

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก (Martinez & House Francher, 2000) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1999 พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าเศษหนึ่งส่วนสามของการเสียชีวิตรวมทั้งหมดของประชากรแต่ละประเทศที่พัฒนาแล้ว (WHO, 1999) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและก่อให้เกิดการทุพพลภาพเป็นอันดับหนึ่ง (Falk & Fuster, 2001) และในปี ค.ศ. 2002 พบว่ามีผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 57.6 จากจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมด 2,125,000 ราย และร้อยละ 83 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เสียชีวิตเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (American Heart Association, 2004) สำหรับในประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2545-2548 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 1.32, 1.49, 1.53, และ 1.56 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549) และจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2550 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสถิติปี พ.ศ. 2542 – 2548 มีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด ร้อยละ 64.8, 66.3, 71.2, 66.2, 67.6, 68.5, 67.5 ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงจนกระทั่งทำให้หลอดเลือดอุดตันจากการสะสมของไขมันและแคลเซียม (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การมีอายุมากขึ้น และพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เสี่ยง เช่น การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง โดยสภาพของหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงจากบาง เรียบ และยืดหยุ่น เป็นขรุขระ ตีบ

ในปัจจุบันมีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือด และการผ่าตัด แต่การรักษาดังกล่าวไม่สามารถทำให้โรคหายขาดได้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องกลับมารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 20-50 (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ, 2541) อีกทั้งในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทุกระบบโดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มักเป็นข้อจำกัดในการทำหัตถการเพื่อการรักษาหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การรักษาด้วยบอลลูนและในบางวิธีอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา ระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำเร็วกว่าวัยอื่น พบว่าการรักษาด้วยบอลลูนแม้ว่าจะมีความปลอดภัยและรวดเร็ว ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัด ยังพบว่ามีปัญหาในเรื่องการตีบซ้ำ (stenosis) ซึ่งพบร้อยละ 20-50 (Bauters, et.al. อ้างใน ประดิษฐ์ ปัญจวินิน และคณะ, 2544) แนวทางที่จะที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือ ผู้สูงอายุควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542) จากการศึกษาของจิราพร ทองดี (2547) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) และปริศนา วรนนท์ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนมีกิจกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง เนื่องจากเกรงว่าการออกกำลังกายจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจึงควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้เพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ โดยเฉพาะด้านร่างกาย โดยพยาธิสภาพของโรคจะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เหนื่อยง่าย เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อไม่เพียงพอ และอาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้นขณะที่ผู้ป่วยออกกำลังกาย หรือแม้ในขณะที่พัก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัวว่าจะกระทบกระเทือน และเป็นอันตราย สำหรับผู้สูงอายุเมื่อทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจจะมีความกลัวว่าตนเองมีโอกาเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน และวิตกกังวลว่าการออกกำลังกายจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก ผู้สูงอายุจึงคิดว่าต้องนั่งหรือนอน

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่งของมนุษย์เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึนึกคิดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านผลลัพธ์ของพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมขึ้น ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้สำเร็จ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ดี เพิ่มความสามารถ เพิ่มความอดทนที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพตามที่ตนต้องการ

การสนับสนุนทางสังคม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่เกื้อหนุนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกายนั้นต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวซึ่งใกล้ชิดผูกพันกับ

การที่ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนจากพฤติกรรมเดิมมาเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอาจต้องอาศัยหลายปัจจัยที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนสำคัญที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ ฉัตรชัย ใหม่เขียว (2544) พบว่าการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายขึ้นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สันติเวส (2545) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันสูงในกลุ่มที่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจโดยสร้างโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเชื่อหรือตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะออกกำลังกายได้ ส่งผลให้ออกกำลังกายด้วยความตั้งใจไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค และส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และเพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติ เพื่อช่วยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

นิยามศัพท์

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย โดยอาศัยแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วยการส่งเสริมให้ได้รับข้อมูล

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายตามแบบแผนที่วางไว้ ยึดหลักเกณฑ์ของฟิตเนส (FITTE) จากวิทยาลัยแพทยการกีฬา (the American College of Sports Medicine) โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายโดยการเดิน ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะการอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ระยะการเดิน 20 นาที และระยะผ่อนคลาย 5 นาที รวมระยะเวลาทั้งหมด 30 นาที เพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายขึ้นทีละน้อยจนได้ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระดับความหนักเบาปานกลาง (อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายประมาณ 64-100 ครั้ง/นาที หรือร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด) สามารถประเมินได้โดยใช้การวัดการรับรู้ถึงความเหนื่อยขณะออกกำลังกายของบอร์ก (Borg's REP-scale) คะแนน 12-13 สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการและมารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่