

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตหน่วยหนึ่งในระบบนิเวศ ซึ่งในระบบนิเวศจะมีการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งไม่มีชีวิต ระบบความสัมพันธ์ดังกล่าวจะพยายามรักษาระเบียบภายในให้ระบบอยู่ในภาวะสมดุล (Steady State or Equilibrium) แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในระบบนิเวศชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า สิ่งมีชีวิตไม่อาจอยู่อย่างโดดเดี่ยวจะต้องมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ ดังนั้นเมื่อระบบอยู่ในภาวะสมดุล สิ่งมีชีวิตที่อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมย่อมสามารถดำรงอยู่ได้โดยปกติ (นาท ตันตวิรุพห์ และพุลทรัพย์ สมุทร สาคร, 2528) และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้มีการแบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็น 3 ประเภท คือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (ประเวศ วะสี, 2535)

สิ่งแวดล้อมแต่ละชนิดให้ทั้งประโยชน์และโทษแก่มนุษย์ เช่น อากาศบริสุทธิ์ ทำให้มนุษย์มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ แต่ถ้าอากาศมีแก๊สพิษก็อาจทำอันตรายแก่ชีวิตได้ ส่วนมนุษย์ก็มีส่วนที่ทำให้ประโยชน์และโทษแก่สิ่งแวดล้อมเช่นกัน เช่น การปลูกต้นไม้จะช่วยให้เกิดความชุ่มชื้น การทำลายต้นไม้จะก่อให้เกิดความแห้งแล้ง มนุษย์และสิ่งแวดล้อมจึงต้องมีกระบวนการปรับตัว (Adaptation process) เพื่อดำรงคงอยู่และรักษาสภาพสมดุลในระบบนิเวศต่อไป (ศิริพร ขัมภลิจิต, 2539) นอกจากนี้ทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพประกอบด้วย สุขภาพกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่สมบูรณ์ย่อมเป็นกำลังสำคัญที่สุดในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของประเทศ มนุษย์ยังมีฐานะเป็นหน่วยหนึ่งของสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการปรับตัวของมนุษย์ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ก็เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ถ้าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมมีมากเกินไปเกินความสามารถในการปรับตัวของมนุษย์เพื่อรักษาภาวะสมดุลย่อมทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2535) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของรอย (Roy Adaptation Model) ที่ว่า “สุขภาพดีเป็นภาวะที่มีการปรับตัวได้ดีและภาวะความเจ็บป่วยเป็นผลจากการปรับตัวไม่ดีสิ่งแวดล้อมยังมีผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล” (อ้างในเรณู สอนเครือ, 2541: 107) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีระบบพฤติกรรมของจอห์นสัน

(Johnson's Behavioral Model) ที่ว่า “สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ และภาวะสุขภาพ เป็นการทำหน้าที่ของระบบพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ” (อ้างในเรณู สอนเครือ, 2541: 78) พฤติกรรมของมนุษย์แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการหล่อหลอม ชัดเจนผ่านสถาบันครอบครัว การศึกษา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อ ทักษะคิด เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม (เรณู สอนเครือ, 2541) ในปัจจุบันโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมนั้นมีมากมาย เช่น โรคระบบทางเดินหายใจจากความไม่สมดุลของภาวะอากาศ โรคระบบทางเดินอาหารจากการปนเปื้อนสารเคมีในอาหาร หรือโรคติดเชื้อต่างๆ นอกจากนี้ยังมีโรคที่เกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป และการออกกำลังกายลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่มนุษย์ไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เปลี่ยนไป โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคเครียด โรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า ซึ่งเรียกอีกอย่างว่า “โรคไม่ติดต่อ” ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่โรคติดเชื้อรุนแรงในอดีตมากมายกำลังสูญสิ้นไป เช่น กาฬโรค ไข้ทรพิษ โปลิโอ เป็นต้น (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2541) แต่ก็มีโรคใหม่ๆ และปัญหาสุขภาพ ซึ่งพระไพศาล วิสาโล (2535) ได้จำแนก ดังนี้ 1) โรคที่เกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภคแบบใหม่ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น 2) โรคที่เกิดจากปัญหาสังคม เช่น โรคจิต โรคประสาท โรคกามโรค รวมทั้งอาชญากรรม 3) โรคที่เกิดจากความยากจน เช่น โรคติดเชื้อ ภาวะพร่องโภชนาการ เป็นต้น 4) โรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี รวมทั้งอุบัติเหตุ อุบัติภัย กัมมันตภาพรังสี และโรคเรื้อรังต่างๆ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมยังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพด้วย ปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย การเสพสารเสพติด พฤติกรรมในการขับขี่ยานพาหนะ และพฤติกรรมกรมมีเพศสัมพันธ์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็ง จากข้อมูลสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2539 พบอัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2538 พบว่า อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 51.3 เป็น 92.6 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นการตายจากอุบัติเหตุ และการเป็นพิษ มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 41.5 เป็น 64.5 ต่อแสนประชากร และมะเร็งทุกชนิด มีอัตราการตายเพิ่มจาก 39.3 เป็น 50.9 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราการตายทั้ง 3 โรคเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปี 2520 เป็นต้นมา และ ข้อมูลสาเหตุการตายในไตรมาสบัตร ปี 2536 พบว่า ประชากรไทยตายจากสาเหตุโรคเลือดในในภาพรวม 33,988 คน หรือประมาณ 93 คนต่อวัน อุบัติเหตุทุกชนิด 90 คนต่อวัน โรคมะเร็ง 72 คนต่อวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

ในจังหวัดพะเยามีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นอันดับหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 187.97 ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 296.86 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2542 และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในปีพ.ศ. 2539 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2542) จากแนวโน้มการป่วยและการตายจากโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้น สมชาติ โลจายะ และคณะ (2536) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจว่า อาจเกิดจากเชื้อโรค เช่น แบคทีเรีย โดยกระบวนการทางโรคติดต่อซึ่งเชื้อโรคจะเข้าสู่ร่างกายโดยตรง หรืออาจเกิดจากรูปแบบในการดำเนินชีวิตในการรับประทานอาหาร ค่านิยมการสูบบุหรี่ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยของประชาชนในชาตินั้นๆ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ ภูมิคุ้มกัน ลักษณะนิสัย ลักษณะทางชีวภาพ เช่น ส่วนประกอบต่างๆ ของเลือดต่างๆ ที่เป็นสารละลายและเซลล์ รวมทั้งการทำงานของอวัยวะต่างๆ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา และอาชีพ เป็นต้น

จากการศึกษาข้อมูลกล่าวได้ว่า สิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น ปัจจุบันโรคหัวใจเป็นปัญหาสำคัญของสังคมที่จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยผู้ป่วยโรคหัวใจจะใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรคหัวใจ เฉลี่ย 1.7 ครั้งต่อเดือน ค่ารักษาเฉลี่ย 973 บาทต่อครั้ง (วิชัย พักผลงาม และ สายสุนีย์ ทับทิมเทศ, 2539) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีร่างกายที่เสื่อมโทรมเพราะขาดการเตรียมร่างกายก่อนเข้าวัยสูงอายุ การรักษาและการหายของโรคจะต้องใช้เวลานานกว่าวัยอื่น และโรคบางอย่างก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งเรียกว่า โรคเรื้อรัง ครอบครัวที่ทำหน้าที่รับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังเมื่อผ่านไปเป็นเวลานาน ๆ เข้า จะเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สุขภาพกาย และจิตใจของบุคคล ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานด้วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวดูแลนั้น สังคมจะต้องรับภาระทั้งหมด (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2541)

ดังนั้นการศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้ทราบถึงความเสี่ยงของกลุ่มประชากรสูงอายุต่อการเกิดโรคหัวใจซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปประกอบเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุของจังหวัดพะเยาต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purpose of the study)

1. ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

2. ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุที่มีลักษณะประชากรแตกต่างกัน

### 1.3 สมมติฐาน

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางชีวภาพ และทางสังคม กับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กัน
2. ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคหัวใจ มีคะแนนด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกันมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจแตกต่างกัน

### 1.4 ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

1. ทราบความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุของจังหวัดพะเยา
2. นำผลการศึกษาที่ได้ ไปเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกัน การเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างเหมาะสม

### 1.5 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 153 คน

### 1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ หมายถึง สิ่งที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย อุณหภูมิ อากาศ เสียง
2. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ การติดเชื้อจากแบคทีเรีย ไวรัส วัณโรค เชื้อรา พยาธิ หรือการได้รับบาดเจ็บบริเวณทรวงอก รวมถึงประวัติของบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจด้วย

3. สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับสังคมซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคหัวใจ เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพของบุคคลต่อครอบครัว และชุมชน พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจ

4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกใด ๆ ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสในการป่วยเป็นโรคหัวใจ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

5. โรคหัวใจ หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับขนาด หน้าที่ การทำงานของหัวใจ ลิ้นหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ และ กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด

6. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่เป็นโรคหัวใจ

7. ผู้ป่วยโรคหัวใจ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีภาวะความผิดปกติเกี่ยวกับขนาด หน้าที่ การทำงานของหัวใจ ลิ้นหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ และ กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิด

8. บุคลิกภาพแบบเอ หมายถึง ชนิดของพฤติกรรมมนุษย์ เป็นผู้ที่มึลักษณะชอบแข่งขัน รีบร้อน ทะเยอทะยาน ตื่นเต้น ลังเล โกรธและหงุดหงิดง่าย