

**ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง
และระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี***

**The Effects of Integrated Health Behavior Change Program on Self-
Management Behaviors and Cardiovascular Health of Cardiovascular
Patients at a Tertiary Level Hospital in Phetchaburi Province**

จินตนา ลีดี**

ดร.วินัส ลีพิทกุล***

ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 23 ราย และกลุ่มทดลอง 23 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด วัดผลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, F-test, Independent t-test, Paired t-test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองและคะแนน

ระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองและคะแนนระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน มีผลทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองและระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น ดังนั้นจึงสามารถนำไปประยุกต์และพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ เพื่อนำไปสู่การมีระดับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและควรมีการศึกษาโปรแกรมในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคหัวใจและหลอดเลือด / การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน / พฤติกรรมจัดการตนเอง / ระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of integrated health behavior change program on self-management behaviors and cardiovascular health of cardiovascular patients. Samples used in this study were 46 patients with cardiovascular diseases. They were equally divided into the control and experimental group. The experimental group received the integrated health behavior change program for 8 weeks, while the control group received routine nursing care. Data were collected using personal information, self-management behaviors questionnaire and cardiovascular health questionnaire. They were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test, F-test, Independent t-test, Paired t-test, Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney U test.

The results showed that after receiving the program, the self-management behaviors

scores and cardiovascular health scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group. The scores after receiving the program were also higher than the scores before receiving the program ($p < .05$), whereas those of the control group did not show the difference scores between two times of the measurement. The results of the integrated health behavior change program had improved self-management behaviors and cardiovascular health status of cardiovascular patients. Therefore, the program can apply to the development of behavioral change and care of cardiovascular patients and there should also be a longitudinal study.

Keywords: Cardiovascular Disease / Integrated Health Behavior Change/ Self-Management Behaviors / Cardiovascular Health

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โรคหัวใจรูมาติก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เส้นเลือดอุดตันและภาวะลิ้นเลือดอุดตันในปอด (American Heart Association, 2013; World Health Organization, 2013) โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 54 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization : 2016) สำหรับประเทศไทย พบว่า สถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าส่วนใหญ่มาจากภาวะหรือโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ความดันโลหิต

ระดับไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และการสูบบุหรี่ (D' Agostino, Vasan, Pencina, Wassaro et al., 2008) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตของบุคคลทั้งสิ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีทางสุขภาพที่มีความหลากหลายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไว้ค่อนข้างมาก การศึกษาของอรรธรรยา ภูมิศรีแก้ว (2555) ได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ที่เชื่อว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคล

มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาประยุกต์ใช้ พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัวใจและการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป การศึกษาของ สุขฤดี รัชตฤงการสกุล (2557) ได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งสามารถสร้างให้เกิดได้โดยการเรียนรู้ข้อมูลจากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองและการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น มาประยุกต์ใช้ในการรับทราบยอดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีความสม่ำเสมอในการรับทราบยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การศึกษาของแจ่มศรี เสมาเพชร ได้นำแนวคิดของ Cobb (1976) ที่เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ได้รับการเคารพและมีบุคคลมองเห็นคุณค่าของตน พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความยากและซับซ้อน การใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งในการอธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังไม่สามารถเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ครอบคลุม อาจมีข้อจำกัดหากนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมทั้งอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและสถิติการเสียชีวิตยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน : Integrated Theory of Health Behavior Change (Ryan, 2010) จึงเป็นทฤษฎีที่มีการนำมาใช้อธิบายและใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมากขึ้น เพราะเป็นการผสมผสานปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากทฤษฎีหลายทฤษฎี สามารถช่วยอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ชัดเจนและมีความเชื่อมโยงมากขึ้น โดยตามแนวคิดเชื่อว่าการที่บุคคล

จะมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเหมาะสม ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น บุคคลจะต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองก่อน โดยจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่องานตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค เข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง เรียนรู้ฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อให้ตนเองมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บป่วยของตนเองและสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สามารถมีชีวิตอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยได้อย่างผาสุก โดยอาศัยการชี้แนะและความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย (จิราวรรณ เผื่อแผ่, 2557) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจประยุกต์ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเน้นที่การส่งเสริมให้เกิดการกำกับตนเองอันนำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการปฏิบัติตัว การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการกำกับตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนเพิ่มระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด โดยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

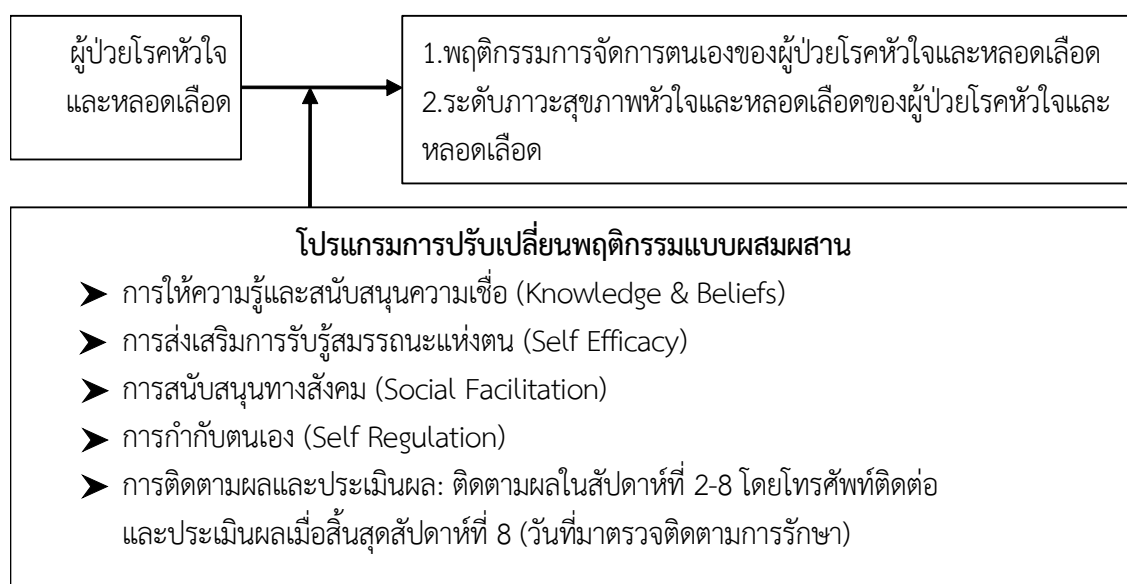
สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมแบบผสมผสาน (Ryan, 2010) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย ซึ่งเชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมทั้งมีการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้บุคคลเกิดกระบวนการกำกับตนเองและทักษะในการกำกับตนเอง ก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมจัดการตนเอง ทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน: Integrated Theory of Health Behavior Change (Ryan, 2010)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest research design) โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิด Coronary Artery Disease : CAD ครั้งแรกทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิด Coronary Artery Disease : CAD ครั้งแรกทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรจำนวน 46 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา คือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป หากมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องได้รับการคัดกรอง

ภาวะสมองเสื่อมโดยแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2557) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีปัญหาด้านความจำและการเรียนรู้สามารถสื่อสารได้โดยใช้ภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินสามารถติดต่อทางโทรศัพท์มือถือหรือโทรศัพท์บ้านได้อย่างสะดวกภายหลังจากกลับไปอยู่บ้าน เกณฑ์ในการคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ หรือเสียชีวิต หรือไม่สามารรถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 เลือกรูปแบบทดสอบชนิด Independent t-test กำหนด Effect size = 0.8 ซึ่งคำนวณจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของณรงค์กร ชัยวงศ์ (2556) กำหนด $\alpha = 0.05$ และ Power = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 21 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 ราย เพื่อให้ขนาดตัวอย่างครบตามเกณฑ์ในกรณีมีผู้สูญหายระหว่างดำเนินการทดลอง (Dropout) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 (อรุณจิรวรรณกุล, 2551) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 23 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มสุรา

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของเบญจมาศ ถาดแสง (2555) และสุภาพร เพ็ชรอาวูฐ (2553) มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อย่างเหมาะสม 2) พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ดูปัญหุหรือ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) พฤติกรรมการจัดการอารมณ์เมื่อเกิดความเครียด และ 5) พฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาและการไปตรวจตามนัด คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 4 ระดับ ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย และเรียงลำดับของการความสม่ำเสมอ ในการปฏิบัติพฤติกรรมจากบางครั้งไปจนถึงปฏิบัติเป็นประจำ โดยปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวันหรือทุกครั้งที่มีกิจกรรม ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน (กรณีตอบแบบสอบถามครบ 25 ข้อ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องพบแพทย์และรับประทานอย่างสม่ำเสมอ) หรือ 0-68 คะแนน (กรณีตอบแบบสอบถามเพียง 17 ข้อ เนื่องจากไม่ได้เป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องพบแพทย์และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ) คะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีเครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.8-1.0 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86

1.3 แบบประเมินระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นแบบประเมิน Definition of Cardiovascular Health ของ American Heart Association : AHA (2016) แปลเป็นภาษาไทยโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Life's Simple 7 ซึ่งประกอบด้วย 1) การสูบบุหรี่ 2) ดัชนีมวลกาย 3) การออกกำลังกาย 4) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด 5) ระดับความดันโลหิต 6) ระดับน้ำตาลในเลือด และ 7) การรับประทานอาหาร แบ่งระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดดี (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และไม่ดี (1 คะแนน) ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามทฤษฎี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Ryan, 2010) ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และสนับสนุนความเชื่อ (Knowledge & Beliefs) 2) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy) 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social Facilitation) และ 4) การกำกับตนเอง (Self Regulation) การดำเนินการทดลองใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด การให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยโปรแกรม Power point วิดีทัศน์เรื่องการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด/การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดคู้มือ/แผ่นพับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 13/2559 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 5/2559 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดและมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับตามปกติ ผลการศึกษาไม่มีการเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี แผนกหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยกึ่งวิกฤต อายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับ และลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ก่อนเข้าโปรแกรม และทำให้นัดหมายเพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดซ้ำเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 23 ราย ได้รับการพยาบาลตามแนวทางของโรงพยาบาลส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 23 ราย ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีขั้นตอนการดำเนินการแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สู่การกำกับตนเองดำเนินกิจกรรมในวันที่ 1-2 หลังนอนโรงพยาบาล ใช้เวลา 60 นาที โดยการฟังการบรรยายความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแผนการสอน ประกอบ Power Point และวีดิทัศน์เรื่องการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดและการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การสะท้อนคิดในกลุ่มย่อย การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสพการณ์ปัญหาและอุปสรรค แจกคู่มือและแผ่นพับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบการบันทึกสุขภาพเมื่อกลับไปบ้าน โดยได้รับการฝึกทักษะการบันทึกน้ำหนัก การออกกำลังกายและรายการอาหารด้วยตนเอง ในคู่มือก่อนกลับบ้าน

ระยะที่ 2 การทบทวนความรู้และกำหนดแนวทางปฏิบัติตนที่บ้าน ดำเนินกิจกรรมก่อนจำหน่าย 1-2 วัน ใช้เวลา 30 นาที โดยการทบทวนความรู้ความเข้าใจในการกำกับตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง ระหว่างผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน

ระยะที่ 3 การติดตามผลดำเนินกิจกรรมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมกรณีมีปัญหาหรือข้อสงสัยใช้เวลา 20 นาที

ระยะที่ 4 การประเมินผลดำเนินกิจกรรมเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ในวันมาตรวจตามแพทย์นัด โดยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Chi-square test และ F-test ($n < 5$) ข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Mann-Whitney U test ภายในกลุ่มใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ข้อมูลระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test ภายในกลุ่มใช้สถิติ paired t-test

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.2 มีอายุเฉลี่ย 68.04 ปี (S.D. = 12.50) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 26.1 การวินิจฉัยโรค NSTEMI ร้อยละ 56.5 สำหรับกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.2 มีอายุเฉลี่ย 67.87 ปี (S.D. = 11.33) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.4 การวินิจฉัยโรค STEMI ร้อยละ 56.5 สำหรับทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาท มีโรคประจำตัว มีประวัติการสูบบุหรี่และไม่มีประวัติการดื่มสุราเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

พฤติกรรมจัดการตนเอง

เมื่อนำข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองมาเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าเมื่อวิเคราะห์โดยรวม ภายหลังได้

รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง เมื่อวิเคราะห์รายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนพฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมจัดการอารมณ์ ความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นพฤติกรรมรับประทานยา และการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ไม่แตกต่างกันสำหรับภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อวิเคราะห์โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง (ตารางที่ 1)

ระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

เมื่อนำข้อมูลระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงมาเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า เมื่อวิเคราะห์โดยรวม ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง เมื่อวิเคราะห์รายข้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า การออกกำลังกาย ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และอาหารสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นการสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ไม่แตกต่างกัน สำหรับภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อวิเคราะห์โดยรวมและรายข้อพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่าง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=46)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม (n=23)	กลุ่มทดลอง (n=23)	Z	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
1. การรับประทานอาหาร				
ก่อนทดลอง	18.39(2.53)	17.82(2.14)	-.32	.37
หลังทดลอง	18.21(2.48)	24.73(1.35)	-5.40	.00*
2. การออกกำลังกาย				
ก่อนทดลอง	6.08(2.87)	6.26(2.79)	-.18	.42
หลังทดลอง	6.08(2.87)	8.13(2.65)	-2.56	.00*
3. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง				
ก่อนทดลอง	8.69(2.11)	8.08(2.06)	-1.08	.13
หลังทดลอง	9.30(1.52)	10.86(.91)	-4.00	.00*
4. การจัดการอารมณ์ความเครียด				
ก่อนทดลอง	9.52(.73)	9.34(.88)	-.43	.33
หลังทดลอง	9.52(.73)	10.82(.57)	-5.03	.00*
5. การรับประทานยา				
ก่อนทดลอง	13.04(9.73)	14.95(8.15)	-.26	.39
หลังทดลอง	13.04(9.73)	15.65(8.43)	-.97	.16
6. การประสานความร่วมมือ				
ก่อนทดลอง	7.78(5.81)	8.95(4.87)	-.25	.39
หลังทดลอง	7.78(5.81)	9.39(5.06)	-1.19	.11
พฤติกรรมการจัดการตนเอง (รวม)				
ก่อนทดลอง	63.52(15.14)	65.43(13.50)	-.29 ¹	.38
หลังทดลอง	63.95(14.13)	79.60(13.22)	-4.14 ¹	.00*
Z	-1.43 ²	-4.20 ²		
p-value	.07	.00*		

*p< .05, ¹ = Mann-Whitney U test, ² = Wilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=46)

ระดับภาวะสุขภาพหัวใจ และหลอดเลือด	กลุ่มควบคุม (n=23)	กลุ่มทดลอง (n=23)	t	p-value
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		
1. การสูบบุหรี่				
ก่อนทดลอง	2.43(.89)	2.39(.94)	.16	.43
หลังทดลอง	2.48(.84)	2.70(.47)	-1.07	.14
2. ดัชนีมวลกาย				
ก่อนทดลอง	2.43(.59)	2.52(.51)	-.53	.29
หลังทดลอง	2.43(.59)	2.52(.51)	-.53	.29
3. การออกกำลังกาย				
ก่อนทดลอง	1.96(.87)	2.09(.90)	-.49	.31
หลังทดลอง	1.96(.87)	2.65(.77)	-2.84	.00*
4. ระดับโคเลสเตอรอล				
ก่อนทดลอง	2.13(.86)	1.65(.77)	1.97	.02
หลังทดลอง	2.17(.57)	2.57(.59)	-2.27	.01*
5. ความดันโลหิต				
ก่อนทดลอง	1.83(.83)	1.39(.65)	1.96	.02
หลังทดลอง	1.96(.70)	2.13(.86)	-.74	.23
6. ระดับน้ำตาล				
ก่อนทดลอง	1.74(.75)	1.39(.65)	1.67	.051
หลังทดลอง	1.87(.62)	2.48(.51)	-3.61	.00*
7. อาหารสุขภาพ				
ก่อนทดลอง	2.17(.57)	2.13(.69)	.23	.40
หลังทดลอง	2.35(.48)	2.70(.47)	-2.46	.00*
ระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด (รวม)				
ก่อนทดลอง	14.69(2.05)	13.56(2.04)	1.87 ¹	.03
หลังทดลอง	15.21(1.56)	17.73(1.91)	-4.89 ¹	.00*
T	-1.21 ²	-11.61 ²		
p-value	.11	.00*		

*p< .05, ¹ = Independent t-test, ² = Paired t-test

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า เมื่อวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยรวม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า คะแนนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ ความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ยกเว้นพฤติกรรมการรับประทานยา และการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ไม่แตกต่างกัน สำหรับภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อวิเคราะห์โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และสนับสนุนความเชื่อ การส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการกำกับ ตนเอง มีผลต่อการเพิ่มของคะแนนพฤติกรรมการจัดการ ตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พฤติกรรมการ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการจัดการอารมณ์เมื่อเกิด ความเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการ รักษาและการไปตรวจตามนัด แสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคล มีความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ เหมาะสม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี รวมทั้งมีการ สนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลให้บุคคลเกิดกระบวนการ กำกับตนเองและทักษะในการกำกับตนเอง ก่อให้เกิดเป็น พฤติกรรมการจัดการตนเอง ทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีตามมาด้วย

การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพิกุลทิพย์ ชุนเศรษฐ (2559) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ สาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า คะแนนความรู้ คะแนนการ รับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของกาญจนา เพ็งเหล็ง (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองและการสนับสนุน ทางสังคมในพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการ กำกับตนเองและการการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลอง มีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง ในผลดีของการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิต สูงที่ถูกต้องมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของ วรธนา งามประเสริฐ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการกำ กับตนเองต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม ที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายและ สมรรถนะร่างกายมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ สุกาญจน์ อยู่คง (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับ

ตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า โปรแกรมการกำกับตนเองมีผลทำให้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ รับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลดี ของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร และมีพฤติกรรม การควบคุมอาหารดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่าเมื่อวิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองโดยรวม กลุ่มทดลองมีคะแนน ระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า การออกกำลังกาย ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และอาหารสุขภาพ มีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นการสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ไม่แตกต่างกัน สำหรับ ภายใต้วงกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อวิเคราะห์โดยรวมและรายข้อ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมแบบผสมผสาน มีผลต่อการเพิ่มของคะแนน ระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด โดยประเมิน จากการสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย ระดับ โคเลสเตอรอลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ในเลือด และการรับประทานอาหาร แสดงให้เห็นว่าการ ค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น สิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอด เลือดสามารถจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอยู่ใน เกณฑ์ปกติและมีระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้นตามมา

การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเกษมาพร บุญมาศ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย ด้วยยางยืดโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุม และมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของพัชรภรณ์ อารีย์ (2556) ศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินต่อระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าระดับโคเลสเตอรอลและระดับน้ำตาลในเลือดระยะหลังเข้าร่วมโครงการมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของวริษา ศิริเวชยันต์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมอาหารสุขภาพต่อดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายหลังทดลองลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของปณณวีร์ ประเสริฐไทย (2553) ศึกษาผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบบสูง พบว่า กลุ่มออกกำลังกายมีระดับความดันโลหิตลดลงในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน ที่ครอบคลุมการให้ความรู้และสนับสนุนความเชื่อ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการกำกับตนเองมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่องานในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค เข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง เรียนรู้ฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อให้ตนเองมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บป่วยของตนเองและสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สามารถมีชีวิตรอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยได้อย่างผาสุก โดยอาศัยการชี้แนะและความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและจากผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

และลดปัจจัยเสี่ยงส่งผลให้มีระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้นตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหาร ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมีการสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานมาใช้ในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาศักยภาพแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มเติมจากเดิม

1.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน เป็นแนวทางการพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

1.3 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ

1.4 ด้านการศึกษา สามารถนำไปพัฒนาการเรียนการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลและผู้ที่สนใจศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน ควรเพิ่มระยะเวลาในการใช้โปรแกรมอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อศึกษาความต่อเนื่องและยั่งยืนของพฤติกรรมจัดการตนเอง เนื่องจากเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่คงทนและยาวนาน

2.2 สามารถนำปัจจัยรายด้านอื่นๆ ของพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับภาวะสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด มาใช้เป็นตัวแปรเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี, โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก.
- เกษมพร บุญมาศ. (2557). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดโดยประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถของตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศักยภาพชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- กาญจนา เพ็งเหล็ง. (2556). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขศึกษา. 36(123), 37-50.
- จิราวรรณ เผื่อแผ่. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แจ่มศรี เสมเพชร. (2557). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 32(2), 131-140.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 9(3), 112-119.
- เบญจมาศ ถาดแสง. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 39(4), 124-137.
- บุญยวีร์ ประเสริฐไทย. (2553). ผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง. วารสารสภาการพยาบาล. 25(4), 80-95.
- พัชรภรณ์ อารีย์. (2556). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินต่อระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. พยาบาลสาร. 40(1), 14-22.
- พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. *Journal of Nursing Science*. 34(4), 90-101.
- วรรณ งามประเสริฐ. (2553). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชาศิริเวชยันต์. (2560). ผลของโปรแกรมอาหารสุขภาพต่อดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย. 10(1), 145-153.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม Clinical Practice Guidelines : Dementia. กรุงเทพฯ, ธนาเพรส จำกัด.
- สุกาญจน์ อยู่คง. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุฤดี ธัชศฤงคารสกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลตำรวจ. 6(1), 113-130.

- สุภาพร เพ็ชรอาวุธ. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด: *Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk*. กรุงเทพฯ, องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อรรธยา ภูมิศรีแก้ว. (2555). ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 18(2), 34-47.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2551). ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- American Heart Association. (2013). *What is cardiovascular disease (heart disease)*. [Online]. Retrieved September 28, 2016, from [http://www.heart.org/HEARTORG/Caregiver/Resources/What is Cardiovascular%20 Disease_UCM_301852_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Caregiver/Resources/What%20is%20Cardiovascular%20Disease_UCM_301852_Article.jsp).
- American Heart Association. (2016). *Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update*. [Online]. Retrieved September 28, 2016 from <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIR.0000000000000350>.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of self-control*. Gordonsville, VA: WH Freeman.
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. [Online]. Retrieved October 18, 2016, from www.Psychomaticmedicine.org/cgi/content/short/3/5/300.
- D' Agostino, R. B., Vasan, R. S., Pencina, M. J., Wolf, P. A., Cobain, M., Massaro, J. M., et al. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care the Framingham Heart study. *Circulation*. 117(6), 743-753.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Behavior*. 15(2), 175-183.
- Ryan P. (2010). Integrated Theory of Health Behavior Change: Background and Intervention Development. *Clinical Nurse Specialist*. 23(3), 161-172.
- World Health Organization. (2013). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [Online]. Retrieved September 28, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
- World Health Organization. (2016). *Cardiovascular disease*. [Online]. Retrieved September 28, 2016, from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/.

