ผลของโปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

Effects of Nutrition Education Program with Applied Social Support Theory on Food Knowledge and Consumption Behavior among In-patients with Acute Coronary Syndrome of Naresuan University Hospital

นฤมล ศิริรัตนพงศ์ธร* วิมลิน ริมปิกุล สำอาง สืบสมาน
Naruemon Siriratanapongtorn* Wimalin Rimpeekool Sam-ang Seubsman
สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
School of Human Ecology, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านอาหาร และพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรก่อนและหลังการให้โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจฯ เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 78 คน โดยใช้แบบสอบถาม และโปรแกรมโภชนศึกษาฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มอยู่ระดับต่ำไม่แตกต่างกัน หลังทดลองแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มเป็นระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.51, S.D. = 0.81) และกลุ่มทดลองเพิ่มเป็นระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.69, S.D. = 0.62) กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านอาหารเพิ่มเป็นระดับสูง ($\overline{X}$ = 14.66, S.D. = 2.19) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมบริโภคก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มอยู่ระดับปานกลาง หลังทดลองทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมบริโภคระดับดี ($\overline{X}$ = 3.67, S.D. = 0.21 และ $\overline{X}$ = 3.84, S.D. = 0.23) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โภชนศึกษาประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการจัดกิจกรรมให้ความรู้และให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพควรจะคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายร่วมด้วย

คำสำคัญ : โปรแกรมโภชนศึกษา, ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมบริโภคอาหาร, ผู้ป่วย, ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Abstract

The objectives of this research were to study the level of social support, compare food knowledge and compare consumption behavior of in-patient with Acute Coronary Syndrome of Naresuan University Hospital before and after the implementation of nutrition education program with applied social support theory. The participants were 78 in-patients of Naresuan University Hospital diagnosed with acute coronary syndrome obtained using purposive sampling. Tools used in this research were questionnaires and nutrition education

Corresponding Author: *E-mail: 29nutik@gmail.com

วันที่รับ (received) 7 มี.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 มี.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 มี.ค. 2565

program with applied social support theory. Descriptive statistics and t- test were used for data analysis. The results revealed that level of social support for both groups before treatment were low with no significant. After treatment, there was moderate social support for the control group ($\overline{X}$ = 2.51, S.D. = 0.81) and high social support for the treatment group ($\overline{X}$ = 3.69, S.D.=0.62). The level of food knowledge in the treatment group to the high level ($\overline{X}$ = 14.66, S.D. = 2.19) and was statistically significantly higher than the control group (p<.05). Lastly, food consumption behavior of both groups before treatment was ranked as moderate, but after treatment, consumption behavior of both groups was ranked as good ($\overline{X}$ = 3.67, S.D.= 0.21 and $\overline{X}$ = 3.84, S.D.=0.23) with the treatment group having a significantly higher overall score than the control group (p<.05). A nutrition education program with applied social support theory could help patients improve their health behaviors. For a better outcome, organizing education activities and counseling should concern each patient's context.

Keywords: Nutrition education program, Social support theory, Food consumption behavior, Patient, Acute Coronary Syndrome

บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า ในปี 2557 มีผู้เสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดซึ่งเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ 7.4 ล้านคน[1] สาเหตุของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม และกลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ เช่น พฤติกรรมการบริโภค การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมหรือวัฒนธรรม ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิถีชีวิตที่เร่งรีบต้องการความสะดวกและรวดเร็ว ทำให้คนไทยมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และมีวิถีชีวิตที่ไม่กระฉับกระเฉงหรือเนือยนิ่ง การพึ่งพาเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้นทำให้มีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายน้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ และมีความเครียด พฤติกรรมเหล่านี้นำไปสู่การเกิดภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด[2,3] ทั้งนี้จากสถิติการเก็บข้อมูลของโครงการการบันทึกข้อมูลบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ (Thai Registry in Acute Coronary Syndrome: TRACS) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของคนไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.2 ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.5 เบาหวาน ร้อยละ 50.7 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 32.1 และครอบครัวมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9.3[4]

พฤติกรรมทางสุขภาพมีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคต่างๆ ซึ่งนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ จากข้อมูลสนับสนุนของเครือข่ายข้อมูลการเกษตรทั่วโลก (Global Agricultural Information Network) พบว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลสูงเฉลี่ยถึง 28.4 ช้อนชาต่อวัน จากปริมาณน้ำตาลที่แนะนำต่อวันคือ 6 ช้อนชา และบริโภคน้ำมัน 12 ช้อนชาต่อวัน จากปริมาณที่แนะนำคือ 6 ช้อนชาต่อวัน การบริโภคอาหารไขมันและน้ำตาลสูงเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยลดการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอล น้ำตาล และรับประทานอาหารสัดส่วนพอเหมาะ จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้[4]

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นประเด็นสำคัญที่พบเจอได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ช่วงเดือนพฤษภาคม ปี 2559 จนถึงเดือนมีนาคม ปี 2562 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 286 คน อายุอยู่ในช่วง 35-86 ปี กลุ่มผู้ป่วยมีปัจจัย

เสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้ เช่น ผู้ป่วยมีการเลือกรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 100) ขาดการออกกำลังกาย (ร้อยละ 58.1) และสูบบุหรี่ (ร้อยละ 53.76) และจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมด้านอาหารและโภชนาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีน้อย และยังไม่มีการศึกษาผลของแรงสนับสนุนรอบข้างที่มีต่อระดับความรู้และพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นงานวิจัยนี้ต้องการพัฒนาโปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการใช้แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ และให้การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน เป็นส่วนร่วมการกำหนดกิจกรรมโภชนศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม กลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้ตามปกติ เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด และลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรก่อนและหลังการให้โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังการให้โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังการให้โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรก่อนและหลังการทดลองให้โปรแกรมโภชนศึกษามีความแตกต่างกัน

2. โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารของกลุ่มทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

3. โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยเพิ่มระดับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีของกลุ่มทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House5 (1981) โดยการศึกษานี้เชื่อว่า นอกจากการให้โภชนศึกษากับผู้ป่วยและเพิ่มการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว กลุ่มเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล และการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ด้านอารมณ์ และด้านการประเมินผล จะมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีส่วนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและภาวะเจ็บป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบ 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Treatment group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-test post-test design) ดังภาพที่ 1

ประชากร ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร จากสถิติเดิมในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 119 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ในช่วงกรกฎาคม 2563 ถึง เดือนมีนาคม 2564 โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและขนาดอิทธิพล โดยกำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) ที่ 0.95 ค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 39 คน โดยใช้เทคนิคในการจับคู่ (Matching pair) มีลักษณะที่คล้ายกันมากที่สุด ด้านอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน เพื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่ให้แตกต่างกัน มีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1.1ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ช่วงอายุ 30-75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 4 วัน

3. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร มีโทรศัพท์ในการติดต่อ

4. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยโดยลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด

2. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

3. ผู้ป่วยที่เคยได้รับโปรแกรมโภชนศึกษานี้แล้วและกลับมานอนรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

4. ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแต่ต่อมาขอยุติการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นใหม่โดยการศึกษาเนื้อหาจากเอกสารและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ลักษณะการดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างโดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยคำถามครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ ด้านการประเมินผล จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยมากหรือไม่ได้รับ (1 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยค่อนข้างมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยมาก (5 คะแนน) แล้วคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยคะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ (Best, J.W , 1977)6 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (3.67 - 5.00 คะแนน) แรงสนับสนุนทางสังคมสูงระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน) แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน) ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด จำนวน 18 ข้อ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจเท่ากับ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์การแจกแจงระดับความรู้คะแนนเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom[7] โดยคิดเป็นร้อยละจากคะแนนเต็มที่ได้ และแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับอาหาร เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ร้อย 80-100) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00 – 79.99) และระดับต่ำ (ร้อยละ 0.00 – 59.99)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข[8] เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและกลุ่มอาหารที่ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด กำหนดความถี่การบริโภคและเกณฑ์การให้คะแนน

ดังนี้ ระดับพฤติกรรมการบริโภค จะพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมดี (3.67-5.00 คะแนน) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (1.00-2.33 คะแนน)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1. การจัดทำโปรแกรมโภชนศึกษาฯ สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

กรอบแนวคิดการสร้างโปรแกรมโภชนศึกษาพัฒนาโดยข้อมูลที่ได้จากการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตทางด้านหัวใจ (CCU) นำมาจัดกิจกรรมให้ข้อมูลแนะแนวสุขภาพและส่งเสริมการเลือกรับประทานอาหาร การรับคำปรึกษากับนักโภชนาการ ในกลุ่มทดลองกำหนดให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในทุกกิจกรรม และมีการจัดทำสื่อประกอบการให้ข้อมูลโปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาหารและ

โภชนาการ นักโภชนาการ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 5 คน ผู้วิจัยนำผลประเมินและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงโปรแกรม และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการจัดทำโปรแกรม มีความเหมาะสมด้านระยะเวลา เนื้อหาสาระ ความสนใจในตัวกิจกรรมและเครื่องมือประกอบกิจกรรม

2. สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมโภชนศึกษาฯ ได้แก่

2.1 สื่อของหน่วยงาน

1) แผ่นพับเรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อันตรายและภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แนวทางปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจของศูนย์โรคหัวใจ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

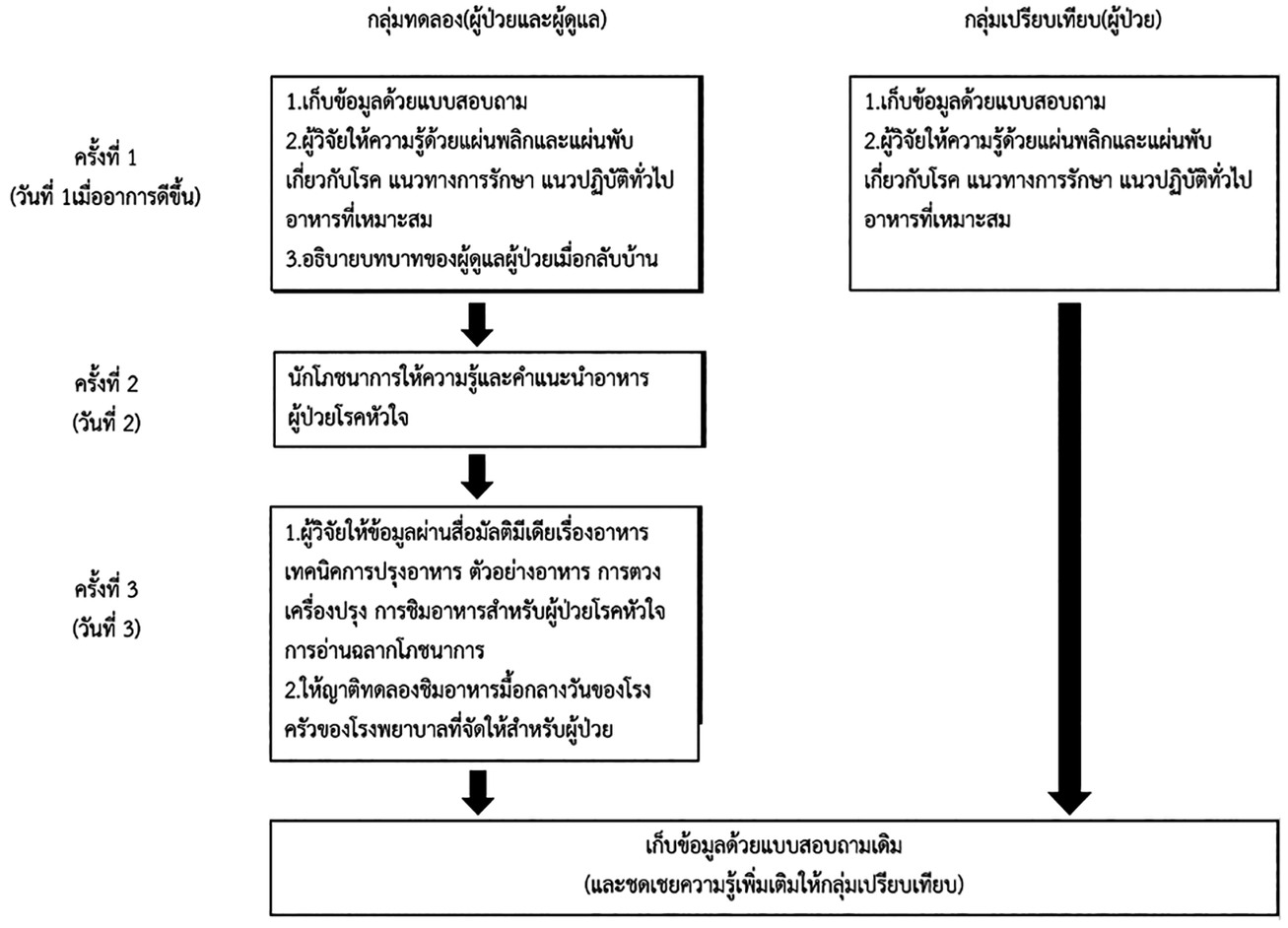
2) แผ่นพับเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจของหน่วยโภชนาการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วย ทำไมอาหารจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ดัชนีมวลกาย ปริมาณแคลอรี่อาหารแต่ละชนิด

2.2 สื่อที่ผลิตขึ้นใหม่

1) สื่อมัลติมีเดีย เป็นสไลด์ภาพประกอบเสียงบรรยาย เรื่อง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ

2) แผ่นพลิกประกอบการให้คำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด

สื่อที่ผลิตขึ้นใหม่มีเนื้อหาประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แนวทางบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด หลักการควบคุมน้ำหนักตามหลักโภชนบัญญัติ การอ่านฉลากโภชนาการ



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการจัดโปรแกรมโภชนศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามและแบบทดสอบที่สร้างขึ้นทั้งหมดที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 คน นำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 30 คน เมื่อวิเคราะห์ค่าความยากง่าย (Difficulty level) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.3-0.7 ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.2-0.6 และค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของ Kuder Richardson โดยใช้สูตร KR-20 ได้คะแนน 0.778

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (เอกสารรับรองเลขที่ EHE006/2563 วันที่ 2 มีนาคม 2563) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับรอง ดำเนินการตามขั้นตอน และมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และได้ให้คำชี้แจงเพื่อทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่จะได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด และพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดภายในกลุ่มด้วยสถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test) และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติที่ใช้ทดสอบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 76.9 และ 76.9) อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.7 และ 64.1) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.9 และ 61.6) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน เมื่อยามเจ็บป่วยมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวดูแล (ร้อยละ 89.7 และ 89.7) รายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 35.9 และ 38.5) และปรุงประกอบอาหารเองในครัวเรือนร่วมกับซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารสำเร็จรูป (ร้อยละ 92.3 และ 79.5)

2. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังการให้โปรแกรมโภชนศึกษาฯ

ตารางที่ 1 แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการให้โปรแกรม ในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
	ก่อนการให้โปรแกรม		หลังการให้โปรแกรม	
	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	1.23±0.52(ต่ำ)	1.41±0.80 (ต่ำ)	2.83±0.95 (ปานกลาง)	3.89±0.64 (สูง)
ด้านอารมณ์	1.29±0.59 (ต่ำ)	1.49±0.94 (ต่ำ)	2.25±0.77 (ต่ำ)	3.41±0.81 (ปานกลาง)
ด้านเครื่องมือ	1.94±1.02 (ต่ำ)	1.23±0.53 (ต่ำ)	2.13±0.91 (ต่ำ)	1.39±0.90 (ต่ำ)
ด้านการให้การประเมินผล	2.69±1.14 (ปานกลาง)	2.26±0.97 (ต่ำ)	3.55±0.94 (ปานกลาง)	3.91±0.80 (สูง)
รวมทุกด้าน	1.42±0.54 (ต่ำ)	1.60±0.77 (ต่ำ)	2.51±0.81 (ปานกลาง)	3.69±0.62 (สูง)

ตารางที่ 1 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนการให้โปรแกรม พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ และด้านการให้การประเมินผล อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.42, S.D. = 0.54) และในกลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน ($\bar{X}$ = 1.60, S.D. = 0.77) หลังการให้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้าน โดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการให้การประเมินผลเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.89, S.D. = 0.64 และ $\bar{X}$ = 3.91, S.D. = 0.80 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.51, S.D. = 0.81) และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารและด้านเครื่องมือ ($\bar{X}$ = 2.83, S.D. = 0.95 และ $\bar{X}$ = 2.69, S.D. = 1.14 ตามลำดับ) เท่านั้น ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทุกด้านหลังการให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองมีระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังการให้โปรแกรมโภชนศึกษาฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังการให้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับอาหาร	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 39)		กลุ่มทดลอง (n = 39)		t-test
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ก่อนการให้โปรแกรม	6.97	4.69	8.33	4.94	1.246
หลังการให้โปรแกรม	13.51	2.40	14.66	2.19	2.214*
ผลต่างก่อนและหลังการให้โปรแกรม (d)	6.54	3.72	6.33	4.32	0.225

* p-value < .05

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนการให้โปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ หลังการให้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 14.66, SD = 2.19) และกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 13.51, SD = 2.40) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาหารในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผลต่างคะแนนก่อนและหลังการให้โปรแกรมภายในของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังการให้โปรแกรมโภชนศึกษาฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหาร ก่อนและหลังการให้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมบริโภคอาหาร	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 39)		ระดับพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 39)		ระดับพฤติกรรม	t-test	df
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนโปรแกรม	3.08	0.33	ปานกลาง	3.03	0.28	ปานกลาง	0.674	76
หลังโปรแกรม	3.68	0.22	ดี	3.84	0.23	ดี	3.345*	76
ผลต่างก่อนและหลังให้โปรแกรม (d)	0.60	0.33	-	0.81	0.26	-	3.167**	76

* p-value < .05 , ** p-value < .01

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนการให้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการให้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นจากก่อนให้โปรแกรมที่อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลต่างคะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมภายในของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

การให้โปรแกรมโภชนศึกษาประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วย พบว่า ก่อนการให้โปรแกรมฯ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับต่ำไม่แตกต่างกัน หลังจากได้เข้ารับโปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านเพิ่มขึ้น (ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ ด้านการให้การประเมินผล) ระดับแรงสนับสนุนของกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น การได้รับความรู้เรื่องอาหาร การบอกบทบาทผู้ดูแลเมื่อกลับบ้านในการดูแลเตือน สนับสนุน และช่วยผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ถูกต้อง การให้แผ่นพับในเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด และการให้ผู้ดูแลชิมอาหารผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง ตลอดจนรับฟังปัญหา ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือน แนะนำให้กำลังใจ รวมถึงการพาไปพบแพทย์ตรวจตามนัด ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[9] และงานวิจัยการสนับสนุนของครอบครัวโดยให้ผู้ปกครองได้รับความรู้และมีบทบาทในการตรวจแบบบันทึกการบริโภคอาหาร ให้คำชมเชย ให้รางวัล พบว่า แรงสนับสนุนดังกล่าวช่วยให้นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้นได้เช่นกัน[10] นอกจากนี้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมถูกนำไปใช้และประสบความสำเร็จในผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[11] ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ[12] และผู้ป่วยเบาหวาน[13]

โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อระดับความรู้ด้านอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ภายหลังการให้โปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองเป็นระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกินเนื้อสัตว์จำพวกปลา การกินผัก ผลไม้ อาหารกลุ่มธัญพืช และนำไปสู่การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารในทางที่ดียิ่งขึ้น คือ กินอาหารประเภททอดลดลง เลือกกินปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดหนังไม่ติดมันมากขึ้น กินอาหารหวานลดลง และหลีกเลี่ยงการใช้ผงปรุงแต่งหรือผงชูรส อย่างไรก็ตาม รูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรมโภชนศึกษามีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้มีการใช้สื่อมัลติมีเดียที่เป็นภาพเคลื่อนไหวและมีเสียงบรรยาย ช่วยเสริมสร้างบรรยากาศที่ดี ดึงดูดความน่าสนใจ และไม่น่าเบื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โปรแกรมโภชนศึกษาในงานวิจัยอื่นอาจพบว่ามีการประยุกต์ประเภทสื่อที่แตกต่างกันออกไปตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น โปรแกรมคอมพิวเตอร์[14] วีดีโอ[15] แอพพลิเคชันมัลติมีเดีย[16] สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังคงพบว่ามีความรู้และพฤติกรรมบางประเด็นที่ปรับเปลี่ยนได้ยากแม้จะได้เข้าร่วมโปรแกรมโภชนศึกษาฯ แล้ว ได้แก่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าควรใช้ซีอิ๊วแทนการใช้น้ำปลาและเกลือ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายให้ความเห็นว่าซีอิ๊วเค็มน้อยกว่าน้ำปลาจึงน่าจะมีปริมาณเกลือน้อยกว่าและดีต่อสุขภาพมากกว่า ดังนั้น การใช้ความรู้สึกวัดความเค็มจึงเป็นประเด็นที่พบในงานวิจัยอื่นเช่นกัน[17] และการที่ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเลือกกินข้าวขาวเป็นประจำและไม่สามารถปรับเปลี่ยนไปกินข้าวขัดสีน้อยได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และรายได้น้อย (เท่ากับหรือน้อยกว่า 10,000 บาท) นอกจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการบดเคี้ยวข้าวที่มีเนื้อสัมผัส

แข็งกว่าข้าวขาวแล้ว อาจอธิบายเพิ่มเติมได้ตามผลวิจัยการเลือกบริโภคข้าวขัดสีน้อยมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและรายได้ โดยพบว่าผู้มีรายได้สูง (มากกว่า 18,000 บาทต่อเดือน) และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีแนวโน้มของการเลือกบริโภคข้าวขัดสีน้อยมากกว่า[18]

โปรแกรมโภชนศึกษาประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมในงานวิจัยนี้ พบว่าระยะเวลา 1 เดือนหลังการเข้าโปรแกรม ผู้ป่วยยังคงพฤติกรรมการบริโภคได้เหมาะสมตามคำแนะนำ อาจเนื่องมาจากแรงสนับสนุนของคนรอบตัวช่วยเป็นส่วนเสริมที่จะช่วยผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้ต่อเนื่องตามแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงแบบแผนนิสัย “ทฤษฎีอุปนิสัย 21 วัน” ซึ่งต้องใช้เวลาอย่างน้อย 21 วันที่จะทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงเป็นนิสัยได้[19] จะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ดูแลเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการส่งเสริมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม การคงพฤติกรรมผู้ป่วยให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยเวลาและการสนับสนุนจากผู้ดูแลที่มากขึ้นจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอุปนิสัยได้อย่างสมบูรณ์และมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การจัดโปรแกรมและกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วย ควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ทั้งการให้ความรู้เกี่ยวโรค การแนะนำการปฏิบัติตัว บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในการให้กำลังใจกระตุ้นเตือน และอื่นๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. งานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแต่ละรายมีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้น การจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ แนวปฏิบัติตนหลักการบริโภคอาหาร เป็นต้น ควรสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคลและครอบครัว

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ และพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่ใช้แรงสนับสนุนจากชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่องค์กรท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างหรือเหมือนกันอย่างไร และเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพเพิ่มเติม เช่น วัฒนธรรม ลักษณะทางสังคม ศาสนา เพศ รายได้ การเลี้ยงดู ซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

References

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Switzerland: WHO Press; 2014.
2. Nithitantiwat P. Food consumption behavior among Thai adolescents, impacts, and solutions. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2017; 28(1) : 122-128. (in Thai).
3. Department of Disease Control. The office of disease prevention and control 6 Chonburi, invite to protect the heart in world heart day. Nonthaburi: Non-communicable Disease Division; 2018. (in Thai).
4. Department of Health. Warning for soft drinks to risk an obesity, diabetes, pressure, high blood, heart disease. Nonthaburi: Communication and Risk Response Division; 2014. (in Thai).
5. House, J. S. Measure and concepts of social support. Florida: Academic; 1981.
6. Best, J. W. Research in education (3rd ed.). New Jersey, NJ: Prentice-Hall; 1977.
7. Bloom, B. S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill; 1971.
8. Ministry of Public Health. Food consumption behavioral modification. Nonthaburi: Health Education Division; 2015. (in Thai).

9. Worla-or S, Malatham P, Siripitayakunkit A. Family support perceived by older persons with controlled type 2 diabetes. Ramathibodi Nursing Journal. 2015; 18(3) : 372 -388. (in Thai).
10. Rungrojwattana W, Kompayak J, Punthasee P. The effects of self-efficacy and family support promotion program on overweight among junior high School students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20: 274 - 284 (in Thai)
11. Konyanee S,Tassanaiem S. The effect of the application of food, exercise, emotion, non-Smoking, alcohol cessation and social support to reduce the risk of diabetes and hypertension among new risk groups. Ratchaphruek Journal. 2019; 17(2): 95-104. (in Thai)
12. Wichitthongchai C, Lowirakorn S. Effect of nutritional education in patients after coronary artery bypass graft surgery at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, faculty of medicine, Khonkaen University. Srinagarind Med J. 2013; 28(2): 220-228. (in Thai).
13. Supachaipanichpong P, Attasopon L, Chumchuen P. Effectiveness of social support to change health behavior in glycemic control for diabetic patients type II in Phaengphuai sup-district, Damnoensaduak District, Ratchaburi Province. Mahasarakham Hospital Journal. 2016; 13(2): 36-46. (in Thai).
14. Patcharaporn A, Anonng A, Malee U. Effectiveness of tutorial teaching through computer assisted instruction regarding to dietary control for ischemic heart disease prevention on food consumption behaviors in high risk patients. Nursing Journal. 2015; 42 (Suppl): 193-204. (in Thai).
15. Semaphet J, Senaruk W. Effects of social support program on self-care behaviors of acute coronary syndrome patients. Journal of Nursing and Health Care. 2014; 32(2): 131-140. (in Thai).
16. Hudthagosol C, Luangjinda C, Tantixalerm C. Healthy Thai rice recipes and menus development for Thai eldery: The Hong Kong Polytechnic University; 2018. (in Thai).
17. Ruaisungnoen W, Saensom D, Methakanjanasak N, Daenseekaew S, Chaiyapoom N, khanthamoon R, et al. High sodium consumption situation and perception relevant to high sodium consumption associated with chronic kidney disease among people with chronic non-communicable disease. Journal of Nursing and Health Care. 2018; 36(3): 242-250. (in Thai).
18. Sayruamyat S. Consumer behaviour for rice and factors determining its price in Bangkok: A case study of riceberry rice. Bangkok: Thailand Science Research and Innovation; 2019. (in Thai).
19. Maltz, M. 21-Day Habit Theory. New Jersey, NJ: Prentice-Hall: 2016.