

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญสำหรับภาวะสุขภาพของคนทั่วโลก จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง (American Heart Association, 2002) หรือคิดเป็นร้อยละ 50 จากจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมด ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (Albert & Ruskin, 2001) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) 102,520 คน ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มขึ้นเป็น 103,352 คนในปี พ.ศ. 2547 รวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 10.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 17.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2547 จากสถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงปี พ.ศ. 2548 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 974 คนต่อปีเป็น 1,310 คนต่อปี (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2548) และสถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึงปี พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1,420 คนต่อปี เป็น 1,578 คนต่อปี (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2548) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยและในจังหวัดภาคเหนือตอนล่างมีแนวโน้มสูงขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยพบผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และใจสั่น ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (เจนเนตร พลเพชร, 2546; ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์, 2543; ศิริอร สิ้นธุ และศิริลักษณ์ ศรีประสงค์, 2544; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลว การตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำ ภาวะช็อกจากหัวใจ และเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ (Martinez & House-Fancher, 2000) รวมทั้งส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ความหวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากต้องเป็นภาระของผู้อื่น (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2540; Tongin, 2000) จากการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจติบขณะรอรับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ของ ทองอินทร์ (Tongin, 2000) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจติบเป็น

อันตรายต่อชีวิตร้อยละ 80 ซึ่งผลกระทบด้านจิตใจนี้ยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง นอกจากนั้นการเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน โดยทำให้สูญเสียรายได้จากการทำงาน รวมทั้งมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งในด้านสัมพันธภาพและบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว

ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีความก้าวหน้าและทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยการรักษาด้วยยา การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน การใส่สายสวนขยายหลอดเลือด การขยายหลอดเลือด เช่นการตัดคราบไขมันออก การขยายหลอดเลือดด้วยแสงเลเซอร์ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยก็ยังมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งพบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการป่วยและการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Vogel, 1996) เนื่องจากการมีคราบไขมันสะสมที่ผนังเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบแคบลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ (Davies, 2001 อ้างถึงใน จิตติมา ฤทธิ์ทศกุล, 2547) นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำอาจเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน (สมพันธ์ หิญชรินทร์, 2541) จากการศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2543) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความพร้อมในการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร โดยยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงถึงร้อยละ 87 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของ วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส (2545) ที่พบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ซึ่งได้แก่ การชะลอการดำเนินของโรค ลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของโรค ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลต่ำ การงดรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือหวานจัด และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ได้ถูกจัดทำเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ที่ควบคู่ไปกับการรักษาที่ได้รับ ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบ

ถึงร้อยละ 69.7 (เจนเนตร พลเพชร, 2546; Kannel & Wilson, 1992; Martinez & House-Fancher, 2000; Watts, 1992 cited in McGehee et al., 1995) ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งเป็นไขมันชนิดอิ่มตัว เช่น กุ้ง หอย ปลาหมึก ไขมันจากสัตว์ จะเพิ่มโคเลสเตอรอลในเลือด และทำให้มีการสะสมของคราบไขมันที่ผนังเยื่อปาดันในของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; Mc Kenna, Maas, & Mc Eniery, 1995; Osler, 2002) และการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ซึ่งมีปริมาณของสาร Homocystein Amino Acid ในปริมาณสูง มีผลทำให้หลอดเลือดแดงของหัวใจมีการตีบเพิ่มขึ้น อาจก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ko-pecky, 2000 อ้างถึงใน เจนเนตร พลเพชร, 2546)

นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและอาหารที่มีรสเค็มทำให้มีภาวะน้ำคั่งในร่างกายส่งผลให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ เจนเนตร พลเพชร (2546) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการจำหน่าย พบว่า ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 สัปดาห์ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงมากกว่า 2 กรัมต่อวัน เสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความรุนแรงของโรคร้อยละ 87.9 สอดคล้องกับการศึกษา ของ แคททีลีน และรอส (Castelein & Ross, 1995) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจและวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยได้รับสารโซเดียมเพิ่มขึ้นจากการเติมเกลือระหว่างการปรุงอาหาร มีผลทำให้มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

การรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาของ โพธิกันัน (Pothikanun, 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .209$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .310$) แต่ขัดแย้งกับการศึกษา ของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540) ซึ่งพบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจที่ระดับนัยสำคัญ .05

นอกจากนั้นจากการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540) ยังพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .244$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โพธิกานัน (Pothikanun, 2000) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .223$) การศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540) ยังพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.233$) โดยพบว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ เนื่องจากผู้ที่ประกอบอาชีพต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน ดังนั้นจึงทำให้ไม่มีเวลาในการเลือกซื้ออาหาร การเตรียมหรือการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ โพธิกานัน (Pothikanun, 2000) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนี้การศึกษาของ โพธิกานัน (Pothikanun, 2000) ยังพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.218$) โดยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ต้องให้ความสนใจดูแลคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวมากกว่าการดูแลตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ตามต้องการของตนเอง ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมกับโรคได้มากกว่า

สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลาของประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ได้ผ่านการฝึกฝน จากการศึกษาของ คาลด์เวลล์ และคณะ (Caldwell et al., 1970) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่อเนื่องมีระยะเวลาการเป็นโรคนานกว่าผู้ป่วยที่รักษาไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประสิทธิภาพของการรักษาจากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคนานกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคสั้นกว่า

จากการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .221, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ โพธิกานัน (Pothikanun, 2000) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = .274, p < .01$) และพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.592, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.386, p < .05$) ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับผลการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.595, p < .001$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 57.3 ($p < .001$)

นอกจากนี้ ฮาอบิน (Haobin, 2000) ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .52, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .544, p < .05$) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจของ จีราพร ทองดี, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และอักรอนงค์ ปราโมช (2005) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 58.1

จากการศึกษาของ อารีย์ ฟองเพชร (2540) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัว กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .392, p < .05$) ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาความร่วมมือต่อคำแนะนำด้านสุขภาพหลังจากการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ของ ลีออนการ์, โมลาสซิโอติซา และมาร์ช (Leonga, Molassiotisa, & Marshb, 2004) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพหลังจากการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือ การที่สมาชิกในครอบครัวโน้มน้าวผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยการกระตุ้นเตือนและการโน้มน้าวในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคของตนเอง ได้มากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนของครอบครัว

นอกจากนี้จากการศึกษาของ เจนเนตร พลเพชร (2546) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากร

สุขภาพลักษณะอื่น ๆ เนื้อหาไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม หลายด้านที่สำคัญคือ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงถึงร้อยละ 90.90 นอกจากนี้การศึกษาของ โฮล์มส์ และคณะ (Holmes et al., 2005) ยังพบว่า การให้ความรู้โดยนักโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีด้วย ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร เฉพาะโรคที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลพุทธชินราช เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคหัวใจเป็นจำนวนมาก มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการให้บริการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเช้า ซึ่งมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค จากการสอบถามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ ยังคงรับประทานอาหารเช้าประเภทไขมันสูง และรับประทานอาหารเช้าที่มีเกลือโซเดียมและอาหารที่มีแคลอรีสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเฉพาะโรคและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. มีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. อาชีพ สถานภาพสมรส และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งตัว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งอาจมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือมีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ โดยได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ได้แก่ การเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และการรับประทานอาหาร

ระดับการศึกษา หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการศึกษาในสถานศึกษาโดยนับเป็นจำนวนปี

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น ทำให้หัวใจทำงานลดลง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และลดการอุดตันของหลอดเลือด เป็นต้น

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่ายสูง ความยากลำบาก การเปลี่ยนแปลงเวลาในการเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหาร และรสชาติของอาหาร เป็นต้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ การเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ความมั่นใจในการรับประทานอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลต่ำ ความมั่นใจในการงดรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือหวานจัด งดการดื่มเครื่องดื่มปรุงรสระหว่างรับประทานอาหาร และความมั่นใจที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน เป็นต้น

อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หมายถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ จากสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติตามพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม

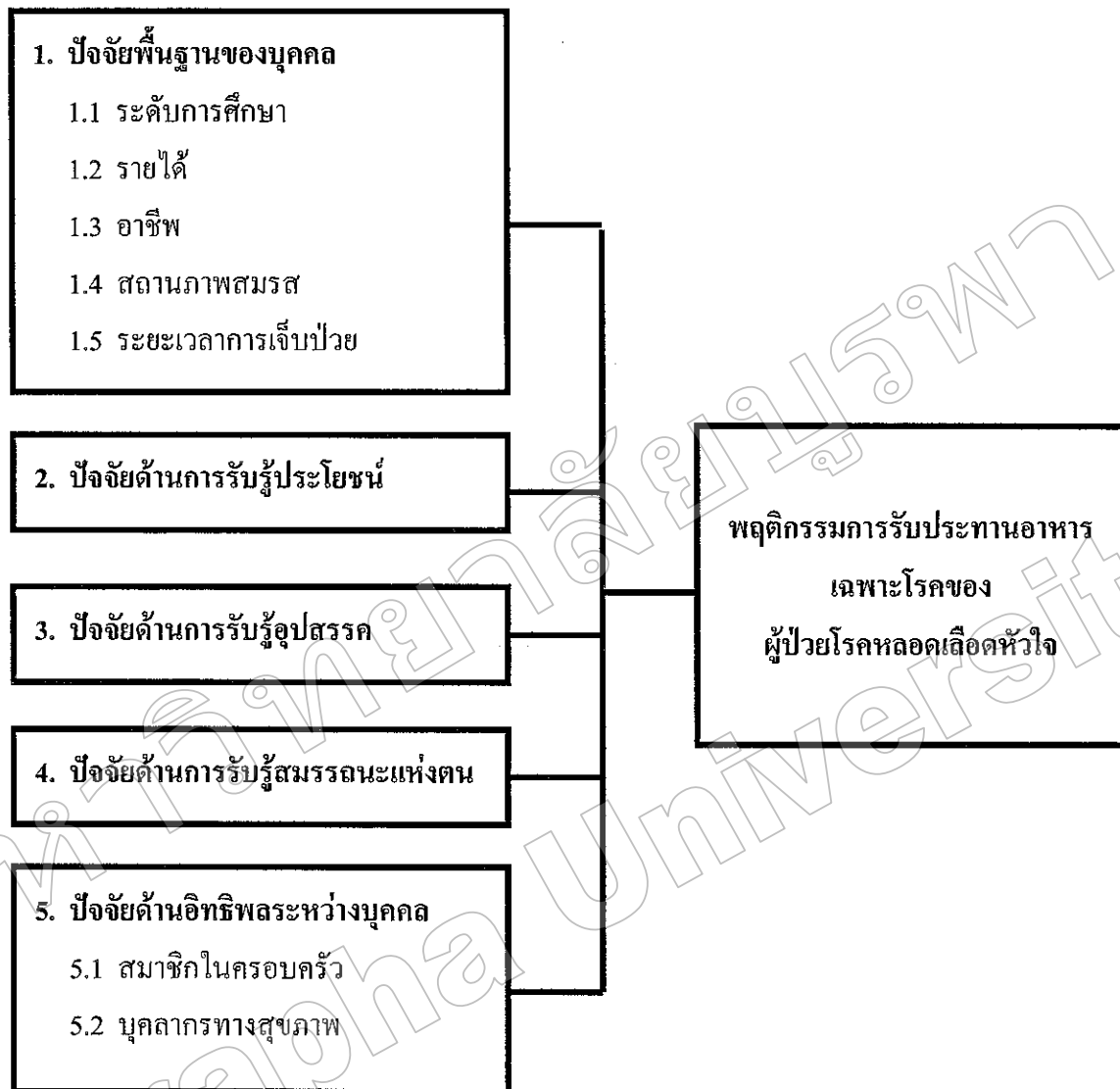
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยส่งเสริมการปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัย โดยการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม
3. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการจัดการเรียน การสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้แก่นักศึกษาพยาบาล รวมถึงการจัดอบรมฟื้นฟูสำหรับพยาบาลหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender & Murdaugh, 2002) ซึ่งเชื่อว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพควรเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ตนเองมีภาวะสุขภาพดี มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม โดยแต่ละองค์ประกอบจะมีปัจจัยหลายปัจจัยเป็นส่วนประกอบ เช่น คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และสถานภาพสมรส ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เช่น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมที่ต้องการทำให้สุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย