

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease [CAD]) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) และคาดว่าในปี พ.ศ.2553 โรคหัวใจและหลอดเลือดจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นกัน โดยในขณะนี้พบว่าร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกเป็นประชากรของกลุ่มประเทศซึ่งกำลังพัฒนา และประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยของประชากรในระดับปานกลางและต่ำ (WHO, 2003) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขเช่นกัน จากฐานข้อมูลสถิติการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 และจากรายงานสถิติข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ.2542-2546 พบว่ามีอัตราตายต่อประชากร 100,000 คนด้วยโรคหัวใจขาดเลือดของประเทศเท่ากับ 7.9, 10.1, 12.4, 14.4 และ 19.1 ตามลำดับ และสถิติข้อมูลรายจังหวัดพบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้น โดยลำดับเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากรายงานข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2545 พบว่าอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจคิดเป็น 6.18, 7.48, 11.42, 13.22, 14.35 และ 14.51 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) และจากรายงานการสาธารณสุขไทย 2548-2550 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ถึงสาเหตุการตายของประชากรไทยในภาพรวมทุกกลุ่มอายุพบว่าโรกระบบไหลเวียนโลหิตยังคงเป็นสาเหตุอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 18.6 ของการตายทั้งหมด และอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากโรคหัวใจมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 109.4 ในปี พ.ศ.2537 เป็น 618.5 ต่อประชากร 1 แสนคน ในปี พ.ศ. 2549

เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังดังนั้นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค และการควบคุม

ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการควบคุมภาวะเสี่ยงสำคัญ
 ของโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้แก่
 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกาย การมีภาวะ
 น้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน ความเครียดและการจัดการกับอารมณ์เครียด การปฏิบัติตาม
 คำแนะนำของแพทย์ได้แก่ การรับประทานยา การมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ
 และการควบคุมโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง
 โรคเบาหวาน และระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคเหล่านี้มีผลต่อ
 คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หากไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมและควบคุมภาวะ
 เสี่ยงสำคัญต่างๆ เหล่านี้ได้ดีพอจะส่งผลต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ที่
 สำคัญคือการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจอื่นเพิ่มขึ้น
 ได้ทั้งในแง่ความถี่และความรุนแรงเช่น อาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
 (angina pain) มีโอกาสเจ็บหน้าอกแม้กระทั่งออกแรงเพียงเล็กน้อยหรืออาจเจ็บหน้าอกได้แม้
 ในขณะที่พัก หรืออาการเจ็บหน้าอกซึ่งมีการตอบสนองที่ลดลงต่อยาในกลุ่มไนเตรต นอกจากนี้ยังมี
 ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดขึ้นได้เช่น การเต้นผิดจังหวะ
 ของหัวใจ (cardiac arrhythmia) การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute heart failure) การเกิด
 ภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) หรือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจ (cardiac
 remodeling) ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจากการขยายขนาดของหัวใจห้องล่างซ้าย
 (ischemic cardiomyopathy) (นพรัตน์ ธนะชัยจันทร์, 2546) จากรายงานทางสถิติโรคหลอดเลือด
 หัวใจของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (The American Heart Association [AHA,
 2005]) พบว่าภายในระยะเวลา 6 ปีหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก ร้อยละ 16 ของเพศชาย
 และร้อยละ 35 ของเพศหญิงมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำเป็นครั้งที่สอง ร้อยละ 7 ของเพศชาย
 และร้อยละ 6 ของเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน ร้อยละ 22 ของเพศชายและร้อยละ 46 ของ
 เพศหญิงจะมีความไม่สุขสบายจากอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้

แนวทางในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจปัจจุบันประกอบด้วย การใช้ยาเพื่อควบคุม
 และป้องกันความรุนแรงของโรค การแก้ไขความผิดปกติของหลอดเลือดด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่
 การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวน (percutaneous coronary intervention [PCI]) การผ่าตัด
 ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft [CABG]) และการปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้เหมาะสมในการควบคุมภาวะเสี่ยงต่างๆ ของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 เพื่อไม่ให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการควบคุมภาวะเสี่ยงให้ได้นั้นจัดเป็นวิธีการที่
 ยอมรับโดยทั่วไปว่ามีความคุ้มค่า (cost effective) ดังนั้นสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย

สหรัฐอเมริกาและวิทยาลัยอายุรแพทย์หัวใจแห่งประเทศไทย (The American Heart Association and The American College of Cardiology [AHA/ACC], 2006) จึงได้กำหนดแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับทุติยภูมิขึ้น (Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update) โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพนำไปใช้ปฏิบัติในการควบคุมภาวะเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมระดับความดันโลหิต และการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุม น้ำหนัก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับประทานยาเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรค (Smith et. al., 2006)

การสูบบุหรี่สามารถทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบตันได้ด้วยหลายกลไก โดยสารนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่มีผลเร่งกระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง และการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานจะส่งเสริมการสร้างอนุมูลอิสระ (oxidation) ของไขมันชนิดไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ [low density lipoprotein cholesterol (LDL-cholesterol)] และลดระดับไขมันชนิดไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง [high density lipoprotein cholesterol(HDL-cholesterol)] ในกระแสเลือด นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลทำให้การทำหน้าที่ของเซลล์เยื่อบุผิวภายในของผนังหลอดเลือดที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว (endothelium-dependent coronary artery vasodilatation) เสียไปและทำให้เกิดเลือดจับตัวเป็นลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 50 (Yu, Pasternak & Rigotti, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่า การเลิกสูบบุหรี่สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้ร้อยละ 7-47 และสำหรับผู้ที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การเลิกบุหรี่สามารถลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำใหม่ได้ถึงร้อยละ 50 (สมชาย หารัชคุณาชัย, 2546; สุกิจ เข้มวงษ์, 2542)

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือระดับไขมันในเลือดสูง จากการศึกษาพบว่าระดับไขมันในเลือดมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะระดับไขมันในเลือดรวม (total cholesterol) ที่เพิ่มสูงขึ้นทุกร้อยละ 1 จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นร้อยละ 2-3 โดยชนิดของไขมันในเลือดที่มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยไขมัน 2 ชนิด คือ ไลโปโปรตีนชนิดที่มีความหนาแน่นต่ำ ซึ่งเป็นไลโปโปรตีนที่จะแทรกเข้าสู่ผิวของผนังหลอดเลือดแดง เมื่อเกิดกระบวนการสร้างอนุมูลอิสระที่ได้จาก LDL-cholesterol จะไปกระตุ้นเซลล์แมคโครฟาจ (macrophage) ให้มาจับกับอนุโมลอิสระของ LDL-cholesterol เปลี่ยนเป็น foam cells ทำให้เกิดตะกรัน (plaque) ที่หนาตัวขึ้นบนผิวหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดการตีบแคบมากขึ้น

โดยลำดับ ตะกรันที่มีไขมันอยู่ข้างใต้ในปริมาณมาก (lipid-rich core) จะทำให้การทำหน้าที่ของ เซลล์บุผิวในหลอดเลือดเสียไปและมีโอกาสที่จะเกิดการฉีกขาดของตะกรันทำให้มีการอุดตันของ หลอดเลือดหัวใจได้ง่าย ส่วนระดับไขมันในเลือดอีกชนิดที่มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจคือไลโป โปรตีนชนิดที่มีความหนาแน่นสูง เนื่องจาก HDL-cholesterol มีหน้าที่ชะลอการพัฒนาการเกิด ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยป้องกันไม่ให้เกิดการจับของ LDL-cholesterol ที่ผนังหลอดเลือด และทำหน้าที่เป็นสารต่อต้านกระบวนการสร้างอนุมูลอิสระ (antioxidation) พบว่าระดับ HDL-cholesterol ที่ลดต่ำลงจะมีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยระดับ HDL-cholesterol ที่ต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจได้ และมีการศึกษาพบว่าระดับ HDL-cholesterol ที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการลดภาวะเสี่ยงโดยทุก 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะสามารถลดความเสี่ยงลงได้ร้อยละ 2 ในเพศชาย และร้อยละ 3 ในเพศ หญิง (Genest & Pederson, 2003; Gordon et al., 1989; Grundy et al., 1997)

นอกจากปัจจัยทั้ง 2 ประการที่กล่าวมาแล้ว มีการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรค ประจำตัวบางโรคมีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดย พบว่าระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อ หัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดชนิดอื่นๆ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550; สุกิจ เข้มวงษ์, 2542; Backer et al., 2003) ระดับความดันโลหิตได แอสโตลิก (diastolic blood pressure) ที่เพิ่มสูงขึ้น 7 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 27 (Ridker, Skerrett & Gaziano, 2002) ทั้งนี้จากการรายงานของ Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC) ฉบับที่ 7 ได้ให้คำแนะนำว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรได้รับการควบคุม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ให้น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทและหรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกให้น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผลของระดับน้ำตาลใน เลือดที่สูงในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับหลอดเลือดขนาด เล็ก (microvascular) โดยจะทำให้เกิดการทำลายผนังหลอดเลือด และทำให้สูญเสียการทำหน้าที่ของ เซลล์บุผิวภายในหลอดเลือด ภาวะที่คือต่ออินซูลินซึ่งมักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถ กระตุ้นให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และสามารถทำให้ระดับสารที่ก่อให้เกิดการแข็งตัวของ เลือดเพิ่มสูงขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดได้ง่าย ผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานประมาณ 2 ถึง 4 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรก

ซ้อนและเกิดการเสียชีวิตได้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (พงศอมร บุญนาค, 2546; สักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2550; Ridker, Skerrett & Gaziano, 2002)

การขาดการออกกำลังกายเป็นภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคคลทุกเพศทุกวัย เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดและหัวใจมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น และลดการเกาะจับตัวของไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้ป้องกันการเกิดการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือดได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวเป็นอย่างมาก หากไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนได้ ซึ่งผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นได้และยังมีผลเกี่ยวข้องกับโรคอื่นๆ ที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวานและระดับไขมันในเลือดสูงด้วย ดังนั้นการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอจึงมีผลดีต่อผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโดยจะทำให้ภาวะดื้ออินซูลินลดลง ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ ลดระดับโคเลสเตอรอล และเพิ่มระดับของ HDL-cholesterol (เกษตร นิมพลี, 2549; ศิริกานต์ นิเทศวรวิทย์ และวิทยา ศรีดามา, 2544; Thompson et al., 2003)

จากรายงานการสาธารณสุขไทย 2548-2550 เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารยังเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งมีความเกี่ยวข้องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมของแต่ละบุคคล ประชาชนไทยที่มีอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ อาหารที่มีไขมันสูง และอาหารประเภทแป้ง เครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานในปริมาณที่เพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง ในส่วนของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ในเพศชายพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นภาระโรคอันดับ 1 ส่วนในเพศหญิงเป็นภาระโรคอันดับ 9 ด้านการออกกำลังกายพบว่าร้อยละ 29.1 ของประชาชนไทยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิงแต่พบว่าแนวโน้มของการออกกำลังกายยังไม่คงที่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายสำคัญของบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่จะหาแนวทางร่วมกันเพื่อให้การดูแลสุขภาพของประชาชนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นของตนเอง มีการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่องต่อไปได้

การรับรู้ภาวะเสี่ยงหรือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นองค์ประกอบหนึ่งในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ซึ่งได้รับการพัฒนามาจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องของเคอร์ท ลิววิน (Kurt Lewin) นักทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมที่กล่าวถึงการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ และเบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีแนวความคิดที่แสดงถึงความเกี่ยวข้องกันระหว่างพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ โดยเน้นถึงความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยหรือแม้จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นที่จะต้องทำให้อาการดีขึ้นและความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมบางอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจงจะสามารถป้องกันการเจ็บป่วยได้ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงหรือ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความไม่มั่นคงในสภาวะที่เกิดขึ้น หรือการคาดคะเนได้ว่าคนมีโอกาสรู้สึกต่อการเป็นโรค หรือเกิดปัญหาสุขภาพนั้นๆ ได้มากน้อยเพียงใด และในภาวะที่เกิดการเจ็บป่วยการรับรู้ภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับการยอมรับของบุคคลต่อการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของบุคคลต่อการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากปัจจัยเสี่ยงที่ตนมีได้ (Strecher & Rosenstock, 1997) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจการรับรู้ภาวะเสี่ยงดังกล่าวจึงเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีต่อตนเองว่ามีปัจจัยใดบ้างที่จะทำให้ตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นได้ ซึ่งสามารถทำการประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้จากการพิจารณาถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นของตนเองซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของตนเองอย่างถูกต้องจะมีผลต่อการคาดคะเนโอกาสของการเกิดโรค ความรุนแรง และโอกาสของการกลับเป็นโรคซ้ำได้ ความรู้สึกของบุคคลในขณะที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นกว่าปกติ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของโรคจึงเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการยอมรับการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังการศึกษาของกรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและเป็นตัวทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ร้อยละ 22.37 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ

การศึกษาของจิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากข้อมูลสถิติของการเข้ารับการรักษาตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มีการบันทึกข้อมูลรายการส่งผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยโดยการฉีดสารทึบรังสีผ่านสายสวนที่ห้องตรวจสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจภาคเหนือโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจวินิจฉัยโดยการฉีดสารทึบรังสีผ่านสายสวน จากปี พ.ศ. 2544-2547 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 180 ราย, 190 ราย, 252 ราย, 380 ราย และในปี พ.ศ.2548 มีจำนวนผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการฉีดสารทึบรังสีผ่านสายสวนทั้งสิ้น 258 ราย ภายหลังจากที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจจำนวน 119 รายและต้องได้รับการรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวนจำนวนทั้งสิ้น 82 ราย แนวทางการให้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในปัจจุบันประกอบด้วย การให้ยาเพื่อควบคุมความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวน (percutaneous coronary intervention [PCI]) และการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft [CABG]) ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอาจมีภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่แตกต่างกัน ซึ่งภาวะเสี่ยงสำคัญเหล่านี้มีผลต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรค และการควบคุมความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่อาจเพิ่มมากขึ้นได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมภาวะเสี่ยงของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพพอ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จำเป็นต้องให้ยาและมีการปรับเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษาเพิ่มมากขึ้น หรืออาจต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการฉีดสารทึบรังสีผ่านสายสวนและการทำหัตถการโรคหัวใจซ้ำ หรือแม้กระทั่งการได้รับการผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพของการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยการศึกษาถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อความก้าวหน้าของโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อจะนำไปใช้วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาให้มีการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองต่อการควบคุมภาวะเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม และลดโอกาสของการเกิดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงความรู้ที่นึกคิดของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นได้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความก้าวหน้าของโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และมารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่