

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ผลของความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

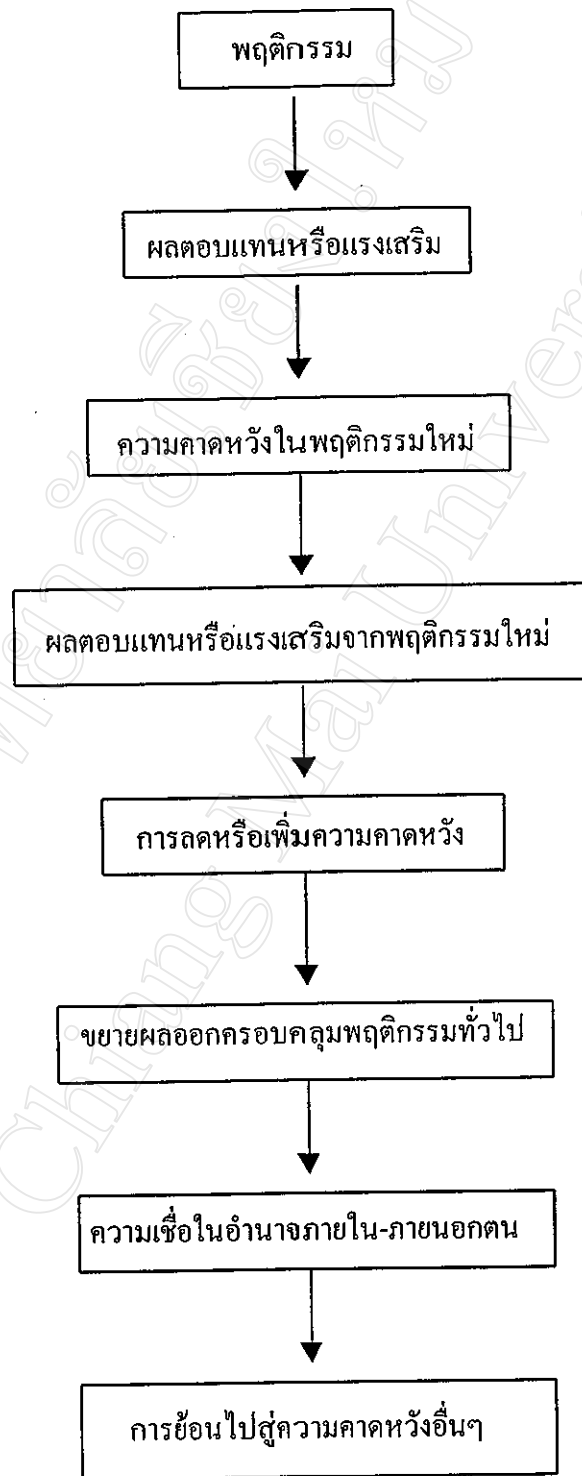
1. ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ
2. พยาธิสภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ
3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
4. การปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
5. ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพกับการส่งเสริมสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ

ความเชื่อ หมายถึง เห็นตามด้วย มั่นใจ ไว้วางใจ นับถือ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2531) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2526, หน้า 814) ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงของบุคคล เมื่อบุคคลใดได้มีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่ง ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลปฏิบัติตามความสิ่งที่ตนเชื่อ โดยทั้ง ๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม (Rokeach, 1970, p. 214) จากหลายความหมายข้างต้น สรุปได้ว่าความเชื่อหมายถึงทัศนคติที่จะยอมรับ ไว้วางใจ นับถือ อาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ รอตเตอร์ (Rotter, 1966, p. 1) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้สร้างทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดย

เชื่อว่าการที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปนั้นเนื่องจาก ความคิด ประสบการณ์ สภาพแวดล้อม และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะแตกต่างกันออกไป ซึ่งเรียกความเชื่อนี้ว่า ความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกตน (Locus of Control) และยังอธิบายลักษณะของความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกตนว่า เมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมอันหนึ่ง จะเกิดความคาดหวังว่า จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม และถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้ จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าผลตอบแทนไม่ได้เป็นตามที่คาดหวัง ก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การเพิ่มหรือลดความคาดหวังนี้ จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ ที่คล้ายกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่อในอำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมไม่ได้รับการเสริมแรง จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ได้รับนั้น ไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชคเคราะห์ ความบังเอิญหรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่อภายนอกตน (External Locus of Control) ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ ๆ อีก

นอกจากนั้นแล้ว ผลตอบแทนในแต่ละครั้งยังอาจมีผลให้ความคาดหวังในครั้งต่อไป สูงขึ้นหรือต่ำลงได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อความคาดหวังโดยทั่วไปประกอบกับความคาดหวังเฉพาะบุคคลอันเนื่องมาจากผลตอบแทนที่ได้จากอดีต อาจทำให้เกิดเป็นความเชื่อภายนอกตนหรือ เกิดเป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองก็ได้ และจะสะสมขึ้นเป็นบุคลิกภาพประจำตัวของ บุคคลนั้น ๆ ไป ในที่สุดความเชื่อเหล่านี้เองที่จะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลของ พฤติกรรมอันใหม่อีก กล่าวคือ ผู้ที่เชื่อโชคกลาง ย่อมจะหวังในผลตอบแทนจากการกระทำของ ตนเองได้น้อยกว่าผู้ที่เชื่อในความสามารถหรือทักษะของตน เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายอาจเขียน เป็นแผนภูมิแทนคำอธิบาย แผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภูมิ 1 แสดงรูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกตน
 ที่มา : กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2527, หน้า 18

ความเชื่อในอำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) หมายถึง ความนึกคิดของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า เป็นผลของการกระทำของตน และตนเองสามารถควบคุมได้ การแสดงออกทางบุคลิกภาพของบุคคลที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนจะมีดังนี้ (Rotter, 1966)

1. ความไวตื่นตัวและมีความพร้อมต่อสภาวะแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวย หรือนำมาซึ่งความรู้และข่าวสาร ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการแสดงซึ่งอนาคตของตน
2. พยายามหาทางปรับปรุงสภาพแวดล้อมอยู่เสมอ
3. ให้คุณค่าต่อการเสริมแรงที่เป็นผลต่อจากทักษะหรือความชำนาญมากกว่า
4. แสดงการต่อต้านต่อสิ่งที่มีอิทธิพลครอบงำตัวตนมากกว่า

ความเชื่อในอำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) หมายถึง ความนึกคิดของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือด้านร้ายนั้น ไม่ได้ขึ้นกับตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจที่ควบคุมไม่ได้ เช่น บุคคลอื่น ๆ โชคชะตาเคราะห์กรรม หรือการคลั่งไคล้ของอำนาจเหนือธรรมชาติ บุคลิกลักษณะของผู้มีความเชื่อในอำนาจภายนอกตนมีดังนี้ (Rotter, 1966)

1. มีบุคลิกภาพเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูล และการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหา
2. มีความวิตกกังวลในการทำกิจกรรมใด ๆ
3. หลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมและการชักจูงในการทำกิจกรรมใด ๆ
4. ขาดความพยายามและมีความกลัวในการแสวงหาแหล่ง หรือสิ่งที่มาช่วยสนับสนุนตนเอง

เมื่อนำความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกตนมาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจึงเรียกว่า ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ (Health Locus of Control) ซึ่งหมายถึง ทักษะคติที่ยอมรับอำนาจในการควบคุมภาวะสุขภาพของตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976 อ้างในอรณี หลาพสุ, 2541)

1. ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพภายในตน (Internal Health Locus of Control) หมายถึงความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ไว้ว่า สุขภาพอนามัยของตนเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตน ไม่ได้แต่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นผลดีหรือผลร้ายก็ตาม

2. ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพในผู้อื่น (Powerful Other Health Locus of Control) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ไว้ว่า สุขภาพอนามัยของตนเป็นไม่ได้ผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตน แต่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

3. ความเชื่อในอำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) หมายถึงความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ไว้ว่า สุขภาพอนามัยของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนหรือผู้อื่น แต่เป็นผลมาจากสาเหตุภายนอก ได้แก่ ความบังเอิญ โชคชะตา ดวงอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นต้น

ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพจึงเป็นตัวแปรหนึ่ง ที่สามารถนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลโดยทั่วไปและในภาวะที่มีการเจ็บป่วยได้ การศึกษาความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการหาวิธีส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาธิสภาพทั่วไปของโรคลิ้นหัวใจพิการ

หัวใจเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญ ประกอบด้วยกล้ามเนื้อที่แข็งแรงอยู่ในทรวงอก ระหว่างปอดทั้ง 2 ข้าง โดยในคนปกติจะวางค่อนมาทางทรวงอกด้านซ้าย ภายในหัวใจเป็นโพรงหรือช่อง มีทั้งหมด 4 ช่อง

หน้าที่ของหัวใจคือสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย โดยรับเอาเลือดดำจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย แล้วส่งไปฟอกที่ปอด จากนั้นจะรับเลือดแดงแล้วบีบตัวให้เลือดแดงผ่านไปยังหลอดเลือดเพื่อเลี้ยงร่างกายต่อไป

ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจแบ่งตามความทนทานในการใช้กำลัง (Exercise Tolerance) เป็น 4 ระดับตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York's Heart Association) ไว้ดังนี้

ระดับที่ 1 (Class I) มีโรคหัวใจแต่ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น กวาดบ้าน เดิน ออกกำลังกายไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือใจสั่น

ระดับที่ 2 (Class II) ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เดินระยะทางไกล จะไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือใจสั่น แต่จะมีอาการถ้าออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น วิ่ง เดิน ขึ้นบันไดเร็ว ๆ เป็นต้น จะมีอาการและจะรู้สึกสบายดีขึ้นเมื่อหยุดพักสักระยะหนึ่ง หลังจากนั้นก็สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้

ระดับที่ 3 (Class III) มีอาการเหนื่อยหอบหรือใจสั่นถึงแม้กิจกรรมเพียงเล็กน้อย เช่น กวาดบ้าน เดิน และจะมีอาการดีขึ้นเมื่อได้หยุดพักหรือได้นอนอยู่เฉย ๆ

ระดับที่ 4 (Class IV) มีอาการเหนื่อยหอบหรือใจสั่นขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียง แม้ออกกำลังกายเล็กน้อยก็มีอาการได้

ดังนั้นการทำกิจกรรมต้องอยู่ในขอบเขตความสามารถของผู้ป่วยในระดับต่าง ๆ

หัวใจประกอบด้วยลิ้นหัวใจมีทั้งหมด 4 ลิ้น คือ ลิ้นไตรคัสปิด ลิ้นพัลโมนารี ลิ้นไมตรัล และลิ้นเอเออร์ติค มีหน้าที่ คือ ปิดเปิดให้เลือดผ่านไปมาตามช่องแต่ละช่องในหัวใจอย่างธรรมชาติ และมีประสิทธิภาพ

โรคลิ้นหัวใจพิการ หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจ ซึ่งอาจเกิดจากมีหินปูนไปเกาะ มีการติดเชื้อมีการทำลายจากกรณีอื่น ๆ จนทำให้ความยืดหยุ่นในการปิดเปิดของลิ้น หัวใจเสื่อมลง และผลที่ตามมาอีกก็คือโลหิตที่ไปเลี้ยงร่างกายลดลงด้วย

ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ อาจจะพบได้ดังนี้ คือ

1. ลิ้นหัวใจตีบ (Stenosis) หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะที่ลิ้นหัวใจเปิด โดยมีช่องว่างระหว่างลิ้นหัวใจแคบลงกว่าปกติ

2. ลิ้นหัวใจรั่ว (Regurgitation) หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะที่ลิ้นหัวใจปิด โดยที่มึนรั่ว หรือลิ้นหัวใจปิดไม่สนิทไม่สนิท

สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของลิ้นหัวใจมีมาก เช่น เป็นมาแต่กำเนิด หรือเป็นผลมาจากไข้รูมาติก ซิฟิลิส การติดเชื้อในหัวใจ หรือ การเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจ

ในทางคลินิกพบว่า โรคของลิ้นหัวใจไมตรัล พบบ่อยที่สุด และสาเหตุส่วนใหญ่มาจากไข้รูมาติก รองลงไปที่โรคของลิ้นหัวใจเอเออร์ติก ซึ่งอาจเกิดจากไข้รูมาติก หรือซิฟิลิส เป็นมาแต่กำเนิด หรือ การเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจก็ได้ สำหรับลิ้นหัวใจไตรคัสปิด พบว่าเป็นน้อยกว่า 2 ลิ้นหัวใจที่ผ่านมาแล้ว และส่วนมากโรคของลิ้นหัวใจไตรคัสปิดเป็นผลมาจากโรคของลิ้นหัวใจไมตรัล ส่วนลิ้นหัวใจพัลโมนารีที่เป็นโรคนั้นพบได้น้อยเช่นกัน

การแยกชนิดชนิดของโรคลิ้นหัวใจ อาจจำแนกได้โดยอาศัย

1. ลักษณะของความผิดปกติ แยกออกเป็น ลิ้นหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่ว หรือเป็นทั้งสองอย่างรวมกัน
2. ตำแหน่งของลิ้นหัวใจที่ผิดปกติ ทางคลินิกพบบ่อยที่สุดคือ ลิ้นหัวใจไมตรัล รองลงไปที่ ลิ้นหัวใจเอเออร์ติก ส่วนลิ้นหัวใจไตรคัสปิด และลิ้นหัวใจพัลโมนารี พบได้น้อย
3. สาเหตุการเกิดโรค ที่พบบ่อยที่สุดคือผลจากไข้รูมาติก รองลงมาคือเป็นมาแต่กำเนิด (จรรยา มะโนทัย, 2524 หน้า 94)

โรคลิ้นหัวใจไมตรัล

1. โรคลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ (Mitral Stenosis)

สาเหตุที่พบบ่อยเนื่องจากโรคหัวใจรูมาติกในระยะเรื้อรัง พบบ่อยในหญิงมากกว่าชายถึง 3 เท่า

