

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานครTHE EFFECTS OF SELF-PROTECTIVE BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM FOR
OLDER ADULTS WITH CHRONIC DISEASE IN URBANIZED COMMUNITY, BANGKOKอรนุช ชูศรี ปร.ด. (Orranuch Chusri, Ph.D.)¹ปณวัตร สันประโคน พย.ม (Panawat Sanprakhon, M.S)²ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล ค.ด. (Sresuda Wongwisadkul, Ph.D)³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม ทดสอบหลังการทดลอง (Posttest control group design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Health Belief Model (HBM) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 70 คน โดยใช้เทคนิคการจับคู่ ด้านเพศและชนิดของโรคประจำตัว ทำให้ลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกัน ทำการสุ่มอย่างง่ายแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 40 นาทีต่อครั้ง จำนวน 2 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติที่ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.3, p<.05$) ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ดีในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ ข้อเสนอแนะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรได้รับการส่งเสริมให้นำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดหัวใจ, พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต E-mail: orranuch2004@yahoo.com

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต E-mail: panawat.san@gmail.com

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต E-mail: sresuda_won@dusit.ac.th

⁴ Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

Abstract

The purpose of the quasi-experimental study using pre-test post-test control group design was to examine the effects of self-protective behavior modification program on self-protective behavior in older adults with chronic disease in urbanized community. A self-protective behavior modification program was developed by applying Health Belief Model (HBM). The sample consisted of 70 older adults with chronic diseases, using the Matching Technique in gender and the type of diseases. Therefore, the demographic characteristics are not different. The sample were equally assigned by simple random sampling to an experimental group and a control group. Participants in the experimental group received intervention for 40 minutes/time in 2 times for 10 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, and T-test.

The result indicated that after participating in the intervention program, mean score of self-protective behavior for the experimental group was statistically significantly higher than mean score of the control group ($t=2.3, p<.05$). It could be concluded that this program was useful to increase self-protective behavior of elderly with chronic condition. Suggestion: Community health nurses should be encouraged to use this program in other chronic disease.

Keywords: older adults with chronic disease, coronary artery disease, self-protective behavior.

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease [CAD]) เป็นกลุ่มโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับที่หนึ่งของประชากรทั่วโลก โดยในปีค.ศ. 2015 พบผู้เสียชีวิตมากถึง 17.7 ล้านคน (World Health Organization, 2017) เฉพาะในสหรัฐอเมริกาพบผู้เสียชีวิตแล้วกว่า 610,000 ราย และมีรายงานผู้ป่วย Heart attack จำนวนมากถึง 735,000 คน (Mozaffarian, Benjamin, & Go, 2015) สำหรับประเทศไทยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจาก CAD เฉลี่ยสูงถึง 54,530 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2554-2556 พบผู้เสียชีวิตต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 22.47, 23.45 คน และ 26.91 คน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Strategy and Planning Division, 2014). ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมดำเนินชีวิตและการมีโรคเรื้อรัง อันจะนำไปสู่การเกิด Atherosclerosis กลายเป็น

ปัจจัยชักนำให้เกิด CAD ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากหัวใจหรือภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น (Ambrose & Singh, 2015) Atherosclerosis มักพบในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคความดันโลหิต ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดกระบวนการอักเสบของเซลล์เอนโดทีเลียม ให้ปล่อยสาร thrombomodulin (TM) เซลล์นี้ถูกปล่อยออกมาในขณะที่เซลล์มีการฉีกขาด จากการอุดตันของ Coronary artery เกิด Thrombosis ทำให้การนำส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ในระยะแรกจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว (Myocardial ischemia) ถ้าไม่ได้รับการรักษาทันเวลาจะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ตามมาและเสียชีวิตได้ (Levine, et al., 2011) ผลกระทบของผู้ป่วยหากไม่เสียชีวิตฉับพลัน (Sudden death) ก็จะต้องดำรงชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน จาก

สมรรถภาพในการทำงานหัวใจลดลง เหนื่อยง่ายพบมากถึงร้อยละ 52 ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของคนในครอบครัว และที่สุดจะต้องเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น จากลักษณะการดำเนินของโรคที่อาจมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรู้สึกว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (Korpkarn, Waree, & Chommanar, 2017) โรคหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้อง ลดปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ (Modifiable risks factors) ได้แก่ ลดการบริโภคอาหารไขมันสูงมากเกินไป เพิ่มการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงบุหรี่ แอลกอฮอล์ และความเครียด พร้อมทั้งป้องกันตนเองไม่ให้มีโรคเรื้อรังต่างๆ (Mendis, Puska, & Norrving, 2011) โดยผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่และอ้วน จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Mendis, et al., 2011; Nuchanart, et al., 2015) ซึ่งมีรายงานจากวิจัยของฟอกซ์ (Fox, 2010) ที่พบว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้ถึงร้อยละ 8.7 ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นวิธีการที่คุ้มค่าที่สุดซึ่งต้องทำควบคู่กับการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ลดน้ำหนักโดยควบคุมดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.9 Kg/m² และออกกำลังกายวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 mmHg ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อควบคุมระดับ cholesterol ให้ต่ำกว่า 200 mg/d, LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl และระดับ HbA1C น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7% รวมถึงการมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด (Smith, et al., 2011; Stewart, Manmathan, & Wilkinson, 2017)

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ สะท้อนได้จากการพบอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ประกอบกับมีผู้สูงอายุในชุมชนจำนวนมากที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงและยังไม่แสดงอาการหากเลยก็อาจต้องเผชิญกับความเสียหายและความรุนแรงของโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยนำทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) มาประยุกต์ใช้ ในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคให้เกิดขึ้น เพื่อให้

เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคต่อตนเอง สามารถเปรียบเทียบประโยชน์กับอุปสรรคผลเสียหรือค่าใช้จ่ายหากเจ็บป่วยโดยเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าดี เหมาะสมและคุ้มค่าให้กับตนเอง พร้อมทั้งจะเชื่อในความสามารถแห่งตนว่าทำได้ ก็จะทำให้พฤติกรรมส่วนบุคคลดีขึ้น (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) จากงานวิจัยที่ผ่านมา Thawinee, & Noraluk (2016) ได้นำทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (HBM) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจขาดเลือดมาแล้ว พบว่า ความร่วมมือของผู้เข้าร่วมวิจัยในการรับประทานยาดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยนำทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (HBM) มาใช้เป็นกรอบการศึกษา โดยสร้างจุดเด่นให้แตกต่างและเน้นการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ด้วยการใช้ดัชนีบ่งชี้สุขภาพ ผลการตรวจเลือดที่เป็นอันตรายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมุติฐานการวิจัย

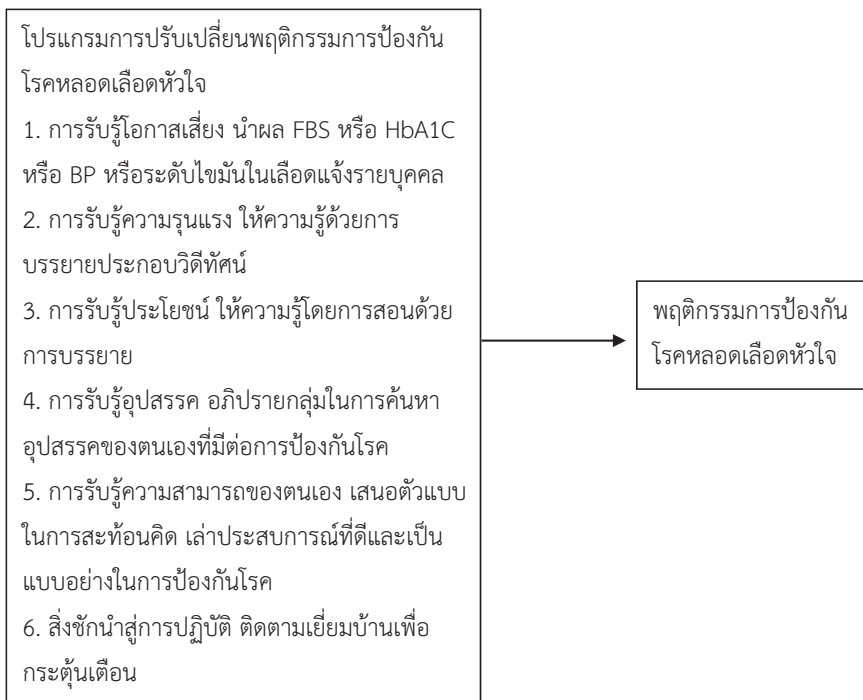
1. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้ารับโปรแกรมสูงกว่าในระยะก่อนเข้ารับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) มาเป็นกรอบในการออกแบบ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ (Rosenstock, et al., 1988) ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ และวัดผลทันทีหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ซึ่งรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอาศัยอยู่ในชุมชน กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิงอาศัยอยู่ในชุมชนฝั่งกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูง ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารโดยการอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และใช้เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ มีอาการของการเจ็บป่วยที่รุนแรงและกำลังคุกคามชีวิต หรือมีโรคร่วม ได้แก่ โรคทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรง หรือมีอาการกำเริบซ้ำในโรคเดิม ภายใน 3 เดือน เช่น มีอาการหวาดระแวง หรือคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย โรคซึมเศร้าขั้นรุนแรง หรือโรคมะเร็ง และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ใกล้สถาบันตั้งอยู่ เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการจัดบริการทางวิชาการด้านสุขภาพให้กับชุมชนนั้นๆ ต่อไป ประกอบด้วย 4 เขต ได้แก่ ทวีวัฒนา บางพลัด บางกอกน้อย ดลิ่งชัน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เป็นพื้นที่ศึกษาที่ต่างกัน ด้วยการจับสลากสุ่มแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ได้เขตบางกอกน้อย ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) และครั้งที่ 2 ได้เขตบางพลัดดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 31 (เอิบ-จิตร ทั้งสุบุตร) เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. จับสลากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับสลากครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มตัวอย่างในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 31 (เอิบ-จิตร ทั้งสุบุตร)

3. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวน คือ กลุ่มละ 35 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ power analysis (G*Power 3.1.9.2) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้กำหนด Effect size = 0.85 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น = 0.05, Power of test = 0.95 (Cohen, 1998) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลด้วยความสมัครใจจึงอาจได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 รวมประชากรในการศึกษาอย่างน้อยกลุ่มละ 35 คน ซึ่งเป็นขนาดที่เพียงพอที่จะบอกความแตกต่างที่มีความหมายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือสำหรับการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือสำหรับการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

- 1.1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น

- 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมกีดกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้จากงานศึกษาของจรรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร์และรัตน์ศิริ ทาโต (Chareerat & Ratsiri, 2017) เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับสำหรับข้อคำถามเชิงบวกคือ ปฏิบัติเป็นประจำมีค่า 5 คะแนนและไม่เคยปฏิบัติเลย มีค่า 1 คะแนน ได้ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีค่า Content of validity index เท่ากับ 1 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ผลการวิเคราะห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความ

เชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ใช้ประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 10 การแปลผลใช้ค่าคะแนนรวมของทุกข้อ คะแนนรวมสูงหมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เพื่อสร้างการรับรู้การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและผลกระทบที่ตามมาของโรค ซึ่งถูกออกแบบอย่างมีแบบแผนตาม HBM (Rosenstock, et,al, 1988) และได้ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความค่า Content of validity index เท่ากับ = 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1 ให้ความรู้เพื่อสร้างพลังการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม คือ แจกผลระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด และระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบเป็นรายบุคคล และให้ความรู้ เรื่องความรุนแรงและอันตรายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับใช้วีดิทัศน์นำเสนอภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แล้วให้ความรู้การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเน้นที่พฤติกรรมป้องกันตนเองและประโยชน์จากการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1,2,3

2.2 อภิปรายกลุ่มเพื่อสร้างพลังการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้แสดงความคิดเห็นและร่วมกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ในประเด็น 1) ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ท่านไม่ดูแลตนเอง 2) ท่านมีข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคนั้นอย่างไร ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6

2.3 ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการให้คำแนะนำเพิ่มเติมในข้อที่สงสัย และให้กำลังใจ รวมถึงแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 9 และ 10

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) และ 31 (เอิบ-จิตร

ทั้งสะดวก) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความอนุเคราะห์ให้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำกิจกรรมการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขให้เข้าใจตรงกัน จากนั้นเข้าสู่กระบวนการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย (Recruitment process) ดังนี้ 1) ผู้ช่วยวิจัยทำการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการและประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยด้วยโปสเตอร์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นติดไว้ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโครงการมากพอหรือครบตามจำนวนแล้ว จะยุติการประชาสัมพันธ์ที่ 2) จากนั้นจึงขอความยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย (Informed consent process) โดยผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการและกิจกรรมการเข้าร่วม การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การออกจากการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการบอกกล่าวอย่างเต็มใจทั้ง 2 ฉบับ 3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ตอบคำถามเมื่อสงสัย 4) ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบแบบสอบถามทั้งหมด หากมีข้อมูลที่ไม่ครบสมบูรณ์ ผู้ช่วยวิจัยจะต้องดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบ โดยเป็นความยินยอมสมัครใจเท่านั้น และดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม จำนวน 35 ราย ได้รับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขตามปกติ โดยเจ้าหน้าที่ประจำของคลินิก แต่ไม่ได้รับโปรแกรมจากผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ 1) แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 20 ข้อ เมื่อครบ 10 สัปดาห์ จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง และนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินการวิจัยต่อไป

กลุ่มทดลอง จำนวน 35 ราย ได้รับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขตามปกติ โดยเจ้าหน้าที่ประจำของคลินิก และได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้าสู่กิจกรรมของโครงการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดต่างๆของแบบสอบถาม

สัปดาห์ที่ 2 เป็นกิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย **กิจกรรมที่ 1** การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยการ แจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือด ไนแมนในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมซึ่งเป็นข้อมูลเดิม และระดับความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 60 นาที **กิจกรรมที่ 2** การรับรู้ความรุนแรง **กิจกรรมที่ 3** การรับรู้ประโยชน์ ใช้การบรรยายถึงความรุนแรงและอันตรายของโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับใช้วีดิทัศน์แล้วสรุปประเด็นต่อข้อสงสัย ใช้เวลา 60 นาที **กิจกรรมที่ 4** การรับรู้อุปสรรค และ **กิจกรรมที่ 5** การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้ง 2 กิจกรรมนี้แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน อภิปรายกลุ่มมีเนื้อหาเน้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็น และร่วมกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองกลุ่มสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3-5 ไม่มีกิจกรรมเป็นช่วงเวลาให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ใช้กระบวนการรับรู้ต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 6 **กิจกรรมที่ 6** เยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้คำแนะนำในประเด็นที่สงสัย และให้กำลังใจรวมถึงแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วม

สัปดาห์ที่ 7-9 ไม่มีกิจกรรม เป็นช่วงเวลาให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้ใช้กระบวนการรับรู้ต่างๆ ในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ Frequency, Percentage, Mean และ Standard Deviation

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ T-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของ

กลุ่มตัวอย่างโดยมีการเคารพศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆ ต่อการได้รับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุข ข้อมูลที่ได้จะปิดเป็นความลับ หากมีข้อสงสัยสามารถที่จะสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้จะถูกทำลายทันทีหลังการวิจัยสิ้นสุด ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 70 คน มีอายุเฉลี่ย 70 ปี แยกเป็นเพศหญิง 50 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 และเพศชาย 20 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.4 มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมา ร้อยละ 32.9 มีสถานภาพหม้าย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.4 จบชั้นประถมศึกษา และอาศัยอยู่กับครอบครัวโดยมีสมาชิกเฉลี่ย 4 คน ซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.9 มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว พบมากถึง ร้อยละ 60

2. พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการให้โปรแกรม ผลจากการวิจัยพบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองเท่ากับ 42.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.48 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.54 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.78 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองเท่ากับ 42.32 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.36 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.25 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.70 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง(n=35)				กลุ่มควบคุม(n=35)			
	Possible Range	Actual Range	mean	SD	Possible Range	Actual Range	mean	SD
ก่อนการทดลอง	20-100	36-46	42.00	2.48	20-100	36-46	42.32	2.36
หลังการทดลอง	20-100	45-76	56.54	7.78	20-100	40-72	42.25	2.70

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

	mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=35)	42.00	2.49	-.54	68	.59
กลุ่มควบคุม (n=35)	42.32	2.36			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean different	t	df	p-value
	mean	SD	mean	SD				
กลุ่มทดลอง (n = 35)	42.00	2.48	56.54	7.78	14.53	-10.46*	34	.00
กลุ่มควบคุม (n = 35)	42.32	2.36	42.25	2.70	-0.07	0.30	34	.76

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

	mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=35)	56.54	7.78	10.26*	68	.00
กลุ่มควบคุม (n=35)	42.25	2.70			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็นรายด้านในระยะเวลาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	15.34	4.21	12.46	2.28	3.56*	.00
ด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	17.17	3.90	11.03	1.52	8.70*	.00
ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราและบุหรี่	4.03	2.22	3.94	1.53	0.18	.85
ด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด	14.66	2.91	10.57	1.99	6.86*	.00
ด้านพฤติกรรมกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี	4.77	2.23	4.26	1.34	1.15	.25

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที (Independent t-test) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Dependent t-test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 56.54 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.80 จากตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test) พบว่าค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากหลอดเลือดหัวใจ รายด้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย และด้าน

พฤติกรรมการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (HBM) นี้ กระบวนการในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ได้ครบทุกองค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ต่อความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การรับรู้ความสามารถแห่งตน และ 6) ได้รับสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย จนทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเช่น การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับวัย และจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายและวิธีการลดความเครียดด้วยตนเองทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเปรียบเทียบประโยชน์กับอุปสรรคและเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีเป็นประโยชน์มากที่สุดแก่ตนเอง นั่นคือ การมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง สามารถทำได้ง่ายด้วยตัวเอง ไม่จำกัดสถานที่ แต่อย่างไรก็ตามด้านพฤติกรรมการ

บริโภคอาหาร การบริโภคสุราและบุหรี่ และการตรวจสุขภาพประจำปีทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันเนื่องมาจากโปรแกรมนี้มีระยะเวลาในการดำเนินการเพียง 10 สัปดาห์ซึ่งยังไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและที่สำคัญปัจจัยดังกล่าวนี้ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจของสมาชิกในครอบครัวด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการรับประทานอาหารของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของสมาชิกในครอบครัวทุกคน ต่างจากการศึกษาของวรรณิมล เมฆวิมล (Mekwimon, 2013) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ นอกจากนี้แล้วกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ หรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุในการศึกษาของ ชัยณรงค์ ทรงทอง (Thongthong, 2017) ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุโดยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 38 คน หลังการทดลองพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำผลการตรวจเลือดของกลุ่มตัวอย่างมาประกอบการให้ความรู้ อาทิการแจ้งผลเลือดเพื่อเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง สามารถสร้างความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงได้ดีและมากพอ กลุ่มตัวอย่างรับรู้โทษและภาวะสุขภาพที่เป็นอันตรายรุนแรงจากโรคหลอดเลือดหัวใจจนทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองรู้สึกคุกคามต่อชีวิต ทั้งยังรับรู้ความสามารถในตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ควบคุมความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่และผลักดันให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด และยังช่วยลดความรู้สึกรังเกียจที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำโดยไม่เงินอายุสามารถทำต่อไป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการกระตุ้นเตือนจากการเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจถูกกระตุ้นจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ

แนวคิดของ HBM ที่ว่าการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง มีการรับรู้ว่าอุปสรรคที่มีอยู่ลดลงนอกจากนี้การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรครวมถึงอันตรายต่างๆจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจะนำมาซึ่งการมีพฤติกรรมที่ดีหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น (Rosenstock, et al., 1988) Duangduan, Worraphol, และ Warakorn (2016) ที่นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ในการวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ตีค่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดยะลา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Niwat, Kannika, Boonsit, & Paiboon, 2015)

สรุป หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหัวใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ดีขึ้นได้ แต่มีพฤติกรรมรายด้าน ของด้านการบริโภคอาหาร ด้านบริโภคสุราและบุหรี่และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์บริการสาธารณสุข ได้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการดูแลปกติ (Usual care) โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด
2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการพัฒนากระบวนการสร้างพลังการรับรู้ และฝึกฝนทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการรับรู้ที่ตรงกับทุกองค์ประกอบตาม HBM
3. การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์บริการสาธารณสุข ต้องติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะทำให้ผู้รับบริการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการที่อยู่นอกเหนือจากพื้นที่บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตเมือง และเน้นศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร บริโภคสุราและบุหรี่และการตรวจสุขภาพประจำปี
2. ควรมีการศึกษาติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นตัวบ่งชี้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงควรเพิ่มข้อมูลของค่าดัชนีทางชีวภาพ (Biomarkers) ในการศึกษา อาทิ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสม หรือ ระดับไขมันในเลือดเพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของโปรแกรมหลัง จากสัปดาห์ที่ 10 ที่โปรแกรมเสร็จสิ้น

References

- Ambrose, J., & Singh, M. (2015). "Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes". F1000Prime Reports. 7. Doi: 10.12703/P7-08. ISSN 2051-7599. PMC 4311268 Freely accessible. PMID 25705391.
- Chareerat, S., & Ratsiri, T. (2017). That Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(2), 111-25. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Duangduan, H., Worraphol, W., & Warakorn, K. (2016). The effects of an applied health belief model program on self-care behavior of diabetic patients in Meung-Pai sundistrict health promotion hospital zone. *Phranakhon Rajabhat Research journal (Science and Technology)*, 11, 36-51. (in Thai)
- Fox, C. S. (2010). Cardiovascular Disease Risk Factors, Type 2 Diabetes Mellitus, and the Framingham Heart Study. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 20(3), 90-95.
- Korpkarn, S., Waree, K., Chommanar, S. (2017.). Factors related to health related hardiness among elderly with coronary artery disease. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33, 40-51. (in Thai)

- Levine, N. G., Bates, R. E., Blankenship, C. J., et al. (2011). ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention A Report of the American College of cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation*, 124, e574 - e651.
- Mekwimon, W. (2013). Factors related to food consumption behavior among elderly Samut Songkhram province. Retrieved from <http://www.ssruii.ssruii.ac.th/bitstream/ssruii/689/1/079-55.pdf>
- Mendis, S., Puska, P., Norrving, B. (2011). *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. Geneva: World Health Organization.
- Mozaffarian, D., Benjamin, J., Go, S. (2015). Heart disease and stroke statistics 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*; 131:e29-322
- Niwat, W., Kannika, R., Boonsit, C., & Paiboon, C. (2015). Effectiveness of health education program by the application of health belief model on knowledge, belief and prevention behavior of osteoporosis among senior high school girl in Yala province. *Princess of Naradhiwas university journal*, 7(2), 88-100. (in Thai)
- Nutchanart, S., Nantarat, K., Nongnuch, S., Chatri S., Upa, K., ...Vichai, S. (2015). Thrombomodulin Gene-33GA Polymorphism in Thai Patients with Coronary Artery Disease. *Srinagarind Med J*, 30(6), 543-51.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterl*, 15 (2). Retrieved from <http://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Smith Jr, S.C., Benjamin, E.J., Bonow, R.O., Braun, L.T., Creager, M.A., Franklin, B.A., et al. (2011). AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation Endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(23), 2432-46.
- Stewart, J., Manmathan, G., & Wilkinson, P. (2017). Primary prevention of cardiovascular disease: A review of contemporary guidance and literature. *JRSM Cardiovascular Disease*, 6, 1-9.
- Strategy and Planning Division. (2014). Public Health Statistic Year 2557. Bangkok: Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health.
- Thawinee, C., & Noraluk, U. (2016). The effect of promoting perceived benefits and perceived barriers program on medication adherence of myocardial infarction patients who underwent percutaneous coronary intervention. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36, 56-75. (in Thai)
- Thongthong, C. (2017). The empowerment for diabetic prevention of elderly diabetic risk group in Napho sub-district, Thungsong district, Nakhon Si Thammarat province *Journal of Rajabhat Rajanagarindra University Graduate School*, 1(1), 61-67.
- World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.