

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการงูใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภายหลังจากขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภายหลังจากขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน
3. แนวคิดการงูใจตนเอง
4. การงูใจตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease, [CAD]) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease, [IHD]) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง (atherosclerotic heart disease, [ASHD]) หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการของร่างกาย (พรรณี เสดียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536; สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุ เกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเรียกว่า การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงที่ใช้เวลาในการเกิดนานนับสิบปี โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ในระยะแรกจะเกิด รอยไขมัน (fatty streak) เป็นระยะที่เซลล์เม็ดเลือดขาวมาจับกินไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ และ เกาะติดที่ผนังหลอดเลือดแดง เข้าสู่ระยะกลางที่เซลล์ผนังหลอดเลือดแดงจะ

สร้างเซลล์กล้ามเนื้อเรียบมาห่อหุ้มไขมัน กลายเป็นเนื้อเยื่อพังศืดหนา ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะที่สาม เมื่อเนื้อเยื่อพังศืดมีขนาดโตขึ้นจะทำให้ผิวของก้อนไขมันเริ่มปริแตกมีเลือดออก พร้อมกับมีการจับตัวของเกร็ดเลือด ไฟบริน และธรมบิณ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น ขรุขระและตีบแคบลง

พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจตีบอาจพบในทั้งหลอดเลือดเส้นเดียว สองเส้น สามเส้นหรือมีการตีบหลายตำแหน่งในหลอดเลือดเดียว หลอดเลือดที่พบพยาธิสภาพบ่อยคือ หลอดเลือดโคโรนารีด้านซ้ายทั้ง 2 แขนงคือ left anterior descending artery, left circumflex artery และหลอดเลือดโคโรนารีด้านขวา (right coronary artery) การตีบที่พบน้อยแต่มีอันตรายสูงคือการตีบในส่วนต้นของหลอดเลือดโคโรนารีด้านซ้าย (left main coronary artery) (องค์การโรคหัวใจอเมริกัน, 2539; Kahn, Rutherford, McConahay, Johnson, Giorgi, & Hartzler, 1990)

อาการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น จะปรากฏเมื่อหลอดเลือดหัวใจตีบไปแล้วร้อยละ 50-70 ของขนาดรูภายในหลอดเลือด หรือมีพื้นที่ให้เลือดไหลผ่านในหลอดเลือดได้เพียงร้อยละ 25-50 ซึ่งจะมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจและก่อให้เกิดอาการทางคลินิกที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และภาวะหัวใจวาย เป็นต้น (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538; Rice, 1998; Waller, 1989) ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับการตีบมากหรือตีบน้อยของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีผลต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และสภาวะการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ (วิเชียร ทองแดง, 2542)

อาการเจ็บแน่นหน้าอกสามารถแบ่งตามลักษณะทางสรีรวิทยาได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิดคงที่ (stable angina pectoris) อาการจะเกิดขึ้นเมื่อออกแรง โดยมีลักษณะแน่นอึดอัดหรือเจ็บหนัก ๆ เหมือนมีอะไรมาทับบริเวณหน้าอกด้านซ้าย อาจร้าวไปแขนข้างซ้าย กราม คอ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 2-5 นาที แต่ไม่เกิน 15 นาที อาการจะทุเลาและหายไปเมื่อผู้ป่วยพักหรืออมยาได้ลิ้น 2) อาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina pectoris) มีลักษณะเหมือนกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกชนิดคงที่ แต่มีความรุนแรงและเจ็บนานกว่า 3) อาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดในขณะพักหรือนอนหลับในเวลากลางคืน (prinzmetal's angina) อาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดจากการเกร็งตัว (spasm) ของหลอดเลือดหัวใจโดยที่ไม่ได้มีการออกกำลังกายหรือมีภาวะเครียด (พรรมณี เสถียรโชค และประคิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยาเพื่อลดความรุนแรงของการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจและแก้ไขความไม่สมดุลระหว่างความต้องการใช้ออกซิเจนกับปริมาณของออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นเพียงการบรรเทาอาการของโรค

โดยไม่ได้แก้ไขสาเหตุการตีบของหลอดเลือด การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft) เป็นการผ่าตัดต่อหลอดเลือดให้ใหม่โดยเลี้ยงจุดที่ตีบตันไปยังส่วนของหลอดเลือดที่ยังค้ำอยู่ เพื่อให้เลือดสามารถไปเลี้ยงหัวใจมากขึ้น การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนเป็นการรักษาด้วยวิธีทางสัลยกรรม โดยใช้สายสวนชนิดพิเศษอาศัยหลักการของการสวนหัวใจ (cardiac catheterization) แล้วใช้ความดันในบอลลูนเบียดกระแทกให้คราบไขมันแตกออกและดันให้ผนังของหลอดเลือดชั้นกลางและผนังด้านในของหลอดเลือดขยายออก มีผลให้เลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น และการใส่โครงตาข่ายสะเต้นท์ (coronary stent) เป็นการใส่โครงตาข่ายขนาดเล็กเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ แล้วยึดขยายโครงตาข่ายออกด้วยลูกโป่งบอลลูน โดยที่ผนังด้านนอกของโครงตาข่ายจะยึดเกาะติดกับผนังด้านในสุดของหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดที่ตีบแคบเปิดกว้างออก ทำให้เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการจับตัวของเกร็ดเลือดร่วมด้วย (จริยา ตันศิริธรรม, 2540; พรรณี เสถียรโชค และประคิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536)

#### การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน

การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน เริ่มนำมาใช้ในปี ค. ศ. 1977 โดยกรันซิก (Gruntzig) ในระยะแรกมีข้อบ่งชี้ในการรักษาคือ จะรักษาในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบเพียงเส้นเดียว เป็นในตำแหน่งเดียวและยังไม่มีหินปูนเกาะ แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือ และวิธีการรักษาที่ทันสมัย ทำให้มีข้อบ่งชี้ในการรักษาเพิ่มขึ้น ได้แก่ (องค์การ เรื่องรัตน อัมพร, 2539)

1. มีการตีบของหลอดเลือดโคโรนารีด้านซ้ายหรือด้านขวา ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกก็ตาม
  2. มีการตีบหลายตำแหน่งในหลอดเลือดเดียวกัน และตีบในส่วนต้นของหลอดเลือดก่อนข้างยาว มีหินปูนเกาะเป็นบางส่วน หรือมีภาวะอุดตันอย่างสมบูรณ์
  3. การตีบของหลอดเลือดที่นำมาผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ไม่ว่าจะเป็หลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดง
  4. การตีบซ้ำภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน
  5. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  6. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัดหรือ ไม่มีความเหมาะสมต่อการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ
- แต่ได้ประโยชน์จากการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนมากกว่า

ข้อห้ามในการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูนไม่มี แต่ควรระมัดระวังในกรณีเหล่านี้ ได้แก่ การตีบในส่วนคั่นของหลอดเลือดโคโรนารีซ้ายเนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง การตีบของหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจห้องล่างซ้ายและแขนงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตาย (left main equivalent) เพราะจะทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ง่าย การตีบของหลอดเลือดหัวใจทั้ง 3 เส้นและผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจไม่ใช่ว่าจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การตีบอยู่บริเวณรูเปิดของหลอดเลือดโคโรนารี (ostial lesion) และผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันอย่างสมบูรณ์ (total occlusion) เนื่องจากความสำเร็จจากการรักษามีน้อยและมีโอกาสตีบซ้ำสูง (องค์การ เรื่องรัตนอัมพร, 2539)

การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลังการรักษาได้ ดังนี้ (Cavallini et al., 1992; Vetrovec, 1989)

1. การฉีกขาดของหลอดเลือด (dissection) ตรงตำแหน่งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน อาการที่เกิดขึ้นจะไม่รุนแรง ไม่มีผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และภายใน 6 สัปดาห์แผลฉีกขาดจะหายเป็นปกติ

2. การปิดกลับของหลอดเลือดทันที (abrupt reclosure) พบได้ประมาณร้อยละ 42 ของการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน โดยร้อยละ 2.5 เกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือด หรือจากการก่อดั้วของรอมบัส โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะนี้จะมีอาการดีขึ้น หลังจากได้รับการทำ PTCA ซ้ำในครั้งที่ 2

3. การตีบซ้ำ (restenosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยถึง ร้อยละ 17-47 (Waller, 1989) การศึกษาของเวโทรเวค (Vetrovec, 1989) พบการตีบซ้ำร้อยละ 20-35 ภายในระยะเวลา 6 เดือน และระยะที่พบว่าเกิดการตีบซ้ำมากที่สุดอยู่ในช่วง 2-4 เดือน จากการศึกษาของควาลินีและคณะ (Cavallini et al., 1992) ในผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 59-62 ปี พบการตีบซ้ำในกลุ่มที่ได้และไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytics) ร้อยละ 36 และร้อยละ 55 ตามลำดับ มาคาริ และไบรอัน (Macari & Bryant, 1995) พบการตีบซ้ำถึงร้อยละ 32-42

การตีบซ้ำภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด จากขบวนการแข็งตัวของเลือดเนื่องจากหลอดเลือดได้รับอันตรายและขบวนการหายของแผล (potential regulator healing process) จากฮอร์โมนในขบวนการของเรนิน-แองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน (renin-angiotensin aldosterone) และแองจิโอเทนซินสอง (angiotensin II) ที่ก่อให้เกิดการเพิ่มจำนวนเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscle cell proliferation) จากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด จากการสูญเสียความยืดหยุ่นภายในของหลอดเลือด (internal elastic lamina) จากการเพิ่มจำนวนเซลล์ใหม่ (neotimal proliferation)

การฟื้นฟูสภาพของเยื่อภายใน (endothelial regeneration) และการเปลี่ยนแปลงขนาดรูของหลอดเลือด (lumen size) (Hermans et al., 1991)

ผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดโคโรนารีตีบซ้ำและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจากพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการรักษา (Aronow, 1990; Hermans et al., 1991; Morgan, 1993) จากการวิเคราะห์รายงานย้อนหลังทางระบาดวิทยาของเซอร์แมน และคณะ (Herman et al., 1991) ได้รายงานถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลทำให้เกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ เพศชาย ภาวะสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่หรือมีอาการเจ็บหน้าอกที่นานกว่า 2 เดือน โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแมคเคนนา และคณะ (McKenna et al., 1995) ที่พบว่าอัตราการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการรักษา โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง

การป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดโคโรนารี และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน นอกจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยาลดไขมัน ยาป้องกันการแข็งตัวของเกร็ดเลือดแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค จะช่วยป้องกันได้ (Douglas, King, & Roubin, 1987) ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดความผาสุก ยกระดับศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ได้ และเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการกระทำกิจกรรม เพื่อก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

#### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน

ผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน มีความจำเป็นต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมหลายด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และการลดความเครียด เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีภาวะสุขภาพที่ดี (King & toe, 1998; Rhodes et al., 1992) ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อเพิ่มระดับความสามารถของ

บุคคลในการคงไว้หรือยกระดับความผาสุก (well-being) และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิตแห่งตน (self-actualization)

### แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในปี ค. ศ. 1987 เพนเดอร์ (Pender, 1987; Pender, Walker, Sechrist, & Stromborg, 1990) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors Model) ซึ่งเป็นการรวมเอาแนวคิดทางด้านกายภาพและพฤติกรรมศาสตร์มาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด สติปัญญา และการรับรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (expectancy-value theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง เพนเดอร์พบว่าสิ่งที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านการรู้-การรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยเสริม (modifying factors) และปัจจัยจากการกระตุ้นของตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) เป็นปัจจัยร่วมกันที่ทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยด้านการรู้-การรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตน การให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยลักษณะทางชีววิทยา ปัจจัยของอิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม เป็นต้น

จากการนำรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปใช้ เพนเดอร์พบว่ายังขาดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และไม่สามารถใช้ได้กับสุขภาพของทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะกับบุคคลที่เจ็บป่วย ดังนั้นเพนเดอร์จึงได้พัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยผลงานที่ได้จากการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น แล้วนำผลการวิจัยมาพิจารณาปรับเปลี่ยน โดยตัดปัจจัยบางอย่างออก มีการเพิ่มปัจจัยบางอย่างเข้าไป และจัดกลุ่มปัจจัยชุดเดิมเป็นกลุ่มใหม่โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ (Pender, 1996)

1. บุคคลจะพยายามปรับสภาพเงื่อนไขในการดำรงชีวิตให้เอื้ออำนวย เพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีภาวะสุขภาพสมบูรณ์

2. บุคคลมีความสามารถที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินศักยภาพของตนเอง

3. บุคคลเห็นคุณค่าของการพัฒนาในทางบวก และพยายามที่จะปรับตัวให้อยู่ในสภาพสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับภาวะคงที่

4. บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้

5. บุคคลประกอบด้วยชีวิตสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเอง

6. บุคลากรในทีมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อม ในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต

7. แบบแผนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

โดยเพนเคอร์ได้เสนอว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) บุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในระยะต่อมา ความสำคัญของอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน และเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบางพฤติกรรมเท่านั้น ปัจจัยลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลประกอบไปด้วย 2 ปัจจัย ดังมีรายละเอียดดังนี้

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (prior related behavior) เพนเคอร์เสนอว่าพฤติกรรมในอดีตจะมีอิทธิพลทั้ง โดยตรงและ โดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษา พบว่าตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตคือ ความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมือน ๆ กันหรือกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ในอดีตที่ผ่านมา

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมได้เท่า ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยพบว่ามีการใช้ปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบไปด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (personal biologic factor) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว ช่วงวัยตามพัฒนาการของชีวิต ความสามารถหรือความสมดุลของร่างกาย เป็นต้น

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา (personal psychological factor) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การจงใจตนเอง ความสามารถของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (personal sociocultural factor) ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสภาวะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ตัวแปรในกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการจงใจมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) เป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการคาดหวังถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำที่มีผลทางบวกต่อจิตใจ โดยขึ้นอยู่กับพื้นฐานลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลหรือเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมโดยผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะทำพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (perceived barriers to action) มีอิทธิพลโดยตรงโดยเป็นสิ่งที่ขัดขวางการกระทำพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่ตนเองมีความสามารถและมีทักษะความชำนาญ เป็นสิ่งที่ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม นั่นคือบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

2.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม (activity related affect) ก่อนที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมบุคคลจะเกิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมนั้นทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการกระทำพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมแต่ละอย่างประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมนั้น ความรู้สึกที่เกิดจากตัวบุคคล และความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมในขณะที่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคล การรับรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อม โดยผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบอย่าง โดยแหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว บิดามารดา บุคลากรหรือญาติ กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (situational influences) อาจมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม อิทธิพลจากสถานการณ์ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่แนวทางที่มีประสิทธิภาพและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 3. ปัจจัยด้านผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavior outcome) ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (immediate competing demands and preferences) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการจูงใจให้บุคคลเริ่มปฏิบัติกิจกรรมจนสำเร็จ แต่การปฏิบัติกิจกรรมตามความตั้งใจอาจจะไม่เกิดขึ้น เนื่องจากมีความต้องการอื่นเข้ามาแทรก หรือมีความพอใจกับสิ่งที่แทรกเข้ามามากกว่า จึงทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งใจไว้แต่ต้น ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงเป็นผลลัพธ์จากความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรม

3.2 ความต้องการและความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิดอย่างทันทีทันใด สามารถกระทำได้ก่อนการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการแทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำเนื่องจากมีเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการที่แทรกแซงขึ้นมาแตกต่างจากอุปสรรคตรงที่บุคคลจะต้องแสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังต่อไปให้สำเร็จ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพและมีผลต่อความตั้งใจได้พอประมาณ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behaviors) มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสำเร็จของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เช่น อ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

3.3.2 กิจกรรมทางกาย (physical activity) เช่น การออกกำลังกายอย่างค่อนื่อง อย่างน้อยครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง การออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน จักรยาน หรือการออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การเดินหลังอาหารกลางวัน

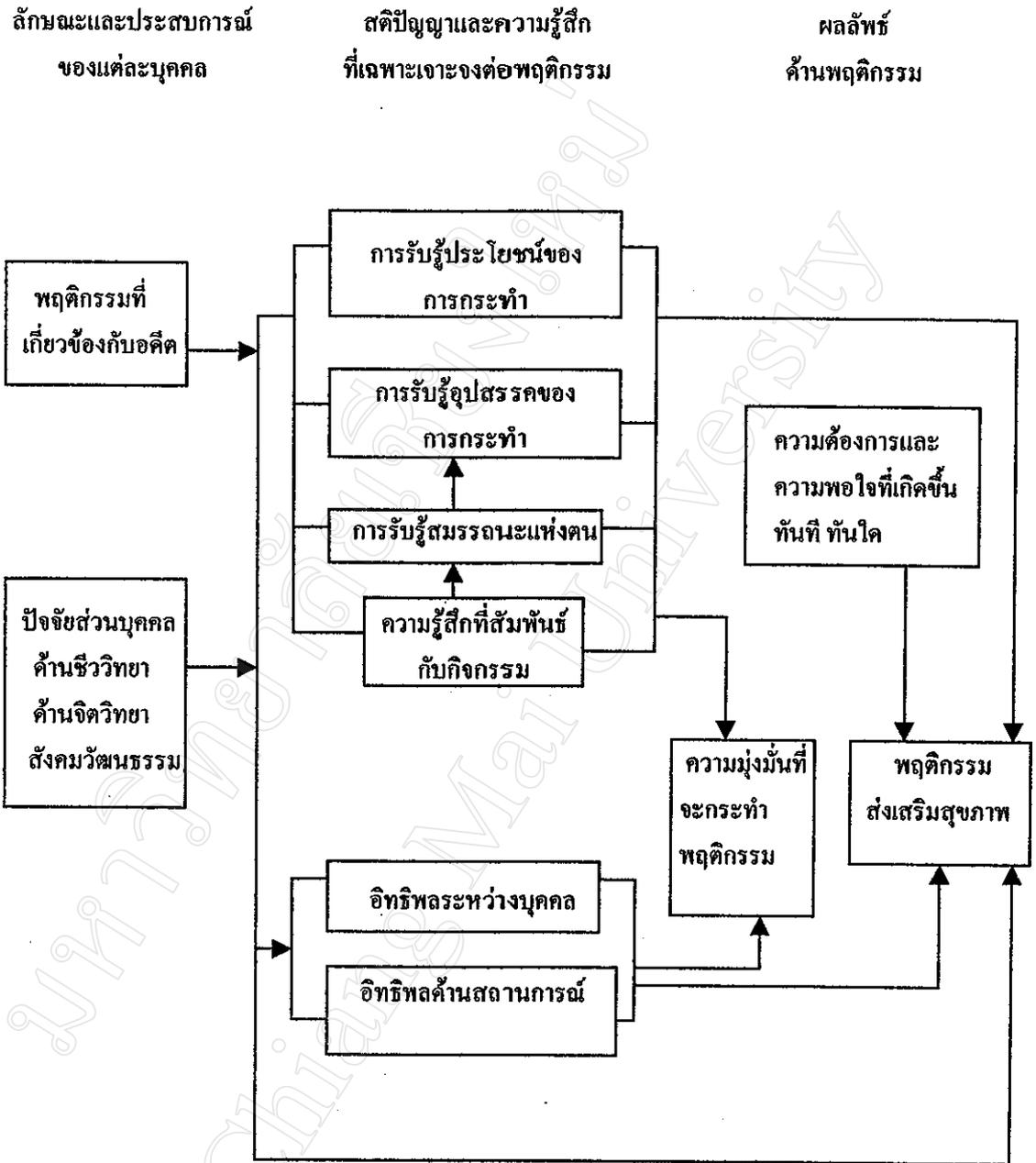
3.3.3 ด้านโภชนาการ (nutrition) เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผลไม้หรืออาหารที่มีกากทุกวัน

3.3.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เช่น การใช้เวลาวางกับเพื่อนสนิท หรือแก้ไขข้อขัดแย้งกับผู้อื่น โดยการพูดคุยอย่างประนีประนอม

3.3.5 การเจริญทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เช่น การเกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือตนเอง การตระหนักถึงสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (stress management) เช่น การหาเวลาผ่อนคลายความเครียดในแต่ละวัน

รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แก้ไขใหม่ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) เสนอไว้ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แก้ไขใหม่ (revised health promotion model, Pender, 1996 : 67)

### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน

สำหรับผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน ควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านเพื่อช่วยชลอการตีบซ้ำของหลอดเลือดโคโรนารี และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการสนใจศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่จากการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจเต้น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ เป็นต้น การบอกเล่าอาการเปลี่ยนแปลงให้กับทีมสุขภาพทราบ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการงดสูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่ เพราะสารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้ของควันบุหรี่ เช่น สารคาร์บอนมอนอกไซด์สามารถทำลายผนังบุด้านในของหลอดเลือด สารนิโคตินมีผลกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) ทำให้เกิดการเกาะตัวของเกร็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น รุหลอดเลือดตีบแคบลง ผนังของหลอดเลือดหดตัวส่งผลกระทบต่อกรนำออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลง ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และยังมีผลต่อการลดระดับของโปรตีนไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (high-density lipoprotein, [HDL]) ในกระแสเลือด (Smith & Leon, 1992 cited in Rice, 1998) จากการศึกษาของแมคเคนนา และคณะ (McKenna et al., 1995) พบว่าการสูบบุหรี่ภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน จะเร่งการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำตรงตำแหน่งที่รักษาภายหลังการรักษา 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง มาตรฐานร่างกายตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติกิจกรรมตามคำแนะนำของทีมสุขภาพเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนั้นแล้วความรับผิดชอบต่อสุขภาพยังเป็นพฤติกรรมสำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทาน อาหารที่เหมาะสม

2. กิจกรรมทางกาย เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายแบบแผนการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย จากการศึกษาประโยชน์ของการออกกำลังกายพบว่า การออกกำลังกายอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด โดยจะช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อ

หัวใจ ทำให้ความดันโลหิตลดลง เพิ่มระดับโปรตีนไขมันที่มีความหนาแน่นสูง ลดระดับโปรตีนไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein [LDL]) ลดไตรกลีเซอไรด์ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดการจับตัวเป็นลิ่มเลือดของเกร็ดเลือด ควบคุมน้ำหนัก ช่วยให้หลับง่าย และลดความเครียด (Cunningham, 1992; Morgan, 1993; Rice, 1998; Schilke, 1991; Zemke, 1994)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบใจควรใช้วิธีการออกกำลังกายชนิดใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) มากกว่าการออกกำลังกายชนิดไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic exercise) เนื่องจากการออกกำลังกายชนิดไม่ใช้ออกซิเจนเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายต้องผลิตพลังงานสูงออกมาในช่วงเวลาสั้น ๆ ส่งผลให้มีการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทเวกัส เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มแรงต้านในหลอดเลือดทั่วร่างกาย ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือเหนื่อยง่ายเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง การออกกำลังกายชนิดนี้ได้แก่ การวิ่งเร็วในระยะทางสั้น ๆ การยกน้ำหนัก การเพาะกาย การยกของหนัก การชักผ้า การแขวนผ้า เป็นต้น ส่วนการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวมาก ๆ เป็นจังหวะ และติดต่อกันนานเกินกว่า 3 นาที ซึ่งจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น และมีประสิทธิภาพในการบีบตัวที่ดีขึ้น กล้ามเนื้อตามลำตัว แขนขา มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในการสกัดออกซิเจนและของเสียออกจากกระแสเลือด ลดแรงดันโลหิต เพิ่ม HDL ลดการเกาะตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด และเพิ่มระดับเมตาบอลิซึมของร่างกาย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2541) การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน (บรรลุ สิริพานิช, 2541; เสก อักษรานุเคราะห์, 2541; Schilke, 1991; Serembus, 1998) ดังนี้

2.1 ระยะเวลาอุ่นเครื่อง (warm up) เป็นการอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เริ่มการออกกำลังกายจากช่วงระยะพัก ค่อย ๆ เพิ่มการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น โดยการยืดเส้นยืดสายจาก ขา แขน ไหล่ ทรวงอก ลำตัว ตามลำดับ เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้ไหลเวียนเข้าสู่กล้ามเนื้อมากขึ้นและลดโอกาสที่จะทำให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ

2.2 ระยะเวลาออกกำลังกาย (exercise) เพื่อเพิ่มความอดทน โดยการออกกำลังกายให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ เริ่มการออกกำลังกายจากระดับการใช้ออกซิเจนในระดับต่ำก่อน คือ ในระดับที่ร่างกายใช้ออกซิเจนร้อยละ 50-70 ของการใช้ออกซิเจนในร่างกายสูงสุดซึ่งคำนวณได้จากอัตราการเต้นของหัวใจ [โดยอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด =  $220 - \text{อายุ (ปี)}$ ] และมีชีพจรเพิ่มขึ้นต่ำกว่าชีพจรเป้าหมายประมาณ 20 ครั้งต่อนาที [ชีพจรเป้าหมาย =  $(\text{ชีพจรสูงสุดของแต่ละอายุ} - \text{ชีพจรระยะพัก} / 2) + \text{ชีพจรระยะพัก}$ ] จนถึงการใช้การออกกำลังกายในระดับสูง คือ เมื่อออกกำลังกายแล้วมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 70-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด การออกกำลังกายแบบนี้ เช่น การเดิน การรำมวยจีนหรือรำมวยไทย ชีจ๊ากยาน วิ่งช้า ๆ ว่ายน้ำช้า ๆ เดินในน้ำ และทำ

บริหารมือเปล่าตามจังหวะเพลงช้า ๆ ควรหลีกเลี่ยงการก้มหน้าหรือการเกร็งกล้ามเนื้อขณะออกกำลังกาย และควรมีการสังเกตอาการผิดปกติในขณะออกกำลังกาย เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ใจสั่น หรือหน้ามืด เป็นต้น ใช้เวลาในการออกกำลังกายนาน 15-30 นาที และควรออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ จึงจะมีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด

2.3 การผ่อนคลาย (cool-down) ใช้เวลาประมาณ 5 นาที โดยค่อย ๆ ผ่อนการออกกำลังกายลงทีละน้อยแทนการหยุดการออกกำลังกายอย่างทันทีทันใด เพราะการผ่อนคลายจะช่วยให้ชีพจรและความดันโลหิตค่อย ๆ ลดลงมา ช่วยส่งเลือดตามส่วนปลายของร่างกายกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น และช่วยลดกรดแลคติกที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อได้เร็วขึ้น

นอกจากการออกกำลังกายแล้ว ในแต่ละวันผู้ป่วยควรมีการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว เช่น การทำงานบ้าน การทำสวนครัว การปลูกหรือรดน้ำต้นไม้ และการไปเดินเล่นในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่ง นอกจากนี้จะเกิดผลดีต่อสุขภาพกายแล้วยังช่วยผ่อนคลายความเครียดส่งผลดีต่อสุขภาพจิตด้วย จากการศึกษาของจิรวรรณ อินคัม (2541) ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในเกณฑ์ดี มีเพียงบางส่วนที่มีกิจกรรมทางกายไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดการสนับสนุนและส่งเสริมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และจากการศึกษาของปริศนา วรรณท์ (2542) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุมากกว่า 56 ปีขึ้นไป พบว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดทั้งจากสาเหตุของโรคหัวใจโดยตรงและสาเหตุจากปัญหาสุขภาพในด้านอื่น ๆ ได้แก่ ความอ้วน ปัญหาโรคข้อและกระดูกเสื่อม ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้สะดวกตามต้องการ ส่งผลให้มีความเสี่ยงในระดับปานกลางต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. ด้านโภชนาการ เป็นการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกหรือหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหาร ลักษณะนิสัยในการบริโภคอาหาร การควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ซึ่งภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นอย่างมาก เนื่องจากการควบคุมการบริโภคมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงชนิดของไขมัน ระดับของโคเลสเตอรอลในเลือดและการลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วย จากการศึกษาฟรามิงแฮม (Framingham study cited in Aronow, 1990) รายงานว่าการเพิ่มของโคเลสเตอรอลโดยรวมที่มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การลดลงของ HDL ที่น้อยกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และการเพิ่มขึ้นของไตรกลีเซอไรด์ที่มากกว่า 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุได้

การควบคุมด้านโภชนาการเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและครบคลุม เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความรู้ในการเลือกรับประทาน

อาหาร ความเคยชิน นิสัยในการบริโภค ความชอบในอาหาร ความจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่ไม่ได้เตรียมเอง มีข้อจำกัดในการเลือกรับประทานอาหาร ความเชื่อและค่านิยมในการบริโภคอาหารต่าง ๆ ที่เชื่อว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน (ชวนพิศ ทานอง, 2542) ดังนั้นการควบคุมด้านโภชนาการจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งการให้คำแนะนำในเรื่องการบริโภคอาหารกับผู้ป่วย จึงต้องคำนึงถึงหลักทางโภชนาการดังนี้ คือ

3.1 อาหารไขมัน ควรลดอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง เช่น กะทิ น้ำมันจากสัตว์ ครีม นมสด ไข่แดง เนย น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว มاکารีน เนื้อหมู ดับ เนื้อวัว สมองสัตว์ หัวใจ ปลาหมึก หอย ปู กุ้ง ไข่ปลา และลดปริมาณไขมันในอาหารด้วยการปรุงอาหารที่ไม่ใช้น้ำมัน เช่น การต้ม การนึ่ง การปิ้ง การตุ๋น หรือถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ควรใช้น้ำมันที่เป็นไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น และไม่ควรบริโภคไขมันมากกว่า 10 % ของพลังงานทั้งหมดในแต่ละวัน (Huang et al., 1989; Williams, 1995)

3.2 อาหารโปรตีน ควรบริโภคโปรตีนจากปลา เบ็ดหรือไก่ที่ไม่มีหนัง และหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์สีแดงติดมัน กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก ไข่ปลา ไข่แดง เครื่องในสัตว์ เช่น สมอง หัวใจ ดับ ไต ถิ่น ดับอ่อน ถ้าได้ เป็นต้น (Huang et al., 1989; Williams, 1995)

3.3 อาหารคาร์โบไฮเดรต ควรบริโภคผัก ผลไม้ และเมล็ดธัญพืชที่มีเส้นใยอาหารสูง ได้แก่ งามา รำข้าว ข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ เป็นต้น เนื่องจากใยอาหารจะช่วยลดการดูดซึมไขมันโคเลสเตอรอล และน้ำตาลอิสระเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ลดการนำสารที่มีแคลอรีสูงไปใช้ ป้องกันการเพิ่มระดับไขมันในเลือดและในร่างกาย ควบคุมน้ำหนัก ลดความอ้วน ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้ขับถ่ายง่ายขึ้นโดยไม่ต้องเบ่งถ่าย (Williams, 1995)

3.4 ลดการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียม และเกลือโปตัสเซียมในปริมาณสูง เช่น เครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม ผลไม้กระป๋อง น้ำมันเชื้อเทศ เนื้อรมควัน ขนมหั้กรอบ เกลือ เนยแข็ง และน้ำสลัด เป็นต้น (Williams, 1995)

4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นอย่างเป็นระบบ คือ มีเป้าหมาย มีจุดมุ่งหมายที่แน่นอน มีการวางแผน การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการยอมรับของบุคคลทั้งสองฝ่าย โดยใช้การติดต่อสื่อสารทั้งการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ซึ่งจะก่อให้เกิดทั้งการให้และการรับ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุต่อบุคคลทั้งในและนอกรอบครัวจะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม ช่วยส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) พบว่าครอบครัวและ

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุตรหลานกับผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข เพราะครอบครัวและความสัมพันธ์ต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ที่มีบทบาทสำคัญต่อบุคคล ถือว่าเป็นระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมวัย ก็มีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการได้พูดคุยกับเพื่อนที่สนิทด้วยการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ระบายความรู้สึกภายในใจแก่กันหรือไปเที่ยวด้วยกัน เป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดความสบายใจและเป็นกำลังใจให้แก่กันและกัน ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (จินตนา ศรีมูล, 2535) และจากการศึกษาของรุ่งทิพย์ แปงใจ (2542) พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสได้รับการสนับสนุนและมีความสุขอยู่ในระดับสูง และการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุข ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสในระดับสูง จะมีความสุขอยู่ในระดับสูงด้วย ดังนั้นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับคนรอบข้างทั้งคู่สมรส บุตรหลาน กลุ่มเพื่อน กลุ่มทางสังคม ล้วนมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ไปในทางที่ดี และทำให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้

5. การเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตของบุคคล โดยผ่านสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ (transcending) การติดต่อ (connection) และการพัฒนา (developing) สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเองซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสงบสุขมีการคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ ๆ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งทุกอย่างในโลก และการพัฒนามีความเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิต และทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (S. N. Walker, Personal communication, Feb 14, 1999 อ้างในศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) การเจริญทางจิตวิญญาณสามารถประเมินได้จากความเชื่อ ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย (Pender, 1996) นอกจากนี้การเจริญทางจิตวิญญาณยังรวมถึงการไปซึ่งจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose of life) การบรรลุความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) และการที่ชีวิตประสบความสำเร็จ (Rowlins et al., 1993) วอล์กเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) กล่าวว่าบุคคลที่จะบรรลุความสำเร็จในชีวิตแห่งตนได้ต้องปฏิบัติดังนี้ มีความกระตือรือร้น มองโลกในแง่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต กำหนดเป้าหมายที่สามารถทำได้ตามความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ รู้จักจุดเด่นจุดด้อยของตนเอง มีความสุข มีความพอใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้ความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในด้านต่างๆ และมุ่งมั่นในอนาคต ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ถึงแม้ว่าจะได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนไปแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้ภาวะสุขภาพดีได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจและกำลังของร่างกายที่ลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีความ

เสื่อมถอยของสุขภาพตามธรรมชาติอยู่แล้ว ดังนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่คุกคามที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบวิกฤตการณ์ทั้งทางกายและอารมณ์ที่รุนแรง ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความกลัวสับสนในตนเอง บทบาทในครอบครัวลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ถ้าผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้คือ สามารถรักษาความสมดุลระหว่างความต้องการของตนเอง กับความเป็นจริงของโลกภายนอก ผู้สูงอายุจะมีความหวัง รู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีคุณค่า มีการตั้งเป้าหมายในการดำรงชีวิต และจะสามารถดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ในทางตรงข้ามถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า ไม่มีความมั่นคงปลอดภัย ไม่มีอนาคต และอาจมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) ผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณที่ดีจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีปฏิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี มีความยืดหยุ่นในสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม มองทุกอย่างด้วยความเป็นจริงตามธรรมชาติโดยใช้หลักทางศาสนาเข้าช่วย ใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อก่อให้เกิดความหวังที่จะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุข และมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จีรวรรณ อินคัม (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี จากข้อคำถามด้านการเจริญทางจิตวิญญาณที่สร้างขึ้นเอง พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดีทั้งการตั้งเป้าหมายในชีวิต การยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

6. การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยลดความตึงเครียด ผ่อนคลายอารมณ์และให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต้องเผชิญกับความเครียดทั้งในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และการมีพยาธิสภาพที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน (จริยา ดันดิธรรม, 2540) นอกจากนี้บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอทีมีลักษณะชอบแข่งขัน จริงจังกับงาน เข้มงวด ขาดความอดทน มีความพยายามที่จะผลักดันตนเองให้ไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ มีความทะเยอทะยานสูง รู้สึกเร่งรีบกับเวลา หาโอกาสผ่อนคลายยาก บุคคลที่มีลักษณะแบบนี้จะก่อให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรัง (กรรณิการ์ ภูประเสริฐ, 2536) ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นการหลั่งของแคททีโคลามีน ทำให้อัตราการเต้นและการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดที่เลี้ยงผิวหนังและระบบทางเดินอาหารหดตัวส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น มีการเกาะกันของเกร็ดเลือดมากขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น หลอดเลือดหัวใจหดตัว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน แต่ความรุนแรงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ ระยะเวลา ความสามารถในการยอมรับ และการปรับตัวของบุคคลที่มีต่อความเครียด (กนกพร หมูพยัคฆ์, 2533) การช่วยเหลือให้บุคคลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ดังนี้ คือ

6.1 การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) เป็นแนวทางการป้องกันการเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยปฏิบัติ ดังนี้

6.1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรกทำ หรือการพักผ่อนหย่อนใจ

6.1.2 หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่เกินความจำเป็น หากความเครียดมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยควรเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงอย่างมากโดยทันทีทันใด พยายามให้เกิดความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนมุมมองว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ทำทายมากกว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความเครียดได้อีกทางหนึ่ง

6.1.3 การจัดเวลาให้กับกิจกรรมนั้น โดยเฉพาะ เป็นการจัดเวลาเพื่อให้เกิดการปรับตัวและสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อที่จะได้มีเวลาในการทบทวนปัญหา หาวิธีแก้ไขปัญหา การกำหนดช่วงเวลาในการทำงานให้สำเร็จจะช่วยลดความเร่งรีบลงได้

6.1.4 การบริหารเวลา การ จัดเวลาจะช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่สำคัญที่สุดในชีวิตในเวลาที่มีอยู่ การบริหารเวลา คือ การกำหนดเป้าหมายและจัดลำดับความสำคัญของจุดมุ่งหมาย โดยมีการวางแผนการทำงานอย่างมีขั้นตอนและทำงานตามเวลาที่กำหนดไว้ให้เสร็จตามเป้าหมาย

6.2 การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด สามารถกระทำได้ทั้งทางด้านกายภาพหรือทางด้านจิตวิทยา ทางด้านจิตวิทยาสามารถกระทำได้โดย

6.2.1 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การพูดถึงแต่ในด้านที่ด้อยของบุคคล จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความดีงามของตนเอง และช่วยลดความรู้สึกด้อยค่าของตนเองลงได้ การตระหนักถึงคุณสมบัติที่ดีงามของตนเองจะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง

6.2.2 ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการทบทวนถึงความสำเร็จในการกระทำสิ่งต่าง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนเองที่สามารถเอาชนะอุปสรรคได้ ช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีจิตใจที่มั่นคงและ

เชื่อว่าตนเองจะประสบความสำเร็จมากกว่าความล้มเหลว รวมทั้งมีความสามารถที่จะควบคุมตนเอง ในสถานะที่ถูกต้องได้ และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดความจำเป็น

6.2.3 ส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นของบุคคล ที่มีต่อเรื่องราวต่าง ๆ ถ้าบุคคลสามารถแสดงออก ได้โดยอิสระจะ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคล

6.2.4 การพัฒนาจุดมุ่งหมายของตนเอง บุคคลควรค้นหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ แล้วเลือกใช้หลาย ๆ วิธีเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จที่กำหนดไว้

6.2.5 เสริมสร้างแหล่งเผชิญกับความเครียด ได้แก่ มีความกล้าที่จะระบายความรู้สึก ความคิดเห็นต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผู้อื่น ได้รับทราบ ความสามารถในการยอมรับต่อการตัดสินใจของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถเอาชนะอุปสรรคได้ และความสามารถที่จะควบคุมตนเองให้ทำงานบรรลุเป้าหมายได้ เป็นต้น

สำหรับการจัดการกับความเครียด โดยการเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดทางด้านกายภาพทำได้โดยการออกกำลังกาย

6.3 การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางกายภาพที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiologic arousal resulting from stress) โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation) การทำสมาธิ (meditation) หรือการฝึกการหายใจร่วมกับการใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย (biofeedback)

#### การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1982 cited in Walker et al., 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิต (The Lifestyle Health Habits Assessment [LHHA]) เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ และใช้วัดพฤติกรรม 10 ด้านคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย รูปแบบการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน จุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้บริการทางสุขภาพ ต่อมาวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et al., 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Lifestyle Profile [HPLP]) โดยนำเครื่องมือ LHHA มาพัฒนาและปรับปรุงโดยการรวมเอาพฤติกรรมที่ซับซ้อนและคล้ายคลึงเข้าไว้ด้วยกัน เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) โภชนาการ (nutrition) การออกกำลังกาย (exercise) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) การสนับสนุนระหว่างบุคคล

(interpersonal support) และการจัดการกับความเครียด (stress management) โดยมีข้อคำถาม 48 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบแบ่งเป็น 4 ระดับคือ 1 เท่ากับ ไม่ปฏิบัติ 2 เท่ากับ บางครั้ง 3 เท่ากับ บ่อยครั้ง 4 เท่ากับ เป็นประจำ ต่อมาวอล์คเกอร์ (Walker cited in Pender, 1996) ได้พัฒนาแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (The Health-Promotion Lifestyle Profile II [HPLP II]) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยมีค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมและรายด้านอยู่ในช่วง .70-.94 (Fowler, 1997)

ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้นำเครื่องมือ HPLP II ของวอล์คเกอร์ มาแปลเป็นภาษาไทย ตรวจสอบการแปล (back translation) และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ได้เท่ากับ .85 ภายหลังจากนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าเครื่องมือนี้มีข้อจำกัดในการดัดแปลงข้อคำถาม ซึ่งข้อคำถามบางข้อไม่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนในสังคมไทย

จิรวรรณ อินคัม (2541) ได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยข้อคำถามแบ่งกิจกรรมออกเป็น 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีข้อคำถามด้านละ 9 ข้อ รวมทั้งหมด 54 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และนำมาใช้ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาด้วยยาจำนวน 120 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน ดังนั้นจึงเลือกดัดแปลงแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของจิรวรรณ อินคัม (2541) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 6 ด้านของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และมีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน ควรปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ

การตีบซ้ำของหลอดเลือดโคโรนารี และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอันจะนำไปสู่การมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล

### แนวคิดการจูงใจตนเอง

จากรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) การจูงใจตนเอง เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ที่อยู่ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งของ ทฤษฎีการจูงใจ (motivation theory) ซึ่งดิชแมน และคณะ (Dishman et al., 1980) ได้นำเสนอขึ้นมา โดยใช้ลักษณะอุปนิสัยภายในของบุคคล (intrinsic trait) มาช่วยในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ที่มีต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนและความพยายามในการกระทำ เป็นแรงผลักดันจาก ภายในตัวของบุคคล โดยไม่พึ่งพาแรงเสริมจากสถานการณ์ในการแสดงและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

การจูงใจตนเองสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดนี้เชื่อในเรื่อง ของความสามารถในการมีเหตุผลที่จะตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยคิดว่ามนุษย์มีความ กระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ รู้กฎเกณฑ์ของสังคม มีความคาดหวัง มีประสิทธิภาพ มีความ รู้สึกสำนึกต่อการแก้ปัญหา และสามารถนำเอาประสบการณ์มาใช้โดยรู้ว่าสิ่งไหนดีหรือไม่ดี โดยจะ เน้นถึงการควบคุมตนเอง (self-regulated) ด้วยการกระตุ้นตนเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็น มาตรฐานในสังคม โดยมีสิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเองคือ การมีสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม หรือการรับรู้ความสามารถของ ตนเองที่เกี่ยวกับการรู้และการคิด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเรียนรู้และการแสดงพฤติกรรม นอกจากนี้แล้วแนวคิดการจูงใจตนเองยังมีความคาบเกี่ยวกับแนวคิดความเชื่อในอำนาจ (locus of control) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (achievement motivation) และความเข้มแข็งของจิตใจ (ego strength)

ความเชื่อในอำนาจ เป็นสิ่งที่ควบคุมผลลัพธ์ของบุคคล โดยที่ความเชื่อในอำนาจภายใน หรือภายนอกเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมภายในหรือภายนอกตนในเรื่องพฤติกรรมและ ผลลัพธ์ โดยการควบคุมภายใน หมายถึง ความเชื่อว่าพฤติกรรมและผลลัพธ์มีความเกี่ยวข้องกันคือ บุคคลเชื่อว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ตนเอง สามารถควบคุมผลลัพธ์ได้ การควบคุมแรงเสริมในลักษณะนี้ถือว่าเป็นการควบคุมภายในบุคคล ส่วนการควบคุมภายนอกตน หมายถึง ความเชื่อว่าพฤติกรรมและผลลัพธ์ของพฤติกรรมเป็นอิสระ จากกันคือ บุคคลมีความเชื่อหรือรับรู้ว่าคุณสมบัติที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ตนเองควบคุมไม่ได้หรือ คาดการณ์ไม่ได้ เช่น เคราะห์กรรม วาสนา โชคชะตา ความบังเอิญ อำนาจของผู้อื่นและ โอกาส เป็นต้น การควบคุมแรงเสริมในลักษณะนี้ถือว่าเป็นการควบคุมภายนอกบุคคล

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากการคาดหวังของบุคคล เป็นการกระทำที่  
เกิดจากแรงผลักดัน ซึ่งบุคคลรู้ตัวว่าการกระทำต้องมีการประเมินผลจากตัวเองและจากบุคคลอื่น  
และผลการประเมินอาจเกิดความพึงพอใจเมื่อผลงานนั้นเกิดความสำเร็จ หรืออาจไม่พอใจเมื่อ  
ผลงานนั้นไม่สำเร็จ บุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จะมีลักษณะดังนี้ คือ ในการทำกิจกรรมบุคคลจะ  
พยายามที่จะทำให้สำเร็จมากกว่าที่จะทำเพื่อหลีกเลี่ยงความล้มเหลว เลือกทำงานที่เหมาะสมและ  
เป็นไปได้ตามความสามารถเพื่อให้เกิดผลสำเร็จ งานที่ทำจะสำเร็จด้วยความตั้งใจของตนเองไม่ใช่  
เพราะโอกาสอำนวยให้ และทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายและมีคุณภาพ โดยไม่คิดถึงรางวัลหรือ  
ชื่อเสียงของตนเอง นักจิตวิทยาได้ศึกษาลักษณะของบุคคล พบว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง  
จะมีลักษณะดังนี้ คือ เป็นบุคคลที่ทำงานด้วยความมานะอดทนเพื่อเอาชนะความล้มเหลว ทำงานมี  
เป้าหมายแน่นอน และตั้งระดับความคาดหวังต่อความสำเร็จของงานไว้สูง ซึ่งจะตรงข้ามกับบุคคล  
ที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่ำที่ทำงานเพื่อหลีกเลี่ยงความล้มเหลว ทำงานไม่มีเป้าหมายแน่นอน และตั้ง  
ระดับความคาดหวังต่อความสำเร็จของงานไว้ต่ำ (ทรงพล ภูมิพัฒน์, 2538)

#### ความหมายของการจูงใจตนเอง

การจูงใจตนเอง เป็นความต้องการและความพึงพอใจของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม  
ต่าง ๆ ให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยอาศัยลักษณะภายในตนเองเป็นแรงผลักดัน และไม่สนใจรางวัล  
จากภายนอก หรือกฎเกณฑ์ภายนอกมาเป็นข้อบังคับ (Dishman et al., 1980) นอกจากนั้นแล้วยังมีผู้  
ที่นำแนวคิดการจูงใจตนเองของดิชแมน และคณะมาใช้ และได้ให้ความหมายของการจูงใจตนเอง  
เพิ่มเติม เช่น แมคสวีเนย์ (McSweeney, 1993) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความคิด ความเชื่อ ที่ผลักดัน  
ออกมาจากภายในตัวของบุคคล เพื่อสนับสนุนให้บุคคลมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีทัศนคติที่ดี  
ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนเรสนิค (Resnick, 1998) ให้ความหมายการจูงใจตนเองว่า เป็นสิ่งที่  
บุคคลตระหนักรู้และตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือเรียนรู้บางสิ่งบางอย่าง โดยเห็นว่าการปฏิบัติ  
นั้นเหมาะสมกับความคิดและค่านิยมของตนเอง

โดยสรุปแล้วการจูงใจตนเอง หมายถึง ความต้องการและความพึงพอใจของบุคคลใน  
การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยอาศัยลักษณะภายในตนเองเป็น  
แรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรม โดยไม่พึ่งพาการเสริมแรงจากอิทธิพลของสถานการณ์แต่จะขึ้นอยู่กับ  
ประสิทธิภาพในการเสริมแรงตนเอง

### แนวคิดการจูงใจตนเอง

องค์ประกอบของการจูงใจตนเองมี 2 ประการคือ ลักษณะอุปนิสัย (trait-like) และความพยายามที่จะกระทำ (relative enduring) (Dishman et al., 1980) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะอุปนิสัย เป็นตัวกำหนดแนว โน้มหรือความโอนเอียงในการตอบสนอง และชี้นำพฤติกรรม เป็นศูนย์กลางของระบบจิตประสาท มีลักษณะเฉพาะตัว และเป็นลักษณะพิเศษของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความสมดุลในการปรับตัว และการแสดงออกของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1.1 อุปนิสัยที่บ่งบอกถึงลักษณะที่มีความอดทน เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองบรรลุผลสำเร็จหรือมีความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยคิดว่าสิ่งที่กระทำนั้นก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเอง บุคคลที่มีอุปนิสัยที่แสดงถึงการมีความอดทนจะมีลักษณะดังนี้

1.1.1 มีความอดทนพยายาม (diligence or perseverance/persistence) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความมุ่งมั่นทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ด้วยความสามารถของตนเอง มีความอดทนและพยายามให้กับสิ่งที่กระทำ โดยความสำเร็จที่ได้จากสิ่งที่กระทำเป็นแรงบันดาลใจภายในตนเองมากกว่าการหวังรางวัลจากภายนอก หรือการโอ้อวดตนเองให้กับบุคคลอื่นได้รับรู้ และมีความพร้อมที่จะต่อสู้แม้ว่าจะประสบความล้มเหลวในการทำกิจกรรม

1.1.2 มีการตัดสินใจเอง (determination) เป็นลักษณะของบุคคลที่ชอบริเริ่มทำในสิ่งที่ท้าทายความสามารถ มีอิสระในการคิดและการกระทำโดยไม่เปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้าภายนอก และสามารถรักษาวินัยในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยกฎเกณฑ์จากภายนอกมาบังคับ

1.1.3 มีกำลังใจ (willpower) เป็นลักษณะของบุคคลที่สามารถยอมรับกับความเป็นจริง มีการตัดสินใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ พร้อมทั้งมีความเชื่อมั่นต่อการตัดสินใจนั้นว่าเป็นสิ่งถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง

1.2 อุปนิสัยที่บ่งบอกถึงลักษณะที่ไม่มีความอดทน เป็นลักษณะของบุคคลที่ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ละเอียด (apathy) ซึ่เกียจ (lethargy/laziness) ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไม่มีการควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากคิดว่าการปฏิบัติกิจกรรมไม่ก่อประโยชน์ให้กับตนเองหรือปฏิบัติกิจกรรมไปแล้วก็ไม่มีความแตกต่างจากการไม่ปฏิบัติ โดยไม่ได้ตระหนักถึงผลลัพธ์ที่จะตามมาของการละเลยการปฏิบัติกิจกรรม

จากทฤษฎีการพัฒนาการในวัยสูงอายุ พบว่าอุปนิสัยและรูปแบบบุคลิกภาพที่เป็นมาแต่ดั้งเดิมของผู้สูงอายุจะยังคงไว้ได้แต่อุปนิสัยเด่นเฉพาะตัวจะแสดงออกมากยิ่งขึ้น รูปแบบบุคลิกภาพที่มนุษย์ปรับตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (จินตนา ศรีบุญ, 2535) แบ่งได้ดังนี้

1. บุคลิกภาพแบบประสมประสาน เป็นลักษณะของบุคคลที่ยังรักษาความเป็นตัวของตัวเองได้เสมอ พอใจในชีวิตที่ผ่านมาและพอใจในสิ่งที่มีอยู่ ยอมรับความเป็นจริงและสามารถบังคับตนเองได้ ปรับตัวได้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้บางคนจะมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันสูง บางคนจะเลือกกิจกรรมเฉพาะในสิ่งที่ตนเองสนใจ บางคนมีกิจกรรมน้อย ชอบอยู่อย่างสงบ

2. บุคลิกภาพแบบต่อต้าน เป็นลักษณะของผู้สูงอายุที่พยายามต่อสู้กับความเสื่อมถอยหวนคืนของชีวิต เป็นกลุ่มที่มีทัศนคติต่อความชราในแง่ลบ บางคนจะยังคงยึดรูปแบบบุคลิกภาพของตนในวัยกลางคนไว้เหมือนเดิมทุกประการ และมีความพอใจในระดับสูงต่อการยึดมั่นเช่นนั้น บางคนจะหาทางควบคุมป้องกันตนเอง โดยกำหนดบทบาทของตนเองให้น้อยที่สุด และมีความพอใจในระดับสูง ถ้าบทบาทหน้าที่ของตนเองมีน้อยตามที่คาดหวังไว้

3. บุคลิกภาพแบบเฉยชาและพึ่งพาผู้อื่น บางคนในกลุ่มนี้จะพึ่งพามุคคลอื่น เพื่อให้ความต้องการด้านอารมณ์ของตนเองได้รับการตอบสนอง รู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ชีวิตไม่มีความหมายถ้าปราศจากผู้ช่วยเหลือ บางคนจะแสดงพฤติกรรมในลักษณะเฉยชา ไม่สนใจใคร่ต่อสิ่งแวดล้อม มีความพอใจในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ

4. บุคลิกภาพแบบขาดการประสมประสาน จะมีความเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขาดการควบคุมอารมณ์ แสดงออกถึงความบกพร่องทางด้านความคิดอ่านและภาวะจิตใจอย่างเห็นได้ชัด จะยังคงอยู่ในชุมชนได้ แต่มีพฤติกรรมและความพึงพอใจต่อชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

2. ความพยายามที่จะกระทำ เป็นลักษณะของบุคคลที่ต้องการมีประสิทธิผลในการจัดการสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ต้องการที่จะเรียนรู้ พัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือหรือการพึ่งพามาจากผู้อื่น บุคคลที่มีความพยายาม จะมีลักษณะดังนี้

2.1 มีการตั้งเป้าหมาย (goal striving) เป็นความคาดหวังของบุคคลที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์บางอย่างในอนาคต เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ตนเองสนใจ และช่วยทำให้เกิดการตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพไปในทางสิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ก็จะมีผลทำให้ไม่ยอมตั้งเป้าหมายในการกระทำกิจกรรม แต่ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่มีความมั่นคงจะมีการตั้งเป้าหมายในการทำกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี เช่น ตั้งเป้าหมายว่าตนเองต้องหายจากการเจ็บป่วย สามารถกลับไปทำงานได้ และตนเองจะไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น (Resnick, 1999) การวางแผนเพื่อให้ไปสู่เป้าหมาย

มีทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว บุคคลที่มีการวางแผนในระยะสั้นอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยทำให้บุคคลนั้นสามารถบังคับตนเองให้ปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่สูงขึ้นไปอีก ซึ่งเป็นการพัฒนาให้บุคคลมีการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมในระยะยาวต่อไป

2.2 มีพันธสัญญา (commitment) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความตระหนักเกี่ยวกับการพัฒนาและการรักษาวินัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ตนเองได้วางแผนการปฏิบัติไว้ เพื่อมุ่งไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้นบุคคลจะต้องมีความตั้งมั่น (strong will) คือเมื่อมีการวางแผนแล้วก็ตั้งมั่นที่จะปฏิบัติในสิ่งที่วางแผนไว้ให้สำเร็จตามเป้าหมาย ถึงแม้ว่ากิจกรรมที่ปฏิบัตินั้นจะมีความยุ่งยากลำบากหรือต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างมาก

#### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจตนเอง

ความเชื่อ (beliefs) มีบทบาทสำคัญต่อการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุในการจะปฏิบัติกิจกรรมและผลลัพธ์ของพฤติกรรม ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Resnick, 1998) บุคคลเมื่อมีความเชื่อใดความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเองเชื่อทั้ง ๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นอาจไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534) ความเชื่อมั่นในสิ่งที่จะกระทำ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการทำกิจกรรมของตน และข้อมูลที่ได้รับจากทีมสุขภาพและครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อในผู้สูงอายุ (Resnick, 1999) การที่บุคคลมีความเชื่อที่แตกต่างกันเนื่องมาจากการเรียนรู้ ทักษะคิด ความคาดหวังของวัฒนธรรม ความคิด และประสบการณ์ในอดีตที่ต่างกัน โดยความเชื่อของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น เมื่อบุคคลได้รับความทุกข์และรู้ว่าตนเองไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้บุคคลจะเชื่ออำนาจภายนอกตน แต่ถ้าเหตุการณ์เป็นไปด้วยดีและบุคคลรับรู้ว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดจากการกระทำของตนเองความเชื่อในอำนาจภายในตนก็จะเพิ่มขึ้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) ความเชื่อภายในตนจะลดต่ำลงเมื่อถึงวัยชรา เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง พึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้นและอำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงเริ่มที่จะเชื่ออำนาจที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้น (Crandall et al., 1965 อ้างใน จอนพะจง เพ็งจาด, 2533) พิศักดิ์ ชินชัย (2538) ได้ศึกษาความเชื่อในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จำนวน 62 คน และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดี จำนวน 41 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีความเชื่อในอำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดี ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และเมื่อหาความ

สัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในอำนาจและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าความเชื่อในอำนาจในคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยทางกายภาพ (physical sensations) ได้แก่ ความเจ็บปวด และความกลัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจตนเองทั้งทางบวกและทางลบ (Resnick, 1999) และยังมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมที่เกิดจากการมีสมรรถนะแห่งตนคือ ความเจ็บปวดจะรบกวนความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม ความกลัวเป็นสิ่งเร้าที่ไม่น่าพึงพอใจและเป็นลักษณะหนึ่งของอารมณ์ (emotion) ที่เกิดมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ในการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่น่าพึงพอใจ โดยบุคคลจะมีการเรียนรู้เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นอันตรายและจะมีการพัฒนาจากการหลีกเลี่ยงมาเป็นการเรียนรู้เพื่อจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นอันตรายเพื่อป้องกันตนเองให้เกิดความปลอดภัย จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของเรสนิค (Resnick, 1999) พบว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจนขาหักจะมีประการณที่นำกลัวและรู้สึกว่าคุณภาพไม่ปลอดภัย จะพยายามหลีกเลี่ยงการเดิน โดยใช้การนั่งล้อเข็นแทน

เป้าหมาย (goals) จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมที่ตนเองสนใจ และช่วยทำให้เกิดการจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีความสุขที่ดี เช่น ตั้งเป้าหมายว่าตนเองต้องหายจากการเจ็บป่วย สามารถกลับไปทำงานได้ และตนเองจะไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น

การดูแลตนเอง (individualized care) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติกิจกรรมและการสนับสนุนให้เกิดแรงเสริมทางบวก

การสนับสนุนทางสังคม (social supports) มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการจูงใจตนเองโดยผ่านความเชื่อในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง

จิตวิญญาณ (spirituality) เป็นพลังที่สร้างสรรค์ในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตของบุคคล โดยผ่านสิ่งที่ยอยู่นอกเหนือธรรมชาติ จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเองซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสงบสุข และรู้สึกได้ถึงความคิดต่อกับพลังที่มีอำนาจ ซึ่งเป็นสิ่งซึ่งนำความเชื่อ ความรู้สึกมีคุณค่าในการปฏิบัติ และเพิ่มแรงจูงใจให้กับบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายของชีวิต

### การประเมินการจูงใจตนเอง

การประเมินการจูงใจตนเอง เป็นการประเมินถึงลักษณะอุปนิสัยของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนและความพยายาม ซึ่งดิชแมน และคณะ (Dishman et al., 1980) ได้สร้างแบบวัดการจูงใจตนเอง มีข้อคำถาม 60 ข้อ ประกอบด้วย 10 ปัจจัย คือ พันธสัญญา การตั้งเป้าหมาย ความน่าเชื่อถือ ความอดทน การเฉยเมย ความขี้เกียจ ความพยายาม การตัดสินใจเอง กำลัง

ใจ และการทำกิจกรรม ภายหลังจากนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างดิชแมน และคณะ (Dishman et al., 1980) ได้นำแบบวัดการงูใจตนเองมาพัฒนาและปรับคำถามเหลือ 40 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 19 ข้อ คำถามด้านลบ 21 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย พันธสัญญา การตั้งเป้าหมาย ความอดทน การตัดสินใจเอง และกำลังใจ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบแบ่งเป็น 5 ระดับคือ 1 เท่ากับ ไม่ตรงกับลักษณะของฉันมากที่สุด 2 เท่ากับ ไม่ตรงกับลักษณะของฉันบางครั้ง 3 เท่ากับ บางครั้งตรงบางครั้งไม่ตรงกับลักษณะของฉัน 4 เท่ากับ ตรงกับลักษณะของฉันบางครั้ง และ 5 เท่ากับ ตรงกับลักษณะของฉันมากที่สุด โดยมีคะแนนรวม 40-200 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสอบซ้ำในระยะเวลาที่ห่างกันมากกว่า 1 เดือน เท่ากับ .92 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) พบว่าแบบวัดการงูใจตนเองมีความสัมพันธ์กับ Thomas-Zander Ego-Strength scale ( $r = .53$ ) และพบว่ามีความตรงเชิงทำนาย (predictive validity) กับพฤติกรรมที่ต้องใช้ความอดทน (perseverance behavior)

โรเดส และคณะ (Rhodes et al., 1992) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับการงูใจตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 9 คน และต่ำกว่า 65 ปี จำนวน 18 คน ที่เข้าร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหัวใจ โดยใช้แบบวัดการงูใจตนเองของดิชแมน และคณะ (Dishman et al., 1980) หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสอบซ้ำในระยะเวลาห่าง 1-5 เดือน เท่ากับ .86 ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนการงูใจตนเองที่ไม่แตกต่างกันคือ มีคะแนนเฉลี่ยของการงูใจตนเองอยู่ในระดับสูง

ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดการงูใจตนเองของดิชแมน และคณะ เนื่องจากมีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับดี

### การงูใจตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ วอลเกอร์ แฟรงค์-สตรอมโบร์ก และซีคริสต์ (Pender, Walker, Frank-Stromborg, & Sechrist, 1990 cited in Bottorff, Johnson, Ratner, & Hayduk, 1996; Pender, 1996) ได้ศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหัวใจ โดยการนำเอาแนวคิดการงูใจตนเองของดิชแมน และคณะ (Dishman et al., 1980) เข้ามาร่วมศึกษาในหลายกลุ่มตัวอย่าง เช่น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย และพบว่าการงูใจตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 6 โดยการงูใจตนเองมีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับต่ำกับการออกกำลังกาย และมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่า อิทธิพลจากปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ จากการศึกษาหลายการศึกษาเพนเคอร์ และคณะจึงสรุปว่า การจงใจตนเองมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ คำจำกัดความด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และจัดให้การจงใจตนเองอยู่ในส่วนของปัจจัยทางจิตวิทยา ที่เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยส่วนบุคคล

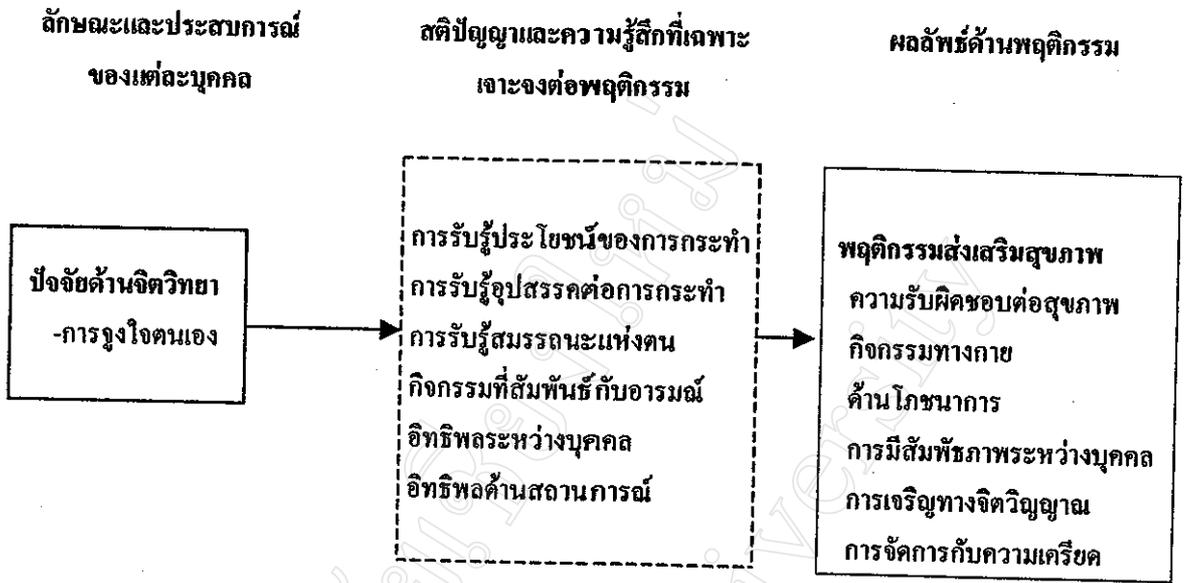
การจงใจตนเองเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีส่วนช่วยลดอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ได้แก่ การขาดความอดทน การมีข้อจำกัดทางร่างกาย การขาดการสนับสนุนทางสังคม การขาดการดูแลจากทีมสุขภาพ ความเชื่อส่วนบุคคล และสภาวะทางร่างกาย เช่น ภาวะโภชนาการ ความเจ็บปวด และความอ่อนเพลีย เป็นต้น (Dishman & Ickes, 1981; McSweeney, 1993; Resnick, 1999) ผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน มีความจำเป็นต้องมีกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Jairath, 1994; Noy, 1998) แต่จากการศึกษาของโอดริจค์ และคณะ (Oldridge et al, 1992 cited in King & Teo, 1998) พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหัวใจร้อยละ 40-60 จะหยุดการเข้าร่วมการทำกิจกรรมภายในระยะเวลา 6-12 เดือน จากรายงานการศึกษาของแอนดรูวส์ (Andrews, 1979 cited in Rhodes et al, 1992) พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 จะประสบความล้มเหลวในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหัวใจ และจากการศึกษาของเมอร์ฟี (Murphy, 1989 cited in Gaw, 1992) พบว่าภายในระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน จะล้มถึงการปฏิบัติตัวเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการศึกษาในเชิงคุณภาพของกอร์ (Gaw, 1992) ถึงการจงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน พบว่าในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีการจงใจและตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและผ่านพ้นภาวะวิกฤตของโรคไปแล้ว ผู้ป่วยจะมีการจงใจและการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจะลดลง

จากการศึกษาของเรสนิค (Resnick, 1999) พบว่าการจงใจตนเองสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของแมคสวีเนย์ (McSweeney, 1993) ที่พบว่าการจงใจตนเองซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมภายในตัวบุคคล เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

หัวใจตายให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภค และจากการศึกษาของดิชแมน และคณะ (Dishman et al., 1980) พบว่าการจงใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนไรเดส และคณะ (Rhodes et al., 1992) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการรักษาและการจงใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าการให้ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจงใจตนเอง นั่นคือผู้ป่วยที่มีการจงใจตนเองสูงก็จะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในปฏิบัติตามตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพ มีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพและมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของเรดท์คี (Radtke, 1989) ดิชแมน และ ไอคส์ (Dishman, & Ickes, 1981) ที่พบว่า การจงใจตนเองมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) การจงใจตนเองเป็นปัจจัยที่อยู่ในส่วนของปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพล โดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยทางด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบไปด้วยกิจกรรม 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านให้ได้อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะด้านจิตใจพบว่า การจงใจตนเองเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการและความพึงพอใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยอาศัยลักษณะภายในตนเองเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ และตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ดังแสดงความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดของการศึกษา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Chiang Mai University