พยาธิสภาพ

เมื่อมีการอักเสบของหัวใจจากโรครูมาติก การอักเสบเกิดขึ้นที่เยื่อรอบหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ และลิ้นหัวใจ ส่วนเอ็นยึดลิ้นหัวใจ กล้ามเนื้อยึดเอ็น และวงแหวนรอบ ๆ อักเสบด้วย ตัวแผ่นลิ้นหัวใจที่อักเสบต่อมาจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีพังผืดเกิดขึ้น และมีการติดกันของแผ่นลิ้นทำให้รูเลือดผ่านลิ้นตีบลง ถ้าตัวแผ่นลิ้นเป็นไม่มากมีแต่ตีบอย่างเดียว ตัวแผ่นลิ้นจะยังโบกสะบัดได้ดีอยู่ แต่ถ้าการอักเสบเกิดขึ้นที่เอ็นยึดและกล้ามเนื้อยึดเอ็นมาก ส่วนนี้จะติดกันและพังผืดที่เกิดขึ้นตามมาจะ

ทำให้ส่วนยึดลิ้นหัวใจหนาและหดสั้น การโบกสะบัดของลิ้นหัวใจก็ลดน้อยลง บางรายอาจมี หินปูนไปจับ

พยาธิสภาพที่พบประจำโรคหัวใจรูมาติกคือ เอ็นยึดลิ้นหัวใจหนา สั้น และติดรวมกัน กล้ามเนื้อยึดเอ็นก็มักจะสั้น

ข้อชี้บ่งการรักษาทางศัลยกรรม

- 1) ผู้ป่วยซึ่งมีอาการเหนื่อยและอยู่ใน Class II ของ New York Heart Association ขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยซึ่งมีอาการ หรืออาการแสดง หรือตรวจพบว่ามีแรงดันเลือดในปอดสูง
- 3) ผู้ป่วยซึ่งเคยมีภาวะของลิ่มเลือดหลุดจากหัวใจไปอวัยวะอื่น ซึ่งถ้าหลุดไปสมองทำให้ มีอัมพาต หรือตรวจพบก้อนลิ่มเลือดในช่องหัวใจห้องบนซ้าย
- 4) ผู้ป่วยเด็กซึ่งมีการเต้นของหัวใจผิดปกติชนิด Atrial Fibrillation หรือเคยมีภาวะ ปอดบวมมาแล้ว ควรรับการพิจารณาการผ่าตัด เพราะในเด็กหลอดเลือดในปอดมี ผนังหลอดเลือดฝอยไม่แข็งแรง ถ้าภาวะความดันของหลอดเลือดสูงอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย
- 5) ผู้ป่วยในระยะตั้งครรภ์ ถ้าในระยะแรกของการตั้งครรภ์และมีภาวะของปอดบวม น้ำ มีอาการหอบเหนื่อยขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าจะให้การรักษาทางยาดีขึ้นก็ควรพิจารณาการผ่าตัด เนื่องจากในระยะครรภ์ได้ประมาณ 32 สัปดาห์ ร่างกายยังมีน้ำคั่งมากขึ้น ภาวะหัวใจวายจะมากขึ้น อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้
- 6) ผู้ป่วยซึ่งมีภาวะหัวใจวายเป็น ๆ หาย ๆ
- 7) ผู้ป่วยที่ตรวจพิเศษโดยการทำคลื่นเสียงสะท้อน (Echocardiography) แล้วพบว่ามี Mitral Valvular Area น้อยกว่า 1.5 ตารางเซนติเมตร

2. โรคลิ้นหัวใจไม่คร่ำครว (Mitral Regurgitation, Mitral Incompetence, Mitral Insufficiency)

สาเหตุแบ่งได้เป็น 2 ชนิดตามระยะเวลาที่เกิด

- 1) ลิ้นหัวใจไม่คร่ำครวชนิดเฉียบพลัน ที่พบบ่อยเนื่องจากการติดเชื้อ ซึ่งอาจเกิดเนื่องจาก ตัวแผ่นลิ้นเป็นรูโหว่จากการทำลายของการติดเชื้อ หรือตัวแผ่นลิ้นอาจขาดหายไปเลยหรือ

ห้อยเกือบขาดก็ได้ การติดเชื่อบางรายอาจทำให้มีเอ็นยึดลิ้นขาดก็ได้ อาจพบการเกาะของแบคทีเรียบนลิ้นหัวใจที่ถูกทำลาย (Vegetation) ก็ได้ ที่พบบ่อยรองลงมาคือเอ็นยึดลิ้นหัวใจขาดอย่างกระทันหัน (Spontaneous Rupture of Chordae Tendinae)

นอกจากนี้ยังอาจเกิดขึ้นเนื่องจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี และมีส่วนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดสภาพที่เรียกว่ากล้ามเนื้อยึดเอ็นของลิ้นหัวใจทำงานบกพร่อง (Papillary Muscle Dysfunction)

2) ลิ้นหัวใจรั่วชนิดเรื้อรัง สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่โรคหัวใจรูมาติก และที่พบบรองลงมาในประเทศไทย ได้แก่ สาเหตุจากความเสื่อมของตัวลิ้นหัวใจ (Degenerative Valve) นอกจากนี้อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะพังผืดซึ่งจับยึดภายในหัวใจ (Endomyocardial Fibrosis) หรือเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจพิการชนิดขยาย (Dilated Cardiomyopathy)

พยาธิสภาพ

ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วชนิดเรื้อรังจะพบว่าแผ่นลิ้นหัวใจไมตรัลทั้ง 2 ข้าง หนา และแข็งขึ้น ย่อ่น ทำให้การปิดไม่สนิท การปิดไม่สนิทนอกจากตัวแผ่นลิ้น อาจเนื่องจากการยึดตัวของเอ็นยึดลิ้นถึงส่วนแผ่นลิ้น โดยเฉพาะแผ่นลิ้นส่วนหลังม้วนเข้าไปในหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ปิดไม่สนิท การรั่วของลิ้นมักพบบ่อย ๆ ว่า มีส่วนร่องลิ้นติดกันทำให้มีภาวะตีบร่วมด้วย บางรายอาจพบหินปูนจับเกาะร่วม อย่างไรก็ตามภาวะหินปูนจับเกาะมักพบบ่อยในพวกมีลิ้นหัวใจตีบอย่างเดียวมากกว่า

การรั่วเรื้อรังซึ่งเกิดจากภาวะเสื่อมสภาพของตัวลิ้นหัวใจ อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางมูคอยด์ (Mucoid Degeneration) หรือมีเนื้อเยื่อ (Myxomatous Change) ซึ่งทั้ง 2 ชนิดนี้จะพบว่าตัวลิ้นหัวใจใสบางไม่หนาแข็ง เช่น ในผู้ป่วยไข้รูมาติกอาจพบเป็นลักษณะคล้ายกับเป็นสันแหว่ง ๆ ขอบเรียบ ซึ่งถ้าเกิดในแผ่นลิ้นใดจะทำให้ขนาดของแผ่นลิ้นนั้นมีเนื้อที่มากกว่าอีกลิ้นหนึ่ง เอ็นยึดลิ้นหัวใจอาจพบปกติ หรือบางรายซึ่งพบร่วมกับแผ่นลิ้นมีลักษณะหยักขึ้นลงคล้ายเปลือกหอยแครง (Scallops) อาจพบว่ายึดยาวกว่าปกติ ทำให้ลิ้นหัวใจซึ่ง Scallops โป่งแบบบัลลูนลอบเข้าไปในหัวใจห้องบนซ้าย ขณะหัวใจห้องล่างหดตัว เกิดภาวะที่เรียกว่า Mitral Valve Prolapsed ทำให้ลิ้นปิดไม่สนิท

ข้อบ่งชี้การรักษาทางศัลยกรรม

- 1) ผู้ป่วยซึ่งมีอาการมากขึ้นและอยู่ใน Functional Class มากกว่า Class II ของ New York Heart Association ขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเป็น ๆ หาย ๆ
- 3) ผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อมองลิ้นหัวใจ ลิ้นหัวใจไมตรัลตีกลับทำให้มีอาการของการติดเชื้อเล็กน้อยลงอย่างกะทันหัน หรือมีกลุ่มก้อนของแบคทีเรียจับกันโต
- 4) ผู้ป่วยซึ่งมีหัวใจรั่วอย่างกะทันหัน อันเกิดเนื่องจากเอ็นยึดลิ้นหัวใจขาดและมีภาวะปอดบวมน้ำเกิดร่วมด้วย
- 5) ตรวจพบว่ามีขนาดหัวใจที่โตขึ้น หรือมีสมรรถนะการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายบกพร่อง (Left Ventricle Dysfunction)

โรคลิ้นหัวใจเอเออร์ติกตีบ (Aortic Stenosis)

สาเหตุเนื่องจากโรคหัวใจรูมาติกซึ่งมักพบร่วมกับพยาธิสภาพของโรคลิ้นหัวใจไมตรัลด้วย ถ้าเกิดที่ลิ้นเอเออร์ติกแห่งเดียวและพบหลังอายุ 50 ปี ขึ้นไป อาจเกิดจากการแข็งกระด้าง (Calcific Degeneration)

พยาธิสภาพ

ลิ้นหัวใจเอเออร์ติกตีบซึ่งมีสาเหตุจากโรคหัวใจรูมาติก จะพบว่าแผ่นลิ้นหัวใจหนาและติดกันผิดปกติทำให้ปิดไม่สนิทด้วย จึงมักพบว่ามีการรั่วร่วมด้วย แต่อาจพบหิ้นปูนจับเกาะได้ด้วย อย่างไรก็ตามในพวกที่มีสาเหตุจาก การแข็งกระด้างมักเกิดจากมีหินปูนเกาะจับมากกว่า

ข้อบ่งชี้การรักษาทางศัลยกรรม

- 1) เมื่อมีอาการของโรคลิ้นหัวใจเอเออร์ติกตีบชัดเจน กล่าวคือ มีเจ็บหน้าอก หน้ามืด เป็นลมและเหนื่อยมาก เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อมีอาการของโรคชัดเจน ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว มักจะถึงแก่กรรมภายใน 2 - 3 ปี และประมาณร้อยละ 20 จะถึงแก่กรรมกะทันหันได้

2) ในรายที่สวนหัวใจ หรือการคำนวณจากใช้คลื่นเสียงสะท้อน พบความดันแตกต่างระหว่างช่องเวนตริเคิลและเอเออร์ต่ำมากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ

3) ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าภาวะหัวใจวายเกิดขึ้น ก็ต้องรีบผ่าตัดซึ่งอัตราเสี่ยงสูงขึ้นแต่เป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วย

4) ในภาวะซึ่งเกิดมีการติดเชื้อมากขึ้น และพบมีการจับกลุ่มของแบคทีเรียเป็น vegetation ซึ่งอาจเห็นได้ในภาพจากคลื่นเสียงสะท้อน หัวใจพวกนี้ทำให้การสูบฉีดเลือดของหัวใจน้อย จำเป็นต้องรับการผ่าตัดโดยเร็ว

โรคลิ้นหัวใจเอเออร์ติกรั่ว (Aortic Regurgitation, Aortic Insufficiency, Aortic Incompetence)

สาเหตุ ถ้าเป็นสาเหตุจากโรคหัวใจรูมาติกมักเกิดร่วมกับพยาธิสภาพลิ้นหัวใจไมตรัลร่วมด้วยอาจเกิดจากการติดเชื้อ การติดเชื้ออาจทำลายกลีบลิ้นหัวใจให้เป็นรูหรือขาดไปเลย ถ้าเกิดจากการติดเชื้อมักจะมีระยะเวลาการเกิดไม่นานอย่างในโรคหัวใจรูมาติก

อาจเกิดเนื่องจาก Marfan's Syndrome และ Ankylosing Spondylitis ในสมัยก่อนอาจเกิดจากโรคซิฟิลิส ในปัจจุบันไม่พบอีกเลย

สาเหตุอื่นที่อาจพบได้ เช่น Aortitis (Takayasu), โรค Myxomatous Degeneration อาจกล่าวได้ว่าสิ่งผิดปกติของโคนเอเออร์ต้า แต่จากอะไรก็ตามก็ทำให้วงแหวนรอบขยายตัว เกิดการรั่วได้

พยาธิสภาพ

แล้วแต่สาเหตุ ถ้าเนื่องจากโรคหัวใจรูมาติก แผ่นลิ้นหนา ทำให้ปิดไม่สนิท ถ้าเนื่องจากการติดเชื้อจะพบว่า แผ่นลิ้นมีการทำลายหรือมีรอยทะลุโหว่ ถ้าเนื่องจาก Cystic Medial Necrosis หรือ Marfan's Syndrome ลักษณะของแผ่นลิ้นเป็นแผ่นใส และวงรอบของเอเออร์ต้ากว้างขึ้นทำให้ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท

ข้อชี้บ่งการรักษาทางศัลยกรรม

1) ในผู้ป่วยที่มีการรั่วเรื้อรังและมีอาการเหนื่อยมาก เจ็บหน้าอก ควรได้รับการผ่าตัด

2) ผู้ป่วยซึ่งแม้มีอาการไม่ชัดเจน แต่ถ้าจากการตรวจพบมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานบกพร่องเมื่ออยู่เฉย ๆ โดยการตรวจทดสอบจะเป็นโดยวิธีคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ หรือการฉีดสารทึบรังสีสวนเข้าหัวใจ และวิธีอื่น ๆ ก็ตาม ควรได้รับการแนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัด

3) ในรายที่แรงดันซิสโตลิกสูงกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และแรงดันเลือดไดแอสโตลิกต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท และมีอาการเหนื่อย ในระยะต่อมาอาการมากขึ้นและปอดคั่งน้ำ มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายวาย แรงดันซิสโตลิกจะลดต่ำ ต้องรีบส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

4) ภาวะการรั่วซึ่งเกิดอย่างกะทันหัน เช่น จากการติดเชื้อ หรือจากภัยอันตรายต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายวายและมีปอดคั่งน้ำ

5) การรั่วของลิ้นหัวใจเอออร์ติก ซึ่งเกิดพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคหลอดเลือดเอออร์ตาส่วนต้น เช่น ใน Acute Aortic Dissection Stanford Type A

การรักษาโรคลิ้นหัวใจพิการ มี 3 วิธี คือ

- 1) รักษาด้วยยา
- 2) รักษาโดยการผ่าตัดซ่อมแซม
- 3) รักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การเลือกแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาวิธีการที่เหมาะสม โดยทั่วไปแล้วการผ่าตัดยังเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในปัจจุบัน วิชาการและความก้าวหน้าในการประดิษฐ์ลิ้นหัวใจเทียมและอุปกรณ์อื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถของศัลยแพทย์ในการผ่าตัดและการดูแลรักษาที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากโรคลิ้นหัวใจพิการมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทำงานได้ปกติและมีอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น

การผ่าตัดลิ้นหัวใจครั้งแรกถูกบันทึกไว้เมื่อปี พ.ศ. 2456 แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ จนกระทั่งต่อมาในปี พ.ศ. 2503 จึงสำเร็จเป็นรายแรก และตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาลิ้นหัวใจเทียมชนิดต่าง ๆ จึงเป็นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ในปัจจุบันถ้าไม่นับการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจแล้ว ก็เชื่อว่าการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นวิธีการที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve Replacement) จะทำเมื่อพบว่าลิ้นหัวใจเสียจนไม่สามารถซ่อมแซมได้ ซึ่งเป็นการผ่าตัดชนิดเปิด โดยมีหลักการคือ ใช้เครื่องปิด

และหัวใจเทียมช่วยขณะผ่าตัด ให้ผู้ป่วยนอนหงาย แแนวผ่าตัดผ่านกลางกระดูกหน้าอก ใส่หลอดท่อพลาสติกเข้าไปในหัวใจห้องบนขวา เพื่อนำเอาเลือดดำออกจากร่างกายไม่ให้เข้าสู่หัวใจและหยุดการทำงานของหัวใจชั่วขณะ นำเลือดดำไปพอกในถุงปอดเทียมและนำเลือดแดงที่พอกแล้วกลับผ่านเข้าหลอดเลือดแดงเอเออร์ดำ ระหว่างผ่าตัดจะมีเลือดผ่านหัวใจน้อยที่สุด ทำให้สามารถเห็นลิ้นหัวใจ เห็นความพิการที่ต้องทำการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยแทนที่ด้วยลิ้นหัวใจเทียมที่ได้เตรียมไว้

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นการรักษาที่ได้ผลดี และจำเป็นที่ผู้ป่วยควรจะมีความรู้เกี่ยวกับลิ้นหัวใจเทียม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา เพื่อจะได้ปฏิบัติตนและป้องกันได้ถูกต้อง (อมร สุวรรณนิมิตร, 2534, หน้า 69)

ชนิดของลิ้นหัวใจและข้อเปรียบเทียบคุณสมบัติ

1. Mechanical หรือ Prosthetic Valve คือ ลิ้นที่ทำจากโลหะ ได้แก่ Disc Valve เช่น Saint Jude , Medtronic Hall , Ball Valve เช่น Starr Edward Valve, Sorin Valve, Carbomedic Valve

ข้อดี

- 1) มีความคงทนมากจากการศึกษาค้นคว้าในช่วง 20 ปี ทำให้ค้นพบสารที่ใช้ทำลิ้นหัวใจที่มีความคงทน ไม่มีการฉีกขาด เช่น การใช้ Pyrolite Carbon ทำ disc ของ valve หรือใช้ silicone elastomer ทำ ball ของ Starr Edward Ball Valve โดยมากจะมีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป
- 2) เก็บรักษาสะดวก หยิบใช้ง่าย
- 3) มีหลายขนาดให้เลือก เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล
- 4) วิธีการผ่าตัดค่อนข้างตรงไปตรงมา ไม่ซับซ้อน

ข้อเสีย

- 1) อาจมีลิ่มเลือดเกิดขึ้น การใช้สารแปลกปลอมในร่างกายก่อให้เกิด ลิ่มเลือด (Thrombus) ตรงรอยต่อของลิ้นที่ไม่มีรูพรุนกับเนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งอาจป้องกันได้โดยใช้สารต้านการแข็งตัวของเลือด คือ Heparin หรือ Warfarin ซึ่งก็มีข้อเสียคือต้องคอยตรวจเลือดเพื่อหาขนาดยาที่เหมาะสม ซึ่งไม่ทำให้เกิดลิ่มเลือด และไม่มากเกินไปจนเกิดเลือดออกผิดปกติ โดยเฉพาะการ

มีเลือดออกในสมอง Mechanical Valve ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้เสมอ จึงแนะนำให้ใช้ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดแก่ผู้ป่วยทุกราย ให้รับประทานตลอด

2) คุณสมบัติทางการไหลเวียน เนื่องจากลิ้นที่ทำจากโลหะต้องมีตัวปิด (occluder) ที่ทำหน้าที่แทน แผ่นลิ้น (leaflets) ของลิ้นหัวใจทำให้ขัดขวางต่อการไหลของเลือดผ่านลิ้นหัวใจเทียมเสมอ แม้ว่าลิ้นหัวใจเทียมรุ่นใหม่ ๆ จะมีความต้านทานต่อการไหลของเลือดลดลง ได้แก่ Bileaflet Valve เช่น Saint Jude หรือ Carbomedic valve พวกร Ball Valve มีความต้านทานต่อการไหลของเลือดมากที่สุด โดยเฉพาะเมื่อต้องใช้ลิ้นที่มีขนาดเล็ก

3) การเกิดการติดเชื้อมีโอกาสมากกว่ากลุ่ม Bioprosthesis และ Homograft Valve เนื่องจาก โลหะ พลาสติก และ sewing ring ล้วนเป็นสิ่งแปลกปลอมภายในร่างกาย และเมื่อเกิดติดเชื้อแล้ว โอกาสรักษาการติดเชื้อด้วยยาอย่างเดียวให้หายมีน้อย มักต้องผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ใหม่ จึงรักษาการติดเชื้อให้หายขาดได้

4) มีราคาแพง ต้องสั่งซื้อจากต่างประเทศ ราคาประมาณ 40,000 - 50,000 บาท

5) กลไกการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม เช่น ลิ้นเลือดมาอุดลิ้นหัวใจ หรือลิ้นหัวใจเปิดไม่ออก ทำให้ถึงแก่กรรมทันทีได้

6) มีการทำลายเม็ดเลือดแดง

7) ขนาดลิ้นหัวใจเทียมที่ใช้ขณะนั้น อาจไม่พอดีในอนาคตสำหรับเด็กที่ร่างกายโตขึ้น หรืออาจใหญ่ไปถ้าหัวใจมีขนาดเล็กลง หลังจากหัวใจวายได้รับการรักษาแล้ว

2. Bioprosthesis valve คือ ลิ้นหัวใจที่มีบางส่วนที่ทำจากโลหะ และส่วนที่ทำมาจากส่วนของสิ่งมีชีวิตที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้ไม่มีชีวิต (Tanning process) เช่น ใช้ Gluteraldehyde อาจได้จาก Pericardium ของวัว หรือลิ้นหัวใจหมู หรือ dura mater ของคน

ข้อดี

1) มีการเกิดลิ่มเลือดต่ำ ไม่ต้องให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังการผ่าตัด

2) คุณสมบัติทางการไหลเวียนเลือดดี เลือดไหลผ่านแบบ Central มีความต้านทานต่อการไหลเวียนของโลหิตน้อย แต่ก็ยังมากกว่า Homograft

3) การติดเชื้หลังการผ่าตัดมีน้อยกว่า Mechanical valve แต่ก็มากกว่า Homograft valve เนื่องจากส่วน โครงของลิ้นหัวใจ (Stent) ทำด้วยโลหะ และ Dacron

ข้อเสีย

1) ความคงทนสู่แบบโลหะไม่ได้ เกิดการเสื่อมสภาพ ของ Biological Tissue เสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุน้อย สตรีมีครรภ์ เกิดการจับตัวของหินปูนเนื้อเยื่อบริเวณแผ่นลิ้น ทำให้ลิ้นตีบหรือรั่ว ซึ่งมักเกิดจากการฉีกขาดของแผ่นลิ้นหัวใจ แต่ยั้งดีที่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวค่อยเป็นค่อยไป ไม่เกิดทันทีเหมือนการทำงานของลิ้นหัวใจชนิดโลหะ ซึ่งเกิดจากการมีลิ่มเลือดไปอุด ทำให้ลิ้นหัวใจปิดเปิดไม่ได้ ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมทันทีได้

2) มีราคาแพง ต้องสั่งซื้อจากต่างประเทศ แม้ Dura Valve ที่อาจเย็บเองในประเทศไทย ก็ยังต้องใช้ sewing ring ที่สั่งซื้อจากต่างประเทศ

3) การเก็บรักษาเพื่อเอาไว้นาน ๆ มีข้อจำกัดมากกว่า

3. Homograft Valve ได้จากลิ้นเอออร์ติค หรือ ลิ้นพัลโมนารี ของบุคคลอื่น จึงถือว่าเป็นเปลี่ยนถ่ายเนื้อเยื่อ (Transplantation) ชนิดหนึ่ง แต่ไม่เป็นปัญหาเรื่องภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Antigen Antibody Reaction) เนื่องจากองค์ประกอบของลิ้นเป็นเซลล์พวก Fibroblast และ Collagen fiber สามารถใช้ข้ามกลุ่มเลือด ได้โดยไม่ต้องใช้ยากกดภูมิคุ้มกันของร่างกายและไม่ต้องทำความเข้าใจกันได้ของเนื้อเยื่อและเม็ดเลือด

ข้อดี

- 1) ไม่มีปัญหาเรื่องการเกิดลิ่มเลือด ผู้ป่วยไม่ต้องรับยาต้านการแข็งตัวของเลือด
- 2) โอกาสติดเชื้หลังผ่าตัดมีน้อยมาก เนื่องจากไม่ใช่สารแปลกปลอมพวกโลหะ หรือ พลาสติก เป็นองค์ประกอบ ทำให้เป็นลิ้นที่ดีที่สุดในการทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- 3) คุณสมบัติทางการไหลเวียนของเลือดดี เหมือนลิ้นหัวใจปกติของผู้ป่วยมากที่สุด โอกาสเกิด ลิ้นหัวใจรั่ว เนื่องจากการผิส่วนตอนเย็บลิ้นมีน้อย
- 4) ไม่มีเสียงที่ก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ป่วย การฟังหัวใจพบเสียงเหมือนการทำงานของลิ้นหัวใจปกติ

5) ราคาถูกเพราะได้จากลิ้นหัวใจของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายหัวใจ หรือศพนิติเวช แต่ถ้าเป็นลิ้นที่บริษัทต่างประเทศทำจำหน่ายจะมีราคาแพง เช่น Cryo Life

ข้อเสีย

1) การเสื่อมสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงสภาพยังพบได้ แต่กว่าจะเกิดมักเป็นหลัง 10 ปีไปแล้ว และค่อย ๆ เป็น ค่อย ๆ ไป ทำให้มีเวลาที่แพทย์ตรวจพบ และเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะผ่าตัดทำให้ใหม่ได้

2) เทคนิคการเย็บลิ้นหัวใจต้องพิถีพิถันมากกว่าการเย็บลิ้นหัวใจทั่วไป แต่สามารถฝึกให้ได้ดี และถ้าทำถูกต้องตั้งแต่แล้ว การเกิดการรั่วของลิ้นหัวใจ จะมีน้อยมาก

3) วิธีการเตรียมยุงยาก

4) หาผู้บริจาคได้ยาก

การเลือกใช้ลิ้นหัวใจเทียม

ศัลยแพทย์จะพิจารณาการใช้ลิ้นหัวใจเทียมจาก

1. ตำแหน่งและพยาธิสภาพของโรคที่กำลังเป็นอยู่
2. อายุ
3. มีโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่
4. รูปแบบการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ทั่วไป
5. พื้นฐานความรู้และการยอมรับในการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด
6. สำหรับสตรี จะพิจารณาว่าอยู่ในวัยเจริญพันธุ์หรือไม่
7. ภาวะเศรษฐกิจ

สถานะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญ และมีผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบในร่างกายมนุษย์ หากมีการสูญเสียหรือทำงานได้ไม่สมบูรณ์โอกาสที่จะเสียชีวิตเป็นไปได้มา ดังนั้นการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจจึงเป็นเรื่องที่ร้ายแรงหรือยิ่งใหญ่ในความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เมื่อมีการเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดรักษาโรคอื่น ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งจิตสังคมของผู้ป่วยและญาติด้วย หากผู้ป่วยและญาติไม่สามารถเผชิญกับปัญหาหรือไม่สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม ก็จะเป็นปัญหาที่เรื้อรังทางด้านร่างกายและจิตสังคมได้

ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

สถานะและโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดหัวใจ แบ่งออกได้เป็น 2 พวก ตามระยะเวลาที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด คือ

1. สถานะและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะแรกหลังการผ่าตัด คือ เกิดตั้งแต่หลังการผ่าตัดไปจนถึง 30 วัน หลังผ่าตัด

2. สถานะและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลัง คือ เกิดขึ้นภายหลัง 30 วันไปแล้ว

สถานะและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะแรกหลังผ่าตัด

ส่วนใหญ่ได้กล่าวมาแล้วรวมถึงการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น หรือเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะแก้ไขได้อย่างไรในที่นี้เพียงแต่จะรวบรวมไว้เท่านั้น สถานะแทรกซ้อนที่รวมไว้ไม่ได้เจาะจงว่าจะเกิดกับการผ่าตัดหัวใจชนิดใดชนิดหนึ่งโดยเฉพาะเมื่อเกิดขึ้นแล้วอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

1. ภาวะปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมีน้อย (Low Cardiac Output Syndrome)

2. หัวใจมีการเต้นผิดปกติ (Arrhythmia) ที่สำคัญ คือ AV Block, Bradycardia อย่างมาก

และ ventricular arrhythmia

3. เลือดออกมากหลังผ่าตัด ถ้าแน่ใจว่าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด (Coagulation Defect) และผู้ป่วยยังมีเลือดออกเกิน 200-300 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (สำหรับในผู้ใหญ่) ควรนำกลับไปผ่าตัดใหม่

4. Cardiac Tamponade (ภาวะที่มีเลือดคั่งในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ)

5. ภาวะแทรกซ้อนในปอด เช่น ภาวะปอดไม่ขยายตัว (Atelectasis) โดยเฉพาะพวกที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นเวลานานในการผ่าตัด หรือพวกที่มี สิ่งคัดหลั่ง (Secretion) มาก ๆ

6. ภาวะไตวายชนิดเฉียบพลัน (Acute Renal Failure)

7. ภาวะตับวาย (Liver Failure) พบน้อยกว่า ภาวะไตวาย (Renal Failure) แต่อาจพบร่วมกันได้

8. ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น มีภาวะเส้นโลหิตถูกอุดตันจากฟองอากาศ หรือเศษชิ้นเนื้อ (Embolism) หลุดขึ้นไป หรือเนื่องจากสมองขาดออกซิเจน

9. การติดเชื้อ โดยมากเกิดในรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนาน ๆ

สภาวะและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลัง

สำหรับสภาวะและโรคแทรกซ้อนในระยะหลังที่เกิดจากสภาวะแทรกซ้อนที่ลิ้นหัวใจเทียมนั้น พอจะแบ่งออกได้ดังนี้

1. ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism) ในสมัยแรกของลิ้นหัวใจเทียมมีอัตราการเกิดสูงมาก ไม่ว่าจะให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือไม่ก็ตาม ต่อมาอัตราการเกิดนี้ลดต่ำลงเนื่องจากลิ้นหัวใจเทียมได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น ในปัจจุบันสำหรับลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ โอกาสที่จะเกิดต่ำกว่าร้อยละ 10 และอัตราเกิดลิ่มเลือดสำหรับลิ้นหัวใจชนิดเนื้อเยื่อเหลือเพียงร้อยละ 1 - 2 การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะช่วยลดอุบัติการณ์ลงบ้าง แต่ก็เสี่ยงกับเรื่องเลือดออกถ้าได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเกินขนาด

2. การติดเชื้อในเยื่อหัวใจ (Infective Endocarditis) ภายหลังการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมเป็นสภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายมาก และอัตราตายสูง เกิดขึ้นร้อยละ 2 - 4 ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การเกิดติดเชื้อแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

2.1 ในระยะแรก คือ เกิดตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึง 2 เดือน ส่วนใหญ่เป็นผลของการติดเชื้อขณะผ่าตัด หรือระยะหลังผ่าตัด

2.2 เกิดภายหลัง 60 วัน ไปแล้ว เนื่องจากการอักเสบที่ส่วนอื่นของร่างกาย เช่น ฟันผุ การติดเชื้อทางระบบหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

การวินิจฉัย ใช้อาการที่พบทางคลินิก เช่น มีไข้เป็นเวลานานหรือ มีอาการแสดงว่า ลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่ปกติ หรือมีภาวะหัวใจวาย หรือฟังได้ Murmur ซึ่งไม่เคยมีมาก่อน หรือ ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียในเลือด เชื้อที่พบบ่อย คือ *Staphylococcus Epidermidis* และ *Diphtheroides* หรือ อาจเกิดจากเชื้อรา เช่น *Candida* หรือ *Aspergillus* ก็ได้

การรักษา ให้ยาปฏิชีวนะตามเชื้อที่พบ ถ้าอาการทางคลินิกไม่ดีขึ้น ควรรับผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจให้ใหม่ เพราะจะมีอัตราการตายน้อยกว่าพวกที่ได้รับการรักษาทางยาอย่างเดียว

โดยเฉลี่ยแล้ว ถ้ารักษาโดยยาเพียงอย่างเดียว พวกที่เป็นในระยะแรกหลังการผ่าตัดมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 80 แต่ถ้ารักษาทางยาร่วมกับการผ่าตัดอัตราการตายจะลดลงบ้าง

ในพวกที่มีการติดเชื้อที่เนื้อเยื่อหัวใจระยะหลังคือ เกิน 60 วันขึ้นไปหลังการผ่าตัด จะดีกว่าพวกที่เป็นในระยะแรก ถ้าให้การรักษาทางยาร่วมกับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจใหม่จะมีอัตราการตายต่ำลง

3. ภาวะลิ้นหัวใจเทียมทำงานล้มเหลว (Valve Failure) ในพวกลิ้นหัวใจชนิดโลหะ อาจเกิดจากการแตกหรือการหักของ Ball หรือ Disc ซึ่งพบมากในลิ้นหัวใจเทียมรุ่นแรก ๆ ในปัจจุบันพบน้อยมาก อีกปัญหาหนึ่งสำหรับลิ้นหัวใจเทียมพวกนี้ คือ ลิ่มเลือด ซึ่งอาจทำให้ลิ้นหัวใจเปิดหรือปิดไม่ได้

สำหรับปัญหาของลิ้นหัวใจชนิดเนื้อเยื่อ คือ การฉีกขาดของแผ่นลิ้นหัวใจ หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพหรือการเสื่อมสภาพของแผ่นลิ้นหัวใจได้ ถ้ามีการทำงานล้มเหลวของลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะเกิดขึ้น จำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมให้ใหม่

4. ภาวะการแตกตัวของเซลล์เม็ดเลือด (Hemolysis) พบในพวกที่ใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ บางชนิด และเกิดเฉพาะในผู้ป่วยบางรายเท่านั้น มีสาเหตุจากการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมในส่วนของบอลหรือดิสก์ เมื่อมีการไปกระทบกับเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกได้หรือทำให้

เมื่อเลือดแดงมีอายุสั้นลง เมื่อเม็ดเลือดแดงถูกทำลายในระยะเวลาสั้นจะทำให้ร่างกายสูญเสียธาตุเหล็ก ถ้าเป็นมากจะเกิดภาวะโลหิตจางตามมา จำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดใหม่ให้

ผลกระทบทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ไม่ได้มีผลกระทบทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากคนทั่วไปถือว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญอันหนึ่ง การเป็นโรคหัวใจจึงเป็นเสมือนชีวิตถูกคุกคามอย่างร้ายแรงดังกล่าวนมา แม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในสิ่งที่เป็นความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตของตนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียเหล่านี้ จัดเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างยิ่ง สิ่งเร้าที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2529, หน้า 122- 126)

1. การรู้สึกสูญเสียความเป็นปกติ

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่ จะมีความรู้สึกกว่าตนเองเป็นผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถมีสุขภาพปกติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีสุขภาพดีอื่น ๆ ในสังคม ทั้งนี้เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางร่างกายเป็นระยะ ๆ ก่อนผ่าตัด และ การที่ต้องปฏิบัติตามเยี่ยงผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เช่น ต้องระมัดระวังดูแลเอาใจใส่สุขภาพเป็นพิเศษ การรับประทานยาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ การพักผ่อน การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในตนเอง ละอายใจรำคาญ หรือเบื่อหน่ายร่วมไปกับความรู้สึกไม่ปกติของตนเอง

2. การสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะในร่างกายและการทำงานของสภาพจิตใจ

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การทำงานของลิ้นหัวใจอาจยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตันที่เส้นเลือดโคโรนารี ทำให้มีภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย ซึ่งในภาวะเหล่านี้ส่งผลต่อหน้าที่การทำงานของหัวใจ ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีอาการบวมร่วมกับน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำงาน เล่นกีฬา หรือประกอบกิจกรรมอื่น ๆ ได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเก็บตัวถอยหนีจากสังคม และเผชิญกับภาวะเครียดเหล่านี้อยู่เสมอ จะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเศร้าซึม วิตกกังวล กลัว และโกรธฉุนเฉียวง่าย มีแนวโน้มคิดถึงตนเองในทางเสื่อมลง ไม่กลับไปทำงาน หดสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น (Blacher, 1975, p. 56, Stanton, 1984, p. 528, & Heller, 1975, pp. 908 อ้างใน จิรประภา ภาวิไล, 2535, หน้า 24)

3. การสูญเสียความสามารถพึ่งตนเองได้อย่างอิสระ

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงในการพึ่งพาอาศัยบุคคลภายนอกเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับสภาพของโรคที่เผชิญอยู่ กล่าวคือผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน หรือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัวและสังคมได้มากขึ้น และผู้ป่วยบางคนมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติของร่างกายและความสามารถในการพึ่งพาตนเองไป มีอาการของการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป หรืออาจจะแสดงออกโดยการบ่นถึงความเจ็บป่วยทางกายมากกว่าสาเหตุของโรคที่เป็นอยู่ พร้อมทั้งต้องการให้ครอบครัวสนใจและเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เศร้าโศก และต้องการการประคับประคองจิตใจมาก นอกจากนี้ความรู้สึกที่ว่าตนเองต้องพึ่งพาลิ้นหัวใจเทียมแทนอวัยวะจริง ๆ จะมีผลต่อการรู้สึกพึ่งพาด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกความคับข้องใจ รู้สึกโกรธเมื่อไม่ได้ตั้งใจ และมีผลต่อความรู้สึกของมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ ไม่พึงพอใจและไม่รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

4. การสูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์

ภาวะของโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีผลเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ และความสามารถในการทำงานของร่างกาย เช่น รอยนูนแผลเป็นจากการผ่าตัดที่กลางทรวงอก เสียงจิ้งหะหะการทำงานของลิ้นหัวใจเทียม ร่างกายที่ผอมแห้งทรุดโทรมหรือร่างกายที่มีอาการบวมที่เท้า ท้อง ใบหน้า เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์เหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สวยงาม ไร้คุณค่า ไม่ภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งส่งผลต่ออัตมโนทัศน์โดยรวมของผู้ป่วย

และทำให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการสูญเสีย โดยมีอาการซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อม หนีจากสังคม หรือมีความล้มเหลวทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

5. การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ในอนาคต

แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แต่โอกาสที่การดำเนินโรคเป็นไปในทางเลวร้ายก็ยังมิใช่ แม้ว่าผู้ป่วยจะมารับการติดตามดูแลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด แต่ไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทั้งในทางที่ดีขึ้นและเลวลงสลับกันไปได้ สภาพเช่นนี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ระยะเวลาของการใช้ลิ้นหัวใจเทียมกลัวจะรักษาไม่หายต้องผ่าตัดซ้ำ และกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค เป็นต้น ซึ่งสภาวะการณ์ที่ไม่แน่นอนในอนาคตเหล่านี้ดำรงอยู่นาน ๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคในที่สุด

6. การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม

ภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการเจ็บป่วยและการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนั้น จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอารมณ์โกรธ ขุนเคี้ยว หงุดหงิดง่าย ใจน้อย ต้องการให้สมาชิกสนใจและเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น มีอาการแสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป พฤติกรรมเหล่านี้เมื่อเกิดในระยะยาว จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดหมดความอดทน อยากอยู่ห่างหรือแยกจากไป นอกจากนี้ภายหลังผ่าตัดซึ่งอยู่ในช่วงการปรับตัวระยะหนึ่งนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ยังไม่เป็นไปตามปกติ เช่น การกลับเข้าทำงาน ประกอบกับรู้สึกว่าตนเองผิดกติกาไปจากผู้อื่น กังวลต่อปฏิกิริยาของผู้อื่นต่อการผ่าตัดหัวใจของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยแยกตนเอง การเข้าสังคมน้อยลง สูญเสียสัมพันธภาพที่เป็นระบบ คำจุนใจที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ป่วยจึงมีปฏิกิริยาด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตสูงและคงอยู่นาน ทำให้ความสามารถในการปรับตัวเป็นไปได้ยากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่ง หมดกำลังใจ นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยน

บทบาทไป จากการพึ่งพาผู้ป่วยขณะเป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็น ผู้ให้ผู้ป่วยพึ่งพานั้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจ รู้สึกตนเองไร้ค่าที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวตามบทบาทเดิมได้ เกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวสูญเสียไปได้

7. การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต

โรคลิ้นหัวใจพิการที่การดำเนินโรคมานาน และพยาธิสภาพของโรคมีความรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากข้อจำกัดทางร่างกาย ไม่สามารถทำอะไรได้เหมือนคนทั่วไป และต้องพึ่งพานุกลดตลอดมา เมื่อได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตที่เคยจำกัด อาการของโรคหัวใจทุเลาลง สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นเรื่อย ๆ หรือดำเนินบทบาททางครอบครัวและสังคมได้ดังเดิม บางรายอาจต้องเปลี่ยนแปลงอาชีพให้เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเผชิญกับปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตไปอีกรูปแบบหนึ่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายต้องมีการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การงดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารลดเค็ม งดดื่มสุรา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติ และการช่วยเหลือตนเองในระยะแรก เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายาม ความพากเพียร ควบคุมฝึกฝนตนเองให้ได้

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

โรคลิ้นหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการรักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข บางครั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการโรคเก่ากำเริบ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถออกจากโรงพยาบาลได้แล้ว ผู้ป่วยก็ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อไป โดยการรักษาสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หลังการไปพักฟื้นที่บ้านจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยจะต้องมาตรวจตามนัด ฉะนั้นผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ให้เหมาะสมกับภาวะโรค การปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จึงเป็นการปฏิบัติตนเพื่อตอบสนองความ

ต้องการตามกระบวนการของชีวิต ดำรงรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตสังคมเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพอันดี ซึ่งกิจกรรมการปฏิบัติคนที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทางด้านร่างกาย

1. การปฏิบัติตนเพื่อให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์เพียงพอ

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอาจยังมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรืออาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เมื่อปฏิบัติกิจกรรมเกินระดับสมรรถภาพของหัวใจ ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะที่ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงควรได้รับอากาศบริสุทธิ์ที่เพียงพอ ที่พักอาศัยควรดูแลให้ถูกสุขลักษณะมีอากาศถ่ายเทและมีกิจกรรมในระดับที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน

2. การปฏิบัติตนเพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจบางรายยังมีภาวะน้ำเกินในร่างกาย จึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาขับปัสสาวะอยู่ ทำให้มีการขับถ่ายปัสสาวะมากกว่าปกติ และเพื่อช่วยให้กระบวนการภายในร่างกายเป็นไปโดยสมบูรณ์ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับน้ำให้เพียงพอ ซึ่งในภาวะปกติของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 9 - 10 แก้ว หรืออยู่ภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ไม่ให้ได้รับมากหรือน้อยเกินไป โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายและการทำงานของหัวใจของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การปฏิบัติตนเพื่อให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม

จากการที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หัวใจ การไหลเวียนเลือดสู่เนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง โดยเฉพาะอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร ทำให้การย่อยอาหาร การดูดซึมอาหารผิดปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการท้องอืด แน่นอึดอัด เบื่ออาหาร รับประทานอาหารให้น้อยกว่าปกติ กระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ทำให้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ (พิกุล บุญช่วง, 2537, หน้า157) ประกอบกับผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่มีการดำเนินของโรคเป็นระยะเวลานาน มักประสบกับภาวะขาดสารอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกาย และเมื่อ

เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความต้องการทางด้านโภชนาการจึงมีมากขึ้น ประกอบกับภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยบางรายจะมีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร บางรายมีคลื่นไส้คลื่นอาเจียนร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีคุณค่าสูงจนปราศจากอาการดังกล่าว จึงเปลี่ยนมารับประทานอาหารธรรมดา ผู้ป่วยควร รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ต่าง ๆ ไข่ นม และถั่วต่าง ๆ เพื่อช่วยในการซ่อมแซมและเสริมสร้างร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง แต่ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคลอเลสเตอรอลและไขมันสูง เช่น อาหารจำพวกเครื่องในสัตว์ แกงกะทิ และอาหารทะเลต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นการป้องกันมิให้หัวใจ ทำงานหนักเกินไปและป้องกันการเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดด้วย

ผู้ป่วยควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของตนว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ โดยการ ชั่งน้ำหนักตัวเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งและทำการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ผู้ป่วยควรตรวจสอบน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.5 กิโลกรัมต่อวัน เพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นผิดปกตินี้เป็นดัชนีบ่งบอกว่าอาจเกิดภาวะบวมของร่างกายขึ้นแล้ว ดังนั้นเพื่อความถูกต้องในการ ประเมินผู้ป่วยจึงควรตรวจสอบอาการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายร่วมด้วย

ภาวะบวมของร่างกายนี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบกับผู้ป่วย รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ทำให้ระดับเกลือโซเดียมในร่างกายมากขึ้น และมีการเก็บกักน้ำไว้ใน ร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดอาการบวมขึ้นมา ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องลดหรือ จำกัดอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า กะปิ เต้าหู้ยี้ ผลไม้และ ผักดองเค็ม เป็นต้น ไม่ควรรับประทานอาหารที่ผ่านขบวนการปรุงแต่งด้วยโซดาไบคาร์บอเนต ผงฟู และไม่ควรเติมเกลือที่ใช้ปรุงอาหาร ผงชูรส ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารที่รับประทาน

การกำจัดเกลือในอาหาร หรือให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ไม่มีรสเค็ม เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ ก่อนข้างลำบาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยได้เคยปฏิบัติมา เป็นเวลานาน ผู้ป่วยจึงควรตระหนักถึงผลเสียของการรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง รวมถึงอาหารที่ประกอบจากผงฟู นอกจากนั้นผู้ป่วยควรล้างปากให้สะอาดด้วยน้ำเปล่าภายหลังการ แปรงฟัน หรือภายหลังการใช้น้ำยาบ้วนปาก

4. การปฏิบัติตนเพื่อให้ร่างกายมีการขับถ่ายและระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ภายหลังการผ่าตัดหัวใจมักพบว่าต้องประสบกับภาวะที่ระบบทางเดินอาหารถูกรบกวน โดยเฉพาะในอาทิตย์แรกหลังออกจากโรงพยาบาล และอาการที่ผู้ป่วยประสบมากที่สุดคือ อาการท้องผูก (King & Perrinello, 1988, p.710) หากได้รับการแก้ไขไม่ถูกวิธีอาจทำให้สูญเสียการขับถ่ายไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยควรแก้ไขโดยการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีกากเพียงพอ เช่น ผัก และผลไม้ต่าง ๆ และควรดื่มน้ำให้พอ เพื่อช่วยให้การระบายเป็นไปตามปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรฝึกให้มีการขับถ่ายเป็นเวลาเป็นประจำทุกวัน หากยังประสบกับอาการท้องผูกอีก มีความจำเป็นต้องอาศัยยาระบายก็ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

5. การปฏิบัติตนเพื่อรักษาความสมดุลระหว่างการพักผ่อน

ผู้ป่วยควรวางแผนการพักผ่อนให้เพียงพอ การพักผ่อนไม่จำเป็นต้องนอนหลับ อาจนั่งพักผ่อนในที่สงบเงียบ 20 - 30 นาที ในระหว่างการทำกิจกรรมต่าง ๆ (อังฉรา เดชฤทธิพิทักษ์, 2534, หน้า 1) การนอนหลับที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน เพราะการนอนหลับที่เพียงพอ จะช่วยให้รู้สึกสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการใช้ความคิด การตัดสินใจ แก้ปัญหา ความจำ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ โดยไปเพิ่มสุขพลาพอนามัยของร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์ขึ้น (Hill & Smith, 1985, p.245) ส่วนใหญ่นักคนทั่วไปจะนอนหลับได้ดีและมีคุณภาพในช่วงกลางคืน ดังนั้นผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งมีอายุเฉลี่ยในช่วง 15 - 40 ปี จึงควรนอนหลับสนิทอย่างน้อยคืนละ 6 - 8 ชั่วโมง และควรเข้านอนให้เป็นเวลา เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ควรหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น แสง และเสียงที่รบกวนการนอนหลับ กล่าวคือผู้ป่วยควรนอนในห้องที่สงบ เย็น มีด และมีการถ่ายเทของอากาศที่ดี นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ หรือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว ซึ่งจะรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย แต่ภายหลังการผ่าตัดหัวใจมักพบว่าผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาด้านการนอนหลับถูกรบกวน ไม่ควรซื้อยานอนหลับมารับประทานเองเป็นอันตราย หากนอนไม่หลับบ่อย ๆ ควรปรึกษาแพทย์ (จรินทร์ ธานีรัตน์ 2529, หน้า 54) และการรับประทานยาขับปัสสาวะส่งผลให้ผู้ป่วยลุกไปห้องน้ำบ่อย ๆ ในตอนกลางคืน ทำให้รบกวนการนอนหลับได้ ซึ่งภาวะเหล่านี้จะลดลงภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 8 สัปดาห์ (King &

Perrinello, 1988, p. 709) ถ้าสาเหตุเกิดจากการปวดแผลผ่าตัด ให้รับประทานยาบรรเทาปวดที่แพทย์แนะนำก่อนนอน (อัจฉรา เทชฤทธิ์พิทักษ์, 2534, หน้า 2) ส่วนอาการปวดแผลผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับความทนต่อความเจ็บปวดของแต่ละบุคคล การใช้ยาแก้ปวด และการผ่าตัดบริเวณนี้ในครั้งก่อน ๆ ตามปกติกระดูกกลางหน้าอกจะติดต้องใช้เวลา 2 - 3 เดือน และอาการไม่สบาย อาการปวดแผลผ่าตัดอาจคงอยู่นานถึง 3 - 4 เดือนภายหลังผ่าตัด ลักษณะของความไม่สบายนั้น ได้แก่ ความรู้สึกเหนื่อยมีการสั่นกระเพื่อมหรืออาการปวดตื้อ ๆ อาการเหล่านี้สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรับประทานยาบรรเทาปวดอย่างอ่อน และถ้าแผลผ่าตัดติดโดยสมบูรณ์แล้ว ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกซ่า ๆ หรือชาบริเวณนี้ได้ ซึ่งสาเหตุมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับความกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด อาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 2 - 3 เดือน

6. การปฏิบัติตนให้ได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ในการปรับสภาพร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกตินั้น ผู้ป่วยต้องเริ่มมีกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบไหลเวียนระบบการหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่าย รวมทั้งผลทางด้านจิตใจด้วย (Hill & Smith, 1985, pp. 244-245) แต่ระดับกิจกรรมที่จะกระทำนั้นต้องพิจารณาถึงระยะเวลาและความรุนแรงของโรคก่อนการรักษา วิธีการดำเนินชีวิตก่อนหน้านั้น และระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดด้วย (Tantum, 1985, p. 376)

การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ แต่ภายหลังผ่าตัดหัวใจไม่ควรออกกำลังกายจนเหนื่อยมากเกินไป เมื่อมีอาการเหนื่อยก็ควรหยุดพัก และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที ในระยะแรกผู้ป่วยควรออกกำลังกายแต่เพียงเล็กน้อยโดยการเดินช้า ๆ ประมาณ 100 - 200 เมตรในแต่ละวัน แล้วค่อย ๆ เพิ่มระยะทางขึ้นจนใน 1 เดือน สามารถเดินได้ประมาณ 3 - 4 กิโลเมตร โดยไม่มีอาการเหนื่อย

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรงดและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงมากอย่างทันทีทันใด ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดอาการเหนื่อยอ่อน ปวดเมื่อยเกินควรและทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น กิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่ การวิ่งแข่งขัน การกระโดด ปีนป่าย การนั่งท่าเดียวนานกว่า 2 ชั่วโมง การยกและผลักของ

หนักเกิน 15-20 ปอนด์อย่างทันทีทันใด และเพื่อให้แผลผ่าตัดที่หน้าอกมีการฟื้นตัวเร็ว ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการตัดหญ้า เล่นกอล์ฟ ขับรถ จักรยาน ว่ายน้ำ หรืออาสาทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยการเคลื่อนไหวที่แขนหรือออกแรงที่ไหล่ โดยเฉพาะการยกแขนเหนือไหล่ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถทำได้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 6 - 8 สัปดาห์ไปแล้ว (Tantum, 1985, p. 376)

7. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิตการทำงาน และสวัสดิภาพจากสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมรอบตัวเรามีโอกาสที่จะเป็นพิษ หรือทำให้เกิดพิษได้เสมอทั้งโดยทางตรงหรือทางอ้อม ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ระยะเวลาที่ร่างกายเราจะรับเข้าไป ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อกลับไปบ้าน ก็มีโอกาสนสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเหล่านี้เช่นกัน จึงต้องปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยง ป้องกันภาวะเสี่ยงเหล่านี้ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและเกิดจากมนุษย์สร้างขึ้น ได้แก่

7.1 การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่เพราะในบุหรี่มีสารอันตราย ได้แก่ นิโคติน ซึ่งสารนี้จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อหัวใจและหลอดเลือด โดยทำให้ผนังของหลอดเลือดหดตัว หลอดเลือดแดงแคบลงเลือดแดงไหลไม่สะดวก หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นและบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งการที่หัวใจต้องเต้นเร็วและแรงขึ้นนี้ อาจทำให้เกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจได้ นอกจากนี้สารนิโคตินยังส่งผลให้ถุงลมในปอดเสียความยืดหยุ่นเกิดโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งภาวะนี้จะทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น ผู้ป่วยต้องออกแรงมากในการหายใจ เกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น และสุดท้ายจะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจที่มีสาเหตุจากปอดตามมา นอกจากนี้บุหรี่ยังทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ที่มีผลรบกวนการนำออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อ

7.2 การดื่มสุรา ชา กาแฟ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เพราะเชื่อกันว่าแอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เนื่องจากทำให้มีการขับเอนไซม์ต่าง ๆ และอิเล็กโทรไลต์ เช่น โพแทสเซียม ฟอสฟอรัสและกลูตามิก ออกซาโลอะซีติกทรานซามิเนส (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) ออกมาในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่วนชาจะทำให้เกิดอาการท้องผูก และมีสารคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบเช่นเดียวกับกาแฟ ซึ่งสารคาเฟอีนนี้จะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น

7.3 มลภาวะ ปัจจุบันปัญหามลภาวะเป็นปัญหาของคนทั่วโลก โดยเฉพาะปัญหาคาร์บอนมอนอกไซด์ คาร์บอนไดออกไซด์ โรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินหายใจ และคาร์บอนมอนอกไซด์เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปใช้ โดยจะเข้าไปแทนที่ออกซิเจนในการจับตัวกับฮีโมโกลบิน เป็นผลให้ร่างกายขาดออกซิเจนได้ เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับมลภาวะเป็นเวลานานจะทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณที่มลภาวะเป็นพิษ เช่น บริเวณถนนที่มีการจราจรแออัด บริเวณโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น และไม่ควรเข้าไปในสถานที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ได้แก่ โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า สถานเริงรมย์ต่าง ๆ เช่น บาร์ ในดัลลาส ฟับ เป็นต้น

7.4 การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคล หรืออยู่ในสถานที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค เป็นต้น เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียมเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงสุด

7.5 การหลีกเลี่ยงภาวะแวดล้อมที่ร้อนจัดและเย็นจัด เนื่องจากภาวะแวดล้อมมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ซึ่งได้แก่ อุณหภูมิและความชื้น ผู้ป่วยโรคหัวใจหากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ร้อนจัดและมีความชื้นสูง อาจเกิดภาวะหัวใจวายขึ้นมาได้ และในภาวะที่อุณหภูมิต่ำกว่าร่างกาย เช่นในระดับ 25 องศาเซลเซียส กล้ามเนื้อหัวใจยังบีบตัวแรง อาจเกิดการเดินผิดจังหวะของหัวใจได้บ่อย ๆ

8. การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจมักประสบปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และการขาดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยกลัวการปฏิสนธิจากคู่สมรส โดยเฉพาะในสภาพสังคมที่ยึดถือความสวยงามเป็นหลัก อีกทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์ถือเป็นเรื่องที่ไม่ค่อยถูกเปิดเผยในสังคมทั่วไป และการแสดงออกทางเพศจะมีได้ก็ต่อเมื่อมีการสมรสแล้วเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าสอบถามถึงการปฏิบัติตนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การอดกลั้นหรือการมีข้อจำกัดทางสุขภาพ ความกลัวการมีเพศสัมพันธ์ ก็จะทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมลงได้

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่เกิดอันตราย สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งธรรมดาไม่ควรจะกังวลมาก ถ้าหากรู้สึกสบายดีและได้มีการพักผ่อนเพียงพอแล้ว การมีเพศสัมพันธ์ก็เป็นสิ่งที่ทำได้ตามปกติ แต่ถ้าหากรู้สึกเหนื่อยหรือเครียดก็ควรจะรอให้สบายขึ้นเสียก่อน เพื่อลดความเครียดจากความกลัว และความไม่เข้าใจที่ผู้ป่วยกับคู่สมรมีอยู่ พยายามหลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้เกิดการอัดอั้นหรือเจ็บบริเวณหน้าอก ถ้าหากรู้สึกอัดอั้นเกี่ยวกับการปฏิบัติทางเพศ ก็อาจจะให้เวลาบ้างโดยการเริ่มด้วยการกอด และการสัมผัสเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยสนิทสนมกันเหมือนเดิม หลังจากที่ได้ห่างเหินกันไปเนื่องจากการผ่าตัด (วีระชัย นาวารวงศ์, 2536, หน้า 29) และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยต้องเคยมีกิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อให้การมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัย กิจกรรมทางเพศจะมีผลต่อหัวใจพอ ๆ กับการขึ้นบันไดเร็ว ๆ หรือที่ราบเร็ว ๆ ระยะทางประมาณ 2 - 3 ช่วงตึก (1000เมตร / 10 นาที) ถ้าสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น แน่นหน้าอก ก็สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ (อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์, 2534, หน้า 1) หรือฝึกทำกิจกรรมที่ทำให้หัวใจเต้นช้า ๆ ก่อน ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การให้ผู้ป่วยก้าวขึ้นลงบันได 2 ชั้นหรือขึ้นลงบันได 1 ชั้น 2 เที้ยว หรือกำหนดระยะเวลา (master two - step test) หรือการเดินเร็ว ๆ และจับเวลาซึ่งทำให้การเต้นของชีพจรมีอัตราน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที (Colliur, 1979, pp 124-126 อ้างใน ศิริอร สิ้นธุ, 2526, หน้า 36) นอกจากนี้หลังการมีเพศสัมพันธ์ควรแนะนำให้ ผู้ป่วยสังเกตอาการที่อาจเป็นอันตราย ได้แก่ อาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อยู่นานเป็นเวลา 15 นาทีหรือมากกว่า 15 นาที อาการหายใจขัด หอบ หรืออัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที เป็นเวลานาน 15 นาที หรือมากกว่า 15 นาที มีอาการเจ็บหน้าอก ในระหว่างหรือหลังการมีเพศสัมพันธ์ นอนไม่หลับหลังมีเพศสัมพันธ์อ่อนเพลียหรือล้ามากหลังมีเพศสัมพันธ์ 1 - 2 วัน เป็นต้น

9. การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต้องมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อทราบความก้าวหน้าของผลการรักษาพยาบาลภายหลังผ่าตัด นอกจากนี้เพื่อประเมินอาการแสดงผิดปกติของภาวะต่าง ๆ เช่น ภาวะหัวใจวาย ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ภาวะ

เลือดออกผิดปกติจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่เหมาะสม เป็นต้น เมื่อพบภาวะผิดปกติดังกล่าวจะได้ให้การรักษาคำแนะนำในการปฏิบัติตนตามความเหมาะสมเป็นกรณีไป

ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่ จะอยู่ห่างไกลจากแหล่งบริการทางการแพทย์ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางมาก ระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำมีอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ประกอบกับการรักษาในระยะต่อมาระดับสมรรถภาพของร่างกายดีขึ้น จนบางรายไม่มีอาการแสดงของภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนปรากฏ ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดความเอาใจใส่ในการแสวงหาความรู้และการปฏิบัติตนในการปฏิบัติตน และที่สำคัญคือ ขาดการมาตรวจตามนัด ดังนั้นผู้ป่วยควรมีการเรียนรู้ในการปฏิบัติตน เรียนรู้ในการไปพบแพทย์ด้วยเหตุผลอันสมควร เช่น เพื่อจัดการกับอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางร่างกาย เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อขอคำแนะนำจากแพทย์ในการปฏิบัติตนเพื่อมาจัดให้เข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิต และผู้ป่วยควรเรียนรู้ที่จะไม่แสวงหาการดูแลรักษาที่ไม่จำเป็น เพราะเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอย่างมาก

10. การปฏิบัติตนในการรับประทานยาตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจควรปฏิบัติตนในการรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนด ผู้ป่วยควรทราบเกี่ยวกับชื่อ ขนาด คุณสมบัติ อาการข้างเคียงที่จะเกิดและวิธีการบริหารยาที่ได้รับ พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น โดยทั่วไปยาที่สำคัญและได้รับการสั่งจ่ายจากแพทย์บ่อย ๆ ได้แก่

10.1 การใช้ยาคีจิดาลิส เพื่อส่งเสริมการบีบตัวของหัวใจ ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาชนิดนี้ ควรปฏิบัติดังนี้

1) ควรรับประทานยาในขนาดที่ได้รับตามแผนการรักษาโดยสม่ำเสมอ และไม่ปรับเปลี่ยนขนาดของยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ถึงแม้ว่าบางเมื่อผู้ป่วยลืมรับประทานยา หรือมีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการใช้ยาในขนาดไม่เหมาะสม มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มการบีบตัวและต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะพิษของคีจิดาลิสได้

2) ควรสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะพิษของคีจิดาลิส เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การมองเห็นภาพผิดปกติ

3) ควรสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมต่ำในกระแสเลือด เช่น ใจสั่น ชีพ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด ซึ่งจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะพิษของดิจิตาลิส และการเต้นของหัวใจผิดปกติ

4) ก่อนรับประทานยาทุกครั้ง ผู้ป่วยควรจับชีพจรบริเวณข้อมือก่อน ถ้าชีพจรเต้นช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรรับประทานยาไว้ก่อนแล้วให้มาพบแพทย์

10.2 การใช้ยาขับปัสสาวะ เพื่อควบคุมปริมาณของน้ำในร่างกาย มักพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาขับปัสสาวะไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ กล่าวคือ ยามีราคาแพง ยานางชนิดผู้ป่วยต้องรับประทานวันละหลายมื้อ ทำให้ไม่สะดวกในการปฏิบัติผลของยารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากต้องถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ ผู้ป่วยควรเข้าใจเกี่ยวกับผลของยาต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

1) สังเกตการเปลี่ยนแปลงภายหลังการใช้ยาขับปัสสาวะ เช่น ผู้ป่วยอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้น หรือน้ำหนักตัวลดลงมากผิดปกติ

2) สังเกตอาการของความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่น อาการอ่อนเพลีย เป็นตะคริวบ่อย ๆ และอาจพบการเต้นของหัวใจผิดปกติ

10.3 การใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด อาจเกิดขึ้นเนื่อง จากภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะที่เลือดในช่องหัวใจมีการแข็งตัว และไปจับอยู่ที่หัวใจ ทำให้การทำงานของลิ้นหัวใจเปิดหรือปิดได้ไม่ดี หรือลิ่มเลือดที่จับอยู่กับลิ้นหัวใจดังกล่าวอาจหลุดออกไปในระบบไหลเวียนทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันได้ จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่มีฤทธิ์ทำให้การแข็งตัวของเลือดช้าลงไปตลอดชีวิต ยาที่นิยมใช้กันคือ Warfarin Sodium ชื่อการค้าคือ Orfarin (ออร์ฟาริน) ซึ่งยาดังกล่าวจะออกฤทธิ์ยับยั้งการแข็งตัวของเลือดร่างกาย โดยการยับยั้งการสร้างแฟคเตอร์ II, VII, IX, และ X ที่ตับ ตามปกติยาจะออกฤทธิ์ประมาณ 24 ชั่วโมงหลังรับประทานยา และหมดฤทธิ์หลังหยุดยา 2-3 วัน

1) ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่งและช่วงเวลาเดียวกันในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาระดับยาในร่างกายให้คงที่

2) รับประทานยาตามขนาด และจำนวนที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัด หากผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่น้อยเกินไป เลือดในช่องหัวใจก็จะแข็งตัวง่ายทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ แต่ถ้าได้รับขนาดของยามากเกินไปผู้ป่วยก็จะมีอาการแข็งตัวของเลือดช้ากว่าปกติทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ หรือเมื่อออกแล้วไม่มีการแข็งตัวของเลือดหรือแข็งตัวช้า อาการที่เกิดบ่อยคือ บริเวณผิวหนัง จะมีรอยช้ำเป็นจ้ำ ๆ มีเลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด มีอาการถ่ายอุจจาระปนเลือด มีปัสสาวะปนเลือดได้ หรือมีบาดแผลและเลือดออกไม่หยุด (อมร สุวรรณนิมิตร, 2534, หน้า 109, Tamtum, 1985, p. 378) และถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมองก็อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือเป็นอัมพาตได้ ยานี้ชนิดนี้สามารถผ่านรกและขับออกทางน้ำนมได้ ทารกที่ได้รับยานี้อาจมีความผิดปกติของการสร้างกระดูก จึงไม่ควรให้ยานี้ในหญิงมีครรภ์และในระยะเวลาให้นมบุตร (ศิริชัย ธนาสารสมบัติ, 2536, หน้า 876-879) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการตรวจหาระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด (Prothrombin time) อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสมตลอดชีวิต โดยแพทย์จะปรับขนาดของยาให้เหมาะสมกับค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยแต่ละคนและแนะนำหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เลือดออก (วัลภา อนันตสานต์, 2523, หน้า 114 - 121) ค่า Prothrombin time (PT ratio) ที่เหมาะสมในผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจคือค่าระหว่าง 1.5 - 2 เท่าของค่าปกติ แต่ปัจจุบันองค์การอนามัยโรคได้มีการปรับมาตรฐานในการวัดและรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดผู้ป่วย โดยใช้ค่า International Normalized Ratio (INR) มาเป็นเกณฑ์ ซึ่งค่าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือค่าที่อยู่ระหว่าง 2 - 4 ถ้าค่า INR ต่ำกว่า 2 หรือค่า PT ratio ต่ำกว่า 1.5 เท่าของค่าปกติ โอกาสที่จะเกิดลิ่มเลือดในช่องหัวใจและไปจับที่ลิ้นหัวใจก็มีสูง ดังนั้นจึงต้องเพิ่มขนาดของยาออร์ฟาริน แต่ถ้า INR สูงกว่า 4 หรือค่า PT Ratio สูงกว่า 2 เท่าของค่าปกติ เลือดจะแข็งตัวช้ากว่าปกติ ดังนั้นจึงต้องลดขนาดของยาออร์ฟารินลง (สัมพันธ์ พรวิลาวณย์, 2532, หน้า 162) แต่จากข้อมูลในการรักษาผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าคนไทยมีปัญหาเลือดออกได้ง่ายกว่าชาวตะวันตก ดังนั้นจึงควบคุมค่า INR ให้อยู่ในระดับ 2 - 3 ส่วนค่า PT Ratio ให้อยู่ในระดับ 1.5 - 2 เท่าของค่าปกติ (แผนกศัลยกรรมทรวงอกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541)

3) หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง เพราะการรับประทานยาบางชนิดที่แพทย์ไม่ได้สั่งนั้น อาจไปเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาออร์ฟารินที่ได้รับอยู่หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้ โดยเฉพาะยาที่มีส่วนผสมของแอสไพริน เพนนิซิลิน คลอแรมฟินิคอล จะเสริมฤทธิ์กับออร์ฟาริน โดยไปขัดขวางการรวมตัวของเกร็ดเลือด และการแข็งตัวของเลือดทำให้เลือดออกง่าย ส่วนยาจำพวกแอนทาซิล บาร์บิทูเรท ยาคุมกำเนิด จะไปต้านฤทธิ์ออร์ฟาริน โดยทำให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น

4) ผู้ป่วยที่รับประทานยาออร์ฟาริน ไม่ควรทำงานออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ต้องมีการกระทบกระแทกกัน และต้องคอยดูแลตนเองระวังไม่ให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารหรือรับประทานยาที่ทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ (สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์, 2533 , หน้า 126-127)

5) เมื่อเกิดอาการเลือดออกผิดปกติดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ผู้ป่วยต้องหยุดรับประทานยาแล้วรีบมาพบแพทย์ทันที ถ้าผู้ป่วยอยู่ไกลมากเช่นต่างจังหวัด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบกับแพทย์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอก่อน และถ้าผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุหรือมีบาดแผลเลือดออกไม่หยุด ผู้ป่วยควรห้ามเลือดโดยใช้ผ้าสะอาดกดลงตรงปากแผลให้แน่นตลอดเวลา ห้ามเคลื่อนไหวส่วนนั้น เมื่อเลือดไหลน้อยลงแล้วให้รีบไปพบแพทย์ทันที

6) ผู้ป่วยต้องเก็บเอกสารที่บอกรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของโรค การผ่าตัดที่ได้รับและยาที่รับประทานอยู่ซึ่งทางโรงพยาบาลมอบให้พกติดตัวเวลาออกนอกบ้านเป็นประจำ เพราะหากเกิดอุบัติเหตุหรือต้องไปพบแพทย์ตามคลินิก แพทย์ที่ทำการรักษาจะได้ทราบข้อมูลต่าง ๆ เมื่ออ่านเอกสารดังกล่าว

11. การป้องกันการติดเชื้อในเยื่อหุ้มหัวใจเทียม (Prosthetic Valve Endocarditis)

เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายมาก และอัตราการตายสูง เกิดขึ้นร้อยละ 2 - 4 หลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อขณะผ่าตัดหรือภายหลังผ่าตัด หรือเป็นผลเกิดจากการอักเสบที่ส่วนอื่นของร่างกาย เช่น ฟันผุ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (จรรยา

มะโนทัย, 2524, หน้า 57) ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจหากมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ลิ้นหัวใจเทียมก็อาจเป็นที่เกาะของเชื้อโรคทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในเยื่อหุ้มหัวใจได้ ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

11.1 รับประทานยาปฏิชีวนะตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

11.2 ถ้าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เช่น ไอ เจ็บคอ ถ้ามีไข้สูงถึง 38 องศาเซลเซียส ติดต่อกันหลายวัน ผู้ป่วยไม่ควรปล่อยให้หายเอง ควรรีบไปพบและรับการรักษากับแพทย์ทุกครั้ง

11.3 การดูแลแผลหลังผ่าตัด ถ้าแผลมีอาการอักเสบ บวมแดง รอบ ๆ แผล มีเลือดออก น้ำเหลืองหรือหนอง เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งก็แสดงว่ามีการติดเชื้อ ควรไปพบแพทย์ทันที

11.4 ดูแลรักษาความสะอาดปากและฟันอยู่เสมอ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และควรจะไปพบทันตแพทย์ทุก 6 - 8 เดือน

11.5 ในรายที่ต้องทำการรักษาฟันทุกชนิด เช่น การอุดฟัน ถอนฟัน หรือทำการผ่าตัดในช่องปากเช่นการตัดต่อมทอนซิล หรือต้องทำการตรวจหรือสอดใส่เครื่องมือในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ หรือการผ่าตัดทุกชนิด ผู้ป่วยควรให้รายละเอียดหรือยื่นเอกสารที่บอกรายละเอียดว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และรับประทานยาออร์ฟารินอยู่ให้แพทย์ทราบทุกครั้ง เพื่อแพทย์จะได้วางแผนการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกไม่หยุด และที่สำคัญป้องกันการติดเชื้อก่อนทำการรักษา

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคลิ้นหัวใจพิการซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease) ภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดและกลับไปพักที่บ้านแล้ว ก็เท่ากับกลับเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อาจจะทำให้เกิดโรคไข้รูมาติกเฉียบพลันได้อีก ดังนั้นจึงควรป้องกันการเกิดไข้รูมาติกหัวใจของลิ้นหัวใจอื่นที่เหลือ

12. การดูแลแผลผ่าตัดกลางอก

ขณะทำการผ่าตัดแพทย์ต้องเลื่อยกระดูกกลางอกให้แยกกัน หลังจากเสร็จเรียบร้อยแล้วก็จะดึงกระดูกอกเข้าหากัน โดยใช้ลวดซึ่งจะฝังอยู่ภายใน และไม่จำเป็นต้องเอาออก กระดูกกลางอกจะหายสนิทต้องใช้เวลาเหมือนกับผู้ที่มีการหักต้องเข้าเฝือก จะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 4 - 6 สัปดาห์ ซึ่งระยะดังกล่าว ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกมีการเคลื่อนไหวของกระดูกกลางอกเล็กน้อยขณะหายใจ

หรือไอ แต่ความรู้สึกนี้จะหายไปภายใน 4 -12 สัปดาห์ ระหว่างการสมานของกระดูกกลางอก ผู้ป่วยควรดูแลตนเองดังนี้

12.1 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงยกหรือแบกของหนักมากกว่า 10 ปอนด์ (4.5 กิโลกรัม) เช่น อุ้มเด็ก ยกกระเป๋าเดินทาง แบกของหนัก ๆ เป็นต้น

12.2 หลีกเลี่ยงกิจกรรมเกี่ยวกับการจอบแซน พลั๊กหรือเคลื่อนวัตถุหนัก ๆ เช่น ตัดหญ้า เข็นรถ เคลื่อนตู้หรือเตียง ออกแรงผลักเพื่อปิดหรือเปิดประตูแรง ๆ

12.3 หลีกเลี่ยงการขับรถ จักรยาน มอเตอร์ไซด์ ขับเรือ หรือขี่ม้า เพราะถ้าเกิดอุบัติเหตุขึ้นหน้าอกอาจถูกกระแทก จะทำให้เกิดอันตรายได้ และการสมานของกระดูกยึดนานออกไปอีก

12.4 เช็ดทำความสะอาดรอยแผลผ่าตัดทุกวันอย่างแผ่วเบาด้วยน้ำอุ่น และสบู่อ่อน ๆ แล้วซับให้แห้ง ไม่ควรทาครีม โลชั่น หรือยาผงใด ๆ บนแผล ยกเว้นแพทย์สั่ง

12.5 สังเกตรอยแผลผ่าตัดทุกวันเกี่ยวกับ การเจ็บตึงแผลเพิ่มมากขึ้น บวม แดง ร้อน บริเวณรอบแผล มีสารเหลว น้ำเหลือง น้ำเลือด หรือน้ำหนองออกจากแผล ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รีบไปพบแพทย์

12.6 อาการปวดแผลบริเวณทรวงอกที่เกิดขึ้น อาจเกิดขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของอากาศหรือทำกิจกรรมมากเกินไป การนอนอยู่ท่าเดียวนาน ๆ และอาจจะรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นขณะหายใจลึก ๆ พลิกตะแคงหรือเปลี่ยนท่าทางหรือขณะพยายามหลับในเวลากลางคืน การลดอาการปวดทำได้โดยการรับประทานยาแก้ปวดตามแพทย์สั่ง หรือพยายามใช้วิธีผ่อนคลายอื่น ๆ เพื่อลดความเจ็บปวดก่อนใช้ยา เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ สนทนากับญาติ หรือเพื่อนฝูง และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น

13. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยอาจมีอาการของภาวะโรคหัวใจขึ้นมามากได้อีก ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงและความเรื้อรังของโรคก่อนผ่าตัด และนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียมได้เช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับรู้เข้าใจ เอาใจใส่

สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ และเมื่อเกิดอาการขึ้นผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองในระยะแรกเริ่ม พร้อมทั้งรีบไปพบแพทย์ และรายงานอาการดังกล่าวให้ทราบ เพื่อแพทย์จะได้ให้การรักษาและคำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องคอยตระหนักและเอาใจใส่สังเกตได้แก่

13.1 อาการหายใจไม่อิ่ม (Shortness of Breath) ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจไม่อิ่มได้ซึ่งถือว่าเป็นอาการผิดปกติ แต่ถ้าอาการหายใจไม่อิ่มเพิ่มมากขึ้นควรรีบไปพบแพทย์ เพราะอาการเช่นนี้ถือเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะหัวใจวายเลือดคั่งในระยะแรกเริ่ม และระยะปานกลางได้

13.2 อาการบวมที่มือและเท้า (Increase in Edema of Hands and Feet) อาการบวมมักเกิดร่วมกับการมีน้ำหนักรับขึ้น ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ปกติ 5 ปอนด์ หรือครึ่งกิโลกรัมต่อวันและมีอาการบวมที่เท้า แขน ขา ร่วมด้วยแล้ว ผู้ป่วยควรรีบไปพบแพทย์ทันที

13.3 อาการแสดงของการติดเชื้อ (Sign of Infection) ผู้ป่วยควรรับรู้และเอาใจใส่ต่ออาการแสดงของการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจและลิ้นหัวใจ อาการที่พบบ่อยคือ อาการไข้มากกว่า 101 องศาฟาเรนไฮต์ (38.4 องศาเซลเซียส) ผู้ป่วยควรรายงานให้แพทย์ทราบ ถึงแม้ว่าจะผ่านการผ่าตัดมานานหลายปีแล้วก็ตาม เพื่อแพทย์จะได้ทำการตรวจว่ามีการติดเชื้อที่ระบบใด ผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากปัสสาวะ เสมหะ และเลือด เพื่อพิสูจน์สาเหตุของการเกิดไข้และเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางยาแต่แรกเริ่มอย่างถูกต้อง

13.4 อาการเลือดออกง่ายผิดปกติ ผู้ป่วยควรสังเกตอาการเลือดออกง่ายผิดปกติได้แก่ อาการเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาออก อาการเลือดออกใต้ผิวหนัง อาการประจำเดือนออกมากและนานกว่าปกติ อาการปัสสาวะอุจจาระมีเลือดปน เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาโดยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เมื่อผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ควรหยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที

13.5 อาการลิ้มเลือดอุดตันที่สมอง ได้แก่ อาการปวดศีรษะตาพร่ามัวร่วมกับอาการชาหรืออ่อนแรงตามซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหล่านี้ควรรีบมาพบแพทย์ และรายงานอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

13.6 ภาวะโลหิตจาง ถือเป็นภาวะผิดปกติภายหลังผ่าตัด เป็นผลกระทบจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมในขณะผ่าตัด และจากการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมกล่าวคือผลจากการเคลื่อนไหวยของลิ้นหัวใจเทียมในส่วนของบอลหรือคิสก์ได้ทำลายเม็ดเลือดแดง โดยทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง เมื่อเม็ดเลือดแดงถูกทำลายในระยะเวลาอันนานจึงเป็นเหตุให้ร่างกายสูญเสียเหล็กไปทางปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระยะหลังผ่าตัดเป็นเวลาหลายปีได้ (Underhill & McGregor, 1989, pp 901 อ้างใน จิรประภา ภาวิไล, 2535, หน้า 50) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องสังเกตอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ถ้ามีอาการดังกล่าวเมื่อมาพบแพทย์ควรรายงานอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบทันที

13.7 อาการของลิ้นหัวใจไม่ทำงานและล้มเหลว หอบเหนื่อยง่าย จะมีอาการหอบเหนื่อยขณะออกแรง หายใจลำบากขณะนอนราบ ไอเป็นเลือด หายใจตื่น บวมตามมือ เท้าและข้อต่าง ๆ เป็นลมและหมดสติเฉียบพลัน ถ้ามีอาการดังกล่าวต้องพบแพทย์ต้องทันทีแม้ว่าไม่ถึงเวลานัดก็ตาม (อมร สุวรรณนิมิตร, 2534, หน้า 108)

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทางด้านจิตสังคม

ภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับการภาวะของโรคและการรักษา ซึ่งปัญหาภาวะสุขภาพร่างกายย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจผู้ป่วยด้วย กล่าวคือ โรคลิ้นหัวใจแม้ว่าจะได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดแล้วก็ตาม แต่การดูแลรักษายังไม่สิ้นสุด เป็นภาระที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจึงปรับตัว พยายามบรรเทาผลของร่างกายให้เป็นปกติอยู่เสมอ จึงเกิดปัญหาทางจิตใจในด้านการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งอาการแสดงที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) หดหู่ใจเมื่อนึกถึงโรคที่เป็นอยู่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ ขุ่นเคืองง่าย เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเผชิญปัญหาที่ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น

1. การปฏิบัติตนเพื่อให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว กับการที่ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

จากการศึกษาของเจนกิน (Jenkins, 1983, pp. 2112) ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 89 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 48 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 19 มีการเข้าร่วมกิจกรรมลดลง และร้อยละ 28 บอกว่าครอบครัวให้ความช่วยเหลือและปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป การที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมลดลงนั้นอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มคิดถึงตนเองในทางเลื่อมลง หนีสังคมหรือมีความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการเหนื่อย หรือเจ็บปวดหน้าอกขณะที่ออกไปมีกิจกรรมนอกบ้าน ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรตระหนักถึงคุณค่าของการเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้มีผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินบทบาทในครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การเป็นที่ยอมรับในสังคมจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ดีอีกด้วย

2. ปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจผู้ป่วยมักเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง เช่น ความรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย รู้สึกว่าการทำงานของระบบประสาทเลื่อมลง รู้สึกว่าตนต้องพึ่งพาลิ้นหัวใจเทียมทำหน้าที่แทนอวัยวะจริง ประกอบกับมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีรอยแผลผ่าตัดที่หน้าอก และได้ยินเสียงจังหวะการทำงานของลิ้นหัวใจเทียมตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนไม่ปกติ นอกจากนี้การปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เช่น การรับประทานยาไปตลอดชีวิต ทำให้เพิ่มความรู้สึกว่าตนยังเจ็บป่วยอยู่ ความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อทัศนคติโดยรวมของผู้ป่วย แนวทางในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเพื่อการปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองนั้น จะต้องให้ความร่วมมือกับครอบครัว บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยการแสดงความคิดเห็นและได้ระบายความรู้สึกกับข้อใจต่าง ๆ ชักถามข้อสงสัยทันที ไม่ควรเก็บข้อสงสัยนั้นไว้คนเดียว ผู้ป่วย

ควรมีความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองตามความเป็นจริง ให้มีความเชื่อมั่นและมองเห็นคุณค่าของตน ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตน เป็นต้น ซึ่งการเข้าไปมีส่วนร่วมนี้จะมีผลต่อการปรับสภาพจิตใจของผู้ป่วย ทั้งนี้ควรเริ่มที่ผู้ป่วยสามารถทำาง่าย ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งความสำเร็จในเบื้องต้นเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองและการยอมรับความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

3. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือสภาวะที่เป็นอยู่ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจส่วนใหญ่ความสามารถทางร่างกายโดยรวมดีขึ้น แต่ผู้ป่วยก็ต้องใช้เวลาในการปรับตัวและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายระยะหนึ่ง ในช่วงที่ร่างกายยังไม่ฟื้นตัวกลับคืนสู่สภาพปกตินั้น ผู้ป่วยต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการแสวงหาข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนมีการปรับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องสอดคล้องกับภาวะของโรค การรักษาสมรรถภาพของร่างกาย และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ซึ่งในระดับนี้จะต้องอาศัยความสามารถในการผสมผสานความต้องการการปฏิบัติตนในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เมื่อจัดระบบการปฏิบัติตนทั้งหมดที่จะช่วย ป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ

4. การระบายความเครียดหรือความกลัว

เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถทางร่างกายของตนเอง ไม่เชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด กลัว เกิดการถดถอยทางอารมณ์ (Emotional Regression) รู้สึกตนเองไร้คุณค่า ดังนั้นผู้ป่วยและญาติควรมีการเรียนรู้อย่างถูกต้องถึงผลของการรักษาโรค ความสามารถทางร่างกายในการทำกิจกรรมและกิจกรรมใดที่ควรหลีกเลี่ยง เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงสถานการณ์ตามความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลจากสิ่งที่ตนไม่ทราบหรือคิดเอาเองโดยไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยหาโอกาสได้แสดงความคิดเห็น และระบายความรู้สึกคับข้องใจออกมา ควรพูดคุยกับผู้อื่น ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ายังมีคนสนใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ายังมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งจะนำมาของการเปลี่ยนแปลงความ

รู้สึกประทับใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมและครอบครัว ส่วนในระยะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวล ผู้ป่วยควรมีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด (Hill & Smith, 1985, p. 9) ได้แก่ การมีอารมณ์ขัน การเล่นเกม การผ่อนคลาย การมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การนั่งสมาธิ เป็นต้น นอกจากนี้ควรหางานอดิเรก เช่น การปลูกต้นไม้ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมการปฏิบัติตนด้านจิตใจดังกล่าว จะส่งเสริมแบบแผนชีวิตด้านการจัดการความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านอื่น ๆ ด้วย

ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพกับการส่งเสริมสุขภาพ

การนำความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือบุคคลนั้น โดยนำแบบวัดความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพประเมินว่าบุคคลมีความเชื่อในอำนาจภายในหรือภายนอกตน แล้วพิจารณาให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับความเชื่อของบุคคลนั้น (กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2527, Wallston & Wallston, 1978)

1. ผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตน ให้เขาได้เลือกวิธีการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและให้ส่งเสริมให้เขาได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อเป็นการช่วยให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเอง และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น

2. ผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจภายนอกตน ได้แก่ ความเชื่อในอำนาจผู้อื่นและความเชื่อในอำนาจความบังเอิญ ให้ความช่วยเหลือโดยปรับเปลี่ยนความเชื่อในอำนาจภายนอกตนนี้ ให้พัฒนาเป็นความเชื่อในอำนาจภายในตน โดยนำความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน เป็นการพัฒนาให้บุคคลมีความเชื่อในอำนาจภายในตน แมคโดนัลด์ (MacDonald, 1972 cited in Arakelian, 1980 อ้างใน อรรถ หมายพศ., 2541) ได้เสนอวิธีพัฒนาความเชื่อในอำนาจภายในตนด้านสุขภาพไว้ 3 วิธี ดังนี้

1) การรื้อปรับโครงสร้างของสิ่งเร้า (Reconstrual of Stimuli)

มุ่งเน้นให้บุคคลเปลี่ยนแปลงการรับรู้สถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับชีวิต โดยการตีความหมายสถานการณ์ในทางลบด้วยเหตุผลที่ดีขึ้น เป็นการเปลี่ยนทัศนคติต่อความเจ็บป่วยเสีย

ใหม่ การรื้อปรับเช่นนี้นำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยไม่ได้เข้าไปเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้น สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือบุคคลคนมองสถานการณ์ทางด้านสุขภาพอย่างไร มีความรับผิดชอบ และพยายามเปลี่ยนแปลงการรับรู้หรือไม่เพียงใด

วิธีนี้นำมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ถึงแม้จะต้องมีการวินิจฉัยหรือการรักษาที่ต่อเนื่อง แต่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการเจ็บป่วยได้ การดูแลตนเองขณะมีลิ้นหัวใจเทียม ดูเหมือนเป็นภาระที่หนัก เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง แต่ผู้ป่วยสามารถตีความใหม่ให้เป็นเสมือนความท้าทาย เป็นวิธีการสำหรับควบคุมภาวะสุขภาพและเรื้อรัง ๆ ของชีวิตให้ดีขึ้น หรือเป็นการทำให้ได้ประสบการณ์ในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง วิธีการนี้ก่อนอื่นต้องค้นหาว่าผู้ป่วยแต่ละคนมองปัญหาสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นอย่างไร อีกทั้งเขายินยอมที่จะพิจารณาและพยายามปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการดำรงชีวิตโดยมีลิ้นหัวใจเทียม

2) วิธีการที่มุ่งเน้นกระทำ (Action-Oriented Approach)

เป็นวิธีการที่มุ่งไปที่พฤติกรรม เน้นการลงมือกระทำในพฤติกรรมใหม่มากกว่าการเปลี่ยนเพียงทัศนคติเท่านั้น ผู้ที่ได้คำปรึกษาจะช่วยบุคคลในการค้นหาเป้าหมายของตนเองและการพัฒนาการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น ประเด็นสำคัญที่สุดของวิธีการนี้คือการที่บุคคลสามารถบรรลุพฤติกรรมที่ปรารถนา ซึ่งเขาได้ค้นพบด้วยตนเอง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขา และเห็นว่าพฤติกรรมใหม่ของเขาเปลี่ยนเหตุการณ์ในชีวิตอย่างไร ส่งผลให้ความเชื่อในอำนาจภายในตนเองเพิ่มขึ้น

วิธีนี้นำมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจได้ โดยทีมพยาบาลให้ข้อมูลในการเปลี่ยนพฤติกรรมว่าควรมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ อย่างไรบ้าง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยทีมพยาบาลคอยให้การสนับสนุน ให้ผู้ป่วยมองเห็นประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเขา เพิ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การออกกำลังกาย หรือการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

3) การให้คำปรึกษา (Counseling Approach)

วิธีการนี้ผู้ให้คำปรึกษา จะมุ่งให้บุคคลตระหนักถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันระหว่างพฤติกรรม และผลที่ออกมา โดยพิจารณาจากเหตุการณ์ ในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การกระทำในสิ่งที่ได้เลือก และผลที่เกิดจากการเลือกการกระทำเหล่านี้ และทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองเป็นผู้ที่สามารถดูแลสุขภาพของตนได้ วิธีการนี้พยาบาลสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย อาจทำได้โดยการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล

ตัวอย่างของการนำความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพนั้น อราเคเลียน(Arakelian, 1980 อ้างใน อรณี หลายพสุ, 2541) ได้รวบรวมผลการศึกษาที่แสดงถึงการใช้ประโยชน์จากความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพมาใช้เกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะสุขภาพไว้หลายอย่างด้วยกัน ได้แก่ การแก้ปัญหาวิกฤตในชีวิต โปรแกรมที่เน้นกระบวนการสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ประสบความสำเร็จต่ำ กลุ่มเผชิญหน้า โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการนำตนเอง จัดบำบัดแบบย่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การอบรมเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนในชีวิต การฝึกประสบการณ์เพื่อการเจริญงอกงามของบุคคลและการฝึกอบรมกลุ่มสัมพันธ์ รวมทั้งโปรแกรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งหากนำโปรแกรมเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จะนำไปให้พยาบาลมีแนวคิดและวิธีการที่หลากหลายเพิ่มขึ้นในการส่งเสริมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ เป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Wallston & wallston, 1981, p.191) ซึ่งแรงจูงใจนี้เป็นหนึ่งในพลังความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อกองไว้และส่งเสริมโครงสร้างหน้าที่พัฒนาการและความผาสุกในชีวิต (Orem, 1985, p 105) จากแนวคิดของความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติตนของบุคคล ได้มีผู้สนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์กันอย่างมากมาย ดังเช่น กรรณิการ์ กันธะรักษา(2527) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกคนด้าน

สุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความเชื่อในอำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะใน หญิงตั้งครรภ์ และความเชื่อในอำนาจผู้อื่น และความบังเอิญ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะในหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของซินด์เลอร์ เวอร์เนท และไวส์ (Zindler, Wernet & Weiss, 1987 , pp. 160 -179) ที่ได้ศึกษาความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มบุคคลที่ทำงานในสถาบันสุขภาพ พบว่าผู้มีพฤติกรรมป้องกัน โรคจะมีคะแนนความเชื่อในอำนาจความบังเอิญ และความเชื่อในอำนาจผู้อื่นต่ำกว่าผู้ที่ไม่มี พฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ดวงกมล อัครนุสรณ์ (2527) ศึกษาภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อในอำนาจใน ตน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ความเชื่อในอำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งหมดมีความโน้มเอียง เชื่ออำนาจภายนอกตนมากกว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาและฉีดอินซูลิน ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถทำนายได้จากความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่อในอำนาจในตน- นอกตนด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ภาวะควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถทำนายได้ จากความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อในอำนาจภายในตน-นอกตนด้าน สุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ พิศักดิ์ ชินาชัย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในอำนาจ ด้านสุขภาพ ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าอำนาจภายนอกตน และ ความเชื่อในอำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มที่มีสุขภาพดี พบว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนเอง จะมีคะแนนทางด้าน พฤติกรรมสุขภาพสูงมากซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี ส่วนกลุ่มที่มีสุขภาพไม่ดีมีความเชื่อ ในอำนาจภายในตนเองน้อยกว่า กลุ่มแรก ก็จะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำลงมา แต่จากการศึกษา ของ จอนพะจง เพ็งพาด (2533, หน้า45) ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรวจสุขภาพที่ โรงพยาบาล บางรัก ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในอำนาจภายในตน และความเชื่อในอำนาจของผู้อื่น

กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าความเชื่ออำนาจทางโชคชะตามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน จะมีทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย เป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการหาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ และเรียนรู้เทคนิคในการควบคุมความเครียด และโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างดี (Wallston & Wallston, 1978, pp. 107 - 108, Lakin, 1988, p. 38) ในด้านการลดน้ำหนัก ผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนพอใจที่จะกำหนดกิจกรรมการลดน้ำหนักด้วยตนเอง ในขณะที่พวกที่มีความเชื่อในอำนาจภายนอกตนจะพอใจกับโปรแกรมที่ผู้รักษาได้กำหนดให้ (Wallston ,et al., 1976, p. 580) และยังพบว่า คนที่มีน้ำหนักเกินและประสบความสำเร็จน้อยในการควบคุมน้ำหนักส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งสอดคล้องกับเจมส์, วูดรฟท์ และเวอร์เนอร์ (James, Woodruff , & Werner, 1965, p. 185) พบว่า คนที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเชื่ออำนาจภายในตนและเมื่อมีค่านิยมทางด้านสุขภาพ (Value of Health) สูงด้วย และจะประสบความสำเร็จในการลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง และใช้ระยะเวลาหยุดสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่ง สตริกแลนด์ (Strickland, 1978, p. 1193) ได้สนับสนุนว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะไม่สูบบุหรี่ หรือหยุดสูบบุหรี่เมื่อทราบถึงอันตรายมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ลากิน (Lakin ,1988, pp 42-44) ศึกษาความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายของหญิงทำงานในตำแหน่งระดับอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พบว่า การปฏิบัติตนในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเชื่อในอำนาจภายในตน และมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเชื่อในอำนาจทางความบังเอิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนเองสูงจะรับรู้และสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

เฮย์สและรอส (Hayes & Ross, 1987, pp. 120 - 21) ได้กล่าวถึงปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย พบว่าผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคนั้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพและความห่วงใยในด้านสุขภาพ (concern with health) กับลักษณะนิสัยการ

รับประทานอาหาร พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจภายในตนสูงจะมีนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหารอาหารวิทเชล (Weitzel, 1989, pp. 99-102) ศึกษาความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มคนงานเหมืองถ่านหิน ที่มีการศึกษาและลักษณะเศรษฐกิจ สังคมแตกต่างกัน พบว่า ความเชื่อในอำนาจภายในตนสามารถนำมาใช้เป็นตัวทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ เวอร์เนทและไวส์ (Wernet & Weiss, 1987, pp. 160-165) ศึกษาในกลุ่มพนักงานที่ทำงานในสถาบันสุขภาพ พบว่า บุคคลที่มีประวัติเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค สนใจหาข่าวสารความรู้ในด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค มีความเชื่อในอำนาจความความบังเอิญน้อยกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่ามีความเชื่อในอำนาจภายในตนค่อนข้างสูงแสดงให้เห็นว่า การมีพฤติกรรมการป้องกันการโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความเชื่อในอำนาจความบังเอิญซึ่งสอดคล้องกับ วัลภา ผิวทน (2527) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกัน พบว่า ความเชื่อในอำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกัน อย่างมีนัยสำคัญ

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในอำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ การเผชิญปัญหาและความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา พบว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษาและชนิดของมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าความเชื่อในอำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสามารถในการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญ พรณี ปานเทวัญ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อในอำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิง โรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเชื่อในอำนาจผู้อื่นและความเชื่อในอำนาจความบังเอิญ

เวนด์แลนด์ (Wendland ,1986) ศึกษาในชายที่มีความพิการทางร่างกาย พบว่ามีความเชื่อในอำนาจนอกตนในช่วงปีแรก ของการเจ็บป่วยแต่เมื่ออาการป่วยยังคงดำเนินต่อไป ความเชื่อใน

อำนาจในตนจะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงปีที่ 3 ที่ป่วย ส่วนสมิท (Smith, 1981) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของโรค มีความเชื่อในอำนาจนอกตนมาก แต่เมื่อเวลาผ่านไป 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยศึกษาความเชื่ออีกครั้งพบว่า ความเชื่อในอำนาจในตนมีเพิ่มขึ้น

ความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ นอกจากจะมีผลต่อสุขภาพกายแล้วยังมีผลต่อ สุขภาพจิตของบุคคลอีกด้วย เรย์ (Ray, 1982, pp. 487 - 488) พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตน เมื่อพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดแล้ว จะพยายามค้นหาข้อเท็จจริงและแก้ไขสถานการณ์นั้นในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจภายนอกตนจะยอมรับเหตุการณ์โดยไม่คิดจะแก้ไข สอดคล้องกับ สตรีกแลนด์ (Strickland, 1977, pp. 247 - 253) ที่กล่าวว่า คนที่เชื่ออำนาจภายในตนจะมีความเครียดน้อย สามารถปรับจิตใจและตอบสนองต่อการรักษาทางจิตบำบัด (psychotherapy) ได้ดีกว่า แต่ อัจฉรา พุ่มดวง (2527) พบว่าความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกตนมีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ตระหนักในบทบาท หน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นการค้นหาสาเหตุการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยส่งเสริมที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล จะทำให้สามารถหาแนวทางในการป้องกัน แก้ไขการเกิดปัญหาทางสุขภาพได้ ซึ่งความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ ก็เป็นอิทธิพลหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลรับรู้ เชื่อมั่น หรือศรัทธา ผลของการกระทำและความคาดหวังต่อสถานการณ์ที่คล้ายกัน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ตาม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อให้เกิดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเหล่านี้ ให้สามารถดำรงตนในสภาพที่พึงพาตนเองได้อย่างปกติสุข ให้เกิดกำลังใจในการเผชิญปัญหาด้านสุขภาพ ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพหรือใกล้เคียงกับคนอื่น ๆ ตลอดจนมีความพึงพอใจในชีวิตและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี