บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
   3.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
   3.2 การสนับสนุนทางสังคม
4. การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery) มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง มีผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าภาวะนี้ยังดำเนินต่อไปจนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหาย จากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะเดิมได้ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วน (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) ในผู้สูงอายุผนังหลอดเลือดจะมีการเสื่อมสภาพตามวัย โดยผนังชั้นในจะมีแคลเซียม และไขมันเข้าไปสะสมที่ผนังหลอดเลือดแดง ทำให้ผนังหลอดเลือดไม่เรียบ และขาดความยืดหยุ่น มีความหนามากขึ้น รูหลอดเลือดตีบแคบลง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2546) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง ซึ่งอธิบายกลไกการเกิดตามสมมติฐานเกี่ยวกับ การตอบสนองต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือด (Response to injury hypothesis) ดังนี้

เมื่อเซลล์เอนโดทีเลียม (endothelium cell) ชั้นในสุดที่บุผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน และความสูงอายุ เป็นต้น (Fuster, Shah & Falk, 2004) อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงเดียวหรือหลายปัจจัยร่วมกัน และอาจมีสาเหตุร่วมกับแรงกระแทกจากการไหลเวียนเลือด จนทำให้เซลล์เอนโดทีเลียมได้รับความเสียหาย มีผลทำให้การทำหน้าที่เสียไป โดยจะมีการหลั่งไซโตไคน์ (cytokine) และยอมให้โมโนไซท์ (monocyte) ทีเซลล์ลิมโฟไซท์ (T-lymphocyte) เกร็ดเลือด (platelet) และคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL cholesterol) มาเกาะติดที่บริเวณผนังชั้นในหลอดเลือด (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) ถ้าระดับของคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำในเลือดสูงขึ้น จะเพิ่มการสะสมสารไขมันในช่องว่างใต้เซลล์เอนโดทีเลียม สารไขมันนี้ส่วนใหญ่เป็นไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำจะถูกย่อยด้วยออกซิเจนอนุมูลอิสระ (oxygen free radical) ให้อยู่ในรูปออกซิไดซ์ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (oxidized LDL) ซึ่งเป็นตัวอันตรายต่อผนังเซลล์เอนโดทีเลียม และยังทำหน้าที่ดึงโมโนไซท์จากหลอดเลือดที่ไหลเวียนอยู่มาเกาะติดที่ผนังเซลล์เอนโดทีเลียม และโมโนไซท์ที่ผ่านมาในช่องว่างใต้เซลล์เอนโดทีเลียม เปลี่ยนชื่อจากโมโนไซท์มาเป็นแมคโครฟาจ (macrophage) (ฉัตรกนก ทุมวิภาต , 2548) และแมคโครฟาจจะหลั่งสารอินเตอลิวคิน (interleukin) และทูเมอร์เนโครซิสแฟคเตอร์ (tomor necrosis factor; TNF) ซึ่งจะช่วยให้เม็ดเลือดขาวมาเกาะที่ผนังเซลล์เอนโดทีเลียม ส่วนเกร็ดเลือดที่เกาะอยู่ก็จะถูกกระตุ้นให้หลั่งปัจจัยการเจริญเติบโต (platelet-derived growth factor; PDGF) ซึ่งจะทำหน้าที่กระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบจากชั้นกลางของผนังหลอดเลือดให้เคลื่อนมายังช่องว่างใต้เซลล์เอนโดทีเลียม และปัจจัยการเจริญเติบโต และแมคโครฟาจยังกระตุ้นให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่เคลื่อนที่มาผนังชั้นในให้แบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; โฆสิต ศรีเพ็ญ, 2545) แมคโครฟาจจะกินและย่อยออกซิไดซ์ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ แล้วเปลี่ยนรูปมาเป็นโฟมเซลล์ (foam cell) ซึ่งเป็นขั้นตอนในการเกิดไขมันจับตัว (fatty streak) และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่เพิ่มจำนวนเซลล์เข้ามาในผนังชั้นใน บางส่วนที่กินและ ออกซิไดซ์ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำแล้ว ก็จะอยู่ในรูปของโฟมเซลล์เช่นกัน ขั้นต่อมา โฟมเซลล์ที่อยู่บริเวณที่ไขมันจับตัวแล้วจะหลั่งปัจจัยต่างๆ เพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบเคลื่อนที่จากชั้นกลางมายังชั้นในตรงบริเวณที่มี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่อาการแสดงที่พบได้บ่อย คือ อาการเจ็บหน้าอกหรืออาการปวดเค้น อาจเจ็บร้าวไปบริเวณใกล้เคียง เช่น คอ ขากรรไกร หลัง หรือแขน ซึ่งเกิดขึ้นจากภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดแดงหรือออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ในการทำงาน การเจ็บหน้าอกจะเป็นช่วงๆ หรือเป็นระยะๆ และสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว หรือบางครั้งอาจพบอาการหัวใจขาดเลือดที่ไม่มีอาการเจ็บอก

1. อาการเจ็บอกคงที่ (stable angina) เป็นอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดแบบเรื้อรัง เกิดจากออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จะมีอาการเจ็บแน่นๆ (tightness) เกิดขึ้นในลักษณะเดียวกันทุกครั้ง เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเดิมๆ เช่น การออกกำลังกายทำกิจกรรม ภาวะ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. อาการเจ็บอกไม่คงที่ (unstable angina) อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นภายในขณะพักหรือนอนหลับ (angina at rest) หรือจำกัดกิจกรรม อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงและนานกว่าชนิดคงที่ (stable angina) บางครั้งเรียกว่าอาการเจ็บอกก่อนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (preinfarction angina) เพราะอาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ได้ในภายหลัง อาการเจ็บอกจะมีความถี่เพิ่มขึ้น รุนแรงขึ้น และอาจเป็นระยะเวลานานมากกว่า 3-4 วัน หรืออมยาไนโตรกลีเซอรินไว้ใต้ลิ้นแล้วไม่ทำให้หายเจ็บอก (Saffitz, 2008) สาเหตุเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนลดลง จากการที่หลอดเลือดแดงตีบแคบจากการมีสารเคมีต่างๆจับที่ผนังหลอดเลือด (atherosclerosis) การรวมตัวของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) มีก้อนเลือดในหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery thrombosis) การหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery spasm) เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตก่อนการเจ็บหน้าอก ถ้ามีก็มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ตามหลังอาการเจ็บหน้าอก คลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจพบมี ST เปลี่ยนแปลง (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

3. อาการเจ็บหน้าอกพรินซ์เมทอล (Prinzmetal's angina, variant angina) อาการเจ็บหน้าอกขณะพักมากกว่าการมีกิจกรรม หรือการถูกกระตุ้นทางด้านจิตใจและอารมณ์ เวลาเจ็บปวดจะคงที่เป็นเวลาแน่นอนมักเกิดในเวลาใกล้เช้า อาการเจ็บหน้าอกจะบรรเทาอย่างรวดเร็วด้วยไนโตรกลีเซอรีน สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็ง และไม่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งมาก่อน ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง เลือดไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ จึงเกิดอาการเจ็บอก กลไกที่ทำให้หลอดเลือดหดเกร็งยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่น่าจะมีภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งในระยะเริ่มแรก ทำให้หน้าที่ของเซลล์เอนโดทีเลียมผิดปกติจึงเกิดหลอดเลือดหดตัวขึ้น (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

4. อาการอื่นๆ ขณะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ขณะเกิดการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระบบซิมพาเทติค (sympathetic system) ถูกกระตุ้น ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหงื่อออกและคลื่นไส้ หายใจลำบาก เกิดภาวะปอดบวมน้ำ และหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

5. ไม่ปรากฏอาการแสดง (silent myocardial ischemia) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ไม่ทำให้เกิดอาการแน่นอึดอัด หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเจ็บอกมาก่อน และต่อมาเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยไม่แสดงอาการ หรือผู้ป่วยบางคนที่อาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและไม่แสดงอาการใดๆ เลยเพียงอย่างเดียว ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้ และอาจพบในผู้ป่วยเบาหวานบางคนที่อาจไม่มีอาการเจ็บแน่นอก ซึ่งการไม่ปรากฏอาการแสดงใดๆ จะเป็นการยากในการพยากรณ์โรค และเป็นอันตรายมากต่อผู้ป่วยด้วย (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2548)

สำหรับในผู้สูงอายุอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะเวลาออกแรง จะพบได้ไม่ถึงร้อยละ 50 เท่านั้น และลักษณะการเจ็บอกอาจไม่ใช่การเจ็บเค้น หรือเจ็บหนักๆแน่นๆ รวมทั้งตำแหน่งการเจ็บหน้าอกยังบอกได้ไม่ชัดเจน หรือบางทีอาจจะปวดบริเวณท้อง โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลยก็ได้ และผู้สูงอายุส่วนมากอาจไม่เคยมีอาการและอาการแสดงใดๆ เลย (เสก ปัญญสังข์ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) และพบว่าอาการแสดงอื่นๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ หายใจไม่เต็มอิ่ม เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ปวดบริเวณท้องมากกว่าการปวดเจ็บที่หน้าอก ปวดไหล่หรือหลัง และหมดสติ โดยจะเกิดขึ้นขณะพัก หรือเมื่อเกิดความเครียด โดยจะพบถึงร้อยละ 20-50 (Schwartz & Zipes, 2005) ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการแสดงร่วมกันก็ได้ (Stern, Behar & Gottlieb, 2003)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย จากการที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย การมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาหลายอย่างจากโรคและขบวนการสูงอายุ และอาการที่มาพบแพทย์ไม่ตรงไปตรงมาทำให้การวินิจฉัยได้ยากกว่าจึงทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า (เสก ปัญญสังข์ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่ายตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ดังนี้

1. หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias) ซึ่งจะทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วน (sudden death) เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตที่พบมาก (Saffitz, 2008) ซึ่งประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ที่เสียชีวิต เกิดจากหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricle fibrillation) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล ถ้าหากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลในระยะแรกเริ่มมีอาการอาจได้รับการรักษาได้ทันและป้องกันภาวะนี้ได้ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลทำให้การหดตัวของหัวใจห้องล่างลดลง การยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการแทรกซ้อนอื่นๆ จะช่วยเสริมให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวยิ่งขึ้น (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

3. ภาวะช็อคจากหัวใจ (cardiogenic shock) พบได้ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะที่ส่วนใหญ่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวอย่างรุนแรง มักเป็นบริเวณที่เสียหายมากกว่าร้อยละ 40 ขึ้นไป จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 90 (Saffitz, 2008)

4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) พบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย เยื่อหุ้มหัวใจที่เกิดในระยะแรก (วันที่ 2 หรือวันที่ 3) หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เยื่อหุ้มหัวใจจะมีการอักเสบ มีสาเหตุจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลุกลามมาที่ชั้นผิว และมายังเยื่อหุ้มหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนมีของแหลมมาทิ่มแทงหน้าอก และเจ็บมากขึ้นเมื่อหายใจเข้าลึกๆ หรือเปลี่ยนท่า มีไข้ เป็นต้น เยื่อหุ้มหัวใจที่เกิดในระยะหลัง (2 สัปดาห์-2 เดือน) หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเรียกว่า Dressler's syndrome ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงได้แก่ มีไข้ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; Saffitz, 2008))

5. ก้อนเลือดอุดตัน (thromboemboli) เป็นภาวะที่ลิ่มเลือด หลุดเข้าไปในการไหลเวียนของเลือด ที่มีสาเหตุมาจากหลังการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้การหดตัวของหัวใจห้องล่างในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายลดลง ซึ่งทำให้เกิดการไหลวนของเลือดและไหลช้าลง บริเวณที่เกิดการสร้างลิ่มเลือดเกาะติดผนังกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ่มเลือดอาจหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียนเลือดไปที่สมอง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

6. การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ (rupture of myocardium infarction) หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ การฉีกขาดของผนังกั้นหัวใจห้องล่าง การฉีกขาดของกล้ามเนื้อแปปิลารี (papillary muscle) เมื่อกล้ามเนื้อได้รับความเสียหายจาการขาดออกซิเจน จะมีลักษณะอ่อนแอ นุ่ม และตายในที่สุด พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงวันที่ 1-4 หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และพบประมาณร้อยละ 10 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในผู้สูงอายุเพศหญิงที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก (Saffitz, 2008) เมื่อเกิดภาวะนี้ต้องได้รับการแก้ไขโดยด่วน โดยอาจต้องได้รับการผ่าตัดเกือบทุกราย เพื่อปิดรอยฉีกขาด หรืออาจรอเวลาให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นตัวจากการตายโดยให้ยาขยายหลอดเลือดและการใส่บอลลูน เป็นการประคับประคองไว้ก่อน (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

7. ผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง (ventricular aneurysm) เป็นภาวะที่หัวใจห้องล่างโป่งพองขยายออก เนื่องจากแผลของกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยบริเวณที่โป่งพองนี้ไม่สามารถหดตัวได้ขณะที่หัวใจห้องล่างหดตัวส่งเลือดออกไป เมื่อประสิทธิภาพการหดตัวของหัวใจห้องล่างลดลง กล้ามเนื้อส่วนที่เหลือจะทำงานมากขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดที่อยู่บริเวณรอบนอกของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายทำให้มีแนวโน้มการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีเลือดคั่งค้างอยู่ภายในส่วนของหัวใจที่โป่งพองนำไปสู่การเกิดลิ่มเลือด การรักษาภาวะนี้โดยการผ่าตัดส่วนที่โป่งพองนี้ออก (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

การรักษาและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็นวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยารักษา เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และฟื้นฟูหลอดเลือดในบริเวณที่อุดตัน โดยการเปิดทางให้เลือดไหลเวียนได้ใหม่ ซึ่งช่วยให้เลือดไหลเวียนผ่านไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น วิธีการรักษาและควบคุมโรคประกอบด้วย 3 วิธี ดังนี้

1. การรักษาโดยใช้ยา

1.1 ยากลุ่มไนเตรท (nitrates) มี 2 แบบ คือ ออกฤทธิ์เร็วและสั้นกับออกฤทธิ์ยาว เป็นยาที่นิยมใช้แพร่หลาย เพื่อใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่มีอาการ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) ช่วยลดการหดเกร็งของหลอดเลือดโดยยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (Abrams, Schroeder, Frishman & Freedman, 2007) แต่จะออกฤทธิ์เด่นที่หลอดเลือดดำ โดยหลอดเลือดดำขยายเพื่อลดปริมาณเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจ แรงดันเลือดในหัวใจจึงลดลง และยายังมีผลขยายหลอดเลือดแดงทำให้ความต้านทานการไหลของหลอดเลือดแดงส่วนปลายลดลง ซึ่งมีผลทำให้ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (อภิชาติ สุคนธสรรพ์ และ ศรันย์ ควรประเสริฐ, 2546)

1.2 ยาปิดกั้นเบต้า (beta blockers) เป็นยารักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ไม่เพียงแต่ยับยั้งอาการเจ็บอกเท่านั้น ยังสามารถป้องกันและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ด้วย แลป้องกันการเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่แสดงอาการ (Slater, 2001) ลดการทำลายหลอดเลือดขนาดเล็ก และยับยั้งการเกิดลิ่มเลือด ซึ่งยาจะทำหน้าที่ปิดกั้นตัวรับชนิดเบต้า (ß-receptor) โดยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติค (Abrams, Schroeder, Frishman & Freedman, 2007) ตัวรับชนิดเบต้ามี 2 ชนิด คือ $ß_1$ และ $ß_2$ $ß_1$-receptor พบที่หัวใจ ส่วน $ß_2$-receptor พบที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ หลอดเลือดและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.3 ยาต้านแคลเซียม (calcium antagonists) เป็นยาที่ปิดกั้นแคลเซียมเข้ากล้ามเนื้อหัวใจ และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ยาออกฤทธิ์โดยทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีขยายตัว และหลอดเลือดแดงส่วนปลายของร่างกายก็ขยายตัวด้วย (Abrams, Schroeder, Frishman & Freedman, 2007) ลดเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลให้ลดปริมาณเลือดที่มากที่สุดก่อนหัวใจบีบตัว (preload) ลดความดันโลหิต ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดอัตราการเต้นของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เพิ่มการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งยาต้านแคลเซียมมีประสิทธิภาพในการลดอาการเจ็บบอก และเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน หอบหืด หรือปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมด้วย (Slater, 2001)

1.4 ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (platelet antagonists) เป็นยามาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cycloxygenase enzyme ทำให้ลดการสังเคราะห์ platelet thromboxane A_2 ลดการเกาะตัวของเกร็ดเลือด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ที่เจ็บอกเรื้อรัง (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) และในผู้สูงอายุหากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วควรพิจารณาให้ยาอย่างต่อเนื่อง (Wei, 1999)

1.5 ยายับยั้งการทำงานของเอนไซม์ angiotensin converting enzyme (angiotensin converting enzyme inhibitor; ACEI) มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ angiotensin converting enzyme ซึ่งเปลี่ยน angiotensin I ไปเป็น angiotensin II มีผลให้หลอดเลือดขยายตัว ซึ่งยากลุ่มนี้สามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย และควรใช้รักษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงทุกราย (Slater, 2001) ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลาย จะช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่วันแรกๆ ที่ได้ใช้ยารักษา (ศรันย์ ควรประเสริฐ, 2548)

1.6 ยารักษาระดับไขมันในเลือด ในการใช้ยารักษาระดับไขมันในเลือด เชื่อว่ามีกลไกในการชะลอหรือลดระดับความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เช่น ช่วยทำให้การทำหน้าที่ของผนังหลอดเลือดชั้นใน (endothelium) ดีขึ้น การลดการย่อยสารไขมันด้วยออกซิเจนอนุมูลอิสระ (oxidized LDL) การลดการอักเสบ และทำให้แผ่นไขมันบริเวณหลอดเลือดแดง (atherosclerotic plaque) คงสภาพดีขึ้นด้วย ไม่ปริแตกง่าย และป้องกันการเกิดกลุ่มอาการทางหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) แต่กลไกเหล่านี้จะเกิดขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. การใช้หัตถการ

2.1 การขยายรูหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) เพื่อช่วยทำให้เพิ่มพื้นที่การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดหัวใจ โดยลูกโป่งที่อยู่บริเวณปลายสายจะถูกดันให้โป่งออก เนื่องจากแรงดันจากอุปกรณ์อัดแรงดันฉีดผ่านเข้าไปตามสาย (inflation device) แรงดันนี้ก่อให้เกิดการปริแยกของแผ่นไขมันและลามลงไปถึงผนังของหลอดเลือด ดังนั้นการปริแยกที่เกิดรุนแรงอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้ เช่น มีเลือดไหลเซาะเข้าไปในแผ่นไขมัน และในผนังหลอดเลือดอย่างมาก ก่อให้เกิดแรงดันสูงในแผ่นไขมันและผนังหลอดเลือด ทำให้ช่องว่างในหลอดเลือดถูกเบียดโดยแผ่นไขมันและผนังหลอดเลือดส่วนในสุด บางรายการฉีกขาดอย่างรุนแรงจะไปกระตุ้นให้มีการจับตัวของเกร็ดเลือด และก่อให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในเวลาอันรวดเร็ว หากเกิดภาวะนี้ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ในระยะยาวหลอดเลือดอาจกลับมาตีบหรืออุดตันใหม่ ประมาณร้อยละ 30 ซึ่งจะต้องทำการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนใหม่ หรืออาจต้องผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงให้เลือดไหลเวียนได้ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุหลังทำการขยายรูหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน คือ ปอดบวมน้ำ และหัวใจล้มเหลว (Schwartz & Zipes, 2005)

2.2 การใส่โครงตาข่าย (coronary artery stents) โครงตาข่ายมีลักษณะคล้ายตาข่ายหลอดโลหะ มีรูปแบบแตกต่างออกไปแล้วแต่การออกแบบของแต่ละบริษัท การใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ วิธีการทำคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ต่างกันเพียงมีการฝังโครงร่างตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการจับกันของเกร็ดเลือดร่วมด้วย ข้อพิจารณาในการไม่ใส่โครงตาข่าย คือ หลอดเลือดเล็กเกินไป น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 มิลลิเมตร ขนาดความยาวของเส้นเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 สเต็นท์ (stents) เส้นเลือดคดเคี้ยวมาก มีอันตรายหรือเสี่ยงมาก หรือมีก้อนเลือดขนาดใหญ่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่สเต็นท์ ได้แก่ การเกิดการอุดตันกึ่งเฉียบพลัน แม้จะรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดแล้วก็ตามสามารถเกิดได้ร้อยละ 3-4 (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

2.3 การตัดคราบไขมันออก (atherectomy) เป็นการตัดเอาคราบไขมันออกจากหลอดเลือดด้วยใบมีดโค้ง ที่ใช้ความเร็วสูง ซึ่งผลที่ได้ทำให้ผนังหลอดเลือดเรียบขึ้นและการไหลเวียนเลือดสะดวกขึ้น การตัดมีอุปกรณ์แตกต่างกันตามชื่อเรียก คือ 1) แบบหัวกรอ (rotational

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.4 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting) เป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมมากสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยการถ่างขยายด้วยบอลลูน หรือรักษาทางยา การผ่าตัดนี้จะช่วยลดอาการเจ็บอกที่เกิดขึ้นบ่อย และรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติสุข และกล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปหล่อเลี้ยงมากขึ้น การทำงานของหัวใจดีขึ้น (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) มีการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการตีบของหลอดลือดหัวใจหัวใจหลายเส้นเปรียบเทียบการรักษาโดยวิธีการขยายรูหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า แต่จะช่วยบรรเทาอาการเจ็บอกได้ดีกว่าการรักษาโดยวิธีการขยายรูหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลลูน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุหลังทำการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Schwartz & Zipes, 2005)

2.5 การขยายหลอดเลือดด้วยเลเซอร์ (transmyocardial revascularization: TMR) เลือกทำในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดที่อุดตันเล็กมาก ไม่สะดวกในการทำตัดต่อหลอดเลือด หรือเคยทำการผ่าตัดแล้วเกิดอุดตันซ้ำ มีหัวใจขาดเลือดรุนแรง การขยายหลอดเลือดด้วยเลเซอร์ ผู้ป่วยต้องดมยาสลบ ทำการผ่าตัดช่องอกซ้ายด้านหน้า ตำแหน่งช่องซี่โครงที่ 5 ซึ่งตรงกับบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจของเวนทริเคิลซ้าย ทำขณะหัวใจยังเต้นอยู่ เลเซอร์ถูกควบคุมโดยคอมพิวเตอร์ รูที่ยิงขนาด 1 มิลลิเมตร ลึก 1 เซนติเมตร กำลัง 30-35 จูลส์ ยิงประมาณ 10-25 รู เมื่อยิงหลายรูแล้วทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะเป็นฟองน้ำที่จะดูดซับเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ไหลซึมไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะเลือดออก หัวใจห้องล่างซ้ายเต้นผิดจังหวะ หัวใจถูกกดจากการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ อุบัติเหตุจากการทำผิดพลาด เส้นเลือดนำคลื่นไฟฟ้าถูกทำลาย เป็นต้น (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. การควบคุมโรค

การควบคุมโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว ยังเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่ช่วยให้การรักษาโรคหลอดลือดหัวใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ร่วมกับ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ชะลอกระบวนการชรา และโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการชรา แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาในการรับประทานอาหารทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคตามมา ภาวะโภชนาการเกินเป็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นกับประชากรทุกช่วงวัย และในวัยผู้สูงอายุจะมีการเผาผลาญในร่างกายลดลงและกิจกรรมต่างๆลดลงด้วย ทำให้ความต้องการพลังงานลดลง แต่ผู้สูงอายุกลับมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช่นเดิม หรือบางคนอาจมีการรับประทานอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมันมากขึ้น เนื่องจากมีลักษณะอ่อนนุ่มและเคี้ยวง่าย ทำให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ไขมันอุดตันในเส้นเลือด ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น โดยในผู้สูงอายุจะมีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องการบดเคี้ยว เนื่องจากการสูญเสียฟัน ฟันผุ โรคเหงือก ล้วนมีผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร โดยจะรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้น้อยลงและรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และอาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีลักษณะอ่อนนุ่มจึงง่ายต่อการบดเคี้ยว(คณิณญา พรนริศ, 2546; วันดี โภคะกุล, 2547)

2. ปัญหาภาวะโภชนาการเดิมที่เป็นอยู่ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมีภาวะโภชนาการเดิมที่ไม่ดีมาก่อน เช่น เป็นโรคอ้วน มีไขมันในเลือดสูง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. อุปสรรคทางกาย ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่สะดวก เช่น ข้อเข่าหรือข้อมือเสื่อม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเตรียมอาหาร จึงรับประทานอาหารแต่ที่เตรียมมาง่ายๆ เพียงไม่กี่ชนิด ที่ซ้ำซาก หากผู้สูงอายุรับประทานอาหารไขมันซึ่งมีลักษณะที่อ่อนนุ่ม และปรุงโดยวิธีทอดหรือผัดที่ง่ายต่อการจัดเตรียมเป็นประจำ ย่อมส่งผลต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน และทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา (คณิณญา พรนริศ, 2546)

4. รูปแบบการใช้ชีวิต ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังจะประสบปัญหาความยุ่งยากในการประกอบอาหารทำให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ซ้ำซาก ส่งผลให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการและเกิดโรคต่างๆตามมา (คณิณญา พรนริศ, 2546)

จากปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และส่งผลต่อการเกิดโรคต่างๆ และความรุนแรงจากการเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น จำเป็นที่ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้มีความเหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมด้านโภชนาการ และเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารมากเกินความจำเป็น ไม่ถูกสัดส่วน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่เร่งให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรงและรวดเร็วขึ้น และอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม จะสามารถป้องกันและแก้ไขโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ (รุ่งลัดดา ศรีบุญ และ ฐิติมา ชนะวิเศษ, 2548) ความหมายของพฤติกรรม ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นการกระทำ หรือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การวิจัยครั้งนี้พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียม/ปรุงอาหาร และ การบริโภคอาหาร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสม

1.1 ควบคุมหรือจำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันสัตว์ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น (คณิณญา พรนริศ, 2546)

1.2 เลือกอาหารประเภทเนื้อที่มีไขมันน้อย เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อสัตว์เลาะหนังออก เป็นต้น (คณิณญา พรนริศ, 2546; ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2548; วันดี โภคะกุล, ม.ป.ป.)

1.3 เลือกอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว ได้แก่ อาหารที่มีส่วนประกอบของกรดไลโนเลอิก และกรดไขมันโอเมก้า 3 ซึ่งมีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจะช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Maron, Grundy, Ridker & Pearson, 2004) ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ช่วยเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูง (HDL-cholesterol) (คณิณญา พรนริศ, 2546) ลดการจับตัวเป็นลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ลดการเกิด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.4 เลือกโปรตีนที่มีคุณภาพดี ย่อยง่าย ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ โปรตีนจากนมถั่วเหลือง เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายได้รับโปรตีนที่เพียงพอ โดยเฉพาะเนื้อปลานั้นเป็นโปรตีนที่มีไขมันต่ำ และมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเป็นส่วนใหญ่ (คณิณญา พรนริศ, 2546) มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับประทานอาหารแบบชาวเมดิเตอร์เรเนียน โดยการรับประทานเนื้อปลาทะเลเป็นประจำ และไม่รับประทานเนื้อสัตว์อื่นที่มีไขมันอิ่มตัว ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตต่ำลงมาก (Hu & Willett, 2002)

1.5 หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยาก และเลือกรับประทานอาหารรสอ่อน เนื้อนุ่ม ไม่แข็งจนเกินไป หรือเป็นอาหารที่เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย ซึ่งอาหารที่ย่อยง่ายจะมีผลต่อการป้องกันการเกิดการท้องผูกด้วย เช่น เนื้อปลา เป็นต้น (รุ่งลัดดา ศรีบุญ และ ฐิติมา ชนะวิเศษ, 2548)

1.6 เลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เพราะเป็นแหล่งที่ให้พลังงานและเส้นใยอาหารแก่ร่างกาย ได้แก่ แป้ง ข้าว ถั่วต่างๆ ธัญญพืช เป็นต้น (คณิณญา พรนริศ, 2546; ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2548) มีการศึกษาพบว่าการเพิ่มการรับประทานน้ำมันถั่วเหลือง ถั่ว ผัก ผลไม้ และธัญญพืช ทำให้สามารถลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ (Singh, Dubnov, & Niaz, 2002) และมีการศึกษาที่พบว่าการรับประทานพืชที่มีฝัก เช่น ถั่วชนิดต่างๆ มีผลต่อการลดระดับคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ และเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นสูงได้ (Anderson, Johnstone, & Cook-Newell, 1995)

1.7 เลือกรับประทานผักและผลไม้ ซึ่งเป็นอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่หลายชนิดที่จำเป็นสำหรับร่างกาย เป็นแหล่งของพฤกษาเคมีที่มีคุณสมบัติเป็นแอนติออกซิแดนท์ ช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระ เช่น ส้ม คะน้า แครอท องุ่น กล้วย เป็นต้น สามารถชะลอกระบวนการเสื่อมโทรม และปกป้องเซลล์ร่างกายจากโรคที่เกิดจากความเสื่อมต่างๆ และเป็นแหล่งเส้นใยอาหาร ที่ช่วยในการลดการดูดซึมกลูโคสและคอเลสเตอรอลเข้าสู่กระแสเลือด (คณิณญา พรนริศ, 2546)

1.8 หลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดและมีไขมันสูง เช่น ทุเรียน น้อยหน่า เป็นต้น (คณิณญา พรนริศ, 2546)

1.9 หลีกเลี่ยงหรือจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงได้แก่ อาหารกระป๋อง ปลาเค็ม ปลาร้า น้ำปูเค็ม เครื่องปรุงต่างๆ เต้าเจี้ยว ซอสถั่วเหลือง กะปิ เป็นต้น (คณิณญา พรนริศ, 2546)

1.10 หากไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ควรเลือกอาหารประเภทแกงจืด ยำ ต้ม มากกว่าอาหารทอดหรือผัด (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2548)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.11 ฝึกหัดดูรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารข้างภาชนะบรรจุ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น จำนวนไขมันคอเลสเตอรอล โซเดียม น้ำตาล ตามที่ระบุ (คณิณญา พรนริศ, 2546)

2. การเตรียมหรือปรุงอาหารที่เหมาะสม

2.1 ปรุงอาหารด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น ต้ม นึ่ง ย่าง อบ เป็นต้น

2.2 หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยการทอดหรือผัด และหากจะทอดหรือผัดไม่ควรปรุงโดยใช้น้ำมันที่ทำมาจากไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันหนังไก่ เป็นต้น และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เป็นต้น (คณิณญา พรนริศ, 2546)

2.3 หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยกะทิ หากต้องการปรุงอาหารคาวหวานด้วยกะทิ ควรดัดแปลงการปรุงอาหาร โดยใช้นมพร่องมันเนย นมขาดไขมัน กะทิเทียม แทนการใช้กะทิ (คณิณญา พรนริศ, 2546)

2.4 การประกอบอาหารจากเนื้อสัตว์อาจใช้วิธีบดหรือสับให้ละเอียดหรือเคี่ยวให้เปื่อย

2.5 การเตรียมผักประกอบอาหารควรทำให้ผักเปื่อยยุ่ย หรือหั่นให้ละเอียด หรือบดเป็นซุป จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานผักได้ทุกวัน เพราะผู้สูงอายุมีปัญหาและอุปสรรคในเรื่องของฟัน จะทำให้หลีกเลี่ยงในการรับประทานผัก และในส่วนของผลไม้เช่นเดียวกันควรเตรียมหั่นเป็นชิ้นเล็กๆ พอคำ เพื่อสะดวกในการรับประทานมากขึ้น (คณิณญา พรนริศ, 2546; วันดี โภคะกุล, 2547)

3. การบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม

3.1 จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ปริมาณความต้องการไขมันของผู้สูงอายุลดลงเนื่องจากความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลง การรับประทานอาหารไขมันมากเป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยจะทำให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น โดยปริมาณไขมันที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ ไม่เกินร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายได้รับใน 1 วัน และไม่ควรรับประทานคอเลสเตอรอลเกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน (Maron, Grundy, Ridker & Pearson, 2004)

3.2 ปริมาณน้ำมันพืชที่ควรได้รับจากการประกอบอาหาร คือวันละประมาณ 3 ช้อนโต๊ะ

3.3 ปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับ คือ ร้อยละ 12-15 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ต้องได้รับใน 1 วัน

3.4 ควรรับประทานเนื้อปลาเป็นประจำทุกวัน มีการศึกษาที่พบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับการแนะนำให้เพิ่มการรับประทานปลา 10-20 กรัมต่อวัน ถึง 30-60

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.5 ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ควรได้รับเป็นประจำ คือ ร้อยละ 55 ของปริมาณทั้งหมดที่ได้รับใน 1 วัน โดยรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ธัญญพืช ถั่วต่างๆ เป็นต้น วันละ 25-30 กรัม หรือประมาณวันละ 3-4 ถ้วยตวง เพื่อประโยชน์ต่อร่างกาย และมีการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคถั่วปริมาณ 50-100 กรัม เป็นเวลา 5 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยลดระดับของคอเลสเตอรอลได้ร้อยละ 16 และลดระดับคอเลสเตอรอลไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ ได้ร้อยละ19 ทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพปกติและผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง (Petersen, Oosthuizen, & Jerling, 2005) สำหรับใยอาหารต่างๆ มีผลทำให้สามารถลดอัตราการดูดซึมกลูโคส และคอเลสเตอรอลเข้าสู่กระแสเลือดได้

3.6 หลีกเลี่ยงการรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวลดลง เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น ปริมาณน้ำตาลทรายหรือน้ำตาลอื่นๆ ควรบริโภคเป็นส่วนน้อย โดยรับประทานไม่เกิน 40-55 กรัม หรือ 4 ช้อนโต๊ะ (คณิณญา พรนริศ, 2546; วันดี โภคะกุล, ม.ป.ป.)

3.7 ผักและผลไม้ควรรับประทานให้มีความหลากหลายชนิดประมาณวันละ 5 ถ้วยตวง (Spark & Grainzvolt, 2002)

3.8 ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ การดื่มน้ำสะอาดเพียงวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิต และการขับถ่ายของร่างกายเป็นไปด้วยดี

3.9 จำกัดปริมาณการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมและอาหารที่มีรสเค็ม การได้รับโซเดียมมากเกินไปทำให้เกิดการดูดน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น มีผลทำให้ปริมาตรของเหลวในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และส่งผลทำให้ไตทำงานหนักด้วย โดยจำกัดในปริมาณ 1-3 กรัมต่อวัน หรือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน (คณิณญา พรนริศ, 2546; วันดี โภคะกุล, ม.ป.ป.)

3.10 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มชา กาแฟ เป็นที่ทราบกันว่าไวน์แดงมีสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยปกป้องหัวใจได้ แต่ปริมาณที่ยอมรับได้คือ 1 แก้วไวน์ วันเว้นวัน หากดื่มมากเกินไปจะทำให้ร่างกายได้รับอันตรายจากแอลกอฮอล์มากกว่า โดยเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วใช้ไม่หมดจะทำให้ถูกเปลี่ยนเป็นไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งเป็นโทษต่อหัวใจ (ภานุ อัมพรบุพชา, บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, และ จิรพรรณ มัธยมจันทร์, 2543) และสำหรับชา และกาแฟ จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอลมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัว และหัวใจเต้นเร็วมากขึ้น

3.11 ไม่ควรรับประทานอาหารครั้งละมากๆ เพราะจะทำให้หัวใจทำงานหนักเกินไป (รุ่งลัดดา ศรีบุญ และ ฐิติมา ชนะวิเศษ, 2548)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.12 จำนวนมื้ออาหารควรมากกว่า 3 มื้อต่อวัน เพราะผู้สูงอายุกินได้น้อย จึงหิวเร็ว หากปล่อยให้หิวนานจะมีผลต่อสภาพจิตใจ (วันดี โภคะกุล, 2547) และเป็นการช่วยแก้ปัญหาแน่นท้องหลังกินอาหาร และจะช่วยให้ได้รับปริมาณที่พอเพียงกับความต้องการ (รุ่งลัดดา ศรีบุญ และฐิติมา ชนะวิเศษ, 2548)

4. ติดตามความก้าวหน้าในการควบคุมอาหาร โดยการจดรายการอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีรายการใดบ้างและรายการใดที่ควรปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ถ้ามีรายการให้เลือกควรเลือกอาหารที่มีไขมันต่ำก่อน ทั้งปรุงเองและอาหารสำเร็จรูป การบันทึกการรับประทานอาหารจะทำให้ทราบจำนวนสัดส่วนอาหารที่รับประทาน และป้องกันนิสัยการเลือกจำเพาะอาหารบางอย่าง (สุณี ธนาเลิศกุล, 2548)

5. สร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร เป็นการดูแลด้านจิตใจที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร ไม่ควรทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารตามลำพัง การมีบุตรหลานร่วมพูดคุย กินอาหารร่วมกัน ย่อมทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น ไม่เงียบเหงา หรือการปรับเปลี่ยนบรรยากาศโดยการไปรับประทานอาหารนอกบ้านบ้าง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่น จิตใจสบาย และส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ (วันดี โภคะกุล, 2547)

การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การประเมินพฤติกรรมจะช่วยทำให้สามารถวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ทำให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งวิธีการประเมินพฤติกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ได้แก่

1. วิธีการประเมินพฤติกรรมโดยตรง (direct methods of assessment) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด เนื่องจากทำให้บอกถึงลักษณะของพฤติกรรมโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตีความ มีวิธีที่นิยมมากที่สุด 4 วิธี ดังนี้ 1) การสังเกตพฤติกรรม (observation) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด และเป็นวิธีหลักที่ใช้ในการประเมิน เพื่อดูการแสดงออกของพฤติกรรมในช่วงเวลาที่สังเกต สามารถดำเนินการได้ใน 2 สภาพการณ์ คือ สภาพการณ์ที่เป็นธรรมชาติ และสภาพการณ์ที่จัดขึ้นในคลินิก โดยผู้สังเกตต้องพยายามทำการสังเกตไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว 2) วิธีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-monitoring) เป็นการที่ผู้กระทำพฤติกรรมเป็นผู้สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งทำให้ผู้กระทำเกิดความตระหนักในพฤติกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ แต่ผลจากการบันทึกอาจไม่เป็นจริง เพราะเกิดจากความลำเอียงของตนเอง 3) การวัดผลที่เกิดขึ้นของพฤติกรรม (measurement of

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. วิธีการประเมินทางอ้อม (indirect methods of assessment) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด และมีปัญหามากที่สุดเช่นกัน เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการตีความ ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ มี 3 วิธี ดังนี้ 1) การสัมภาษณ์ (interview) เป็นวิธีที่สำคัญมาก เป็นการประเมินที่เน้นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ สภาพการณ์ที่บุคคลกระทำและการตอบสนองของบุคคลอื่น ๆ มีข้อดีคือ ได้ข้อมูลเชิงลึก มีความกระจ่าง เข้าใจความรู้สึกและความคิดของผู้ถูกสัมภาษณ์ แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่ต้องอาศัยความจำ และบางครั้งผู้ถูกสัมภาษณ์พยายามตอบคำถามเพื่อให้ตนเองดูดี 2) การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น (information from other people) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อบุคคลที่ต้องการปรับพฤติกรรม มักใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นหลัก แต่ควรระวังเกี่ยวกับความลำเอียงของผู้ให้ข้อมูลด้วย 3) การรายงานตนเอง (self report) เป็นการรายงานตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และความคิด เป็นต้น เป็นวิธีที่ควรใช้ร่วมกับวิธีอื่น เพราะข้อมูลไม่ค่อยมีความแม่นยำ และอาจมีการบิดเบือน

ในการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ควรจะใช้ทั้งวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยตรง และทางอ้อมร่วมกัน เพราะเป็นพฤติกรรมที่มีความละเอียดและยากต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจต้องใช้ทั้งวิธีการโดยทางตรง และทางอ้อม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามต้องการ มีความน่าเชื่อถือ แม่นยำ และมีความเป็นจริงที่สุด การเลือกใช้วิธีประเมินพฤติกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นสำคัญ รวมทั้งแหล่งข้อมูล คุณสมบัติและคุณลักษณะของประชากร เวลา และงบประมาณ เป็นต้น (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) ทำให้อาจมีข้อจำกัดในการเลือกวิธีการประเมินที่หลากหลายที่มีทั้งข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันดังที่ได้กล่าวข้างต้น สำหรับการประเมินพฤติกรรมในผู้สูงอายุนั้นนิยมใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เป็นส่วนใหญ่ อาจเนื่องจากไม่มีความยุ่งยาก ประหยัดเวลาในการตอบ ไม่รบกวนผู้สูงอายุมากเกินไป สามารถอ่านให้ฟังแล้วให้ผู้สูงอายุตอบได้ ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้มีการพัฒนา เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการวิจัยนั้นๆ ดังเช่น

แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดย ณัฐณิชา โพธิกานัน (2543) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมทางอ้อม ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม 33 ข้อ มี 4 ระดับคะแนน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความต้องการความรู้ในด้านโภชนาการ การ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีความเฉพาะเจาะจงโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ประกอบไปด้วย การเลือกชนิดอาหาร การเตรียมและปรุงอาหาร และการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นแบบประเมินทางอ้อม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น เพื่อที่จะสามารถเน้นพฤติกรรมเฉพาะเจาะจงได้

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีมากมาย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านพันธุกรรมและชีวภาพ จิตวิทยา สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (Pender et al., 2006) ซึ่งจากปัจจัยเหล่านี้ ทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความซับซ้อนและยากต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการรับประทานอาหารจะรวมเป็นลักษณะของแต่ละบุคคล และเป็นแบบแผนชีวิตของแต่ละครอบครัว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ประสบผลสำเร็จจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) โดยปัจจัยด้านสติปัญญาและลักษณะที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถจูงใจให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยมโนทัศน์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมากที่สุดถึงร้อยละ 86 และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมโนทัศน์อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมถึงร้อยละ 57 (Pender et al., 2006) จากการศึกษาของ จีราพร ทองดี (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 55.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 จากการศึกษาของ คอนน์ (Conn, 1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภค

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการ และดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Bandura, 1997) โดยได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่จะแสดงพฤติกรรมได้ในระดับใด แต่ในความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น จะเป็นการตัดสินจากผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการแสดงพฤติกรรม บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง มักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีความกระตือรือร้น ใช้ความพยายามมาก ไม่หลีกเลี่ยงหรือท้อแท้เมื่อมีอุปสรรค และในบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะต่ำจะเลือกงานที่ง่าย ขาดความพยายาม ท้อแท้เมื่อมีอุปสรรค และจะส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล กลัวความล้มเหลว เป็นต้น การรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับ 3 มิติ (Bandura, 1997) ดังนี้

1. มิติตามระดับ (level) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการแสดงพฤติกรรม จะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล โดยผันแปรตามความยากง่ายที่จะกระทำ โดยเริ่มจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ง่ายแล้วค่อยๆเพิ่มความยากขึ้น จนสามารถปฏิบัติได้ บุคคลก็จะมีการแสดงพฤติกรรมได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเชื่อในความสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นด้วย

2. มิติความแข็งแกร่ง (strength) บุคคลที่มีความแข็งแกร่ง เข้มแข็ง จะมีความพยายามอุตสาหะ ที่จะแสดงพฤติกรรม แม้ว่าจะมีอุปสรรค หรือยากลำบากมาก บุคคลนั้นก็จะมีความมุ่งมั่นและแสดงออกพฤติกรรมได้ประสบผลสำเร็จ

3. มิติความเป็นสากลหรือมิติเชื่อมโยง (generality) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน โดยการเชื่อมโยงสถานการณ์ใหม่กับสถานการณ์เดิมในอดีตที่มีความคล้ายคลึงกัน และเคยปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญกับสถานการณ์ใหม่นั้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยสามารถส่งเสริมได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการกระทำได้สำเร็จด้วยตนเอง หากบุคคลกระทำและประสบผลสำเร็จด้วยตนเองหลายๆ ครั้ง จะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และบุคคลก็จะพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ แม้ว่าในบางครั้งจะเกิดความล้มเหลวบ้าง แต่ก็ไม่มีผลมากนัก เพราะบุคคลจะประเมินว่าตนประสบความล้มเหลวจากปัจจัยอื่น เช่น ความพยายามไม่เพียงพอ สถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย เป็นต้น แต่หากบุคคลประสบกับความล้มเหลวอยู่เสมอ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) เป็นการได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนในการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ แล้วประสบความสำเร็จ จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ประสบความสำเร็จเช่นกัน กระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมจากตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

1) กระบวนการตั้งใจ (attention processes) เป็นปัจจัยแรกที่มีความสำคัญมาก เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ การที่บุคคลจะสนใจตัวแบบหรือไม่นั้นย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะของตัวแบบและผู้สังเกต โดยตัวแบบควรมีลักษณะใกล้เคียงกับผู้สังเกต รวมทั้งคุณค่าของพฤติกรรมที่แสดงออกของตัวแบบที่ไม่ซับซ้อน มีประโยชน์ต่อผู้สังเกต ส่วนผู้สังเกตก็จะต้องมีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา และความชอบเดิมอยู่ด้วย

2) กระบวนการเก็บจำ (retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเข้าไปเก็บไว้ในหน่วยความจำ ซึ่งอาจจะเก็บไว้ในรูปแบบสัญลักษณ์ จัดระบบโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้ง่ายแก่การจดจำ การจะจดจำข้อมูลได้ดีบุคคลต้องมีการซักซ้อมบ่อยครั้ง รวมทั้งขึ้นอยู่กับการมีความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตด้วย

3) กระบวนการปฏิบัติ (production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ที่ได้เก็บจำเอาไว้ออกมาเป็นการปฏิบัติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4) กระบวนการจูงใจ (motivation processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ การที่ผู้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับรางวัลหรือการเสริมแรงต่างๆ จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามตัวแบบโดยคาดหวังว่าตนจะได้รับผลเช่นนั้นตามตัวแบบ

ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี 2 ประเภท (Bandura,1997) ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกต และปฏิสัมพันธ์โดยตรง โดยมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ในด้านเพศ อายุ เชื้อชาติ ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้สังเกตมีความสนใจ และมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เช่นเดียวกับที่ตัวแบบแสดง

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ วีดีทัศน์ การ์ตูน เป็นต้น การเสนอลักษณะนี้สามารถเตรียมเรื่องราวตัวแบบได้ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมที่ต้องการได้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมาก และในสถานที่ต่างๆ ได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) การชักจูงด้วยคำพูดเป็นส่วนที่นิยมใช้กันมาก โดยการพูดให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะประสบผลสำเร็จได้ โดยวิธีการชี้แนะ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ ในการใช้คำพูดชักจูงอย่างเดียวอาจทำให้ได้ผลในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองร่วมด้วย โดยการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล พร้อมกับการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน จะทำให้เกิดการส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะของตนมากขึ้น

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) การที่บุคคลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเมื่อร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะที่เพิ่มขึ้น หากบุคคลมีสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยอ่อนแอส่งผลต่อการมีสมรรถนะแห่งตนต่ำ ส่วนในด้านอารมณ์ หากมีสภาพอารมณ์ทางบวกจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และในทางกลับกันถ้ามีสภาพอารมณ์ทางลบ เช่น การถูกข่มขู่ การทำให้เกิดความเครียด เป็นต้น ย่อมส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำลง และหลีกเลี่ยงในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรม จึงมีผู้ที่สนใจและนำทฤษฎีดังกล่าวมาศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ (2541) ศึกษาผลการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 20 รายโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม และจัดให้แต่ละกลุ่ม ได้รับความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการสังเกตตัวแบบจากวีดีทัศน์ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันทุกเดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรนุช เขียวสะอาด (2544) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 30 ราย และทำการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะแรก เครื่องมือจะเป็นการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบบทั่วๆไป ซึ่งต่อมาได้มีเครื่องมือในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าพฤติกรรมโดยทั่วไป ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตน จึงมีลักษณะการประเมินพฤติกรรมที่เฉพาะ และวัดระดับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เครื่องมือในการประเมินสมรรถนะแห่งตนจะเป็นการวัดโดยวิธีทางอ้อม โดยใช้แบบวัดที่เป็นแบบสอบถาม และอาจเนื่องจากการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็นการยากที่จะประเมินโดยวิธีทางตรง ที่ยากต่อการสังเกต หรือตีความได้โดยตรง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่มีการพัฒนาขึ้นเฉพาะ มีแต่แบบประเมินพฤติกรรมโดยรวม ดังนี้

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดย ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถาม 17 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง 4 เรื่อง คือ การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลัง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดย อรนุช เขียวสะอาด (2544) สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา และเพศสัมพันธ์โดยมีข้อคำถาม 37 ข้อ และในด้านการบริโภคอาหาร 9 ข้อ นำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .82

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้น ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งเป็นการประเมินทางอ้อม เพื่อประเมินการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทั้งการเลือกชนิดอาหาร การเตรียมหรือปรุงอาหาร และการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันของบุคคลในสังคม เพื่อให้บรรลุความต้องการในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคมของบุคคล (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายความหมาย ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้น เชื่อว่ามีคนให้ความรักดูแลเอาใจใส่ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า รวมทั้งรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกให้บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (network support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์, คอยเน่, และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ หรือบริการ โดยผู้รับจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือ หรือการปฏิสัมพันธ์ โดยแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง ความรักใคร่ ผูกพัน ใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การยอมรับ เอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่ทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้ หรือการได้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และการบริการต่างๆ

เฮาส์ (House, 1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุน ยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อการนำไปใช้ประเมินตนเอง และเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทางและการให้ข้อมูล เพื่อจะนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยการให้วัตถุสิ่งของ เงิน แรงงาน เวลา และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

การสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการกระตุ้นพฤติกรรมทางบวก เช่น การออกกำลังกาย และลดพฤติกรรมทางลบ เช่น การสูบบุหรี่ ในทางอ้อมนั้นการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียด ส่งผลต่อด้านจิตใจทำให้บุคคลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติสามารถนำไปแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ การสนับสนุนทางสังคมได้มาจากบุคคลหรือกลุ่มที่ให้การสนับสนุน 2 กลุ่ม คือ (House, 1981)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน

2. กลุ่มที่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่มีลักษณะการช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น ผู้ช่วยเลี้ยงเด็ก ผู้ช่วยทำงานบ้าน นักกฎหมาย ผู้ให้บริการด้านการเงิน หรือกลุ่มผู้ให้บริการด้านสวัสดิการ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำศาสนา หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ในภาวะที่มีสุขภาพดีครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพและป้องกันโรค เมื่อเจ็บป่วยครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนในการให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ (Lorensen, 1992) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ด้านกายภาพ สรีรวิทยา และจิตสังคมที่มากกว่าวัยอื่น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อีกทั้งบทบาททางสังคมลดลง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังต้องดูแลรักษาตนเองเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และในครอบครัวไทยผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล และเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด และครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีผลต่อการลดความเครียด และลดผลกระทบจากความเครียดที่มีต่อภาวะสุขภาพ (House, 1981) นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และ คณะ, 2542) ในการวิจัยครั้งนี้นอกจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมแล้ว ยังส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการดูแลเอาใจใส่ ยกย่อง ชมเชย ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรู้สึกว่าตนมีคุณค่า และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย บรรเทาความเครียด และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่นำมาประเมินได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และบุคคลยังสามารถประเมินตนเองได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด เป็นการแสดงออกในการให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นเหมือนการถ่ายทอดข้อมูลเพื่อให้บุคคลนำไปใช้ประเมินตนเอง และเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม ได้แก่ การแสดงความคิดเห็น ยกย่อง ชมเชย จากบุคคลในครอบครัว หรือคนที่ใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม การสนับสนุนด้านการประเมินค่า มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือการติดต่อซึ่งกันและกัน การเห็นพ้องยอมรับ และการเสริมแรง ซึ่งจะทำให้เกิดความหวัง และความพึงพอใจ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Fleury, 1993) การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไม่ทราบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ตนปฏิบัตินั้นถูกต้องและเหมาะสมกับโรคเหมือนกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอื่นหรือไม่ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จากสมาชิกครอบครัวตรงตามจริง เพื่อนำไปประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรายอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดความรู้สึกมั่นใจ ภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสมได้เช่นเดียวกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรายอื่น ซึ่งอาจทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อไป

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูลทั้งเป็นแบบทางการและไม่เป็นทางการ โดยการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทางและการให้ข้อมูล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญรองจากการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนที่ตรงตามต้องการ การให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรด้วยความบริสุทธิ์ใจ ย่อมส่งผลต่อจิตใจตามมา ได้แก่ การช่วยเหลือในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การบริการเมื่อเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านนี้จะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจ และความผาสุก ซึ่งมีผลในการบรรเทาความเครียดได้ในผู้ป่วยเรื้อรัง (Will, 1985) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจนอกจากได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย และมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรค ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงการช่วยเหลือทั้งการเลือกชนิดอาหาร การให้เงิน การช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ รวมถึงการให้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองที่ตรงตามต้องการ ซึ่งเกิดผลทางด้านจิตใจตามมา และเกิดความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้

การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวทั้ง 4 ด้าน เป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ช่วยลดความเครียด ช่วยสะท้อนข้อมูลที่เป็นจริงจากการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และช่วยตอบสนองสิ่งต่างๆได้ตรงตามต้องการ ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอ และต่อเนื่องได้

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่มีผู้ทำการศึกษา และให้ความหมายไว้ ตามแนวคิดต่างๆ มากมาย ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม สามารถประเมิน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามเป็นทางบวกทั้งหมด แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ไม่เป็นความจริง 1 คะแนน จนถึงเป็นจริงมากที่สุด 4 คะแนน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .74

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินทางอ้อมโดยใช้แบบวัด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้น ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อเป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในสถานการณ์ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้สมรรถนะของตนเองทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น แม้ว่าจะมีอุปสรรคเกิดขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจในการปฏิบัติ และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และยากต่อการเปลี่ยนแปลง การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ แม้จะมีอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ร่วมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ ย่อมทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า มีผู้วิจัยอื่นได้สนใจ และนำทั้งสองปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา ดังเช่น

พิมผกา ปัญโญใหญ่ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สายฝน กันธมาลี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) จากผู้วิจัย และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) จากสมาชิกในครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิคและความดันไดแอสโทลิคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บังเอิญ แพรุ้งสกุล (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) จากผู้วิจัย และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) จากสมาชิกในครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค รวมทั้งส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งประกอบด้วย การเลือกชนิดอาหาร การเตรียมหรือปรุงอาหาร และการบริโภคอาหาร 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบ ที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมผ่านสื่อวีดีทัศน์ 3) การใช้คำพูดชักจูงโดยวิธีการชี้แนะ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยประเมินสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ โดยการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) ด้านการประเมินค่า โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้นำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองกับบุคคลอื่นได้ 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่าง 4) ด้านทรัพยากร โดยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก โดยการจัดเตรียมวัตถุดิบ อุปกรณ์ประกอบอาหาร และให้เวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved