

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อ
ดังนี้คือ

1. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. การสนับสนุนทางสังคม
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease) เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดงไม่เพียงพอกับความต้องการ เนื่องจากการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ ถ้าหากมีการตีบของหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 70-80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดแดง ก็จะส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อหัวใจลดลง (Luckmann & Sorensen, 1987) การตีบแคบของหลอดเลือดแดงนั้นเกิดจากการสะสมของไขมันภายในหลอดเลือดแดง ซึ่งพบได้บ่อยที่บริเวณหลอดเลือดหัวใจ (Huang, Kessler, Mcculloch, & Dasher, 1989) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถึงร้อยละ 84.7 (American Heart Association, 1996)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อผนังหลอดเลือดแดงซึ่งก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยกลไกของการเปลี่ยนแปลงจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (Huang, Kessler, Mcculloch, & Dasher, 1989)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่มีรอยไขมัน (fatty streak) เกิดขึ้นภายในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (intima layer) เนื่องจากมีไขมันมาเกาะติดเยื่อผนังชั้นใน โคจรอยไขมันจะมีลักษณะผิวเรียบและมีสีเหลือง กระบวนการนี้ส่วนใหญ่เริ่มต้นจากวัยเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไปและจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุระหว่าง 8 ถึง 18 ปี (Murdaugh, 1992)

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดแดงสร้างไฟบรัส และเซลล์กล้ามเนื้อ

เรียบมาห่อหุ้มรอยไขมันที่เกิดขึ้นกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา (fibrous plaques) โดยมีลักษณะเป็นก้อนสีเหลืองปนเทายื่นออกมา จากผนังชั้นในจนถึงผนังชั้นกลางของหลอดเลือดแดง (medial layer) เกิดภายหลังอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมากขึ้น (Murdaugh, 1992)

ระยะที่ 3 เป็นระยะเนื้อเยื่อพังผืดมีขนาดใหญ่ขึ้น จึงทำให้มีการฉีกขาดของผิวของก้อนไขมัน และทำให้มีเลือดออกภายใต้ก้อนไขมันพร้อมกับการจับตัวของเกล็ดเลือด ไฟบรินและเกิดลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดแดงและมีหินปูนมาเกาะ (complicated lesion) ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวและแข็ง มีรอยขรุขระจากรูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลง โดยลักษณะการเกิดจะค่อยเป็นค่อยไป

เมื่อรูของหลอดเลือดแดงตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70-80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดแดงโคโรนารี จะทำให้การไหลเวียนเลือดสู่เนื้อเยื่อหัวใจลดลงซึ่งทำให้เกิดอาการเจ็บอกจากภาวะหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ที่มีอาการเจ็บอกแบบเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดอย่างมากและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมา (Luckmann & Sorensen, 1987)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมักแสดงอาการทางคลินิกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ภาวะแองไจนา เพคทอริส (angina pectoris) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แองไจนา เพคทอริส

อาการแองไจนา เพคทอริส เป็นอาการเจ็บอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว เนื่องจากมีความไม่สมดุลของความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและการนำออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคือ

1. มีการนำออกซิเจนไปกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว
2. มีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการที่หัวใจทำงานหนักขึ้นเช่นการออกกำลังกาย ภาวะอารมณ์ต่างๆเช่น โกรธ ตื่นเต้น ตกใจ เสียใจ ภาวะเครียดวิตกกังวลและการรับประทานอาหารในปริมาณมากหรืออยู่ในสภาพอากาศเย็นหรือการมีไข้สูง

แองไจนา เพคทอริสมีลักษณะเจ็บแน่นอกชั่วคราวตำแหน่งที่ปวดจะอยู่ตรงกลางยอดอกหรือลิ้นปี่ บริเวณใต้กระดูกทรวงอกร้าวไปที่ไหล่ซ้ายและแขนซ้ายด้านในและอาจร้าวไปบริเวณอื่นๆเช่น บริเวณแขนขวา คอ คาง กราม และขากรรไกร อาการเจ็บอกจะเกิดขึ้นนาน 3 นาทีหรือนานที่สุด 15-20 นาที ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น อาการเจ็บอกชนิดคงที่ (stable angina) อาการเจ็บอกชนิดนี้จะมีความรุนแรงปานกลาง นานประมาณ 1-3 นาที และจะทุเลาลงเมื่อได้นั่งพักประมาณ 3-5

นาทีหรือได้รับยาอมใต้ลิ้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บอก ลักษณะอาการเจ็บเหมือนถูกกดหรือถูกบีบรัด มีอาการแน่นอึดอัดหรือรู้สึกว่าการไม่ย่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้าและหน้ามืด อาการเจ็บอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina) มีลักษณะเช่นเดียวกับอาการเจ็บอกชนิดคงที่แต่อาจเกิดขึ้นเป็นพักๆและไม่สามารถบอกล่วงหน้าได้ มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทั้งระยะเวลา ความถี่และความรุนแรงของอาการเจ็บอก ใช้เวลานานมากกว่า 20 นาทีขึ้นไป มักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการระอึกร่วมด้วย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538 ; Murdaugh, 1992)

กล้ามเนื้อหัวใจตาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดจากการอุดตันอย่างถาวรของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอาการเจ็บอกอย่างรุนแรงอาจถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

พยาธิสภาพของโรค

สาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบได้บ่อยคือ การตีบแคบอย่างสมบูรณ์ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้เนื้อเยื่อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอและเกิดการตายขึ้น ภายหลังกกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื้อเยื่อหัวใจจะมีการเปลี่ยนแปลงภายใน 3-6 ชั่วโมงภายหลังกการเกิดอุดตันของหลอดเลือดทำให้เมตาโบลิซึมของเซลล์หยุดลง และจะมีเม็ดเลือดขาวมากำจัดเซลล์ที่ตายแล้วภายใน 24 ชั่วโมง ต่อมาในวันที่ 3-10 บริเวณที่มีพยาธิสภาพจะมีสีเหลืองอ่อนและมีไฟโบรบลาสเข้ามาสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันรอบๆบริเวณนั้น และจะกลายเป็นแผลเป็นลักษณะสีเทาที่มีไฟบรัสเกาะภายหลังก 10 วันถึง 6 สัปดาห์ บริเวณที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายบ่อยที่สุดคือผนังด้านหน้าของเวนทริเคิลซ้าย ซึ่งเกิดจากการอุดตันของแขนงหลอดเลือดแดงโคโรนารีซีกซ้าย (Huang, Kessler, McCulloch, & Dasher, 1989) ลักษณะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจสามารถแบ่งออกเป็นออกเป็น 2 รูปแบบคือ การตายของชั้นส่วนเยื่อชั้นใน (subendocardium infarctia) และการตายทุกๆชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ (transmural infarctia) ซึ่งการตายทุกๆชั้นจะพบประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Riegel & Dossy, 1992)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีอาการเจ็บอกที่รุนแรงทันทีทันใด และยาวนานกว่า 30 นาที แม้จะได้นั่งหรือนอนพักหรือได้รับยาไนโตรกลีเซอริน แต่อาการจะไม่ทุเลาลง อาการอาจขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพ นอกจากนี้จะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ซึ่งเกิดจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง และมักพบว่าผู้ป่วยจะมีไข้ โดยอุณหภูมิในร่างกายอาจเพิ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากมีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก อึดอัด หายใจลำบาก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเจ็บอกที่รุนแรงร่วมกับอาการช็อกด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 42 จะแสดงอาการอื่นๆมากกว่าอาการเจ็บอกเช่นอาการเหนื่อยล้าหน้ามืดเป็นลม สับสนและมีภาวะหายใจลำบาก (Kane, Ouslander, & Abrass, 1999) อาการแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบได้บ่อยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายคือ ภาวะหัวใจวาย ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะช็อก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด (Wenger, 1997)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1. อายุ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคือผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีการหนาตัวขึ้นและความยืดหยุ่นลดลง เนื่องจากการสะสมของไขมันและเนื้อเยื่อผังพืดภายในผนังด้านในของหลอดเลือดแดงโดยกระบวนการนี้เริ่มตั้งแต่วัยเด็กและค่อยๆเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และมีการเกาะของแคลเซียมภายในหลอดเลือดแดงมากขึ้นทำให้หลอดเลือดแข็งและรูภายในหลอดเลือดตีบแคบลงก่อให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดได้
2. เพศ พบว่าเพศชายและเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคเท่าเทียมกันเมื่อมีอายุมากขึ้น (Luckmann & Sorensen, 1987) และพบว่าหญิงวัยหมดประจำเดือนจะมีโอกาสเกิดโรคและมีอัตราการตายสูง (American Heart Association, 1999)
3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการก่อการเกิดโรคได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติเป็นโรคนี้นี้ในครอบครัว และจะเพิ่มมากขึ้น

หากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน (Woods, Froelicher, Halpenny, & Motzer, 1995)

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1. ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเนื่องจากระดับของโคเลสเตอรอลชนิด low-density lipoprotein (LDL) สูง ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งและเกิดการอุดตันในหลอดเลือด ในขณะที่โคเลสเตอรอลชนิด high-density lipoprotein (HDL) ที่เป็นตัวช่วยนำไขมันอื่นๆ ออกนอกเซลล์และถูกทำลายที่ตับมีระดับลดลง การวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงจะอาศัยอัตราส่วนของ LDL : HDL น้อยกว่า 4.5 (Huang, Kessler, McCulloch, & Dasher, 1989) หรือจากระดับของ LDL มากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และระดับ HDL น้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (American Heart Association, 1999)

2. ภาวะความดันโลหิตสูงหมายถึง ภาวะที่มีความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและหรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าคนปกติ 3-4 เท่า เนื่องจากผลของความดันโลหิตสูงส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น หัวใจจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและแรงดันเลือดสูงจะเป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือดเกิดโรคที่ส่งเสริมให้สารจำพวกไขมันไปเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น จึงทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง (Newton & Froelicher, 1995)

3. โรคเบาหวาน โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ทั้งในเพศชายและหญิง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็น 2 เท่าของคนปกติ เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ (พรณี เสถียร โชค, 2536)

4. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็น 2 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่ (Huang, Kessler, & McCulloch, 1989) เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ เป็นสารที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และหลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหดเกร็งตัวหรือตีบแคบมากขึ้น และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ จะเป็นตัวขัดขวางกระบวนการนำพาออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ (Murdaugh, 1992)

5. ความอ้วน คือสถานะของร่างกายที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าค่าน้ำหนักปกติหรือมีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 และผู้ที่มีความอ้วนมากที่สุดจะมีค่าดัชนีมวล

กายนตั้งแต่ 40 ขึ้นไป (American Heart Association, 1999) ผู้ที่เป็นโรคอ้วนจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ เพราะมีโรคแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วยเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและการมีภาวะไขมันในเลือดสูง

6. การขาดการออกกำลังกาย หรือการมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ขาดการเคลื่อนไหวของร่างกาย เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นประจำสามารถควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลชนิด HDL เพิ่มขึ้น และยังช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายรวมทั้งลดความอ้วนได้ เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้ (American Heart Association, 1999)

7. ความเครียด ผู้ที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจัง มีความวิตกกังวล ตึงเครียดอยู่เสมอ จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากความเครียดจะส่งผลทำให้ร่างกายหลั่งสารแคททีโคลามีนที่กระตุ้นให้ต่อมหมวกไตส่วนเมดูลาหลั่งฮอว์โมนอิพิเนฟรินที่มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัวทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และยังส่งผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น (Friedman & Rosenman, 1974)

การรักษา

1. การรักษาด้วยการใช้ยาและการได้รับออกซิเจน โดยแบ่งการรักษาด้วยยาตามอาการและอาการแสดงเช่น ขาดอากาศเจ็บอก ขาขยายหลอดเลือด ขาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

1.1 ขาดอากาศเจ็บอกได้แก่ ขาปิดกั้นเบต้า ขาด้านแคลเซียม

ขาปิดกั้นเบต้า เป็นยาที่ใช้ลดการบีบตัวของหัวใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ช่วยลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะสามารถให้ร่วมกันกับยากลับในเครทได้เพื่อช่วยลดอาการแทรกซ้อนคือภาวะหัวใจเต้นเร็ว ขากลุ่มนี้ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจวายและโรคไตวาย (นพรัตน์ ฐนะชัยพันธ์, 2543 ; Underhill, Woods, Froelicher, & Jeanhalpenny, 1990)

ขาด้านแคลเซียม ขากลุ่มนี้ช่วยลดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดซึ่งแคลเซียมไอออน จะมีบทบาทสำคัญในการหดหรือขยายตัวของกล้ามเนื้อเรียบและกล้ามเนื้อลาย โดยออกฤทธิ์ขัดขวางแคลเซียมผ่านผนังเซลล์ ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและมีปริมาณออกซิเจนเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะบริเวณที่มีการขาดเลือด อาการข้างเคียงที่สำคัญของขาด้านแคลเซียมที่พบ

บ่อคือปวดศีรษะ หน้าแดง ร้อนวูบวาบ (Underhill, Woods, Froelicher, & Jeanhalpenny, 1990)

1.2 การได้รับออกซิเจน ผู้ป่วยควรจะได้รับออกซิเจน 4-6 ลิตรต่อนาทีทันทีเพื่อช่วยลดอาการเจ็บอกและกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ในระยะที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการ เนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือด ดังนั้นการให้ออกซิเจนจึงเป็นการเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดเพื่อนำไปสู่เนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อหัวใจ จึงช่วยลดอาการเจ็บอกได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

1.3 ยาขยายหลอดเลือดได้แก่ ยากลุ่มไนเตรทซึ่งเป็นยาขยายหลอดเลือดทั่วร่างกายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงโดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ สำหรับการขยายหลอดเลือดดำจะทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจลดลง ซึ่งช่วยลดการทำงานของหัวใจทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และช่วยขยายหลอดเลือดทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่บริเวณที่มีการอุดตันของหลอดเลือด ได้มากขึ้นจึงบรรเทาอาการเจ็บแน่นอก ได้ดี สามารถแบ่งกลุ่มตามระยะเวลาในเวลารอกฤทธิ์ดังนี้

ยากลุ่มไนเตรทที่ออกฤทธิ์ในระยะสั้นได้แก่ ไนโตรกลีเซอริน ซึ่งเป็นยาที่นิยมใช้กันมากเพื่อระงับอาการเจ็บอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและช่วยควบคุมความดันโลหิต ยาจะถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็วโดยวิธีการอมใต้ลิ้น ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 1.5-3 นาทีและอยู่ได้นาน 5-6 นาที (Luckmann & Sorensen, 1987) ทำให้อาการดีขึ้นภายใน 2-3 นาที ถ้าไม่ทุเลาลงหลังจากได้ยาภายใน 5 นาที อาจให้ซ้ำได้แต่ไม่ควรเกิน 3 เม็ดติดต่อกัน ถ้าให้ไป 3 เม็ดติดกันทุก 5 นาทีแล้ว ยังไม่หายผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ทันที และยาชนิดที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหรืออาจผสมกับสารละลายหยดทางหลอดเลือดดำซึ่งได้ผลอย่างรวดเร็ว

ยากลุ่มไนเตรทที่ออกฤทธิ์ในระยะยาวมีทั้งชนิดอมใต้ลิ้นและรับประทานได้แก่ ยาไอโซซอร์ไบด์หรือไอซอร์ดิล (isordil) ไอซอร์เกต (isoket) ซอร์บิเทรท (sorbitrate) โดยเริ่มใช้ในขนาด 10 มิลลิกรัมจนถึง 30 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 3 ครั้ง หรือ 40-80 mg ทุกๆ 8-12 ชั่วโมง โดยยาจะออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 1 ชั่วโมงและหมดฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมียาชนิดที่มีลักษณะเป็นแผ่นติดหน้าอกซึ่งมีขนาด 25 mg ที่ทำหน้าที่ปล่อยตัวยาคู่ซึมผ่านผิวหนังทีละน้อยและอยู่ได้นานถึง 18-24 ชั่วโมง หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะเกิดอาการคือยาทำให้การใช้ยาไม่ได้ผล (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538)

1.4 ยาละลายลิ่มเลือด การให้ยากลุ่มนี้ภายใน 2-3 ชั่วโมงภายหลังเกิดอาการเจ็บอก จะช่วยละลายลิ่มเลือดที่ไปอุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารี และช่วยลดการขยายขอบเขตของบริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจจากการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มการนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์ได้แก่ ยาสเตรปโตไคเนส โดยแพทย์จะใช้ยาจำนวน 25,000-50,000 ยูนิต ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

ภายในระยะเวลามากกว่า 1 ชั่วโมง ตามด้วยยาผสมกับสารละลายหยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 2000-4000 ยูนิตต่อนาที เพื่อป้องกันการแพ้ยาแพ้ยาลงให้ยาไฮโดรคอร์ติโซนขนาด 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำก่อนให้ยา (Underhill, Woods, Froelicher, & Jeanhalpenny, 1990)

1.5 ยาต้านเกร็ดเลือด เป็นยาช่วยยับยั้งการรวมตัวของเกร็ดเลือดและเพิ่มระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดให้นานกว่าปกติ ลดการอุดตันของลิ้มเลือด เป็นยาที่มีประโยชน์ในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ประมาณร้อยละ 50 และเป็นยาที่นิยมใช้ภายหลังการใส่โครงตาข่ายเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันการอุดตันซ้ำ ยาที่ใช้ได้แก่ เฮปาริน, แอสไพริน, ทิโคลพิดีน (Gershlick, 1997 ; Perrins, 1997)

2. การรักษาโดยวิธีการใช้บอลลูนชนิดพิเศษเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous transluminal coronary angioplasty) หรือ PTCA คือการขยายหลอดเลือดโดยใช้ลูกโป่งขนาดเล็กเพื่อขยายหลอดเลือดที่ตีบ ซึ่งใช้ได้ผลดีถ้ามีพยาธิสภาพเพียงหนึ่งหรือสองจุดและกล้ามเนื้อหัวใจยังบีบตัวได้ดีอยู่ ซึ่งการสวนหัวใจจะใช้ตัวนำ (guide wire) ไปยังตำแหน่งที่ต้องการแล้วจึงใส่บอลลูนตาม จากนั้นจึงทำให้บอลลูนขยายตัวเพื่อดันส่วนของไขมันที่อุดอยู่ให้แบนราบและค่อยเอาบอลลูนออก เลือดจะสามารถไหลผ่านได้ดีขึ้นเนื่องจากสิ่งกีดขวางมีขนาดเล็กลงแต่อาจมีอาการแทรกซ้อนคือการอุดตันกระทันหันหรือมีการทะลุของเส้นเลือด ซึ่งต้องรีบทำการผ่าตัดฉุกเฉินทันที และยังก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ถึงร้อยละ 30 ภายในระยะเวลา 6 เดือนแรก (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538)

3. การผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงให้กับเส้นเลือดหัวใจที่มีการตีบตัน (coronary artery bypass grafting) หรือ CABG เป็นการผ่าตัดโดยการนำหลอดเลือดดำบริเวณขามมาเชื่อมต่อระหว่าง ascending aorta เพื่อข้ามจุดที่มีการอุดตันไปยังส่วนที่ตีบของหลอดเลือด ซึ่งมักจะทำในรายที่มีความรุนแรงของโรคปานกลางถึงรุนแรงมากและในรายไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยทางยา ที่มักมีภาวะหัวใจวายหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและภาวะช็อกร่วมด้วย และการผ่าตัดจะกระทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจทั้ง 3 เส้น การผ่าตัดวิธีนี้มีอัตราเสี่ยงมากขึ้นอยู่กับการบีบตัวของหัวใจและโรคแทรกซ้อนชนิดอื่น ผลดีของการรักษาจะช่วยลดอาการเจ็บอกและช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขสบายมากขึ้น (ศูนย์โรคหัวใจภาคเหนือ, 2542)

4. การรักษาด้วยการทำหัตถการอื่นๆเช่น การรักษาโดยการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ (coronary stents) ซึ่งจะมีหลายชนิดด้วยกันมีทั้งชนิดที่ใช้บอลลูนช่วยขยายโครงตาข่าย (balloon expanding) และชนิดที่ขยายโครงตาข่ายด้วยตนเอง (self expanding) นอกจากนี้ยังมีการขยายหลอดเลือดโดยใช้แสงเลเซอร์ (coronary laser angioplasty) และ การขยายหลอดเลือดด้วย

การใส่สายเข้าไปตัดก้อนไขมันออก (coronary atherectomy)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย ร่วมกับการเกิดปัจจัยเสี่ยงหลายๆประการ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่งคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งหากผู้สูงอายุยังคงปฏิบัติต่อไปจะส่งผลให้อาการของโรคทวีรุนแรงมากขึ้นและอาจก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆตามมา ดังนั้นการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการควบคุมหรือบรรเทาอาการรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพื่อช่วยยกระดับสุขภาพที่เสื่อมถอยให้กลับดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีความสุข

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติของบุคคล เพื่อควบคุมและส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น โดยการสร้างพลังอำนาจให้บุคคลนั้นทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการรวมถึงการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขสิ่งแวดล้อม (McChymont, Thomas, & Denham, 1991) ซึ่งนอกจากการมีผลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังมีผลในการลดความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Downie & Tannahill, 1996) โดยคงไว้หรือเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้ดีขึ้นและมีความสุขในชีวิต ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมอร์เรย์และเซนท์เนอร์ (Murray & Zentner, 1993) กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกิจกรรมที่กระทำเพื่อช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้นและมีความสุขในชีวิต ก่อให้เกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยมุ่งสนใจการป้องกันโรคหรือลดความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อขอระดับความเป็นอยู่และมีภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ทำให้บุคคลนั้นมีความสุขในชีวิตและมีศักยภาพที่สูงสุด ตลอดจนประสบผลสำเร็จผลตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ในชีวิต โดยมุ่งสนใจการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้านคือความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อช่วย

ยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ทำให้มีศักยภาพที่สูงสุดและประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ในชีวิตแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ดังนี้คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) หมายถึง การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายและการแสวงหาความช่วยเหลือจากการปรึกษาแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนการมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และการรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยป้องกันการตายและอาการรุนแรงของโรคมมากขึ้น ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนในปัจจุบันได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความทันสมัยมากขึ้น ส่งผลทำให้สามารถกระจายข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามสื่อต่างๆได้มากขึ้น (จิตรรา จันชนะกิจ, 2541) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆและมีความสนใจศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ได้จากสื่อต่างๆเช่นการอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือจากการซักถามบุคลากร ในทีมสุขภาพหรือกลุ่มเพื่อน กลุ่มชมรมต่างๆ หรือจากกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเช่นเดียวกัน (ภรณ์ เทพส่องแสง, 2541)

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ควรรับประทานยาทุกวันตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ทั้งชนิด จำนวนและเวลาในการรับประทาน และควรมียามไต่เส้นพกดัดตัวไว้ตลอดเวลา ถ้าหากมีอาการเจ็บอกให้รีบอมยาไต่เส้นทันทีและอมซ้ำทุก 5 นาที จำนวน 3 ครั้งจนกว่าอาการจะทุเลาลง แต่หากอาการเจ็บอกยังไม่ทุเลาลงให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์ทันที (สุนย์โรคหัวใจภาคเหนือ, 2541) นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆเพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงของโรคมมากขึ้นเช่นการงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีควันบุหรี่ และควรสวมเสื้อผ้าหนาๆปกคลุมร่างกายเสมอเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไปที่เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บอกซ้ำได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายจะมีผลต่อการหดและขยายตัวของหลอดเลือดภายในร่างกาย

2. กิจกรรมทางร่างกาย (physical activity) หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความเหมาะสมกับโรคและตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอของออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรม การออกกำลังกายมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรงยิ่งขึ้นและสามารถใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ รวมทั้งยังได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลินจากการออกกำลังกาย (ดวงเดือน พันธุโชติ, 2539) การออกกำลังกายควรอยู่

ในระดับที่ผู้ออกกำลังกายทนได้และกระทำอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกายหรือการสนับสนุนทางสังคมประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเกิดจากความเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย สิ่งเหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (Pender, 1996) การออกกำลังกายของผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและหัวใจให้ดีขึ้นได้แก่ การออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญอย่างต่อเนื่องและสร้างพลังงานในร่างกายที่เรียกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งกิจกรรมการออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่การเดิน การวิ่งเหยาะๆ การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน ส่วนการออกกำลังกายเพื่อยืดหยุ่นและผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้แก่การฝึกกายบริหาร การฝึกโยคะหรือไทชิ จิ้ง โดยใช้เวลาในการออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 20 นาทีและกระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ดวงเดือน พันธุโชติ, 2539) ในการออกกำลังกายผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างช้าๆและไม่หักโหมเกินไป และควรหลีกเลี่ยงทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายภายหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ โดยมีขั้นตอนในการออกกำลังกายที่ถูกต้องซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือระยะอบอุ่นร่างกาย โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีในการยืดหยุ่นกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความแข็งแรง เริ่มจากการกระทำกิจกรรมช้าๆและเบาๆก่อน เพื่อให้ร่างกายเตรียมพร้อมก่อนที่จะออกกำลังกายตลอดจนก่อให้เกิดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว ระยะอบอุ่นร่างกายนี้มีความสำคัญในการช่วยลดการบาดเจ็บภายหลังการออกกำลังกาย ระยะฝึกฝนร่างกายใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยเน้นความหนักอย่างเพียงพอและอย่างต่อเนื่องและอาศัยอัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัวกำหนดความแรงของการออกกำลังกาย ระยะผ่อนคลายใช้เวลา 5-10 นาทีคล้ายกับการอบอุ่นร่างกาย เพื่อช่วยป้องกันอาการตะคริวและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ภาวะความดันโลหิตต่ำเนื่องจากการค้างของโลหิตบริเวณขา (ถนอมขวัญ ทวีบุรณ, 2541) ในขณะที่ออกกำลังกายผู้สูงอายุควรสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่อาจเกิดขึ้นเช่น อาการอ่อนเพลีย เจ็บอก เหนื่อยล้า เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลมหรือหายใจไม่สะดวก ซึ่งหากมีอาการดังกล่าวควรหยุดออกกำลังกายทันที นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรมีการทำกิจกรรมด้านร่างกายอื่นๆนอกเหนือจากการออกกำลังกายได้แก่การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตลอดจนการทำงานอดิเรกต่างๆที่ตนเองชอบ ได้แก่ การทำงานบ้านเบาๆ รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น

การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รวมทั้งการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมต่างๆ จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้ดียิ่งขึ้น แต่ควรปฏิบัติกิจกรรมเมื่อมีความพร้อมของร่างกายหรือมีภาวะต่างๆคงที่คือ ไม่มีอาการเจ็บอกชนิดไม่คงที่หรืออาการเจ็บอกซ้ำภายใน 8 ชั่วโมง ไม่มีอาการแสดงของภาวะหัวใจวายที่ควบคุมไม่ได้

และไม่มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ หรือมีไข้ หรือมีความเจ็บป่วยทางร่างกายในด้านอื่นๆ (วิศาล คันธรัตน์กุล, 2543)

3. โภชนาการ (nutrition) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และแบบแผนในการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน โดยทั่วไปแล้วเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุความต้องการอาหารของผู้สูงอายุจะมีปริมาณลดลงทำให้ความต้องการพลังงานลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารประกอบกับการมีภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงควรรับประทานอาหารให้เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ ในการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุควรจัดอาหารเป็นมื้อเล็กๆวันละ 3-4 มื้อ และให้มีปริมาณน้อยแต่บ่อยครั้งเพราะ การรับประทานอาหารปริมาณมากๆภายในมื้อเดียว จะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นและก่อให้เกิดอาการอึดแน่นท้องและกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บอกตามมาได้ การควบคุมการรับประทานมีความสำคัญในการป้องกันความรุนแรงของโรคและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการควบคุมระดับของโคเลสเตอรอลและไขมันในเลือดได้ ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีรายละเอียดดังนี้คือ

ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและไขมันสูงเช่น อาหารจำพวก เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ตมองสัตว์ ไข่แดง ครีม เนย มาการีน น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว ขนมหวาน กะทิ นมสดรวมทั้งอาหารทะเลบางชนิดเช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม มันปู มันกุ้งและควรหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารจำพวกผัดและทอด โดยหันมารับประทานอาหารจำพวกต้ม แกง นึ่งแทน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารไม่เกิน 300 มิลลิกรัมในแต่ละวันเนื่องจากปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น (Murdaugh, 1992)

ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวในการปรุงอาหารเช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าว ข้าวโพด น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอยแทนน้ำมันจากสัตว์ซึ่งเป็นกรดไขมันอิ่มตัว

ควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินที่เป็นตัวกำจัดอนุมูลอิสระภายในร่างกาย เพื่อช่วยป้องกันอาการรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้นได้แก่ วิตามินซีและเบต้าแคโรทีน ซึ่งพบมากในจำพวกผักและผลไม้ที่มีสีสด เหลืองและเขียวได้แก่ มะเขือเทศ มะนาว ส้ม ฝรั่ง แครอท และวิตามินอีซึ่งมีหน้าที่ช่วยต่อต้านการออกซิเดชันของโคเลสเตอรอลชนิด LDL ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลงที่พบมากในอาหารจำพวกปลาชนิดต่างๆ และน้ำมันดอกทานตะวัน และในสารอาหารจำพวกเส้นใยอาหารชนิดละลายน้ำได้เช่น ข้าวโอ๊ต รำข้าว ถั่วเมล็ดแข็งต่างๆ และผลไม้บางชนิด ส่วนเส้นใยอาหารชนิดไม่ละลายน้ำได้แก่ ข้าวกล้อง ผักและผลไม้

เนื่องจากเส้นใยอาหารจะช่วยลดการดูดซึมโคเลสเตอรอลและไขมันเข้าสู่ร่างกาย จึงช่วยป้องกันระดับไขมันในเลือดได้ (บรรจบ ขุณหวัดทิกุล, 2541)

ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนจำพวกชาหรือกาแฟ รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เนื่องจากสารคาเฟอีนมีฤทธิ์ในการกระตุ้นหัวใจ ซึ่งทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำงานหนักมากขึ้น

ควรลดหรือจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูงเช่นอาหารจำพวกกุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูเค็ม หมูหยอง กะปิ และควรลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมและโปแตสเซียมในปริมาณสูงเช่น อาหารที่มีรสเค็ม ผลไม้กระป๋อง น้ำผลไม้บางชนิด ขนมปังกรอบ และควรหลีกเลี่ยงการเติมเกลือหรือสารปรุงรสต่างๆเช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ผงชูรส ลงไปในอาหาร รวมทั้งการรับประทานอาหารที่ผ่านการถนอมอาหารต่างๆเช่น ของหมักดองต่างๆและอาหารสำเร็จรูปที่มีผงชูรสผสมอยู่จำนวนมาก

4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการติดต่อสื่อสารของบุคคล และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆเช่น การช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นหรือช่วยแก้ไขปัญหาค้างๆ สังคมมนุษย์จำเป็นต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากผู้อื่นที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาค้างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายทางสังคมเพิ่มมากขึ้น (Pender, 1996) สังคมไทยมีความผูกพันในครอบครัวซึ่งเป็นความสัมพันธ์พื้นฐาน และเป็นความสัมพันธ์ในสายเลือดที่แน่นแฟ้น ยืนนาน ครอบครัวไทยจะยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยให้ความเคารพและเอื้ออาทรห่วงใยผู้สูงอายุอยู่เสมอ (บรรลุ ศิริพานิช, 2532) จึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวและผู้สูงอายุ และการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะส่งผลต่อการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นๆในสังคมด้วย (Swanson & Hurley, 1993) รวมถึงการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีไทยที่ปฏิบัติต่อกันมา ที่มีการแสดงการมีน้ำใจไมตรีที่ดีต่อกันและการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ในศาสนาพุทธมีคำสอนให้ชาวพุทธทั้งหลายมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันแก่คนในสังคมโดยทั่วไป เพื่อให้ตนเองและผู้อื่นอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (วิเชียร ชานูตร, 2535) การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆในสังคมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ จะเป็นการ สร้างสัมพันธภาพที่ดีตลอดจนช่วยสร้างเครือข่ายทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาค้างๆ

เกิดขึ้น รวมทั้งการได้รับประทับประคองทางจิตใจที่ก่อเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการอยู่ร่วมกันในสังคม (จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์, 2541) ดังนั้นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลอื่นรอบๆข้างเช่นคู่สมรส บุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อนและกลุ่มอื่นๆในสังคม มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุขได้

5. การเจริญทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) การเจริญทางจิตวิญญาณเป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้เข้มแข็ง โดยประเมินได้จากการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่นำไปสู่ความสำเร็จตามจุดหมายที่กำหนดไว้ในชีวิตและมีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ รวมถึงการตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของตนเอง วอล์คเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) กล่าวว่าบุคคลที่จะบรรลุความสำเร็จในชีวิตแห่งตนได้จะต้องมีความกระตือรือร้น มีจุดหมายในชีวิต มองโลกในแง่ดี สามารถกำหนดเป้าหมายของตนเองตามความเป็นจริง ตลอดจนมีความพึงพอใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นมิติที่ไม่หยุดนิ่งและแสดงออกเป็นพิเศษเมื่อบุคคลนั้นพบกับภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญต่อชีวิต (Ellis & Nowlis, 1994 อ้างใน สมพร รัตนพันธ์, สุนทรตราตะบูนพงศ์, & พัชรียา ไชยลังกา, 2542) โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่มีประสบการณ์การสูญเสียมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมและมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางจิตใจและเกิดความรู้สึกท้อแท้และรู้สึกเบื่อหน่ายได้ (เกษม ดันดิผลาชีวะและกุลยา ดันดิผลาชีวะ, 2536) ศาสนาจึงเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้สูงอายุและช่วยให้เกิดความผาสุกด้านจิตใจ โดยเชื่อว่าพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายจะคอยคุ้มครองและให้กำลังใจ ทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงที่เป็นจุดหมายที่สำคัญในชีวิต (Markides, 1983)

จากการศึกษาของสมพร รัตนพันธ์, สุนทรตรา ตะบูนพงศ์และพัชรียา ไชยลังกา (2542) ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 120 ราย พบว่าศาสนาอิสลาม สัมพันธภาพในครอบครัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณ ส่วนระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณ การเจริญทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมักเกิดจากการยึดมั่นในศาสนาและการปฏิบัติศาสนกิจเพื่อสามารถเข้าใจความหมายของชีวิตและดำรงชีวิตอยู่อย่างสงบสุขต่อไป

6. การจัดการกับความเครียด (stress management) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดตลอดจนมีการปรับตัวและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม

จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย และมีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เนื่องจากผลของความเครียดทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไตส่วนกลาง ให้หลังสารแคททีโคลามีนและกลูโคคอร์ติคอยล์เพิ่มมากขึ้นทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจึงต้องทำงานหนักมากขึ้นและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บอกซ้ำและมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้ (Reuther & Hansen, 1985)

สำหรับเทคนิคในการจัดการกับความเครียดตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีจัดการกับความเครียดดังนี้คือ

1. การลดความถี่ของการเกิดสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) แนวทางในการปฏิบัติได้แก่

1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่ชอบหรือการไปเที่ยวพักผ่อนที่ต่างๆ

1.2 การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นภาวะคุกคามซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ผู้สูงอายุควรเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยพยายามเปลี่ยนแปลงมุมมองของตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ทำหายนามากกว่าเป็นสิ่งที่คุกคามซึ่งมีส่วนช่วยลดความเครียดได้

1.3 การจัดเวลาให้กับกิจกรรม เป็นการจัดเวลาเพื่อช่วยในการปรับตัวและจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้มีเวลาทบทวนปัญหาตลอดจนหาวิธีการแก้ไขปัญหา

1.4 การบริหารเวลาคือการกำหนดเป้าหมายและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โดยการวางแผนการทำกิจกรรมอย่างมีขั้นตอน และทำตามเวลาที่กำหนดไว้ให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้

2. การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) แนวทางในการปฏิบัติได้แก่

2.1 การปรับปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของบุคคล และมีการแสดงออกที่เหมาะสม ที่เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อเรื่องราวต่างๆ ได้โดยอิสระและนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลได้

2.2 การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการตระหนักถึงคุณสมบัติที่ดีงามของตนเอง ซึ่งทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและช่วยลดปมด้อยของตนเองได้

2.3 การส่งเสริมการรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง โดยการตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งสามารถควบคุม

ตนเองในสถานการณ์ที่คุกคามได้

2.4 การเสริมสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเผชิญความเครียด โดยแสวงหาความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาจากเครือข่ายทางสังคมต่างๆ เช่น คู่สมรส บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน เป็นต้น เพื่อช่วยรับฟังปัญหาและระบายความเครียด ตลอดจนช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

2.5 การพัฒนาและหาทางเลือกที่นำไปสู่จุดมุ่งหมายและใช้แก้ปัญหาของตนเอง บุคคลควรค้นหาสาเหตุและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้หลายๆวิธีเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้

3. การสร้างเงื่อนไขที่ตรงกันข้ามเพื่อการหลีกเลี่ยงการรบกวนทางสรีรวิทยาที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiologic arousal) ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียดต่างๆ เช่น การนั่งสมาธิหรือโยคี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ การใช้จินตนาการ และใช้ไบโอฟีดแบค (biofeedback)

การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมโดยหลีกเลี่ยงจากสภาพแวดล้อมหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งอาจเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดอาการเจ็บอกได้ การรู้จักยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นและรู้จักปล่อยวางกับปัญหาที่เกิดขึ้น หรือการหันไปปรึกษาหารือกับบุคคลอื่นที่ไว้วางใจเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ สามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก, 2541) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงควรเรียนรู้ทักษะและวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นได้แก่ การฝึกหายใจเข้าออกช้าๆ การทำสมาธิ การสวดมนต์ไหว้พระ รวมทั้งการใช้เวลาว่างไปเที่ยวพักผ่อนหรือทำงานอดิเรกต่างๆที่ตนชอบกระทำ

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆของบุคคลที่กระทำอย่างต่อเนื่องและผสมผสานกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต โดยมุ่งไปสู่การยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งมีการพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี ค.ศ 1982 ต่อมาเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้นำเสนอรูปแบบใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพและเครื่องมือในการประเมินแบบแผนชีวิตคือ The Lifestyle and Health Habits Assessment (LHHA) เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในทางการแพทย์ ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยได้ถูกต้อง เครื่องมือที่ใช้สามารถวัดกิจกรรมทั้ง 10 ด้านคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้าน

โภชนาการ การออกกำลังกาย รูปแบบการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน จุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อมและการใช้บริการสุขภาพ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายในทางบวกทั้งหมด 100 ข้อ ต่อมาวอล์คเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือและสร้างเครื่องมือใหม่ในปี ค.ศ 1987 ที่เรียกว่าแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health-Promotion Lifestyle Profile) หรือ HPLP จากการนำเครื่องมือเดิมมาปรับปรุงใหม่โดยมีลักษณะคำตอบ เป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติเลย และจำนวนข้อคำถามลดลงจาก 100 ข้อ เหลือ 48 ข้อ โดยรวมการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความคล้ายคลึงและซ้ำซ้อนไว้ด้วยกัน ซึ่งแบ่งกิจกรรมทั้งหมดออกเป็น 6 ด้านคือ ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน โภชนาการ การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด หลังจากนั้นมาทดลองใช้และได้ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .92 และรายด้านอยู่ในช่วง .70 - .90

ในปี ค.ศ 1996 เพนเดอร์ได้ปรับปรุงรูปแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใหม่เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงข้อคำถามให้มีความถูกต้องมากขึ้น และเปลี่ยนกิจกรรมทางด้านความสำเร็จในชีวิตของตนเองเป็นการเจริญทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนระหว่างบุคคลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางด้านร่างกายและมีชื่อเรียกแบบประเมินว่า แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health-Promotion Lifestyle Profile II) หรือ HPLP II ซึ่งวอล์คเกอร์ (S.N. Walker, Personal communication, January 13, 1999 อ้างใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ได้พัฒนาแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ แต่มีกิจกรรมทั้ง 6 ด้านเหมือนของเดิม โดยผ่านการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .92 และเป็นรายด้านอยู่ในช่วง .70 ถึง .94

ปัจจุบันได้มีผู้นำแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพหรือแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาใช้ในการศึกษาวิจัยแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากมาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุอากรปกติเช่น การศึกษาของวอล์คเกอร์, วอลแกน, ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Volken, Sechrist, & Pender, 1988) ได้นำแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพหรือ HPLP (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) มาใช้ในการศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเพื่อเปรียบเทียบ

กันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุกับกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน และทำการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .92 และรายด้านอยู่ในช่วง .69 ถึง .90 ส่วนอาฮีจีวิชและเบรินฮาร์ด (Ahijevych & Bernhard, 1994) ได้นำแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพหรือ HPLP มาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงชาวแอฟริกา-อเมริกัน จำนวน 187 ราย โดยผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการวัดซ้ำ (test-retest) ได้ค่าเท่ากับ .70 และ .74 สำหรับการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้มีผู้วิจัยสร้างแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เช่น กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ที่สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ และผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .79 สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เพื่อต้องการนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ได้ครอบคลุมและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความซับซ้อนและความเกี่ยวพันกันที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด จากเครือข่ายทางสังคมเช่น คู่สมรส บุตรหลาน เพื่อนสนิทและเพื่อนบ้าน (Johnson, 1998 ; Stewart, 1993)

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการติดต่อสื่อสารกันและได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้น เชื่อว่ามีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับยกย่อง ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วนเซฟเฟอร์, คอยน์และลาซารัส (Shaefer, Coyne, & Lazarus, 1982 cited in Stewart, 1993 ; Mcnett, 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากกระบวนการรับรู้ของบุคคล ที่ส่งผลช่วยการประทับระครองจิตใจเมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิต ซึ่งเฮาส์ (House, 1981 cited in Brown, 1986) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมคือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดยแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า

และด้านทรัพยากร

การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถบรรเทาผลกระทบจากความเครียดได้ ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและยังเป็นแหล่งข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยประเมินการกระทำของตนเอง ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป (Pender, 1996) ทำให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความผาสุกทางจิตใจ (Landford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997) ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมากมาย และได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นหลายด้านตามแนวคิดต่างๆของผู้ศึกษา โดยแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความผูกพัน ความหวังใจและการดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น รวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ที่มีให้การช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

สำหรับแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al, 1981 cited in Tilden, 1985) และแนวคิดของคาน์ (Kahn, 1979) จะมีส่วนคล้ายคลึงกันกับแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ที่แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ดังมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al, 1981 cited in Tilden, 1985) คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการได้รับการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลเกิดมีความอบอุ่นใจและความรู้สึกมั่นใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการได้รับข้อมูลที่ช่วย

ให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประเมินกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง แรงงานหรือการบริการต่างๆ

แนวคิดของคาห์น (Kahn, 1979) คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (affection) หมายถึง การแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ

2. ความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล (affirmation) หมายถึง การแสดงออกออกถึงการเห็นพ้องยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ได้แก่ ความช่วยเหลือด้านวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือแรงงานต่างๆ

ส่วนแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985) มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงานและการบริการต่างๆรวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยสามารถนำแนวคิดมาใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิต

ใจ สังคมและเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมในโรคอื่นๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน รวมทั้งการได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความรู้สึกไว้วางใจ ห่วงใยเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันจากเครือข่ายทางสังคมเช่น คู่สมรส บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องหรือเพื่อนหรือบุคลากรในทีมสุขภาพในยามที่เจ็บป่วย เนื่องจากการมีภาวะเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและรู้สึกตนเองไร้คุณค่า ขาดความมั่นคงทางจิตใจที่อาจส่งผลให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายได้มากกว่าการสนับสนุนทางด้านอื่นๆ (Wortman & Conway, 1985) โดยการช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นและมีบทบาทที่สำคัญต่อการปรับตัวในสถานการณ์ความเครียดนั้น (Cohen & Will, 1985 ; Callaghan & Morrissey, 1993) บุคคลจะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ในเวลาและสถานการณ์ความเครียดที่แตกต่างกันไปที่เป็นภาวะวิกฤต การสนับสนุนด้านอารมณ์จะเป็นประโยชน์และบุคคลมีความต้องการมากที่สุด (Jacobson, 1986) จากการศึกษาของเพชรรัตน์ บุตรเขียว (2538) พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 184 ราย ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด และจากการศึกษาของคิงส์ (King, 1997) พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูสภาพหัวใจ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพหัวใจและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นข้อเท็จจริงจากแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ สามารถนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เวิร์ทแมนและคอนเวย์ (Wortman, & Conway , 1985) กล่าวว่าผู้ที่เจ็บป่วยจะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางร่างกายและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จึงต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากจากแหล่งอื่นๆ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแผนการรักษา จากการศึกษาของรุ่งทิพย์แปงใจ (2542) พบว่าผู้สูงอายุปกติส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารมากจากคู่สมรสซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ส่วนมาร์สตัน (Marston, 1969 cited in Hilbert, 1985) พบว่าการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรในทีมสุขภาพ จะมีผลช่วยโน้มน้าวจิตใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหัวใจเพื่อสุขภาพมากขึ้น และการศึกษาของฟลีตวูดและแพคก้า (Fleetwood & Packa, 1991) พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

สารที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการติดต่อกับผู้อื่นซึ่งกันและกันเพื่อได้รับข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและเรียนรู้ด้วยตนเองได้แก่ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับหรือการยกย่อง ชมเชย จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเช่น คู่สมรสหรือจากญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคลากรในทีมสุขภาพตลอดจนการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองและรู้สึกตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนด้านการประเมินค่ามีองค์ประกอบ 3 ประการคือ การติดต่อกับผู้อื่นซึ่งกันและกัน การเห็นพ้องยอมรับ และการเสริมสร้างแรงจูงใจจากเครือข่ายทางสังคมรอบข้างที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้เกิดความหวังและความรู้สึกพึงพอใจ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Fleury, 1993) จากการศึกษาของวิล สัฟฟาและจูลาร์ตัน สตรีปัญญา (2540) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า จากครอบครัวอยู่ในระดับสูง

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการบริการต่างๆ ในยามที่เจ็บป่วย โดยการสนับสนุนด้านทรัพยากรจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจและความผาสุกในชีวิต และมีผลโดยตรงในการช่วยบรรเทาความเครียดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง (Will, 1985) เนื่องจากเอกลักษณ์ของครอบครัวไทย บุตรมีหน้าที่คอยดูแลเอาใจใส่และคอยอุปการะบิดามารดาเมื่อชราภาพ ประกอบกับค่านิยมของคนไทยเกี่ยวกับความกตัญญูตบแต่งต่อผู้มีพระคุณ จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตเช่นอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ตลอดจนด้านการเงินหรือสิ่งของต่างๆ (บรรลุ ศิริพานิช, 2532) ดังนั้นการได้รับความช่วยเหลือทางด้านทรัพยากรในยามที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการช่วยบรรเทาความวิตกกังวล ตึงเครียดและเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาของเพชรรัตน์ บุตรเขียว (2538) พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรมากเป็นอันดับสอง รองจากการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผู้ทำการศึกษา และได้ให้ความหมายไว้มากมายตามแนวคิดหลายๆแนวคิด สำหรับแบบที่ใช้ในการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผู้สร้างเป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้คือ

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The personal resources questionnaire) ของ แบนด์ท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) แบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดจำนวนเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ ที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์ และส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้รับการได้มีโอกาสเล็งดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมการได้รับกำลังใจทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบบประเมินชนิดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมซึ่งค่าอยู่ในช่วง .91 -.93 (n = 100) (Weinert & Brandt, 1987)

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The norbeck social support questionnaire) ของนอร์เบค ลินเซย์และคาร์ไรรี (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) โดยการพัฒนาเครื่องมือจากแนวคิดของคานท์ (Kahn, 1979) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าและด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อแบบประเมินชนิดนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบ test-retest ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง .85 - .92 (n = 75)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยตนเองตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากรเพื่อให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และมีความเหมาะสมมากขึ้นที่จะนำไปใช้ในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีส่วนช่วยในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตลอดจนสามารถบรรเทาผลกระทบของความเครียด และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการ

ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

การศึกษาของริฟเฟิล, โยโฮ และแซม (Riffle, Yoho, & Sams, 1989) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอาปาเลชีเยน ทางฝั่งตะวันออกเฉียงเหนือของมลรัฐเวอร์จิเนียประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาของฮิลเบิร์ต (Hilbert, 1985) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรสจำนวน 20 คู่ พบว่าการสนับสนุนของคู่สมรสจะมีความสัมพันธ์กับการยินยอมเข้าร่วมในโปรแกรมการรักษาของแพทย์โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของแพดคูล่า (Padula, 1997) ในผู้สูงอายุปกติที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภายในชุมชนจำนวน 59 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนไนส์, โวลแมนและคูก (Nies, Vollman, & Cook, 1998) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงชาวยุโรป-อเมริกัน จำนวน 60 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญ ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกายในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผลการศึกษาวิจัยในประเทศไทยซึ่งมีผู้สนใจศึกษาไว้ได้แก่ ผลการศึกษาของวิไลลีพญาและจุฑารัตน์ สติธิปัญญา (2540) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 161 รายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าผู้สูงอายุปกติที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าหรือแยก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม หากผู้สูงอายุยังคงปฏิบัติอยู่ต่อไปจะส่งผลให้อาการของโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น และก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆตามมา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพซึ่งผู้สูงอายุควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยควบคุมอาการของโรคที่เป็นอยู่ตลอดจนป้องกันอาการ

แทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างขึ้นอยู่กับปัจจัย หลากๆปัจจัย และปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพคือการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

ในการทำวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับโรค ที่เป็นอยู่เพื่อช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้นและมีความสุขในชีวิต มีศักยภาพที่สูงสุดตลอดจน ประสบผลสำเร็จผลตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ในชีวิต โดยมุ่งสนใจการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณและการ จัดการกับความเครียด การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยกระบวนการทางสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงของ พฤติกรรม ซึ่งเป็นการรับรู้และเข้าใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่มีการสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบ หนึ่งซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทใน การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเอื้ออำนวยให้มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมที่ ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนช่วยบรรเทาผลกระทบจากความ เครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้และยังเป็นแหล่งของ ข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยในการประเมินการกระทำของบุคคลในการทำ กิจกรรมต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆต่อไป และ ผลในทางอ้อมของการสนับสนุนทางสังคม โดยก่อให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน ที่ได้กำหนดไว้ (commitment to plan of action) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมของ บุคคล สำหรับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985) กล่าวถึงความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน รวมทั้งการได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความไว้วางใจซึ่งกัน และกันทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดยแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากร