

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจวายในผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 - 2.2 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ
 - 2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 - 2.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย
3. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย

ภาวะหัวใจวายในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจวายเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ (Stanley & Beare, 1995; Liew & Krum, 2001) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถส่งเลือดออกไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ได้เพียงพอกับความต้องการของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย (Smeltzer & Bare, 2000; Roach, 2001; O'Neil, 2002; Burke & Laramie, 2004) เนื่องมาจากมีพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลจากภาวะผิดปกติต่าง ๆ เช่น ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ภาวะที่ร่างกายมีความต้องการเลือดและออกซิเจนในปริมาณที่มากกว่าปกติ การไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจผิดปกติ และภาวะที่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic) และมีการหลั่งสารสื่อประสาท (Neurohormonal Mediators) ต่าง ๆ มากมาย ซึ่งสารสื่อประสาทเหล่านี้จะย้อนกลับมามีผลร้ายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายทำให้ผนังหัวใจบางลง ขนาดของหัวใจโตขึ้น ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์, 2546)

การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

ภาวะหัวใจวายมีการดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่พยาธิสรีรภาพดำเนินเข้าสู่ระยะเรื้อรัง และทำให้เกิดความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (พิกุล บุญช่วง, 2541) สมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification [NYHAFC]) จึงได้มีการจัดแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและจากลักษณะอาการที่ปรากฏ ดังนี้ (เดือนฉาย ชยานนท์, 2539; พิกุล บุญช่วง, 2541; Watson, Gibbs, & Lip, 2000; Peacock, Bosker, Albert, & Emerman, 2001; Morris, Swol, & Udani, 2005)

Class I สามารถทำกิจกรรมของร่างกายตามปกติ โดยไม่แสดงอาการใด ๆ ของภาวะหัวใจวาย

Class II สามารถทำกิจกรรมของร่างกายตามปกติ แต่ถ้าออกแรงมากจะมีอาการของภาวะหัวใจวาย เมื่อได้พักอาการต่าง ๆ จะหายไป

Class III สามารถทำกิจกรรมของร่างกายได้เพียงเล็กน้อย จะเกิดอาการของภาวะหัวใจวาย เมื่อได้พักอาการก็จะหายไป

Class IV มีอาการของภาวะหัวใจวาย แม้ในขณะที่พัก

จากระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายจะเห็นได้ว่า ในระดับ 1 – 3 หากไม่อยู่ในระยะที่อาการกำเริบ ผู้ป่วยยังสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ถึงแม้จะมีอาการแต่เมื่อพักอาการจะดีขึ้น จึงเหมาะแก่การที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมกับโรค ช่วยยับยั้งหรือชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย กำหนดความรุนแรงอยู่ที่ ระดับ 1 – 3

สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจวาย

จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางที่เสื่อมลง เป็นผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงไปด้วย ระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุก็มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านโครงสร้างและหน้าที่ที่ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวาย ดังนั้น สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายจึงมีทั้งสาเหตุพื้นฐาน (Underlying Cause) และสาเหตุส่งเสริม (Precipitating Cause) ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; พิกุล บุญช่วง, 2541; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Braunwald, 2001)

1. สาเหตุพื้นฐาน (Underlying Cause) สาเหตุพื้นฐานของภาวะหัวใจวาย มีดังนี้

1.1 ภาวะที่หัวใจต้องรับภาระหนักผิดปกติ (Abnormal Loading Condition) เกิดจากการที่เวนตริเคิล (Ventricle) ต้องรับภาระออกแรงมากขึ้น (Pressure Load) หรือต้องมีภาระรับปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น (Volume Overload) โดยปกติเมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไปที่เวนตริเคิลจะรับได้ จะทำให้ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ ความผิดปกติที่ทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว เช่น ลิ้นไมทรัลและไตรคัสปิดรั่ว ปริมาตรเลือดมากเกินไป ความพิการแต่กำเนิด

1.2 ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Abnormal Muscle Function) เป็นภาวะที่รบกวนความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง และมีผลต่อการหดตัวของหัวใจ โดยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง ทั้งหมดนี้จะทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ไม่สามารถสูบฉีดเลือดออกจากเวนตริเคิลได้หมด ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจจึงลดลง

1.3 ความจำกัดในการคลายตัวรับเลือดของเวนตริเคิล (Limited Ventricular Filling) เป็นภาวะที่ทำให้เวนตริเคิลไม่สามารถคลายตัวรับเลือดที่กลับมาจากส่วนต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะมีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ ได้แก่ หัวใจถูกบีบรัดจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจถูกบีบกดจากมีของเหลวภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก

2. สาเหตุส่งเสริม (Precipitating Cause) สาเหตุส่งเสริมของภาวะหัวใจวาย มีดังนี้

2.1 การมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้บ่อย เนื่องจากการที่หัวใจที่เต้นเร็วมาก จะทำให้ระยะหัวใจคลายตัวสั้นลง ยิ่งทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง นอกจากนั้นหากหัวใจเต้นช้าเกินไป อาจทำให้หัวใจต้องใช้แรงในการบีบตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

2.2 การเกิดการอุดตันภายในปอด ในผู้ป่วยที่มีกิจกรรมน้อยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ จะทำให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อย และมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกาย บริเวณอุ้งเชิงกราน จะเกิดลิ่มเลือดลอยไปอุดตันที่ปอดอาจทำให้มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้น เกิดภาวะหัวใจวายมากขึ้น

2.3 ภาวะติดเชื้อ ในผู้ป่วยที่มีเลือดคั่งในหลอดเลือดของปอด มักจะเกิดการติดเชื้อของปอดได้ง่าย การติดเชื้อของร่างกายในส่วนใดก็ตาม อาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ

หัวใจวายได้ เนื่องจากการมีไข้ หัวใจเต้นเร็ว ออกซิเจนในเลือดต่ำ และการเพิ่มความต้องการการเผาผลาญจากผลของการติดเชื้อ ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักจนทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

2.4 ภาวะโลหิตจาง จะทำให้ความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์และเนื้อเยื่อ เพื่อที่จะใช้ในการเผาผลาญลดลง หัวใจจึงต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ในระยะแรกหัวใจจะสามารถชดเชยได้ แต่หากยังคงมีภาวะโลหิตจางอยู่อย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้หัวใจไม่สามารถชดเชยได้ เกิดภาวะหัวใจวายตามมา

2.5 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ พบว่าภาวะที่ต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ ทำให้ระดับไทรอยด์ฮอร์โมนสูงขึ้น ส่งผลให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจแรงและเร็วขึ้น ระดับไทรอยด์ฮอร์โมนสูงมีผลให้หลอดเลือดขยาย จึงทำให้แรงดันของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง มีปริมาตรเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบการเต้นของหัวใจห้องบนเร็วกว่าปกติมักพบร่วมกับภาวะหัวใจวาย นอกจากนี้การมีเนื้องอกของต่อมหมวกไตส่วนใน (Pheochromocytoma) ซึ่งมีระดับแคเทคอลามีน (Catecholamine) สูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้น

2.6 ใช้รูมาติกและกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ เช่น ใช้รูมาติกเฉียบพลันและการอักเสบติดเชื้ออื่น ๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนัก ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

2.7 ความดันโลหิตสูง ทำให้หัวใจทำงานหนักจากการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

2.8 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ความดันเลือดแดงในปอดสูงขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนักและเกิดภาวะหัวใจวายได้

2.9 แอลกอฮอล์ มีพิษโดยตรงต่อหัวใจทำให้เกิดหัวใจวายแบบเฉียบพลันและมีผลทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ การดื่มสุราเรื้อรังยังทำให้เกิดภาวะพร่องไทอะมีน (Thiamine Deficiency) มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยาย การไหลเวียนของเลือดเร็วขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจดูดซึมน้ำกลับเข้าไปในเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง จึงมีปริมาตรเลือดกลับสู่หัวใจมากขึ้น การที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง ทำให้ความดันในหัวใจห้องล่างขณะคลายตัวสูง ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจจึงลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว (Dilated Cardiomyopathy) ตามมา

2.10 สาเหตุอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายมากเกินไป การรับประทานอาหารที่มีเกลือมากเกินไป การมีภาวะเครียด นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ เหล่านี้ล้วนเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย

ภาวะหัวใจวาย เป็นภาวะที่มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกายหลายระบบ ซึ่งจะส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุมีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้ (เดือนฉาย ชยานนท์, 2539; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; พจนา ปิยะปกรณชัย, 2541; รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, 2543; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Smeltzer & Bare, 2000)

1. อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) เป็นอาการหายใจลำบากที่พบบ่อยและเป็นอาการแสดงเริ่มแรกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย เกิดจากความดันในหลอดเลือดดำของปอดเพิ่มสูงขึ้นจากหัวใจห้องล่างซ้ายวาย ทำให้มีการคั่งของเลือดและเกิดปอดบวม น้ำ ส่งผลให้ปอดทำงานหนักและขยายตัวไม่ดี จึงต้องใช้แรงเพิ่มในการหายใจ ลักษณะหายใจค่อนข้างเร็วตื้น มีความยากลำบากในการหายใจแต่ละครั้ง และมักพบว่าจะมีอาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง

2. อาการเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) อาการนี้เกิดขึ้นขณะนอนราบ เนื่องจากเวลานอนหงายจะทำให้มีการไหลเวียนกลับของเลือดดำเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้นและเลือดคั่งอยู่ในปอดมากขึ้น นอกจากนี้ก็จะบังลมจะยกสูงขึ้นในท่านอนหงาย ทำให้ความจุของปอด (Lung Capacity) ลดลง และเกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจหอบในท่านอนราบ มักเกิดขึ้นกับผู้ที่มีการค่อนข้างรุนแรง จะรู้สึกหายใจดีขึ้น เมื่อได้นอนทำศีรษะสูง เนื่องจากท่าศีรษะสูงนั้นปริมาณของเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจน้อยลง แรงดันของน้ำภายในหลอดเลือดจากส่วนบนของปอดลดลง และมีการเพิ่มขึ้นของความจุปอด (Vital Capacity)

3. อาการเหนื่อยหอบในเวลากลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea) เป็นอาการเหนื่อยหอบที่เกิดขึ้นภายหลังจากนอนไปประมาณ 2 หรือ 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะตื่นขึ้นมาทันทีทันใด เพราะหายใจไม่ออกอย่างรุนแรง เชื่อว่าเกิดขึ้นโดยมีการไหลกลับของสารเหลวเข้ามาในหลอดเลือด เนื่องจากตอนกลางวันส่วนล่างของร่างกายมีการคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดดำตามแรงโน้มถ่วงของโลกและมีการเพิ่มขึ้นของ Sympathetic tone เมื่อร่างกายอยู่ในแนวราบแรงดันที่มีผลต่อหลอดเลือดของร่างกายส่วนล่างลดลง สารเหลวกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น จึงทำให้ปริมาตรของเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจมีมากขึ้น Preload เพิ่มขึ้น ทำให้หายใจเหนื่อยหอบ อาการเหนื่อยหอบไม่ใช่อาการที่จะพบได้เพียงในเวลากลางคืนเท่านั้น สามารถพบอาการนี้ได้ในระยะแรกของผู้ป่วยมีอาการและเมื่อได้พักจะเกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น

4. อาการหายใจแบบหยุดเป็นพัก ๆ คือ มีอัตราการหายใจเร็วและค่อย ๆ ช้าจนหยุดหายใจแล้วเริ่มหายใจเร็วใหม่ เป็นเช่นนี้เรื่อยไป เรียกการหายใจนี้ว่า การหายใจแบบซิน สโตกส์ (Cheyne stokes respiratory) การหายใจแบบนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจข้างซ้ายวาย

5. อาการไอ เป็นอาการที่พบได้เสมอของภาวะหัวใจวายข้างซ้าย เนื่องจากมีการคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดปอด พบได้ในขณะนอนจึงรบกวนการนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างมาก อาจมีเสมหะหรือไม่มีเสมหะก็ได้ อาการไอที่พบในผู้ป่วยหัวใจวายมักมีสาเหตุจากการบวมของเยื่อหุ้มปอดหรือมีการคั่งของสารเหลวในเนื้อเยื่อปอด ซึ่งสามารถตรวจพบโดยการเอ็กซเรย์ปอด

6. อาการไอเป็นเลือด เสมหะอาจเป็นฟองสีชมพู ซึ่งเกิดขึ้นในภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน เป็นผลจากการสะสมของสารน้ำและเลือดในถุงลมปอด นอกจากนั้นในโรคหัวใจลิ้นไมตรีตีบ ความดันในเอเทรียม (Atrium) สูงขึ้น และยังส่งต่อไปถึงหลอดเลือดดำที่รับเลือดจากปอดมายังหัวใจและหลอดเลือดดำของหลอดลมที่อยู่ตามเยื่อหุ้มจึงอาจขยายและแตกได้ ทำให้เกิดไอเป็นเลือด

7. อาการบวมและมีน้ำหนักตัวเพิ่ม จะพบเมื่อการทำงานของหัวใจด้านซ้ายวายเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม เริ่มที่อวัยวะส่วนปลายจนบวมถึงบวมทั่วตัว

8. อาการทางสมอง พบในภาวะหัวใจวายที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อยลง ทำให้ไปเลี้ยงสมองไม่พอ โดยจะแสดงอาการ คือ เลอะเลือน ชึม เอะอะ หงุดหงิด โวยวาย นอนไม่หลับ เป็นลมหมดสติ หายใจแบบชิน สโตกส์ ซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

9. อาการทางลำไส้ เป็นผลจากการที่มีเลือดคั่งในหลอดเลือดดำของลำไส้ เนื่องจากหัวใจด้านซ้ายวาย หรือผลจากยาดิจิตาลิส (Digitalis) ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง และท้องผูก

10. อาการท้องโต (Ascites) เป็นอาการที่เกิดจากการมีน้ำซึมออกจากหลอดเลือดดำ และขังอยู่ในช่องท้องมาก

11. อาการอ่อนเพลียและกล้ามเนื้ออ่อนแรง มักเกี่ยวกับหัวใจห้องล่างซ้ายวาย เนื่องจากเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอ จึงทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียได้ง่าย ร่วมกับการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงทำให้อ่อนเพลียมากขึ้น

12. หลอดเลือดดำที่คอโป่ง เนื่องจากเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจทางห้องขวาบน ไม่สามารถไหลเข้าได้สะดวก เพราะความดันในช่องหัวใจข้างขวาสูง

13. อาการทางระบบปัสสาวะ เนื่องจากในเวลากลางคืนผู้ป่วยนอนพัก เลือดไหลไปสู่ไตมากขึ้น ทำให้ไตกรองปัสสาวะมากขึ้นผู้ป่วยจึงปัสสาวะมาก ส่วนในเวลากลางวันผู้ป่วยจะปัสสาวะน้อย

อาการต่าง ๆ เหล่านี้ จะเกิดขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้น จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อช่วย

ยับยั้งหรือชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจวาย

เมื่อมีภาวะหัวใจวายเกิดขึ้น ประสิทธิภาพของการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายในการที่จะสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทำให้จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง จึงมีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนโลหิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษา จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการของโรครุนแรงขึ้น ดังต่อไปนี้

1. ภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary Edema) แสดงถึงการมีเลือดคั่งในปอดที่รุนแรง เกิดจากประสิทธิภาพของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบตัว เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง จึงทำให้มีเลือดคั่งในหัวใจห้องล่างซ้ายมาก เกิดความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายสูง เลือดจากหัวใจห้องบนซ้ายไม่สามารถไหลลงไปได้ ทำให้ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายสูงขึ้น ผลที่ตามมา คือ มีเลือดคั่งอยู่ในปอดมากขึ้นและเลือดที่คั่งอยู่จะซึมเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอดหรือหลอดลมฝอย ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการขาดออกซิเจนจากปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) และถ้าอาการรุนแรงขึ้นจะทำให้เกิดการหายใจล้มเหลว อาการมักเกิดกะทันหัน ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากรุนแรง มีเสียงวี๊ด ไอ นอนราบไม่ได้ มีอาการเขียวเสมหะเป็นฟองสีขาว ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Brunner & Suddarth, 1984; Eckman, Harold, Mauro, Ninger, & Priff, 1998)

2. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmias) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญภาวะหนึ่งของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดอาจมีผลข้างเคียงก่อให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น ยาขับปัสสาวะที่อาจส่งผลให้เกิดโปแตสเซียมต่ำ (Hypokalemia) มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (พิกุล บุญช่วง, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; Brunner & Suddarth, 1984; Smeltzer & Bare, 2000; Watson et al., 2000)

3. ไตวาย (Renal Failure) เกิดจากเมื่อมีภาวะหัวใจวาย การบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายใน 1 นาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะไตวายตามมา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุได้มีการเสื่อมหน้าที่ในการขับถ่ายของเสียลดลง ดังนั้นการขับถ่ายยาจึงลดลง เกิดพิษของยาได้ง่าย (Roach, 2001) และจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไตขับสารเรตินและกระตุ้นต่อมหมวกไตมีการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน ทำให้มีการกักเก็บน้ำและโซเดียมไว้ เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย ทำให้อาการของภาวะหัวใจวายเลือดคั่งรุนแรงขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; Brunner & Suddarth, 2000; Smeltzer & Bare, 2000)

การรักษาภาวะหัวใจวายในผู้สูงอายุ

การรักษาภาวะหัวใจวายในผู้สูงอายุนั้น มีหลักการเช่นเดียวกับในวัยผู้ใหญ่ (Eliopoulos, 2001) มีจุดมุ่งหมายในการรักษาที่เน้นในปัจจุบันคือ เพื่อลดอาการและทำให้การดำเนินของโรคช้าลง (รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, 2543; วันดี โภคะกุล, 2548) โดยมีแนวทางในการรักษา ดังต่อไปนี้

1. การแก้ไขสาเหตุโดยตรงที่เป็นพื้นฐานทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เช่น การผ่าตัดแก้ไขความพิการของลิ้นหัวใจ หรือการทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดมีปริมาณเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2. การกำจัดสาเหตุที่ส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย การรักษาภาวะหัวใจวายจะดีขึ้นไม่ได้ ถ้าหากสาเหตุส่งเสริมนั้นไม่ถูกรักษา

3. การควบคุมภาวะหัวใจวายไม่ให้อาการรุนแรงเพิ่มขึ้น มีดังนี้

3.1 ลดการทำงานของหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ จึงเป็นการลดการทำงานของหัวใจที่หนักของหัวใจ

3.2 เพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจโดยใช้ยาดิจิตาลิส (Digitalis) เนื่องจากยาดิจิตาลิสจะช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ ทำให้เกิดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ 1 นาทีเพิ่มขึ้น แต่การใช้ยาดิจิตาลิสในผู้สูงอายุควรระมัดระวัง เพราะความไวของของกล้ามเนื้อหัวใจต่อยาดิจิตาลิสจะเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุจะเกิดพิษข้างเคียงของยาได้ง่าย อาการที่พบ คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มองเห็นผิดปกติ ปวดท้องและมีอาการหัวใจเต้นช้าผิดปกติหรือเต้นผิดจังหวะ (Roach, 2001; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

3.3 ลดจำนวนน้ำและเกลือที่มากเกินไปในร่างกาย โดยการให้ยาขับปัสสาวะและจำกัดน้ำดื่ม ลดหรือลดอาหารรสเค็ม โดยยาขับปัสสาวะจะช่วยลดจำนวนการคั่งของเลือดและน้ำในระบบไหลเวียนของร่างกาย (Roach, 2001)

3.4 ลดแรงต้านของหัวใจโดยใช้ยาขยายหลอดเลือด กลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor มีผลทำให้ระดับความรุนแรงของโรคดีขึ้น สามารถลดอัตราการตายและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลได้ (DeWald, Gaulden, Beyler, Whellan, & Bowers, 2000)

3.5 ส่งเสริมสุขภาพร่างกายโดยการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอในรายที่ได้รับยาขับปัสสาวะที่ขับโปแตสเซียมออกจากร่างกาย ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เพื่อป้องกันภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

3.6 การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะของโรค ซึ่งจะช่วยยับยั้งหรือชะลอการดำเนินความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ลดการกลับเข้า

รักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายจำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด เพื่อจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลกระทบของภาวะหัวใจวายในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจวาย เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย สังคมและเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

จากพยาธิสภาพและอาการของ โรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย ไอ อ่อนเพลีย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง มีสมรรถภาพของร่างกายลดลง คุณภาพชีวิตและส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย

2. ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์

ภาวะหัวใจวายมีการดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่พยาธิสรีรภาพดำเนินเข้าสู่ระยะเรื้อรัง และทำให้เกิดความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (พิกุล บุญช่วง, 2541) จากความรุนแรงของโรคที่แสดงออกทางอาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความรู้สึก คุณภาพต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจและอารมณ์ตามมา ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า (Jiang et al., 2004) กลัวและเกิดความเครียดที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น เป็นภาระให้กับครอบครัว รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจและคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดกำลังใจ

3. ผลกระทบด้านสังคม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย เมื่อควบคุมอาการไม่ได้ ส่งผลทำให้ต้องกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคมที่ตนรักและต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อช่วยในการตอบสนองด้านต่าง ๆ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

จากภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วย ทำให้ต้องกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หรือต้องมีบุคคลในครอบครัวที่ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ในประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2005 โดยประมาณค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของภาวะหัวใจวายประมาณ 27.9 ล้านดอลล่าร์

(American Heart Association, 2005, pp. 26 – 27) สำหรับในประเทศไทย พบว่า ค่ารักษาพยาบาลโรคหัวใจวายโดยเฉลี่ย 3,954.68 บาทต่อครั้งต่อราย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543, หน้า 249)

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม คงไว้ซึ่งหรือส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยยับยั้งหรือชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดการกลับ เข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อีกทั้งยังนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวอีกด้วย

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลวิธีที่องค์การอนามัยโลกได้ให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทั่วโลกได้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวาว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคล จะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

โอ โคนเนล (O'Donnell, 1987 cited in Edelman & Mandle, 1998) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นศาสตร์และศิลป์ของการช่วยเหลือบุคคลในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี

กรีนและครุยเตอร์ (Green & Kreyter, 1991 อ้างถึงใน วัลลดา เล้ากอบกุล, 2542, หน้า 31) ให้ความหมายว่าการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นการผสมผสานระหว่างการสนับสนุนด้านการศึกษาและด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำหรือปฏิบัติและสภาพการณ์ของการดำรงชีวิตที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

เพนเดอร์ (Pender, 1996, p. 34) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล โดยมุ่งส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จและเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้น เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจมากในการนำมาใช้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ในปี 1980 เป็นครั้งแรกของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model; HPM) ที่ได้ปรากฏขึ้นในวรรณกรรมทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการรวมเอาแนวคิดทางด้านศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์มาอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ต่อมาในปี 1987 ก็ได้มีการแก้ไขปรับปรุง (Pender, 1996, pp. 51 – 52) โดยอธิบายการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด สติปัญญาและการรับรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง (Expectancy – Value Theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง

เพนเดอร์ กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ (Cognitive – Perceptual Factors) ปัจจัยเสริม (Modifying Factors) และปัจจัยจากการกระตุ้นของตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) เป็นปัจจัยร่วมกันที่ทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตน การให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ลักษณะชีววิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้นจากผลจากการกระตุ้นบุคคลทั้งภายในและภายนอกได้

จากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ พบว่า บางปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ การควบคุมสุขภาพ และตัวชี้แนะการกระทำ ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยังขาดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยังไม่สามารถใช้ได้กับภาวะสุขภาพของทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะในบุคคลที่ถูกคุกคามจากการเจ็บป่วย ปัจจัยบางอย่าง เมื่อนำไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติแล้วไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้น ในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ จึงได้พัฒนาปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่ (Revised Health Promotion Model) ดังแสดงในภาพที่ 2 โดยอาศัยผลงานที่ได้จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำมาพิจารณาจัดกลุ่มใหม่

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์นี้ (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีบุคลิกลักษณะและประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำที่ต่อเนื่องในอดีต ส่งผลต่อการกระทำที่ต่อเนื่องตามมาภายหลัง คุณลักษณะและประสบการณ์ดังกล่าว ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior Related Behavior) บุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำที่แสดงออก การมีพฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลทางตรงอาจเกิดจากความเคยชินจากการปฏิบัติ ซึ่งทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ โดยความคุ้นเคย ซึ่งทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างอัตโนมัติ โดยไม่ต้องสนใจรายละเอียดของการปฏิบัติมากนัก ส่วนผลทางอ้อมนั้น สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) พฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติจริงและการป้อนกลับจากพฤติกรรม เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะหรือทักษะของตนเอง ส่วนประโยชน์ที่คาดล่วงหน้าหรือที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว คือ การคาดหวังในผลลัพธ์ ถ้าประโยชน์ในระยะสั้นเกิดขึ้นเร็ว บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ นอกจากนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จนั้นต้องเอาชนะอุปสรรคที่เคยเก็บสะสมไว้ในความทรงจำด้วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์นั้น พบว่าการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นด้วย ทั้งที่เป็นอารมณ์ในทางบวกและลบ อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการกระทำพฤติกรรม อารมณ์ดังกล่าวจะถูกบันทึกอยู่ในความทรงจำเป็นข้อมูลซึ่งจะถูกดึงออกมา เมื่อมีการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นในภายหลัง

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตจึงเป็นปัจจัยที่ผลทั้งต่อการรู้คิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการปรับความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผ่านมาในทางบวก โดยมุ่งเน้นที่ประโยชน์ของพฤติกรรม สอนวิธีการเอาชนะอุปสรรคเพื่อให้สามารถกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จและส่งเสริมให้รับรู้สมรรถนะและอารมณ์ของตนเองในทางบวก โดยผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการป้อนกลับทางบวก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior – Specific Cognitions and Affect) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยาของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) ภาวะวัยเจริญพันธุ์

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self – Motivation) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล ได้แก่ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีผลโดยตรงต่อสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล และมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. สติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior – Specific Cognitions and Affect) ปัจจัยทางด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) เป็นการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรม ในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลมีการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ ประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกดีในตัวเอง ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ ทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงโดยจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม แต่จะมีอิทธิพลมาน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ดังกล่าว และระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและการเกิดประโยชน์นั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived Barriers to Action) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทั้งต่อความตั้งใจ และการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลควบคุมได้หรือไม่อยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การสูญเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมใน

การปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง ในทางตรงกันข้ามถ้ามีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงโดยชัดเจนว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยทำให้เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self – Efficacy) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลที่จะลงมือกระทำพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคที่จะกระทำ โดยบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำกิจกรรมลดลง และจะให้ความร่วมมือที่จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรม และทำให้บุคคลเกิดความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) นอกจากนี้อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กล่าวคือ ยิ่งมีอารมณ์ด้านบวกมาก จะยิ่งรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นอิทธิพลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อมผ่านทางการรับรู้อุปสรรคและความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity – Related Affect) ในการปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตาม บุคคลจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบเกิดขึ้นร่วมด้วย โดยอาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อารมณ์ดังกล่าวจะถูกนิยามตามความรู้ความเข้าใจและถูกเก็บสะสมไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง การตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity – Related) ตัวผู้ปฏิบัติพฤติกรรมเอง (Self – Related) และสิ่งแวดล้อมในขณะที่ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว (Context – Related) อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวนี้ จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ หรือการดำรงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืนหรือไม่ ตามปกติพฤติกรรมใดที่ปฏิบัติแล้วเกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านบวกมักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านลบมักจะถูกหลีกเลี่ยง อย่างไรก็ตามการปฏิบัติบางอย่างอาจทำให้เกิดทั้งอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ จึงต้องเปรียบเทียบกัน อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมมีความแตกต่างไปจากเจตคติต่อพฤติกรรม เพราะเจตคติดังกล่าวไม่ใช่อารมณ์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อพฤติกรรม อารมณ์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม

2.4 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรง

หรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งสำคัญที่สุดของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบอย่าง

บรรทัดฐานทางสังคมเป็นสิ่งที่กำหนดมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติที่คนส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการลงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแบบอย่างสามารถแสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ โดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม

บุคคลแต่ละคนไวต่อความปรารถนา แบบอย่าง และความชื่นชมของบุคคลอื่นแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ถ้ามีแรงจูงใจเพียงพอบุคคลจะปฏิบัติตามวิถีทางที่สอดคล้องกับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยมักจะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งจะได้รับการชื่นชมและพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน การที่อิทธิพลของบุคคลอื่นจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลใดได้ บุคคลนั้นจะต้องให้ความสนใจต่อพฤติกรรม ความปรารถนา และสิ่งกระตุ้นจากผู้อื่น ทำความเข้าใจและซึมซับสิ่งเหล่านั้นเข้าสู่ มโนภาพ (Cognitive Representation) เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ การยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่นอาจแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ

2.5 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยที่สถานการณ์นั้นเป็นตัวกำหนดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากรู้ว่าสถานการณ์นั้นน่าสนใจ เหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับตนเองและปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม บุคคลจะเลิกปฏิบัติกิจกรรมหากสถานการณ์นั้นไม่เหมาะสมกับตนเอง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองหรือไม่ปลอดภัย

3. ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Action) เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ความคิดในการตกลงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพียงลำพัง โดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบอื่นในขณะนั้นและความนึกคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์หรือวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติให้เป็นผลสำเร็จ และการเสริมแรงใน

การปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะถ้ามีเพียงความมุ่งมั่นเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีวิธีที่เหมาะสม มักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

3.2 ความต้องการและความพึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งเข้ามาอย่างกะทันหัน ก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ มีความแตกต่างไปจากอุปสรรค กล่าวคือ ความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อนขึ้นอยู่กับการต้องการภายนอกหรือเพราะความบังเอิญด้านสภาพแวดล้อม ไม่อย่างนั้นจะเกิดผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่นที่มีความสำคัญ ส่วนความพึงพอใจอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่า บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างสูง ความพึงพอใจในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ การที่จะต้านทานความพึงพอใจอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเองซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกัน

ความต้องการและความพึงพอใจอื่นที่เข้ามาในขณะนั้น มีผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งใจไว้ อย่างไรก็ตาม การมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนอย่างแข็งแกร่ง อาจช่วยให้สามารถลงมือปฏิบัติพฤติกรรมจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ได้ แม้จะมีความต้องการและความพึงพอใจอื่นในขณะนั้น

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) เป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางบวก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้จำแนกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

3.3.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ การพูดคุยซักถาม และการขอคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

3.3.2 ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวของการปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอและวิธีการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการนั่งหรือการยืนนาน ๆ

3.3.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของ

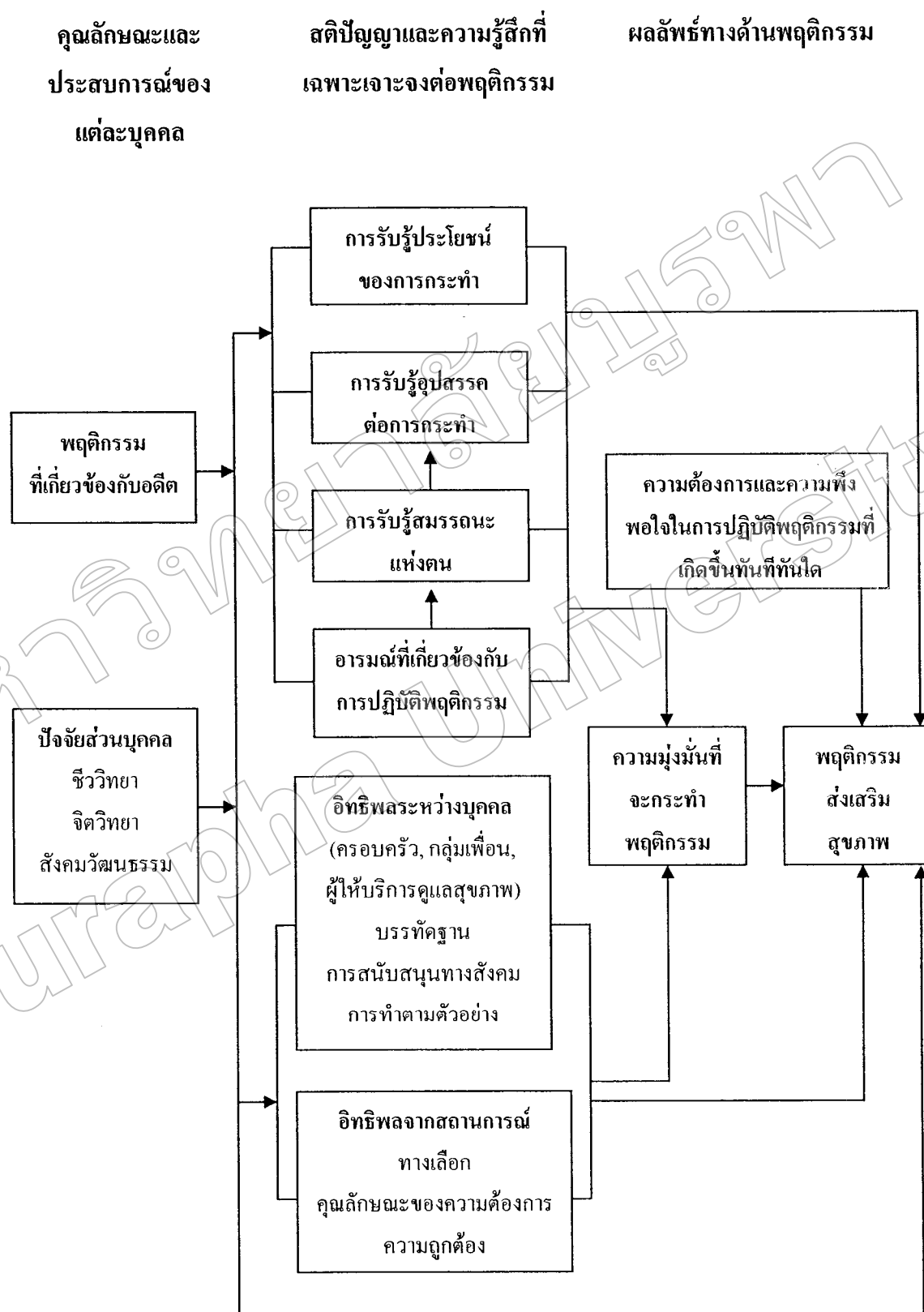
ร่างกาย ครบถ้วนและปริมาณเพียงพอ เกิดภูมิคุ้มกันต้านโรค ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเกิดพลังงานที่จะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ

3.3.4 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่สามารถช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายจากความเครียด นอกจากนี้ยังช่วยทำให้การแก้ไขปัญหาประสบความสำเร็จและดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.5 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นความสามารถของบุคคลในการพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด รวมถึงความสามารถในการค้นพบเป้าหมายในชีวิต ตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความสุข ความสงบสุข ความพึงพอใจ ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุเป้าหมายหรือความปรารถนาในชีวิต

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการกระทำกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เป็นการจัดการที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจในการผ่อนคลาย

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มุ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีและเพิ่มความผาสุกในชีวิตตามสภาพของแต่ละบุคคล โดยไม่จำกัดเฉพาะบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีเท่านั้น ดังนั้น หากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจะช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (อรพณ ศรียุคศุทธ, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกมโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นำมาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย



ภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parson, 2002)

การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action)

การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ เป็นปัจจัยในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคคล โดยบุคคลจะมีการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น อาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกดีในตัวเอง ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ ซึ่งทำให้เริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายใน จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงโดยจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

ในการที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้น จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อบุคคลทั้งทางร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นสิ่งกระตุ้นที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการกระทำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัด ทำให้สามารถบรรลุถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีและก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตตามมาได้ (Pender, 1996) ซึ่งจากการศึกษาของ จิตรา จันชนะกิจ (2541) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .484$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .421$) นอกจากนั้น กาญจนา เกตุกาญจน์ (2541) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายได้สูงสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ($b = .694$) จากการศึกษาที่ผ่านมา ทำให้เห็นได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พบว่า เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมในรายด้าน ตัวอย่างเช่น เครื่องมือประเมินการรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (Exercise Benefit/ Barrier Scale [EBBS]) สร้างโดย ซีคริสต์ วอคเกอร์ และเพนเดอร์ (Sechrist, Walker, & Pender, 1987) ที่สร้างตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมการมีชีวิตที่ดี 2) เพิ่มสมรรถภาพทางกาย 3) ทำให้สุขภาพจิตดี 4) มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 5) ส่งเสริมสุขภาพ/การป้องกันโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ระดับคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95

ในประเทศไทยได้มีการสร้างเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของเพนเดอร์ เช่น ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามแนวความคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ลักษณะคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย มีจำนวน 12 ข้อ มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบซ้ำได้ค่าเท่ากับ .89 นอกจากนี้ ปรานี ทองพิลา (2542) ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์รุ่นของ มยุรี นิรัทธาคร (2539) ที่สร้างตามแนวความคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ระดับคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 และของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย โดยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่สร้างตามแนวความคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด มีความตรงตามเนื้อหาได้

เท่ากับ 1 นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นอยู่ในค่าที่ยอมรับได้ มีข้อคำถามสั้น จำนวนข้อไม่มาก เนื้อหามีความชัดเจน เหมาะสมและมีกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายเช่นเดียวกัน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self – Efficacy)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นมโนทัศน์หนึ่งในปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่อยู่ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Principles) ของแบนดูรา (Bandura) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ในความสามารถของตนในการจัดการและกระทำกิจกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ แล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีอิทธิพลโดยตรงและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี (Pender, 1996)

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิด 2 ประการ ดังนี้

1. ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Self – Efficacy Belief) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการ และปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancies) เป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลประเมินพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้น จะนำไปสู่ผลของการกระทำตามที่ตนเองได้คาดหวังไว้

การที่บุคคลจะมีการกระทำพฤติกรรม ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จ และการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ในบุคคลที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว โดยไม่รับรู้ในความสามารถของตนเอง จะไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมได้ ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีอิทธิพลและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคล

ต่อการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ ดังนี้

1. มิติตามระดับ (Level) เป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลในการกระทำ กิจกรรมซึ่งจะแปรผันง่ายของพฤติกรรมที่กระทำ บุคคลใดที่รับรู้พฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ง่าย และตนเองมีความสามารถกระทำได้ จะส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ตรงกันข้าม หากบุคคลใดที่รับรู้พฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ยากและเกินกว่าความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติได้ จะส่งผลให้บุคคลขาดความมั่นใจและหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2. มิติของระดับความเข้มแข็งของบุคคล (Strength) เป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมตามความเข้มแข็งของตนของบุคคล บุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งสูง จะส่งผล ให้มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ พฤติกรรมหรือ สถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถของตน จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยความ พยายามและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว

3. มิติความเป็นสากลหรือการเชื่อมโยงประสบการณ์ (Generality) เป็นการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของบุคคลเมื่อได้ประสบกับประสบการณ์ใหม่ที่มีความคล้ายคลึงกับ ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในอดีต บุคคลจะพยายามเชื่อมโยงประสบการณ์และทักษะ เดิมที่มีอยู่ในการปฏิบัติกิจกรรมของประสบการณ์ใหม่และมีความมั่นใจในความสามารถของ ตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้จาก แหล่งข้อมูล 4 ประเภท ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experiences) เป็น แหล่งของข้อมูลที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับจากการที่ตนเองกระทำให้สำเร็จ ส่งผลให้บุคคล รับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุ ถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) เป็น ประสบการณ์ทางอ้อมที่บุคคลได้เห็นตัวแบบจากผู้อื่นที่แสดงพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับตนแล้ว ได้รับผลสำเร็จและเป็นที่น่าพอใจ ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและทำให้บุคคลมี ความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

ประเภทของตัวแบบ แบบนุรแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ตัวแบบมีชีวิต ตัวแบบสัญลักษณ์ และตัวแบบที่เป็นคำสอน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ตัวแบบมีชีวิต (Live Model) ได้แก่ ตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยไม่ต้องผ่านสื่อใด ๆ โดยการเลือกตัวแบบต้องมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นตนก็ปฏิบัติได้

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) เป็นตัวแบบที่ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ วิดีทัศน์ การ์ตูน สไลด์ หนังสือ สื่อภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นการเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรมและที่สำคัญ คือ สามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้ทั้งรายบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และใช้ได้หลายครั้งเท่าที่ต้องการ

2.3 ตัวแบบในรูปคำสอน (Verbal Description or Instruction) เป็นตัวแบบที่เป็นการพูด การบอกวจา หรือเป็นคำสอนในภาษาเขียน เช่น คำแนะนำในการดูแลสุขภาพต่าง ๆ กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการตั้งใจ (Attention Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลให้ความสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ 2) กระบวนการจดจำ (Retention Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลจดจำ เก็บข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ 3) กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลนำข้อมูลที่ได้จากการจดจำไว้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตามตัวแบบที่ได้สังเกต และ 4) กระบวนการจูงใจ (Motivation Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดการจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของบุคคลได้สังเกตจากตัวแบบ

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการพูดให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่จะกระทำ คำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะที่ชักจูง แนะนำ อธิบาย ชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้น ๆ ถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ

4. สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ตรงกันข้ามหากบุคคลมีสภาวะร่างกายอ่อนแอ เช่น เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ส่วนภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่อารมณ์ เช่น กลัว วิทกกังวล เครียด จะมีผลทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ลดลง และจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้น จึงในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตน จึงควรสนับสนุนให้บุคคลมีภาวะอารมณ์ที่อยู่ในภาวะปกติ พร้อมต่อการกระทำพฤติกรรม

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการประเมินการรับรู้ในความสามารถของตน
 ในการจัดการและกระทำกิจกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนในระยะแรกนั้น เป็นการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (General Self – Efficacy)
 เกี่ยวกับการทำงานในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป ซึ่งได้มีผู้นำไปใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ เช่น แบบวัดการรับรู้
 สมรรถนะแห่งตนของเชอร์เรอร์และคณะ (Scherer et al., 1982) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ
 แบนดูรา (Bandura, 1977) สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการวัดการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตน เช่น วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ
 เชอร์เรอร์และคณะ (Scherer et al., 1982) จำนวน 23 ข้อ โดยมีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ
 ค่า 5 ระดับ คือ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86 และฉัตรชัย ใหม่เขียว (2544) ได้สร้าง
 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยดัดแปลงมาจาก
 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของ ประภาพร จินันทุยา
 ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบจัดลำดับคุณภาพ 3 อันดับ นำไปหาค่า
 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 นอกจากนี้
 หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่มีภาวะ
 หัวใจวาย ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่
 รักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องแบบต่อเนื่องของ จิรรัตน์ แพบคงเหล็ก (2543) ที่สร้าง
 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) จำนวน 9 ข้อ
 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลยจนถึงมั่นใจมากที่สุด
 มีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .96 นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาสัมประสิทธิ์
 อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่มี
 ภาวะหัวใจวายของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นแบบสอบถาม
 ที่ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นอยู่ในค่าที่ยอมรับได้ มีข้อคำถามสั้น จำนวนข้อไม่มาก
 เนื้อหามีความชัดเจน เหมาะสมและมีกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย
 เช่นเดียวกัน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย

ภาวะหัวใจวายมีการดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป แม้ว่าจะรักษาให้อาการดีขึ้นแล้วยังสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่เกิดความเสี่ยงของโรคมามากขึ้นนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่จะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อีกด้วย เพื่อการป้องกันการกำเริบและความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ดังนั้น จึงควรมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ดังต่อไปนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมที่

แสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล การสนใจหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการสุขภาพ และโรคที่เป็นอยู่ จากการดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพ สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยาดิจิตาลิส ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความไม่ต้องการแพ้ยาและผลจากการทำหน้าที่ของไตลดลงทำให้มียาคั่งค้างในร่างกายเพิ่มขึ้น พืชข้างเคียงของยาดิจิตาลิส เช่น เปื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ตามัว มีจุดบอด เห็นแสงเป็นวงกลมรอบวัตถุ สีเข้มเห็นสีขาวเป็นสีเหลือง ชีพจรในขณะพักน้อยกว่า 60 ครั้งหรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือไม่สม่ำเสมออย่างมากโดยไม่เคยเป็นมาก่อน เป็นต้น (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชริ ดันศิริ, 2536) การเปลี่ยนแปลงของทั้งอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ เป็นอาการที่บ่งบอกถึงภาวะพิษต่อหัวใจ (พิกุล บุญช่วง, 2541) นอกจากนี้ก็อาจพบอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาขับปัสสาวะได้เช่นกัน เช่น อ่อนเพลีย ท้องอืด ใจสั่น และอาการเตือนของการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้นแม้ไม่มาก ใจสั่นร่วมกับมีเหงื่อออกมาก วิงเวียนศีรษะเป็นประจำและไม่หายไปเมื่อนอนพัก อาการอะละเวุ่นวาย กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลงนอนไม่หลับ นอกจากนี้ วาการท้องอืด ปวดท้อง ควรได้รับความสนใจเพราะอาจเป็นอาการเตือนของการขาดเลือดของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายควรรับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค ไม่ปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง ถึงแม้ว่าบางมื่อผู้สูงอายุอาจลืมรับประทานยา หรือพบว่ามมีอาการของโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากการใช้ยาในขนาดไม่เหมาะสม มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มการบีบตัวและต้องการออกซิเจนมากขึ้น (พิกุล บุญช่วง, 2541) และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษาหรือไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เพราะอาจจะเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับหรือเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้ การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ของยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

นอกจากนี้การแสวงหาความช่วยเหลือจากการซักถามปัญหาและขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้ภาวะหัวใจวายมีอาการรุนแรงมากขึ้น ตลอดจนการมาตรวจสุขภาพตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินผลในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค การมาตรวจตามนัด จะช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรค ประเมินภาวะแทรกซ้อน และปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ของยา หรือจากการที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (เขวญบุญเที่ยง, 2545) ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความทันสมัยมากขึ้น ส่งผลให้สามารถกระจายข่าวสารความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น (จิตรา จันชนะกิจ, 2541) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น นอกจากนั้น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพยังเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกาย แบบแผนการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันตามความเหมาะสมกับโรคและตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกายหรือกิจกรรมการออกกำลังกายมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรงยิ่งขึ้นและได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลินจากการออกกำลังกายรวมทั้งยังสามารถใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ (ดวงเดือน พันธุ์ไธย์, 2539) จากการศึกษาของเบนเนตต์, คอร์ดส์, เวสมอร์แลนด์, แคสโตร และดอนเนลลี่ (Bennett, Cordes, Westmoreland, Castro, & Donnelly, 2000) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายเมื่อมีอาการเกิดขึ้นจะใช้วิธีการเพิ่มกิจกรรมทางกายโดยการออกกำลังกายเพื่อดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย Class 1 – 3 เพราะจะช่วยความทนทานของกล้ามเนื้อและเพิ่มคุณภาพชีวิต ดังนั้น เมื่อแพทย์ยืนยันความสามารถที่จะออกกำลังกายได้แล้ว ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติ การออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เช่น เริ่มต้นช้า ๆ ไม่ออกกำลังกายเมื่อมีอาการบวมเพราะจะทำให้หัวใจต้องรับภาระหนัก และต้องหยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบากและเจ็บหน้าอก เป็นต้น (DeWald et al., 2000, p. 870; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548, หน้า 163)

การออกกำลังกาย จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายเพราะจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายมีการสูบฉีดเลือดของหัวใจดีขึ้น ระบบทางเดินหายใจดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น มีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงเพิ่มขึ้น (Kokkinos, Choucair, Graves,

Parademetriou, & Ellahham, 2000; Pina et al., 2003) จึงควรแนะนำผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยา เริ่มฝึกการออกกำลังกายเป็นประจำโดยวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่เป็นจังหวะ เช่น การปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เดินเร็ว เป็นต้น (ฉัตรชัย ใหม่เขียว, 2544) องค์การสำหรับแนวทางในการวิจัยและนโยบายการดูแลสุขภาพในการฟื้นฟูโรคหัวใจ (The Agency for Health Care Policy and Research Guideline on Cardiac Rehabilitation) ให้คำแนะนำว่า ความหนักเบาในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ใช้เวลาอบอุ่นร่างกาย 10 – 15 นาที ช่วงออกกำลังกาย 20 – 30 นาที และควรมีระยะเวลาของการผ่อนคลาย 5 – 10 นาที ความถี่ในการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง (Pina et al., 2003) จากการศึกษาของดันแคนและโปเซด (Duncan & Pozenl, 2003) ได้ทำการศึกษาผลของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย พบว่า การออกกำลังกายมีผลทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนในร่างกายดีขึ้น สมรรถภาพทางกายดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ควบถ้วนและปริมาณเพียงพอ เกิดภูมิคุ้มกันโรค ชุ่มชื้นส่วนที่สึกหรอและเกิดพลังงานที่จะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ อาหารเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย เพราะเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และในการเผาผลาญอาหารร่างกายต้องใช้พลังงานสูงและใช้ออกซิเจนมาก ทำให้หัวใจทำงานหนัก จึงควรดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ และปรับเปลี่ยนลักษณะของอาหารให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสจืด มีไขมันน้อย ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักมีปัญหาเรื่องฟัน การเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด และมักมีอาการท้องอืด แน่น จากภาวะที่ดื่มน้ำน้อย ทำให้ความอยากรับประทานอาหารลดลง และนอกจากนั้นอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายควรมีเส้นใย เพื่อป้องกันท้องผูก เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักในขณะขับปัสสาวะ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชร ดันศิริ, 2536; พิกุล บุญช่วง, 2541; จันทนา รัตนฤทธิ์ชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ดังนั้น ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารแต่มีพอ ควรมีปริมาณน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงอาการอึดอัดแน่นท้อง หายใจลำบาก หลีกเลี่ยงอาหารไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง โดยเฉพาะกรดไขมันชนิดอิ่มตัวหรืออาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารเหล่านี้จะทำให้ อ้วน ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายไม่ควรอ้วนเกินไป เพราะการอ้วนจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น โดยเพิ่มความต้องการออกซิเจนของร่างกาย และยังทำให้มีการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้

ภาวะหัวใจวายมีความรุนแรงมากขึ้น (พิกุล บุญช่วง, 2541) และควรรับประทานอาหารจำพวก โปรตีนให้เพียงพอ คือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมหรือประมาณวันละประมาณ 60 – 70 กรัม (พิกุล บุญช่วง, 2541, หน้า 160) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย มักจะมีความอยากลดลง อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา เป็นสาเหตุของการขาดอาหารได้

การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพ ของภาวะหัวใจวาย พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของเกลือโซเดียมคลอไรด์ทั้งภายในและภายนอกเซลล์ (พิกุล บุญช่วง, 2541) ถ้าผู้ป่วยไม่จำกัดเกลือโซเดียม จะทำให้มีการดูดซึ่มกลับของน้ำและเกลือแร่ มีการคั่งของน้ำในร่างกาย โดยเฉพาะในหลอดเลือดฝอยที่ปอด ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ อาการ ของโรครุนแรงขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้หัวใจห้องล่างทำงานหนัก การจำกัดเกลือ ในผู้ป่วยที่มีอาการ ปานกลาง ควรจำกัดไม่ให้เกิน 3 กรัมต่อวัน ผู้ที่มีอาการรุนแรง ควรจำกัดไม่ให้เกินวันละ 2 กรัม และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากอาจจำกัดที่ 0.5 – 1 กรัมต่อวัน (DeWald et al., 2000, p. 870; House – Fancher, Martinez, 2000, p. 897) ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก จำเป็นต้องจำกัดน้ำ อาจให้เพียง 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548, หน้า 148)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย ควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เนื่องจากสารเหล่านี้จะกระตุ้นกระบวนการเมตาบอลิซึมในร่างกายมากขึ้น โดยเฉพาะแอลกอฮอล์ อาจทำให้มีกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ซึ่งจะทำให้ภาวะหัวใจวายมีความรุนแรง มากขึ้น (พิกุล บุญช่วง, 2541) แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อการไปยับยั้งการบีบตัวของหัวใจ ถ้าผู้ป่วย ไม่สามารถเลิกได้ ควรดื่มวันละไม่เกิน 30 ซีซี (DeWald et al., 2000, p. 870; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548, หน้า 160) และควรงดสูบบุหรี่ เพราะนิโคตินในบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียน ของเลือดไม่สะดวกและหัวใจทำงานมากขึ้น นอกจากนั้นบุหรี่ยังทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ที่มีผลรบกวนการนำออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายอยู่แล้วมีอาการ รุนแรงขึ้น (พิกุล บุญช่วง, 2541)

4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) เป็นกระบวนการ แลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึง ความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่สามารถช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยลดปฏิกิริยา ตอบสนองทางด้านร่างกายจากความเครียด นอกจากนี้ ยังช่วยทำให้การแก้ไขปัญหาลดลง ประสบ ความสำเร็จและดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายมักต้องประสบกับ ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอย่างเช่นเคย ต้องพึ่งพาเนื่องจากไม่สามารถกระทำกิจกรรมได้

อย่างเช่นเคย อาจทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน ความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น นำไปสู่การมี สุขภาพที่ดีขึ้น

5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นความสามารถของบุคคลใน การพัฒนาจิตวิญญาณของตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด รวมถึงความสามารถในการค้นพบเป้าหมาย ในชีวิต ตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความสุข ความสงบสุข ความพึงพอใจ ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตนเอง และบุคคลอื่นให้บรรลุเป้าหมายหรือความปรารถนาในชีวิต ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายมักมี ความวิตกกังวล กลัว ท้อแท้สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เหล่านี้ล้วนส่งผลให้อาการ ของภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น เป็นภาวะคุกคามที่ผู้สูงอายุประสบวิกฤติการณ์ทั้งทางกายและอารมณ์ ที่รุนแรง ถ้าผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ คือ สามารถรักษาสัมดุลระหว่าง ความต้องการของตนเองกับความเป็นจริงของโลกภายนอก ผู้สูงอายุจะมีความหวัง รู้สึกว่าชีวิต ของตนมีคุณค่า มีการตั้งเป้าหมายในชีวิต และสามารถดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) ผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณที่ดี ย่อมรับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี มีความยืดหยุ่น สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม มองทุกอย่างด้วยความเป็นจริงตามธรรมชาติโดยใช้หลักทาง ศาสนาเข้าช่วย ใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อก่อให้เกิดความหวังที่จะมีชีวิตยืนยาวต่อไป อย่างมีความสุข (แสงเดือน พรหมแก้วงาม, 2543)

6. การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการกระทำกิจกรรมที่ช่วย ทำให้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เป็นการจัดการที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาสัมดุลของร่างกายและจิตใจในการผ่อนคลาย ความเครียดที่ เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลไม่สบายในการดำเนินชีวิต บุคคลจึงจะต้องพยายามผ่อนคลาย ความตึงเครียดและแก้ไขปัญหาดัง ๆ อย่างมีสติ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสุขสบายและสามารถลง พหุกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์ของภาวะหัวใจวาย มาก่อน จะมีความรู้สึกวิตกกังวล ตกใจ กลัว (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความท้อแท้ ไม่สนใจ สุขภาพของตนเอง (ไพจิตร ล้อสกุลทอง, 2545) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายจึงควรได้รับ การผ่อนคลายโดยการพบปะพูดคุยกับบุคคลรอบข้าง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เพลิดเพลิน เช่น รดน้ำต้นไม้ ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวกับครอบครัว และเมื่อมีปัญหาหรือเกิดความเครียด ควรระบาย

ความรู้สึกกับผู้ที่ไว้วางใจ มีการนั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระ เป็นต้น เพื่อลดความตึงเครียด ซึ่งความเครียดจะมีผลทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟริน เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น (Smeltzer & Bare, 2000) ซึ่งระดับของสารอิพิเนฟรินที่สูงขึ้นจะทำให้ภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้นและการดำเนินของโรคเลวลง ถ้าผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ความเครียดสะสมมากขึ้น ก่อให้เกิดผลเสีย ทางด้านสุขภาพ ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ดังนี้ คือ

6.1 การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียด (Minimizing The Frequency of Stress – Inducing Situation) เป็นแนวทางการป้องกันการเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยปฏิบัติ ดังนี้

6.1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การทำงาน อดิเรกทำ หรือการพักผ่อนหย่อนใจ

6.1.2 หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่เกินความจำเป็น หากความเครียดมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยควรเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงอย่างมากโดยทันทีทันใด พยายามให้เกิดความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนมุมมองว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ทำลายมากกว่าเป็นสิ่งคุกคาม ซึ่งจะช่วยลดความเครียดได้อีกทางหนึ่ง

6.1.3 การจัดเวลาให้กับกิจกรรมนั้นโดยเฉพาะ เป็นการจัดเวลาเพื่อให้เกิดการปรับตัวและสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อที่จะได้มีเวลาในการทบทวนปัญหา หาวิธีแก้ไขปัญหา การกำหนดช่วงเวลาในการทำงานให้สำเร็จจะช่วยลดความเร่งรีบลงได้

6.1.4 การบริหารเวลา การจัดเวลาจะช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่สำคัญที่สุดในชีวิตในเวลาที่มีอยู่ การบริหารเวลา คือ การกำหนดเป้าหมายและจัดลำดับความสำคัญของจุดมุ่งหมาย โดยมีการวางแผนการทำงานอย่างมีขั้นตอนและทำงานตามเวลาที่กำหนดไว้ให้เสร็จตามเป้าหมาย

6.2 การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (Increasing Resistance to Stress) สามารถกระทำได้ทั้งทางด้านกายภาพ ซึ่งสามารถทำได้โดยการออกกำลังกาย หรือทางด้านจิตวิทยา ด้วยวิธีการ ดังต่อไปนี้

6.2.1 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การพูดถึงแต่ในด้านที่ดีงามของบุคคล จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความดีงามของตนเอง และช่วยลดความรู้สึกด้อยค่าของตนเองลงได้

การตระหนักถึงคุณสมบัติที่พึงามของตนเอง จะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง

6.2.2 ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการทบทวนถึงความสำเร็จในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนเองที่สามารถเอาชนะอุปสรรคได้ ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีจิตใจที่มั่นคงและเชื่อว่าตนเองจะประสบความสำเร็จมากกว่าความล้มเหลว รวมทั้งมีความสามารถที่จะควบคุมตนเองในสถานะที่คุกคามได้ และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้ เมื่อเกิดความจำเป็น

6.2.3 ส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อเรื่องราวต่าง ๆ ถ้าบุคคลสามารถแสดงออก ได้โดยอิสระจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคล

6.2.4 การพัฒนาจุดมุ่งหมายของตนเอง บุคคลควรค้นหาหาเป้าหมายที่มีอยู่แล้วเลือกใช้หลาย ๆ วิธี เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จที่กำหนดไว้

6.2.5 เสริมสร้างแหล่งเผชิญกับความเครียด ได้แก่ มีความกล้าที่จะระบายความรู้สึก ความคิดเห็นต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผู้อื่นทราบ ความสามารถในการยอมรับต่อการตัดสินใจของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถเอาชนะอุปสรรคได้ และความสามารถที่จะควบคุมตนเองให้ทำงานบรรลุเป้าหมายได้ เป็นต้น

6.3 การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางกายภาพที่มีผลมาจากความเครียด (Counterconditioning to Avoid Physiologic arousal Resulting from Stress) โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) หรือการฝึกการหายใจร่วมกับการใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย (Biofeedback)

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ได้มีผู้สร้างแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายตามแนวคิดที่ศึกษา ตัวอย่างเช่น วอล์กเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตและสุขนิสัย (The Lifestyle and Health Habit Assessment [LHHA]) ประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ ที่มีความหมายเป็นทางบวก 10 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด ความภาคภูมิใจในตนเอง จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสถานะแวดล้อม และการใช้บริการสุขภาพ ต่อมา วอล์กเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) ได้มีการพัฒนาและสร้างเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile [HPLP]) โดยนำเครื่องมือ LHHA มาพัฒนาและปรับปรุงใหม่ ด้วยการรวมเอาพฤติกรรมที่ซ้ำซ้อนและคล้ายคลึงกันเข้าไว้ด้วยกัน มีข้อคำถาม 48 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ

ความสำเร็จในชีวิต ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด จากนั้นก็นำแบบประเมิน HPLP มาปรับเปลี่ยนเป็นแบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile II [HPLP II]) ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เป็นแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มีข้อคำถาม 52 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคโดยรวม .94 และรายด้านอยู่ในช่วง .86, .85, .80, .86, และ .79 ตามลำดับ (Pender, 1996, p. 134)

สำหรับในประเทศไทย จัตุรลักษ์ ใจอารีย์ (2533) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรม 9 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่าย การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิต และเยอาภานุญเที่ยง (2545) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรม 10 ด้าน ได้แก่ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด การขับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อ การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิต นอกจากนั้น หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ซึ่งแปลมาจากเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promotion Lifestyle Profile II [HPLP II]) ของวอคเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1996) จำนวน 47 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยทำจนถึงทำเป็นประจำ มีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .84 นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้เทคนิคทดสอบซ้ำ แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในค่าที่ยอมรับได้ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีความครอบคลุมในเนื้อหาของพฤติกรรมทั้ง 6 ด้านที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) แต่เนื่องจากเครื่องมือนี้มีข้อคำถามบางข้อที่มีการยกตัวอย่างเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจ ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยจึงได้คิดแปลงเนื้อหาบางส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายที่มีภูมิลำเนาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่และเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ทำให้บุคคลนั้นมีความสุขในชีวิตและมีศักยภาพที่สูงสุด ตลอดจนประสบความสำเร็จตามจุดหมายในชีวิต โดยมุ่งสนใจการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคคลมีความสามารถในการที่จะเรียนรู้ ตัดสินใจ แก้ปัญหา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงเกิดจากกระบวนการทางสติปัญญาในการแปลความหมายของสมอง ที่เกิดจากการรับรู้จากสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล แล้วใช้กระบวนการคิดและตัดสินใจ ตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจและเป็นแรงจูงใจของบุคคลในการแสดงพฤติกรรม

ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล คือ ปัจจัยด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย มโนทัศน์ต่าง ๆ 6 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว เป็นตัวแปรที่สำคัญในการจูงใจบุคคลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกมโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นำมาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย

การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นปัจจัยในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคคล โดยบุคคลจะมีการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นในการที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายให้ดีขึ้น จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้สูงอายุ

ให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งกระตุ้นที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการกระทำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัด ทำให้สามารถบรรลุถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีและก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตตามมาได้ โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำด้วยการสอดแทรกไว้ในเหตุผลของแต่ละกิจกรรมว่าจะมีประโยชน์อย่างไรเมื่อปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เช่น การรับประทานยาและอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น เพราะเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายได้รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นปัจจัยในด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ แล้วจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีอิทธิพลและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นสิ่งที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถและทักษะที่เพียงพอในการกระทำนั้น ๆ ปัจจัยนี้จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย โดยมุ่งไปที่ประเภทของข้อมูลทั้ง 4 ประเภท ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experiences) โดยการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนสำเร็จ เช่น การฝึกการหายใจ การนั่งสมาธิ เป็นต้น เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับจากการที่ตนเองกระทำให้สำเร็จ ส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) โดยการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายได้เห็นตัวแบบจากแผ่นภาพพลิก คู่มือและการสาธิตจากผู้วิจัย ซึ่งการได้เห็นตัวแบบจากผู้อื่นที่แสดงพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับตนแล้วได้รับผลสำเร็จและเป็นที่น่าพอใจตลอดจนคำแนะนำในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม

กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายจดจำและเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ดี นำความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่รู้นั้นไปปฏิบัติ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น หากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายมีการรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะดีขึ้น จากการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายได้นำคำแนะนำที่ได้จากผู้วิจัยและนำไปปฏิบัติต่อเนื่อง การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดน้อยลง ไม่ต้องกลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ก็จะส่งผลดีต่อจิตใจ ทำให้มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามให้ดีขึ้น

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) โดยผู้วิจัยใช้คำพูดที่เป็นในลักษณะที่ชักจูงโน้มน้าว แนะนำ อธิบาย ชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรม

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแรงเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง