

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตที่พบได้มาก ในประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2002 พบว่าชาวอเมริกันที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวน 2,125,000 คน ร้อยละ 57.6 เป็นผู้ที่มียู่มากกว่า 65 ปีขึ้นไป จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดพบอัตราการเสียชีวิต 170.8 ต่อประชากรแสนราย และมากกว่าร้อยละ 83 ของผู้ที่เสียชีวิตเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (American Heart Association, 2005) สำหรับประเทศไทยพบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากรแสนรายระหว่างปี พ.ศ. 2543-2546 ดังนี้ 98.03, 111.13, 140.88, 165.65 ตามลำดับ และผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิต ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากรแสนรายระหว่างปี พ.ศ. 2543-2546 ดังนี้ 31.9, 30.3, 24.6, 27.7 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547) และจากสถิติโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่เทียบกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ระหว่างปี พ.ศ.2545-2547 คิดเป็นร้อยละ 17.75, 17.90 และ 12.95 ตามลำดับ (ฝ่ายแผนงานและข้อมูลข่าวสารสนเทศ, 2548)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ส่งเลือดไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อหัวใจ มีลักษณะแข็งและตีบแคบลง (atherosclerosis) ซึ่งเกิดจากการก่อตัวของแผ่นไขมัน (plaque) ที่อยู่ภายในผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ส่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], 2003) ถ้าภาวะนี้ดำเนินต่อไปจนหลอดเลือดหัวใจได้รับความเสียหาย ถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะเดิมได้ จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) โดยภาวะหลอดเลือดแดงแข็งนี้จะดำเนินไปอย่างช้าๆ เริ่มตั้งแต่วัยเด็กแต่ก็มีอาการแสดงในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ ซึ่งในวัยสูงอายุนั้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมตามวัย โดยพบว่าผนังหลอดเลือดแดงมีความหนามากขึ้น มีแคลเซียม และไขมันไปเกาะที่ผนังมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดสูญเสียหน้าที่ ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป และทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลง (จันทนา รณฤทธิ์วิช,

ปัจจุบันวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจได้พัฒนาขึ้นอย่างมาก มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้มากมาย ได้แก่ 1) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) 2) การใส่โครงตาข่าย (coronary artery stents) 3) การตัดคราบไขมันออก (atherectomy) 4) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting surgery: CABG) 5) การขยายหลอดเลือดด้วยเลเซอร์ (coronary laser angioplasty) อย่างไรก็ตามแม้จะมีการรักษาที่หลากหลายวิธีและมีประสิทธิภาพค่อนข้างสูง พบว่าการกลับเข้ารับการรักษด้วยภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการตีบของหลอดเลือดซ้ำถึงร้อยละ 20-50 (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ, 2541) จะเห็นว่าวิธีการรักษาต่าง ๆ ไม่สามารถทำให้โรคหายขาดได้ จำเป็นต้องมีการควบคุมโรคโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการรักษาด้วย โดยพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542) ในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสำคัญมาก เพราะอาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ทำให้สุขภาพแข็งแรง การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง หรือคงสภาพเดิมอยู่เป็นเวลานาน และหากมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไขมันอิ่มตัว และคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการ จะทำให้เกิดการสะสมของไขมัน และคอเลสเตอรอล ภายในหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดเป็นไปไม่ได้ตามปกติ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และอาจรุนแรงจนเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ (นัยนา หนูนิล, 2543)

ศุพัตรา ธรรมธิฐาน (2543) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในกลุ่มตัวอย่าง 41 คน ซึ่งร้อยละ 41.46 เป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80.5 ก่อนเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่มีการควบคุมอาหารที่บริโภค และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแล้ว ร้อยละ 46.3 ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และมีเพียงร้อยละ 24.4 ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ไม่ทั้งหมด โดยยังคงบริโภคอาหารไขมันและคอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นอาหารท้องถิ่นที่หาซื้อง่าย โดยให้เหตุผลถึงปัจจัยที่

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารรสจัดขึ้น โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็ม และปัญหาเกี่ยวกับฟัน และช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ ฟันหลุด รวมทั้งต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายน้อยลง ทำให้มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร ส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหาร โดยผู้สูงอายุมักจะ หลีกเลี่ยงอาหารพวกเส้นใย และเลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวก ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตมาก (ปาสีรัตน์ พรทวีภักธา, 2545) ซึ่งมีผลต่อการได้รับพลังงานมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย ทำให้ถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บสะสมไว้ในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะไขมัน ในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งผลให้โรคมีความ รุนแรงมากขึ้น และการมีนิสัยการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมานานของแต่ละ บุคคล ผู้สูงอายุมักรับประทานอาหารตามใจชอบ และสนใจในรสชาติของอาหารมากกว่า เช่น การ ชอบรับประทานอาหารรสจัด การไม่รับประทานผักและผลไม้ เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ เปลี่ยนแปลงได้ยาก ส่งผลต่อการทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจมีความรุนแรงขึ้น (วลัย อินทร์ทรัพย์, 2547) นอกจากนี้การเสื่อมสภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคใน การจัดเตรียมอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุมีการจัดเตรียม และรับประทานอาหารที่ทำได้ง่าย หรือ รับประทานอาหารที่จำเจ ส่วนใหญ่จะเป็นอาหารประเภทแป้ง อาหารทอดต่าง ๆ ซึ่งมีไขมันมาก ทำ ให้เกิดการสะสมในร่างกายจนน้ำหนักเพิ่มขึ้น และเป็นโรคอ้วนตามมา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ ทำ ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งผลทำให้โรคมีความรุนแรง และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (กณิณญา พรนริศ, 2546) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรค หลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับอาหารที่รับประทาน (Stockslager, Mayer, Munden, Munson, & Theodore, 2003) ซึ่งต้องคำนึงถึงตั้งแต่ การเลือกชนิดอาหาร การเตรียมอาหาร และการบริโภคอาหาร โดยการลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อหรือหมูติดมัน เครื่องใน เป็นต้น และควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา ควรรับประทานทุกวันเพราะเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพ และย่อยง่าย ส่วนเนื้อสัตว์ควรเลือกลักษณะที่เป็นเนื้อไม่ติดมัน ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก ๆ เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช และถั่วต่าง ๆ โดยเส้นใยอาหารสามารถลดการดูดซึมคอเลสเตอรอลจากอาหาร จึงลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ ในส่วนของผักและผลไม้ควรรับประทานทุกวัน ให้มีความหลากหลายชนิด แต่ไม่ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดและมีไขมันสูง เช่น ทูเรียน น้อยหน่า เป็นต้น (คณินญา พรนริศ, 2546; วันดี โกะกุล, 2547) และควรดูรายละเอียดบนฉลากข้างภาชนะบรรจุเกี่ยวกับส่วนประกอบของอาหาร เช่น ปริมาณไขมัน คอเลสเตอรอล และโซเดียม การไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ควรเลือกอาหารประเภทแกงจืด ยำ ต้ม มากกว่าอาหารทอดหรือผัด ควรปรุงอาหารด้วยการต้มแทนการทอด หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันที่มาจากไขมันสัตว์ หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยกะทิ (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารดังกล่าวจะช่วยป้องกันความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีสุขภาพที่ดีได้

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรค และเสริมสร้างพลังงานไปใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, Murduagh, & Parsons, 2006) คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อยกระดับความเป็นอยู่และสุขภาพให้ดีขึ้น โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ สติปัญญาและลักษณะที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และปัจจัยด้านผลลัพธ์ของพฤติกรรม ซึ่งในส่วนของสติปัญญาและลักษณะที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถจูงใจให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ประกอบไปด้วย 6 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งมีโนทัศน์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้น เป็นมโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์ และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญของบุคคล (Pender, 1996) จากการศึกษาของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้กล่าวว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรม หรือจัดการกับสถานการณ์ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้ บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกิดขึ้นก่อน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการ และดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ในการที่บุคคลจะเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นนั้น จะต้องได้รับการส่งเสริมจาก แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การที่บุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าสามารถกระทำ กิจกรรมใดๆ ได้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่น และส่งเสริมให้เกิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) ตัวแบบหรือ ประสบการณ์จากผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลให้บุคคลที่มีลักษณะคล้ายกัน เกิดแรงจูงใจและ เชื่อมั่นในการกระทำกิจกรรมใดๆ ของตนเองให้ประสบความสำเร็จได้ 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการสนับสนุนจากการพูดเพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และพยายามที่จะ ปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) การที่บุคคลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ จะมีผลต่อการเกิดการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น จากการศึกษาของ อรณูช เขียวสะอาด (2544) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมี พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยในด้านโภชนาการกลุ่ม ทดลองมีการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันอิ่มตัวสูง และใช้น้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัว

นอกจากนั้นผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเครือข่ายทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์ และใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว ซึ่งลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นกิจกรรมที่ครอบครัวปฏิบัติร่วมกัน โดยเฉพาะในครอบครัวไทยที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มาจากบุคคล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฐมภูมิ เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และกลุ่มทุติยภูมิ เช่น กลุ่มวิชาชีพ เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) โดยครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และ คณะ, 2542) การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ในการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ประกอบด้วย การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความเอาใจใส่ ความรัก การยอมรับนับถือ 2) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้คำแนะนำข้อเสนอแนะ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ 4) ด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ แรงงาน เงิน เวลา และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาของ ศศิธร ชำนาญผล (2542) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 28 ราย อายุระหว่าง 30-80 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 15 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยชายที่ได้รับการดูแลจากภรรยาและบุตร ในการรับประทานอาหารจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยหญิง ที่ไม่มีแรงสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว โดยจะมีการเคร่งครัดในเรื่องการลดอาหารหมวดเนื้อสัตว์ เกลือ และไขมัน ซึ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ สรีรวิทยา และจิตสังคมที่มากกว่าวัยอื่น อีกทั้งบทบาททางสังคมลดลง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนในการให้การรักษา และฟื้นฟูสภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Lorensen, 1992) และเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีผลต่อการลดความเครียด และลดผลกระทบจากความเครียดที่มีต่อภาวะสุขภาพ (House, 1981) ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ และมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จากข้อมูลจะพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการ



ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ ที่สามารถป้องกันโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และควบคุมความรุนแรงของโรคได้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-post test control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

นิยามศัพท์

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมให้ได้รับข้อมูลจาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชัก

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า เพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียมอาหาร และการบริโภคอาหาร ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved