

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของ ผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ

ปิยฉัตร ธารปนา*

พย.บ.

รุ่งโรจน์ สลับ**

พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

วิวัฒน์ เหล่าชัย***

ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

(รับ: 7 ธันวาคม 2567, แก้ไข: 19 กุมภาพันธ์ 2568, ตอรับ: 15 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ อายุ 35-70 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98, 0.92 และ 1.00 ตามลำดับ และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 และ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-13.66, p<0.05$) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ($t=-2.99, p<0.05$) นอกจากนี้ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.34, p<0.05$) และภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.89, p<0.05$) กล่าวได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

** นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร

E-mail: Wiwatyod99@gmail.com

Effects of a health promotion program on cardiovascular disease prevention behavior among clients in health check-up clinics

Piyachat Tapan* B.S.N.

Rungrote Salab** MD., Diploma of the Thai Board of Family Medicine

Wiwat Laochai*** Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)

(Received: December 7, 2025, Revised: February 19, 2025, Accepted: March 15, 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health promotion program on cardiovascular disease prevention behaviors among clients at a health check-up clinic. The sample consisted of 60 clients aged 35-70 years, divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each. The research instruments included: 1) a general information questionnaire, 2) a cardiovascular disease prevention behavior questionnaire, and 3) a 10-year cardiovascular disease risk assessment. The content validity indices for these instruments were 0.98, 0.92, and 1.00, respectively, and the Cronbach's alpha reliability coefficients were 0.94 and 0.98. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The study results revealed that the mean score for cardiovascular disease prevention behaviors after the intervention was significantly higher than before participation in the health promotion program ($t = -13.66, p < 0.05$). Additionally, the mean score for the 10-year cardiovascular disease risk was significantly lower after the intervention compared to before ($t = -2.99, p < 0.05$). Furthermore, after receiving the health promotion program, the experimental group had a significantly higher mean score for cardiovascular disease prevention behaviors than the control group, which received standard nursing care ($t = 4.34, p < 0.05$). Likewise, the mean score for the 10-year cardiovascular disease risk in the experimental group was significantly lower than that of the control group ($t = 1.89, p < 0.05$).

In conclusion, the health promotion program effectively improved cardiovascular disease prevention behaviors among participants and reduced their future risk of cardiovascular disease, thereby contributing to the enhancement of the clients' quality of life.

Keywords: CVD risk, behaviors to prevent cardiovascular disease, health promotion program

* Professional Nurse, Sung Men Hospital, Phrae Province

** Family Medicine Specialist, Sung Men Hospital, Phrae Province

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok

Corresponding author, E-mail: Wiwatyod99@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) เป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลก มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีการเจ็บป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานองค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก โลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 20 ล้านคน และร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ โรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากการเกาะของคราบไขมัน (Plaque) ภายในผนังหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการสะสมของคอเลสเตอรอลและสารต่างๆ ภายในหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ตีบแข็ง และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด² ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ เป็นสาเหตุการป่วย พิการ และเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลกรวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้เกิดภาระและการสูญเสียในทุกมิติทั้ง กาย จิต สังคม เศรษฐกิจ ต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาจากหลากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ น้ำหนักเกินและอ้วน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การขาดกิจกรรมทางกาย เป็นต้น การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคประจำตัว เบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น เกิดแรงจูงใจ เกิดการปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดได้ จึงได้มีมาตรการเชิงรุกในการป้องกัน และควบคุมอุบัติการณ์ โดยค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และจัดการให้กลุ่มเหล่านี้สามารถจัดการตนเองได้ ลดปัจจัยเสี่ยง และปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง ทำให้ในปัจจุบันนี้หน่วยงานต่างๆ ทั่วโลกเน้นให้

ประชาชนสามารถประเมินตนเองเบื้องต้น และพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับการรักษา แก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่างๆ

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบบริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด สถานการณ์โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ในจังหวัดแพร่ พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 239, 215 และ 171 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดโรคต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 73.79, 66.36 และ 52.59 ตามลำดับ อำเภอสูงเม่น พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด 47, 42 และ 25 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดโรคต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 84.85, 75.54 และ 44.62 ตามลำดับ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2564 - 2566 จังหวัดแพร่ เท่ากับ 1,301, 1,424 และ 1,572 ราย อำเภอสูงเม่น อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2564 - 2566 เท่ากับ 591, 711 และ 839 ราย จากสถิติดังกล่าว พบว่า อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของอำเภอสูงเม่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สถิติผู้มารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 อายุ 35 – 70 ปี มี 43 ราย เพศชาย 24 ราย เพศหญิง 19 ราย ผลจากการนำข้อมูลไปประเมินในโปรแกรม Thai CV risk score พบอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ 22 ราย กลุ่มเสี่ยงปานกลาง 16 ราย กลุ่มเสี่ยงสูง 4 ราย กลุ่มเสี่ยงสูงมาก 1 ราย³ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อำเภอสูงเม่นมีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองสูง

ปัจจุบันได้มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า (Thai Cardio-Vascular Risk Score)⁹ ประเมินในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 35-70 ปี โดยนำปัจจัยเสี่ยงต่างๆของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมาคิดเป็นคะแนน และแสดงผลเป็นร้อยละความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า⁴ มีเป้าหมายเพื่อกำหนดแนวทางการรักษาและป้องกันโรค เป็นเครื่องมือช่วยให้ประชาชนได้เห็นผลของการควบคุมความเสี่ยงด้วยตนเอง และเป็นสื่อการสอนให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁵ และจากการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁶ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม จากการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดเส้นรอบเอว น้ำหนักลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีประชากรผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพค่อนข้างน้อย และการประเมินผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพเป็นการประเมินผลที่ไม่ครอบคลุมและไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน

ในฐานะผู้วิจัยเป็นบุคลากรด้านสุขภาพและปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกตรวจสุขภาพ จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model)⁷ ในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการลดความเครียด

ซึ่งมุ่งเน้นการทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ โดยพิจารณาจากความเชื่อและทัศนคติที่บุคคลมีต่อสุขภาพของตนเอง นำไปสู่แนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและคะแนนความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและคะแนนความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

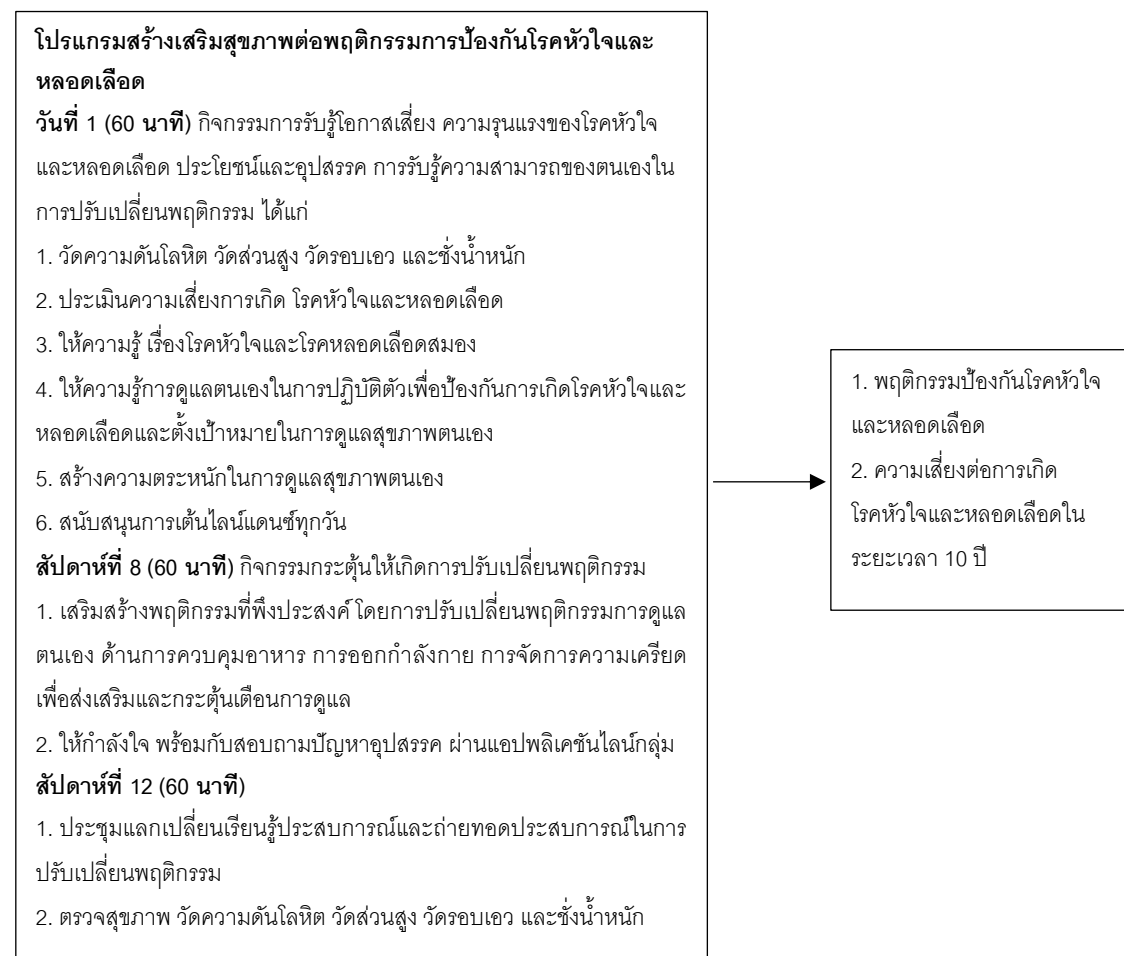
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองจะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มตัวอย่าง ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) การ

รับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค 4) การรับรู้ความสามารถตนเอง และ 5) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เน้นถึงความสำคัญของการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนในลักษณะที่เป็นการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้ เป็นแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ผู้รับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ สถิติตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2566 - สิงหาคม 2567 จำนวน 3,531 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ อายุ 35-70 ปี ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G^*Power^8 กำหนดให้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ $Power (1-\beta) = .80$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (match pair) แต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีข้อมูลพื้นฐานใกล้เคียงกันมากที่สุด ทั้งอายุ เพศ และการศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้มารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพ ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น 2) อายุ 35 – 70 ปี 3) สามารถพูด/สื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ สื่อสารทางโทรศัพท์ ทางไลน์ได้ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่รุนแรง และ5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรม เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ขณะเข้าร่วมโปรแกรมต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 2) ย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต และ3) มีความประสงค์ต้องการออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พัฒนาขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs model)⁷ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ปีที่ 52 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ประโยชน์และอุปสรรค 4) การรับรู้ความสามารถตนเอง และ5) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (60 นาที) วัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนักหาองค์ประกอบของร่างกาย ให้ความรู้โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำวิธีการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk Score)⁹ จากแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Calculator และตั้งเป้าหมาย ในการดูแล สุขภาพตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สร้างไลน์กลุ่มเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นเตือนการดูแลตนเอง และส่งเสริมกิจกรรมการเดินไลน์ แด่นซ์ทุกอาทิตย์

สัปดาห์ที่ 8 (60 นาที) ให้ความรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจ พร้อมกับสอบถามปัญหาอุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 12 (60 นาที) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และถ่ายทอด ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามการตรวจสุขภาพ วัดความดันโลหิต และประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีข้อความ 29 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ

- 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 14 ข้อ 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 9 ข้อ 3) การจัดการกับความเครียด 6 ข้อ การแปลผลคะแนนโดยรวม คะแนน 0-29 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 30-58 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 59-87 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2.3 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า
(Thai CV Risk Score) จากแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Calculator

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด และพฤติกรรมการสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ครอบคลุมความถูกต้อง ความชัดเจน และเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษา รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลา และนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .98, .92 และ 1.00 ตามลำดับ
2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้จริง

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3. หลังจากได้รับความร่วมมือและผู้รับบริการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.1 พบกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่คลินิกตรวจสุขภาพ ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ ทีมผู้ร่วมผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง

1.3 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การดูแลพื้นฐานตามปัญหาสุขภาพทั่วไป เช่นการ

เจาะเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังพบแพทย์

1.4 อีก 3 เดือน นัดติดตาม ทีมผู้วิจัยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า และให้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังการตอบแบบสอบถามเสร็จ

2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.1 พบกลุ่มทดลองครั้งแรกที่คลินิกตรวจสุขภาพ ศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ ทีมผู้ร่วมผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง

2.3 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดให้

2.4 อีก 3 เดือน นัดติดตาม ทีมผู้วิจัยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่ เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2567 No. 060/2567 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้

ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับบริการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกจัดเก็บ ในคอมพิวเตอร์ที่ ต้องใส่รหัส และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 มีอายุเฉลี่ย 45.40 ปี (SD=10.03) ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 มีอายุเฉลี่ย 46.10 ปี (SD=9.99) ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 61.50 และ 65.32 ตามลำดับ ส่วนโรคประจำตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 55.75 และ ร้อยละ 60.55 ตามลำดับ

จากการได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจ ($\bar{X}$ =86.90, SD = 8.54 และ $\bar{X}$ =97.53, SD = 6.10) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ($\bar{X}$ =7.14, SD = 5.53 และ $\bar{X}$ =5.15, SD = 5.35) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกัน

วารสารกองการพยาบาล

โรคหัวใจและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี หลังทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($t = -13.66, p < 0.05$) และ ($t = -2.99, p < 0.05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ของกลุ่มทดลอง ($n=30$)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ	86.90	8.54	97.53	6.10	-13.66	0.00*
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี	7.14	5.53	5.15	5.35	2.99	0.00*

*p-value < .05

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.34, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง ($n=60$)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	86.76	10.93	86.90	8.54	.05	0.95
หลังทดลอง	88.36	9.80	97.53	6.10	4.34	0.00*

*p-value < .05

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา

10 ปี ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.89, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	7.40	4.33	7.13	5.53	2.36	0.21
หลังทดลอง	7.13	4.05	5.15	5.35	1.89	0.045*

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.34, p < 0.05$) และภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = -13.66, p < 0.05$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model)¹ ของ Champion and Skinner⁹ ซึ่งเน้นการเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาจากความเชื่อและทัศนคติที่บุคคลมีต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ รวมถึงการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนั้น เริ่มต้นจากการประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยเครื่องมือ Thai CV risk score ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (perceived susceptibility & severity) จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด และแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (perceived benefits) ขณะเดียวกันก็เข้าใจถึงอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นใน

กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (perceived barriers) ต่อเนื่องด้วยการกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอผ่านไลน์กลุ่มตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ พร้อมเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่พบเจอ ซึ่งเป็นการสร้างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to action) เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วริษา และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ ช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงซ้ำในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ก็ช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและความสามารถในการจัดการตนเองมากขึ้น (perceived self-efficacy) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีผลการทดลองในครั้งนี้ ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติจิรา และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง จากการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ การลดเส้นรอบเอว ความดันโลหิต และน้ำหนักที่ลดลง หลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและได้รับการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหัวใจและหลอดเลือดได้จริง นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของอากาพร และคณะ¹² ที่พบว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนโดยประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การประเมินปัจจัยเสี่ยง และการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และช่วยลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.89, p < 0.05$) และภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มทดลอง มีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ($t = -2.99, p < 0.05$) อธิบายได้ว่าการตรวจประเมินสุขภาพเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือ Thai CV risk score ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมากขึ้นต่อเนื่องด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยเน้นด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีพร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมายและแนวทางในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นรายบุคคล ก็จะช่วยลดการรับรู้ต่ออุปสรรคในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และส่งข้อความเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ของการทดลอง ถือเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยและเพื่อนร่วมโปรแกรม จะทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วริษา และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการให้ความรู้และกระตุ้นการปฏิบัติตัว สามารถเพิ่มความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การประเมินสุขภาพและความเสี่ยงซ้ำในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลตรวจสุขภาพที่ดีขึ้น ระดับความเสี่ยงโรคลดลง น้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการจัดการสุขภาพและกลายเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติจิรา และคณะ¹¹ ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดเส้นรอบเอว ลดน้ำหนัก และลดความดันโลหิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมภายใต้ความเชื่อทางสุขภาพที่ดี จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้นได้อย่างแท้จริง ซึ่งผล

วารสารกองการพยาบาล

การศึกษานี้สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือ Thai CV Risk Score ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับบริบทของประชากรไทยโดยเฉพาะนั้น มีประโยชน์ทั้งในแง่ของการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงและการติดตามประเมินผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี¹³ ช่วยให้กลุ่มทดลองเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังพบว่า การประเมินความเสี่ยงที่แสดงผลในรูปแบบเปอร์เซ็นต์ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าใจระดับความเสี่ยงของตนเองได้ง่าย สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁴ ที่ระบุว่า การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงเฉพาะบุคคลสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพใน

กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรติดตามประเมินผลการคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น 6 เดือน 1 ปี เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ตลอดจนนโยบายระดับองค์กร และประเทศ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย

Reference

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Shaffer R. Coronary artery disease and acute coronary syndrome. In: Harding MM, Kwong J, Roberts D, Hagler D, Reinisch C, editors. Lewis's medical-surgical nursing. 11th ed. Canada: Elsevier; 2020. p. 698-733.
3. Statistics of clients at the health check-up clinic, Primary Care Center, Sungmen Hospital 2023. Phrae: Sungmen Hospital; 2023. Thai.
4. Karmali KN, Lloyd-Jones DM, Goff DC. Cardiovascular risk assessment in primary prevention: Integrating quantitative risk and lifestyle-based interventions. J Am Coll Cardiol. 2022;79(2):147–159.
5. Fuster V, Fayad ZA, Kovacic JC. Promoting cardiovascular health through risk assessment tools: Global perspectives. Nat Rev Cardiol. 2023;20(1):45–60.
6. Kitijira Techarujira, Venus Leelahakul, Sakul Changmai. Effects of a behavioral modification program to reduce cardiovascular disease risk among personnel with metabolic syndrome in a private hospital. Charoenkrung Pracharak J. 2019;15(2):14-18. Thai.

7. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008. p. 45-65.
8. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G* Power software. J Educ Eval Health Prof. 2021;18.
9. Naruemol Kingkaew, Tidarat Antadech. Cardiovascular risk factors and 10-year CV risk scores in adults aged 30-70 years old in Amnat Charoen Province, Thailand. Asia Pac J Sci Technol. 2019;24(4):9-19. Thai.
10. Wong MC, Chan LK, Yip TH. Health belief model-based interventions to improve cardiovascular prevention behaviors in elderly populations: A randomized controlled trial. BMC Public Health. 2023;23(1):110-9.
11. Zhang H, Zhou Q, Li F. Risk communication and behavioral change in cardiovascular prevention: Integrating health belief models in intervention programs. Am J Prev Med. 2022;63(6):789-97.
12. Lee SH, Jung YH, Choi JW. Enhancing self-efficacy through digital health interventions: Evidence from a community-based program. Prev Med Rep. 2023;32: 102057.
13. Kwon JH, Kim YS, Park SH. Impact of personalized risk assessment tools on promoting cardiovascular health behaviors: A longitudinal study. J Cardiovasc Nurs. 2023;38(3):245-53.