประสานความร่วมมือที่ดี อาจทำให้สมาชิกแต่ละคน ขาดข้อมูลที่สำคัญในบางมุมมองไป ทั้งนี้การประสานความ ร่วมมือในเรื่องของข้อมูลกระทำเพื่อให้สมาชิกในทีมสหสาขา วิชาชีพทุกคนมีข้อมูลของผู้ใช้บริการที่ตรงกัน เพื่อประโยชน์ ในการวางแผนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งเป้าหมายและการวางแผนรวมถึง การประเมินผลในการดูแลผู้ให้บริการแต่ละรายร่วมกัน: ทีมสหสาขาวิชาชีพควรทำความเข้าใจให้ตรงกันว่าเป้าหมาย ของการดูแลผู้ให้บริการ คือ การส่งเสริมให้ผู้ให้บริการมีการ ติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนั้น ในการวางแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายจึงควรประกอบด้วยการกระตุ้นให้ผู้ ใช้บริการเห็นความสำคัญของการติดตามและปฏิบัติตาม แผนการรักษา การส่งเสริมให้ผู้ให้บริการเข้าใจภาวะเจ็บป่วย ทั้งหมดที่เป็น มีความรู้เกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ และท้าย ที่สุดคือ การส่งเสริมให้ผู้ให้บริการสามารถประยุกต์ความรู้ที่ ได้รับ ไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ยังมีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม²⁸⁻²⁹ ทั้งนี้การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น จะทำให้พฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ใช้บริการดีขึ้น³⁰ ซึ่งน่าจะส่งผลต่อการ ติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษา อย่างไรก็ตาม ยังมี ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ^{5,11,31} โดยในการปฏิบัติ ผู้ใช้บริการยังมีการใช้ความรู้ที่ได้รับคำแนะนำมาน้อยมาก ดังนั้น การวางแผนเพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปใช้ได้จริงจึงมีความสำคัญมากและควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ใช้ บริการได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของหลอดเลือด หัวใจ สำหรับบทบาทของพยาบาลในการประสานความ

ร่วมมือกัน พยาบาลควรมีการวางแผนร่วมกับสมาชิกในทีม โดยประสานความร่วมมือให้ผู้ใช้บริการรวมถึงครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง โดยการวางแผนของทีมนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา

ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมความพร้อมและการลงมือปฏิบัติตามแผน โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การขอคำปรึกษาจากสมาชิกในทีมเมื่อมีปัญหา สมาชิกในทีมควรมีการพัฒนาความรู้ของตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมอ สมาชิกทุกคนในทีมควรได้รับการอบรมในเรื่องเทคนิคการสอนเพื่อให้การถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ใช้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรมีการประชุมทีมเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ใช้บริการ และการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาของสมาชิกในทีม เพื่อประโยชน์ในการลงมือปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการ โดยในฐานะผู้รักษา แพทย์เฉพาะทางควรมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมของทีม โดยการให้ข้อมูลรายละเอียดของแผนการรักษาที่เป็นปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ความก้าวหน้าในการรักษา รวมถึงเป้าหมายในการรักษาระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้การลงมือปฏิบัติของสมาชิกในทีมเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับเภสัชกรผู้ดูแลเรื่องการจ่ายยา และการให้คำแนะนำการใช้ยา ควรมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยา ปริมาณยาที่จ่ายให้แก่ผู้ใช้บริการแต่ละครั้ง รวมถึงการตอบสนองต่อคำแนะนำการใช้ยาของผู้ใช้บริการ การมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมของนักกายภาพบำบัด คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการ ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการฟื้นฟูผู้ใช้บริการ สำหรับนักโภชนาการ ควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใช้บริการ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่พบในการจัดสำรับอาหารให้ผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ ยังมีสมาชิกอีกวิชาชีพหนึ่งนั่นคือ พยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งนอกจากจะปฏิบัติบทบาทในการให้การพยาบาลผู้รับบริการตามแผนที่วางไว้แล้ว พยาบาลควรทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับสมาชิกในทีมในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1) การส่งเสริมเพื่อการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการ พยาบาลควรทำหน้าที่

ประสานความร่วมมือกับสมาชิกทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ กระบวนการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น การจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และความสำคัญของการติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งในการสอนหรือให้คำแนะนำ นอกจากการพูดด้วยวาจาแล้ว พยาบาลควรประสานขอความร่วมมือกับสมาชิกทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดทำคู่มือที่มีภาพประกอบเพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถทบทวนสิ่งที่ได้รับคำแนะนำไป และรูปภาพช่วยให้ผู้ใช้บริการที่มีความสามารถอ่านออกเขียนได้น้อยสามารถเข้าใจสิ่งที่สมาชิกในทีมสอนได้ง่ายขึ้น³²⁻³³ นอกจากนี้ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ได้จริง ภายหลังจากให้ความรู้ สมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพควรเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการซักถาม รวมทั้งตั้งคำถามจากสถานการณ์จำลองบนพื้นฐานของข้อมูลของผู้ใช้บริการแต่ละคนเพื่อประเมินว่าผู้ใช้บริการได้รับความรู้ที่ถูกต้องและสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งนอกจากการให้ความรู้แล้ว ในการส่งเสริมเพื่อการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการ พยาบาลควรทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ใช้บริการเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการมากขึ้น รวมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและกระตุ้นการติดตาม และปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการติดตาม และปฏิบัติตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น^{34,35}

2) การส่งเสริมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา มีการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 40 มีการรับประทานยาครบถ้วนตามแผนการรักษา¹² ผู้ใช้บริการบางรายไม่ได้ตั้งใจเลยการรับประทานยา แต่เนื่องจากความไม่รู้ ความไม่ชัดเจนของการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ใช้บริการ การหลงลืม และฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เอื้อต่อการรับยา จึงทำให้ผู้ใช้บริการไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา^{12,13,36} ในขณะที่ผู้ใช้บริการที่ตั้งใจไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นสืบเนื่องมาจากแผนการรักษานั้นไม่สอดคล้องกับความเชื่อ ทัศนคติ และความคาดหวังที่มีต่อผลของการรักษา ดังนั้น ในการส่งเสริมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา³⁶ ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงจำเป็นต้องประเมินความเชื่อและทัศนคติของผู้ใช้

บริการร่วมด้วย โดยพยาบาลอาจทำหน้าที่ในการสอบถาม ผู้ใช้บริการในเรื่องของความเชื่อ ทศนคติ และความคาดหวัง ต่อผลการรักษา เนื่องจากมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดจากการดูแล ผู้ใช้บริการตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ พยาบาลควรทำหน้าที่ ประสานความร่วมมือกับแพทย์ และเภสัชกรในการให้ความรู้ แก่ผู้ให้บริการเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ผลของยาที่ต้องการ และ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งในการให้ความรู้นั้นควรเป็นภาษาพูด ที่ผู้ให้บริการสามารถเข้าใจได้ง่าย และหากผู้ให้บริการนอน รักษาตัวในโรงพยาบาล การสอนอาจเป็นการสอนรายบุคคล หรือรายกลุ่มขึ้นกับข้อมูลที่เหมาะสมได้ในขั้นตอนที่ 1 เช่น ความสามารถในการรับรู้ของผู้ให้บริการแต่ละราย เป็นต้น และภายหลังการให้ความรู้ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้ ลงมือปฏิบัติจริง เช่น การจัดยารับประทานเอง การประเมิน อาการอันเกิดมาจากผลข้างเคียงของยา เป็นต้น นอกจากนี้ ในการติดตามเยี่ยมผู้ให้บริการที่บ้าน อาจมีการใช้วิธีการใน การประเมินเรื่องการรับประทานยาของผู้ให้บริการ เช่น การ นับเม็ดยา รวมถึงการประเมินอาการของผู้ให้บริการ การ ชักถามถึงปัญหาในการรับประทานยา เป็นต้น^{21,30} จากนั้น ภายหลังการติดตามเยี่ยม พยาบาลควรประสานกับแพทย์ผู้รักษา และเภสัชกรเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหา เรื่องการรับประทานยาของผู้ให้บริการแต่ละราย โดยอาจมี การประสานความร่วมมือในการติดตามเยี่ยมผู้ให้บริการทาง โทรศัพท์หรือติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันต่อไป^{21, 30, 32}

3) การส่งเสริมเรื่องการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมกับโรคตามแผนการรักษา พยาบาลควรทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับนักโภชนาการ ในการให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการเกี่ยวกับการเลือกรับประทาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะหากผู้ให้บริการมีโรค ประจำตัวอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โดยทั่วไปพยาบาล และนักโภชนาการจะเน้นให้ผู้ให้บริการโรคหลอดเลือดหัวใจ รับประทานผักผลไม้ และอาหารที่มีกากใยมากขึ้น เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโพด ลูกเดือย และให้รับประทานโปรตีนจาก ปลาถั่วเหลือง เต้าหู้ นมจืดพร่องไขมัน ให้เลือกใช้น้ำมัน ถั่วเหลืองแทนน้ำมันหมู และหลีกเลี่ยงของหวานและอาหารที่มี ไขมันสูง เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม หนังกุ้ง และขาหมู เป็นต้น^{1,8} รวมถึงการควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ^{1,8}

ทั้งนี้บทบาทของสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง กับการรับประทานอาหารของผู้ใช้บริการมีความสำคัญมาก เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หากผู้ให้บริการสามารถ เลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค จะช่วยบรรเทา การดำเนินของโรคที่ไม่ดีได้และยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อีกด้วย³⁷⁻³⁹ อย่างไรก็ตาม การ ส่งเสริมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคนั้นไม่ใช่ เรื่องง่าย ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการและ ครอบครัวมีทัศนคติว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ให้บริการและเป็นภาระต่อครอบครัวใน การเตรียมอาหาร นอกจากนี้ ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับส่วน ประกอบในอาหารของผู้ให้บริการอาจส่งผลต่อการตัดสินใจ เลือกรับประทานได้ เช่น เมื่อผู้ให้บริการมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องว่า การรับประทานไข่แดง เนื้อวัว ปลาหมึก หอย กุ้ง ทุกวันไม่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากอาหารดังกล่าวไม่มี โคลเลสเตอรอล จึงมีความเป็นไปได้สูงที่ผู้ให้บริการจะหาซื้อ อาหารเหล่านี้มาบริโภค เป็นต้น⁴⁰ ดังนั้น ในการส่งเสริมการ รับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักตามแผนการรักษา นั้น นอกจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกซื้อ การประกอบ อาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ให้บริการ และครอบครัวแล้ว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วม ในการตั้งน้ำหนักที่เป็นเป้าหมาย นอกจากนี้ ควรมีการ สร้างโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงนั้น พยาบาลและนักโภชนาการรวมถึงผู้ให้บริการและครอบครัว อาจควรประสานความร่วมมือในการคิดรายการอาหาร ร่วมกันอย่างน้อย 7-14 วัน เนื่องจากใน 2 สัปดาห์แรกผู้ ใช้บริการและครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูงในการติดตาม และปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น³¹ ดังนั้น การเริ่มต้นด้วยรายการอาหารที่ร่วมกันคิด ขึ้นระหว่างพยาบาล นักโภชนาการ และอาจรวมสมาชิกอื่น ในทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ให้บริการและครอบครัวจะทำให้ ผู้ใช้บริการและครอบครัวมีแนวทางในการรับประทานอาหารที่ เหมาะสมกับโรคต่อไป จากนั้นในการติดตามเยี่ยม พยาบาล และนักโภชนาการควรร่วมมือกันในการประเมินผลการใช้เมนู อาหารร่วมกับผู้ให้บริการและครอบครัว เช่น การคำนวณค่า ดัชนีมวลกาย ความรู้สึกของผู้ให้บริการและครอบครัว และ

ประเมินแนวโน้มในการรับประทานอาหารของผู้ใช้บริการ และนำข้อมูลที่ได้แลกเปลี่ยนกับสมาชิกในทีมต่อไป

4) การส่งเสริมเรื่องการออกกำลังกายตามแผนการรักษา การออกกำลังกายที่เหมาะสมนอกจากจะช่วยให้ความทนต่อการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นแล้ว⁴¹ ยังมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอีกด้วย⁴² ดังนั้นสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด อาจรวมถึงนักวิทยาศาสตร์การกีฬาควรร่วมมือกันในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคของผู้ใช้บริการ ความทนต่อการทำกิจกรรม ความสามารถในการออกกำลังกาย และแรงจูงใจของผู้ใช้บริการในการออกกำลังกาย จากนั้นจึงร่วมมือกันในการให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการเกี่ยวกับการปรับกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมบนพื้นฐานของข้อมูลของผู้ใช้บริการแต่ละราย ซึ่งในการออกกำลังกายครั้งแรกของผู้ใช้บริการโดยเฉพาะผู้ให้บริการที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการรุนแรงนั้น อย่างน้อยควรมีสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัดร่วมกิจกรรมด้วย ทั้งนี้เพื่อประเมินสมรรถนะการทำงานของหัวใจของผู้ใช้บริการ และยังทำให้ผู้ให้บริการอุ่นใจ มั่นใจและรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า คำแนะนำของแพทย์ผู้ทำการรักษามีผลต่อการเริ่มต้นของการตัดสินใจออกกำลังกายของผู้ใช้บริการ⁴³ สำหรับการแนะนำในเรื่องการออกกำลังกายนั้น โดยทั่วไปผู้ให้บริการควรมีการอบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5 นาทีก่อนการออกกำลังกายทุกครั้ง และควรเลือกการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายตลอดเวลา เช่น เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ เป็นต้น โดยปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที ทั้งนี้ควรแนะนำให้ผู้ให้บริการออกกำลังกายเท่าที่ร่างกายจะทำได้ โดยมีหลักง่ายๆ คือ ให้ออกกำลังกายโดยให้มีชีพจรเต้นเพิ่มมากขึ้นมากกว่าขณะพัก ตั้งแต่ 10 ครั้ง ต่อนาทีขึ้นไป และไม่ควรรอกกำลังกายที่หัดใหม่หรือไม่ควรออกกำลังกายที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้อ หรือไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การยกน้ำหนัก เป็นต้น² มีการศึกษาพบว่า หากให้ผู้บริการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบของการออกกำลังกาย จะทำให้ผู้บริการมีความมั่นใจในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น^{43,44} ส่งผลให้

ผู้ให้บริการมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเมื่อต้องดูแลตนเองที่บ้านได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล สมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการประเมินผล 2 รูปแบบคือ การประเมินผลทุกครั้งภายหลังการดูแลผู้ให้บริการ และมีการจดบันทึกในสมุดบันทึกที่สมาชิกคนอื่นสามารถติดตามอ่านและให้ความคิดเห็นได้ และอีกรูปแบบหนึ่งคือ การประเมินผลการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยภาพรวม ในการประเมินผลควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และความคิดเห็นกับสมาชิกอื่นภายในทีม การประเมินผลควรจัดกระทำปีนระยะเพื่อประเมินความสำเร็จของแผนรวมถึงการปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสม

■ สรุป

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร อย่างไรก็ตามการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ถึงกระนั้นการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ให้บริการในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรม ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างยาวนานและต่อเนื่อง ดังนั้น ความสำเร็จในการส่งเสริมให้ผู้บริการมีการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นไม่มีทางเกิดขึ้นได้หากปราศจากการสื่อสารและการประสานการทำงานร่วมกันที่ดีระหว่างสมาชิกในบุคลากรสหสาขาวิชาชีพด้วยกัน และระหว่างสมาชิกในบุคลากรสหสาขาวิชาชีพกับผู้บริการและครอบครัว

1. Kasliwal R, editor. Coronary artery disease: ECAB clinical update cardiology. Chennai, India: Elsevier Health Sciences; 2008.
2. ประดิษฐ์ ปัญจวีณิน. เมื่อหลอดเลือดหัวใจตีบ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นวันที่ 1 พฤษภาคม 2557]. จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=43>
3. Rosamond W, Flegal K, Friday G, et al. Heart disease and stroke statistics--2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2007;115:e69-171.
4. World Health Organization. Avoiding heart attacks and strokes: don't be a victim—protect yourself. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2005.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตลาดนัดความรู้ online: แนวปฏิบัติที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นวันที่ 1 พฤษภาคม 2557]. จาก <http://v2.kmddc.go.th/onlinemarketitem.aspx?itemid=4859>
6. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. [updated 2013; cited 2014 May 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นวันที่ 1 พฤษภาคม 2557]. จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
8. Cannon CP, Steinberg BA. Evidence-Based Cardiology. 3rd ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
9. อภิชาติ สุคนธรสรณ์, บรรณาธิการ. Coronary artery disease: the new frontiers. เชียงใหม่: ทรिकิ่ง; 2553.
10. Mosca L. The role of hormone replacement therapy in the prevention of postmenopausal heart disease. *Arch Intern Med* 2000;160:2263-72.
11. O'Grady E. A nurse's guide to caring for cardiac intervention patients. Hoboken, New Jousey: Wiley; 2007.
12. Newby LK, LaPointe NM, Chen AY, et al. Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease. *Circulation* 2006;113:203-12.
13. Baroletti S, Dell'Orfano H. Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation* 2010; 121:1455-8.
14. Dobbels F, Van Damme-Lombaert R, Vanhaecke J, et al. Growing pains: non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatr Transplant* 2005;9:381-90.
15. Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 1996;348:383-6.
16. Dimatteo M, Giordani P., Lepper H, et al. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002;40:794-811.
17. Miura T, Kojima R, Mizutani M, et al. Effect of digoxin noncompliance on hospitalization and mortality in patients with heart failure in long-term therapy: a prospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57:77-83.

18. Rerkluenrit J, Panpakdee O, Sandelowski M, et al. Self-care among Thai people with heart failure. *Thai J Nurs Res* 2009;13:43-54.
19. Phonphet J. The study of factors affecting the health status in patients with coronary heart disease at Phthalung Hospital [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2001.
20. Jackevicius CA, Li P, Tu JV. Prevalence, predictors and outcomes of primary non-adherence after acute myocardial infarction. *Circulation* 2008;117:1028-36.
21. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J* 2011;26:155-9.
22. Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy. 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *CIM* 2006;29:351-64.
23. ผาสุก แก้วเจริญตา. รายงานวิจัยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลลับแล [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [สืบค้นวันที่ 1 พฤษภาคม 2557]. จาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/10756>
24. Woods NF. Multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary approaches to women's health research: A view from the Seattle midlife women's health study. *Korean J Women Health Nurs*. 2007;13:237-44.
25. Laramie AS, Levinsky SK, Sargent J, et al. Case management in a heterogenous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2003;163:809-17.
26. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Eng J Med* 1995;333:1190-5.
27. สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2550;25: 379-88.
28. สุมนา สัมฤทธิ์รินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในระยะก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
29. สุทธิชา สุวรรณศรี พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในระยะก่อนและหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
30. วศินี สมศิริ, จินตนา ชูเซ่ง. ผลของการให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 2554;3:33-46.
31. Savage LS, Grap MJ. Telephone monitoring after early discharge for cardiac surgery patients, *Am J Crit Care* 1999;8:154-9.
32. Murray MD, Young J, Hoke S, et al. Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;146:714-25.
33. ดวงมล วัตตราดุลย์, ศิริพรรณ ภมรพล, ศิริกุล ภมร, สุวลี อุจน์จิตร, ศีโรรัตน์ แก้ววงดี, เจริญทอง นันทจินดา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 2553; 21:31-44.
34. Sherbourne CD, Hays RD, Ordway I, et al. Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcome study. *J Behav Med* 1992;15:447-68.

35. Voils CI, Steffens, Flint EP, et al. Social support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *Am J Psychiatry* 2005;13: 157-65.
36. Horne R, Weinman J, Barber N, et al. Concordance, adherence and compliance in medicine taking: a conceptual map and research priorities. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization NCCSDO; 2005.
37. Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, et al. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation* 2005;112:924-34.
38. Parikh P, McDaniel MC, Ashen MD, et al. Diets and cardiovascular disease, an evidence-based assessment. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:1379-87.
39. Zarraga IGE, Schwarz ER. Impact of dietary patterns and interventions on cardiovascular health. *Circulation* 2006;114:961-73.
40. จิตติพร วิชิตรงไชย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2555;27:340-6.
41. Karjalainen JJ, Kiviniemi AM, Hautala AJ, et al. Effects of exercise prescription on daily physical activity and maximal exercise capacity in coronary artery disease patients with and without type 2 diabetes. *Clin Physiol Funct Imaging* 2012;32:445-54.
42. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006;174:801-9.
43. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction. *Circulation* 2010;122:406-44.
44. Marcus BH, Willimas DM, Dubbert PM, et al. Physical activity intervention studies what we know and what we need to know. *Circulation* 2006;114:2739-52.

