

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก (Martinez & House-Fancher, 2000) สำหรับประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2538 พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในอัตรา 48.02 คน และเพิ่มเป็น 58.27 68.39 และ 78.96 คนต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2539 2540 และ 2541 ตามลำดับ (ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่พบได้มากกว่าโรคหัวใจชนิดอื่น เป็นสาเหตุการตายและความพิการอันดับหนึ่งในจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2530 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยคิดเป็นอัตราต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 40.3 คน เพิ่มขึ้นเป็น 54.7 คนในปี พ.ศ. 2536 และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 88.5 95.0 และ 108.4 คนในปี พ.ศ. 2537 2538 และ 2539 ตามลำดับ (ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2530-2539) จากสถิติของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด 58 คน เพิ่มขึ้นเป็น 146 178 232 คน และ 253 คน ในปี 2540 2541 2542 และ 2543 ตามลำดับ (ข้อมูลข่าวสารเวชระเบียนโรงพยาบาลเชียงคำ, 2542)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่มีการตีบและแข็งของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ โดยโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้สมรรถภาพของร่างกายเสื่อมลง ไม่สามารถออกกำลังกายทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (ศิริวัธน์ วัฒนสินธุ์, 2543) ประกอบกับอาการที่ไม่คงที่ของโรค ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และ

สังคมตามมา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ต้องถูกจำกัดกิจกรรมจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้บทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในสังคม บางคนต้องออกจากงานก่อนเวลาอันควร ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และยังต้องเป็นภาระของผู้อื่น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา (จริยา ตันติธรรม, 2536) และจากภาวะการเจ็บป่วยของโรค จะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่จะควบคุมอาการของโรคได้ (จิรวรรณ อินทภูมิ, 2539)

นอกจากจะเกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังต้องประสบกับภาวะคุกคามจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ การตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ภาวะหัวใจวาย และเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ (Martinez & House-Fancher, 2000) ถึงแม้ว่าปัจจุบันนี้ได้มีการนำเอาวิทยาการใหม่ ๆ หลายวิธีเข้ามาใช้ในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น เพื่อช่วยควบคุมอาการของโรค ได้แก่ การควบคุมโดยการใส่ยา การทำทางเปิดขยายของหลอดเลือด เช่น การใส่สายสวนขยายหลอดเลือด (percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA]) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft [CABG]) การขยายหลอดเลือดโดยการตัดเอาคราบไขมันออก (coronary atherectomy) การขยายหลอดเลือดด้วยแสงเลเซอร์ (coronary laser angioplasty and transmyocardial revascularization [TMR]) เป็นต้น แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องกลับเข้ามาได้รับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดซ้ำถึงร้อยละ 20-50 (สุกัญญา ไชยธีระพันธ์ และคณะ, 2541)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือขาดการควบคุม และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นประจำ ตลอดจนภาวะทางอารมณ์ที่มีความเครียด และวิตกกังวล (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541) ดังเช่นการศึกษาของศิริวัธน์ วัฒนสินธุ์ (2543) ซึ่งได้ศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 87 มีความพร้อมในการปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหาร โดยยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง นอกจากนี้ร้อยละ 64.1 ยังขาดการออกกำลังกายและไม่นับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย หรือสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย ร้อยละ 64.1 มีการสูบบุหรี่หรืออยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ และผู้ป่วยร้อยละ 51.8 ไม่สามารถควบคุมอารมณ์เครียดได้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำและมีอาการรุนแรงของโรคถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้

ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมควบคู่ไปกับวิธีการรักษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น

พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์ (Pender, 1987) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อน การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ ดังนี้ 1) การจัดการกับความเครียด เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องจัดการกับความเครียดเพื่อลดการทำงานของหัวใจ เนื่องจากภาวะเครียดเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในชีวิตประจำวัน ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจาก ต่อมหมวกไตส่วนใน มีผลให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบแคบ ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ 2) ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ มีการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (isotonic exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายโดยมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน และการรำมวยจีน เป็นต้น โดยควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-30 นาที (American College Sports of Medicine [ACSM], 1995) การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง หัวใจมีการสูบฉีดเลือดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น และมีการซึมผ่านของออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ลดการจับตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือด ป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือดแดง การออกกำลังกายยังช่วยลดน้ำหนัก และลดระดับความดันโลหิต (Powell, 1987; เพ็ญพิมล ธีมมรคิต, 2537) นอกจากการออกกำลังกายที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังต้องมีการพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีการซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2538) 3) การบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทานอาหารให้เหมาะสม โดยจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง ควรงดการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และสารคาเฟอีน เพราะจะกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น (วิชัย ดันไพจิตร, 2534) 4) การปฏิบัติตัวด้านการรักษา ได้แก่ การใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติต่าง ๆ เช่น อ่อนเพลีย หน้ามืด ใจสั่น อาการเจ็บอก เป็นต้น ตลอดจนการมาตรวจตามแพทย์นัด และการสนใจติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ 5) พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับคู่สมรส ยาที่มีผลต่อกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติ

ขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีการวางแผนร่วมกันของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม (Baggs & Karch, 1987; Stewart, 1999)

การมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา สุขภาพที่ดีเกิดขึ้นได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นต้องเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยแบบดুরา (Bandura, 1997) กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้ บุคคลจะต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้นเสียก่อน ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ได้นั้นสามารถกระทำได้ โดยใช้แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ แหล่งสนับสนุนที่ 1 เป็นการสนับสนุนจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคลที่สามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วเกิดผลสำเร็จ ผลสำเร็จจากการกระทำดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น การสนับสนุนจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเองจะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการกระทำพฤติกรรมที่ยากต่อไป แหล่งสนับสนุนที่ 2 เป็นการสนับสนุนจากการได้สังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) เป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์จากตัวแบบที่มีสภาพคล้ายคลึงกับคนที่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ตัวแบบประกอบด้วยตัวแบบที่มีชีวิต (live model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) ตัวแบบดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าตนมีความสามารถที่กระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ แหล่งสนับสนุนที่ 3 การสนับสนุนโดยการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการพูดให้กำลังใจ การชมเชยหรือการพูชักจูงจากบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และแหล่งสนับสนุนที่ 4 การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) สภาวะด้านสรีระและอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดสมรรถนะแห่งตน บุคคลที่มีการแสดงออกว่าร่างกายทำหน้าที่ไม่ปกติ จะส่งผลกระทบทำให้สมรรถนะแห่งตนลดลงและส่งผลกระทบต่อสภาวะด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้สภาวะทางด้านอารมณ์อื่น ๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ก็จะมีผลทำให้เกิดสมรรถนะแห่งตนต่ำลงได้เช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจที่จะกระทำหรือหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผ่อนคลายความเครียดและมีการเตรียมความพร้อมด้านสภาพร่างกาย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการเกิดพฤติกรรมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวบ่งชี้ที่มีอำนาจในการทำนายที่ดีถึงแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock, 1986) เช่นเดียวกับการศึกษาของ มีเลน เมคเลน และลารูม (Meland,

Macland & Laerum, 1993) ศึกษาถึงความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทำการศึกษาเชิงเปรียบเทียบถึงวิธีการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ อีวาท และเทเลอร์ (Ewart & Taylor, 1996) ได้ทำการศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2536) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้

ผู้วิจัยได้ทำศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายใต้กรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 6 ราย ในเดือนมกราคม 2544 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำในด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร และการปฏิบัติตัวด้านการรักษา นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยมีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางในด้านการจัดการกับความเครียดและด้านเพศสัมพันธ์ และจากการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อนำมาพิจารณาในรายด้านพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับต่ำในด้านการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร และการปฏิบัติตัวด้านการรักษา นอกจากนี้พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางในด้านการจัดการกับความเครียด และด้านเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจากการศึกษาดังกล่าวพบว่า ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสอดคล้องกับระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้คำแนะนำ จากแพทย์และพยาบาล ประกอบกับมีการแจกแผ่นพับเพื่อไปศึกษาด้วยตนเองต่อที่บ้าน แล้วก็ตาม การให้ผู้ป่วยไปศึกษาเองโดยขาดการชี้แนะเพิ่มเติมนั้น อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการ

นำความรู้ไปใช้ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีโอกาสดูสื่อที่ง่ายและขาดการตระหนักที่จะนำไปปฏิบัติได้

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาล ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อชะลอหรือบรรเทาความรุนแรงของโรค จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นสมรรถนะแห่งตนจากการใช้แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลครบทั้ง 4 แหล่ง และให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ครบทั้ง 5 ด้านดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
3. เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมาับการรักษาหลังการจำหน่าย ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล เชียงคำ จังหวัดพะเยา ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2544 ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 30 ราย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อน การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ โดยประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura ,1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัด กระทำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้ง 5 ด้าน โดยโปรแกรมห้กล่าว ผู้วิจัยได้ใช้แหล่งสนับสนุนข้อมูลครบทั้ง 4 แหล่ง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura ,1997) ซึ่งเนื้อหาของ โปรแกรมจะประกอบด้วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำการสังเกตจากตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 2 ชุด ซึ่งจะนำเสนอถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่องการจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อน การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ มีการสนับสนุนสถานะทางสรีระและอารมณ์เพื่อจัดการกับความเครียด โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบไม่เกร็งกล้ามเนื้อ นอกจากนี้มีการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์จากการลงมือกระทำด้วยตนเองในการฝึกนับชีพจร และฝึกออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ร่วมกับการสนับสนุนจากการชักจูงด้วยคำพูดจากผู้วิจัยร่วมด้วยขณะปฏิบัติกิจกรรม

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน 5 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อน การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ โดยประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ มีอาการเจ็บแน่นอกเรื้อรังและเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งตัวและมีภาวะหลอดเลือดโคโรนารีตีบ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามปกติ คือ การให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อน การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์