

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วย
สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน*
Effects of Health Behaviour Change Programme on
Food Consumption and Exercise Behaviour in Older
Overweight Patients with Coronary Artery Disease

แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์ (Jamchan Prateepmanowong)**

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (Siriphan Sasat)***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชเพื่อทำหัตถการสวนหัวใจ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน จัดให้สองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านเพศและอายุ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบค่าที

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

***รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย โรคหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

This quasi-experimental research examined how a change in health behaviour affected food consumption and exercise behaviour in older overweight patients with coronary artery disease. Forty participants diagnosed with coronary artery disease and admitted for cardiac catheterization at the Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University were selected. The patients were equally into experimental and control groups with similar demographics regarding gender and age groups. The experimental group underwent a health behaviour change programme and while the control group received conventional nursing care. The experimental instrument was a health behaviour change programme with a content validity test. Data were collected through consumption and exercise behaviour questionnaires which were tested for reliability with Cronbach's alpha at .87 and .80 respectively. Results were analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test with major findings as follows:

1. The experimental group showed a statistically significant improvement in food consumption and exercise behaviour than before undergoing the programme at a confidence level of 95% ($p < .05$).
2. The experimental group showed a statistically significant improvement in food consumption and exercise behaviour than the control group at a confidence level of 95% ($p < .05$).

Keywords: consumption behaviour, exercise behaviour, coronary artery disease

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease: CAD) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์, 2555) การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.4 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2553 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2554) จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคอันดับ 1 ของผู้ป่วยในสาขาอายุรศาสตร์และมีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบโดยใช้บอลลูนและการค้ำเส้นเลือดด้วยขดลวด (Percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) เฉลี่ยปีละ 1,266 ราย (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายวิชาการ, 2553, 2554, 2555)

ภายหลังจากการได้รับการทำ PTCA แล้ว สิ่งสำคัญที่ต้องปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษา คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมนั้นมีส่วนช่วยลดความรุนแรงและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2554) ซึ่งตามมาตรฐานของคนไทยและคนเอเชีย กำหนดให้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ที่เหมาะสมอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 Kg/m² (มยุรี หอมสนิท, 2554; WHO Expert Consultation, 2004) แต่จากการศึกษายังพบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มากถึงร้อยละ 87 ที่ยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันมากและมีพฤติกรรม

การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, สุวลี ไสวศิริกรณ และสยาม คำเจริญ, 2552; Dickson, Howe, Deal & McCarthy, 2012) เพิ่มความเสี่ยงต่อการต้องนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเกิดอาการผิดปกติจากหัวใจมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ ถึงร้อยละ 21.70 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นการเพิ่มภาระในด้านงบประมาณระดับชาติเพื่อการดูแลรักษาอย่างมหาศาล ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องหาทางลดความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว ซึ่งวิธีการที่ดีที่สุดคือการลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (อภิชาติ สุนทรธรรพ์, 2553)

องค์ประกอบที่สำคัญของการควบคุมน้ำหนักประกอบด้วย การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พัทธนันท์ ศรีม่วง, 2555; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2553) ในขณะที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การจัดการด้วยตนเอง พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและลด BMI ได้ (กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ และวรรัตน์ สุขคุ้ม, 2554; ธีรานิ โหมขุนทด, 2551; วิวัฒนพล ดิงช้อยกุล บัวแก้ว, วาริ กังใจ และพรชัย จุลเมตต์, 2551) อย่างไรก็ตาม ปัญหาการควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก็ยังคงมีอยู่ (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก และคณะ, 2552; Dickson et al., 2012) โดยเฉพาะ ร้อยละ 60.70 - 64 ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่า

ภาวะโภชนาการเกิน (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก และคณะ, 2552; Vieira, Nobre & Queiroz, 2011) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินจึงมีความสำคัญเพราะช่วยลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการเกินอันเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ อีกทั้งเพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการสวนหัวใจในคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่ผ่านมานั้นในประเด็นของการให้การรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดน้ำหนักนั้นยังเป็นการให้คำแนะนำเพียงหลักการกว้าง ๆ ขาดการให้คำแนะนำที่เป็นรูปธรรมที่มีแนวทางและขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหานี้เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยมาพัฒนาบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องสืบไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่ม

ทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานทางการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model: TTM) ของ Prochaska and Diclemente (1983) โดยใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลง

3 ประการ ได้แก่ การประเมินตนเอง ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือและการประกาศอิสรภาพแก่ตนเอง เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน

1. การประเมินตนเอง เป็นการที่บุคคลประเมินถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการคงไว้และการเลิกพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง 1) มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าเขาจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ 2) สร้างพันธะสัญญากับตนเองว่าจะปฏิบัติตามความเชื่อมั่นนั้น

3. การสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านความรู้ กำลังใจ วัสดุอุปกรณ์ในระหว่างที่เขาพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สามารถสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

พฤติกรรม
การบริโภคอาหาร

พฤติกรรม
การออกกำลังกาย

วิธีดำเนินการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชเพื่อทำการหัตถการสวนหัวใจ เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2) ดัชนีมวลกาย = 23 Kg/m^2 3) มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติคัดกรองโดย

ใช้แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารและแบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกาย 4) ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย 5) เป็นผู้ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 6) ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและมีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก 7) แพทย์ยินยอมให้สามารถออกกำลังกายได้ 8) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยมีกรดเลือดต่ำและมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ประเมินจากอาการแสดงของภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยากร่วมกับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งแพทย์ เมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น เลือดออกหยุดยาก มีเลือดออก

จากอวัยวะภายใน ขั้วถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น 2) มีความรุนแรงของการเจ็บหน้าอก $\geq$ class II ขึ้นไป (ตามเกณฑ์ของ Canadian Cardiovascular Society)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน (Burn and Grove, 2005) เพื่อป้องกันการ contamination ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 5 (โรคหัวใจ) จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหอผู้ป่วยทั้งสองแห่งนี้เป็นหอผู้ป่วยหลักในโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่รับผู้ป่วยที่ได้รับการนัดมานอนในโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการสวนหัวใจ โดยพยาบาลประจำการที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งสองแห่งนี้ได้รับการอบรมและฝึกทักษะในการดูแลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองเป็นเพศเดียวกัน มีอายุใกล้เคียงกันและมีความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับเดียวกัน ซึ่งในระหว่างการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 1 คน ขอดอนตัวออกจากงานวิจัยในสัปดาห์ที่ 4 ของการทดลอง และผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้ 1 คน จึงทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหลือกลุ่มละ 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (TTM) ของ Prochaska and Diclemente (1983) 2) แผนการสอน 2 เรื่อง คือ โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุและภาวะโภชนาการเกินและการบำบัดรักษา 3) ภาพพลิก เพื่อใช้ประกอบการสอน 2 เรื่อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุและภาวะโภชนาการเกินและการบำบัดรักษา 4) หนังสือนำคู่มือ 2 เรื่อง คือ คู่มือโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุและคู่มือภาวะโภชนาการเกินและการบำบัดรักษา 5) คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทั้ง 5 รายการ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ หลังจากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 5 (โรคหัวใจ) คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นรายบุคคลจำนวน 3 คน เพื่อประเมินแผนการสอน ภาพพลิกและหนังสือนำคู่มือก่อนนำไปใช้จริง ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหา

มองเห็นภาพพลิก คู่มือมีความชัดเจนและเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมกับเวลา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงข้อเดียว หากผู้ตอบเลือกคำตอบข้อใดแสดงว่าขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในขั้นตอนตามคำตอบ ข้อนั้น ๆ 2) แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงข้อเดียว หากผู้ตอบเลือกคำตอบข้อใดแสดงว่าขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในขั้นตอนตามคำตอบ ข้อนั้น ๆ 3) แบบประเมินข้อห้ามในการออกกำลังกายประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องไม่มีข้อห้ามใดๆ ในการออกกำลังกาย 4) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่จัดทำโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและเหมาะสมของคำถาม หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แบบประเมินขั้น

ตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและแบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายมีค่าความตรงเท่ากับ 0.83 และแบบประเมินข้อห้ามในการออกกำลังกาย มีค่าความตรง เท่ากับ 1.0 ส่วนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึก ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .87 และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ .75 4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ของ พรทนา พุกษัธรางกูร (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ .85

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบปรนัย จำนวน 4 ตัวเลือก วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ด

สัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 2) แบบประเมินสมรรถนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) ซึ่งเป็น 1 ใน 4 แนวคิดหลักของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska and Diclemente (1983) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ทำการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการ 023/57 ซึ่งได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัย ลงวันที่รับรอง 17 กันยายน 2557 ในการดำเนินการวิจัยนั้น ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบำบัดรักษาและการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบำบัดรักษาและการบริการที่ได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ

และนามสกุลที่แท้จริง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (information sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (informed consent)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2558-16 กันยายน 2558 โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการสวนหัวใจ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 5 (โรคหัวใจ) โดยพูดคุย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการสวนหัวใจจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ได้แก่ การให้การพยาบาล ก่อนและหลังทำหัตถการสวนหัวใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาที่ได้รับ เตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่องก่อนออกจากโรงพยาบาล เรื่องการรับประทานยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการพักผ่อน การปฏิบัติตน และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตามนัด

ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการสวนหัวใจทุกประการ ร่วมกับการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Prochaska and Diclemente (1983) ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการจำนวน 4 สัปดาห์

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจึงขอเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคน และให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบคำถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และแบบสอบถามพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งรวบรวมข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการทำหัตถการสวนหัวใจวันรุ่งขึ้น

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการทดลอง) จัดกิจกรรมการประเมินตนเองโดยให้ข้อมูลดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการเกินของผู้ป่วย จากนั้นให้ความรู้ตามแผนการสอน 1) โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ และ 2) ภาวะโภชนาการเกินและการบำบัดรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สรุปและประเมินผลของพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการเกินต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ใช้เวลา 50 นาที

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของการทดลอง) จัดกิจกรรมประกาศอิสรภาพด้วยการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองและกิจกรรมประกาศอิสรภาพด้วยการสร้างพันธะสัญญาต่อตนเอง โดยให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มอบคู่มือโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ และคู่มือภาวะโภชนาการเกินและการบำบัดรักษา สนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้อำนวยความสะดวกขณะออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยได้ทำการบันทึกข้อความและลงนามแสดงความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกาย ใช้เวลา 50 นาที

ครั้งที่ 3 (วันที่ 14 ของการทดลอง) เป็นการจัดกิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษาขณะผู้ป่วยมาตรวจนัด ใช้เวลา 30 นาที

ครั้งที่ 4 (วันที่ 21 ของการทดลอง) จัดกิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือโดยให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อพูดคุยตอบข้อสงสัย ติดตามอาการให้กำลังใจ สอบถามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกาย ใช้เวลา 15 นาที

3. ระยะหลังการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่บ้าน เพื่อพูดคุยและขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

(Post - Test) สอนและมอบคู่มือโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ และคู่มือภาวะโภชนาการเกินและการบำบัดรักษา พร้อมทั้งสาธิตวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและปลอดภัยเพื่อให้กลุ่มควบคุม สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติต่อเนื่องได้

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่บ้าน เพื่อพูดคุยและขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหารและแบบสอบถามพฤติกรรม การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (post - test) ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดระยะการเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติที (dependent t-test) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติที (independent t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.95 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.40 ขณะที่กลุ่มควบคุมมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.80 ดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 26.26 kg/m^2 ส่วนในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 26.58 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น คิดเป็น ร้อยละ 36.80 และ ร้อยละ 42.10 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 19)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	39.79	6.425	48.32	3.019	18	-8.618	.000
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	34.32	7.196	45.58	2.545	18	-8.287	.000

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกิน หลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n = 19) และกลุ่มควบคุม (n = 19)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	S.D	df	t	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง	48.32	3.019	36	4.683	.006
กลุ่มควบคุม	41.21	5.884			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
กลุ่มทดลอง	45.58	2.545	36	7.056	.000
กลุ่มควบคุม	29.84	9.382			

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโภชนาการเกินระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการ ออกกำลังกายของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตาม ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากการได้เน้นให้ผู้สูงอายุ ประเมินผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองในเรื่องของผลกระทบต่อสุขภาพ การได้เห็นถึงผลดีมากกว่าผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้มีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska & Norcross, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Armitage (2010) ที่พบว่าการใช้กระบวนการประเมินตนเองนั้นส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ การพัฒนาความเชื่อมั่นรวมถึงสร้างพันธะสัญญาต่อตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังการศึกษาของ Greaney, Lees, Greene & Clark (2004) พบว่า การใช้กระบวนการประกาศอิสรภาพต่อตนเองด้วยการสร้างพันธะสัญญาว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ การสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือทั้งการได้รับความรู้ให้กำลังใจ คำปรึกษาทั้งขณะที่มาตรวจติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกและได้รับคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

เนื่องจากกิจกรรมการประเมินตนเองทำให้ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองนั้นมีภาวะโภชนาการเกิน การที่ได้รับการกระตุ้นให้ได้คิดทบทวนและประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายของตนเองที่ผ่านมา ทำให้เห็นข้อเสียของพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิมเทียบกับผลดีที่จะเกิดจึงส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Armitage (2010) ที่พบว่าการใช้กระบวนการประเมินตนเองนั้นส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในตนเองว่าจะมีองค์ความรู้ที่ถูกต้องและมีทักษะที่เพียงพอและพร้อมในการเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาออกกำลังกาย (Prochaska, Johnson & Lee, 2009) ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายทั้งในด้านระยะเวลาและความหนักเพิ่มมากขึ้น (Zhu, Ho, Sit & He, 2014) และการที่ผู้สูงอายุสร้างพันธะสัญญากับตนเองโดยบันทึกข้อความและลงนามแสดงความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องได้ (Greaney et al., 2004) การสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือในการเอื้อประโยชน์และสนับสนุนในระหว่างที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Prochaska et al., 2009) การได้รับการสนับสนุนทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ออกกำลังกาย การได้รับกำลังใจและคำปรึกษาในช่วงที่กำลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการได้รับการส่งเสริมในเรื่องความรู้และแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ การได้สร้างพันธะสัญญาต่อตนเองว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักและกิจกรรมการความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในที่สุด ดังเหตุผลที่ได้กล่าวไว้ในการอภิปรายสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นเพียงหัวข้อย่อยในการปฏิบัติตัวในด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรคเท่านั้น ขาดการสอนในการบริโภคอาหารที่ละเอียดและชัดเจน อีกทั้งจัดกิจกรรมที่ได้รับนั้นเป็นกิจกรรมรวมๆ ที่ให้กับผู้ป่วยทุกรายเหมือนกัน จึงไม่จำเพาะตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นพร้อมปฏิบัติ ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดการประเมินพฤติกรรมการบริโภคของตนเองว่าเป็นอย่างไร ไม่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคงพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบเดิมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงไม่เห็นถึงข้อดีของการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อีกทั้งผู้ป่วยยังขาดการกระตุ้นและเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นทั้งในเรื่องความรู้ที่เฉพาะสำหรับการควบคุมน้ำหนัก การให้

คำปรึกษา กำลังใจและวัสดุอุปกรณ์ทำให้ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้รับการกระตุ้นให้เกิดการประเมินตนเองและรับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นหากหันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย จึงทำให้ตัดสินใจที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกาย การได้รับการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองว่าความรู้และทักษะการออกกำลังกายที่ได้รับนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับโรค อีกทั้งการจัดกิจกรรมสร้างพันธะสัญญาต่อตนเองว่าจะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง รวมถึงการที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ ทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ กำลังใจและให้คำปรึกษาในช่วงที่พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในที่สุด ดังเหตุผลที่ได้กล่าวไว้แล้วในการอภิปรายสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นเพียงส่วนหนึ่งในคำแนะนำเท่านั้น และขาดรายละเอียดของคำแนะนำในการนำไปปฏิบัติทั้งในเรื่องของรูปแบบ วิธี ระยะเวลาและขั้นตอนการออกกำลังกาย จึงทำให้ขาดความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำไปปฏิบัติผู้ป่วยจึงอาจขาดความมั่นใจว่าจะการออกกำลังกายนั้นจะถูกต้องและปลอดภัยกับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง นอกจากนี้กิจกรรมความรู้ที่ได้รับนั้นเป็นกิจกรรมรวมๆ ที่ให้กับผู้สูงอายุทุกรายเหมือน

กันโดยไม่ได้มีความเฉพาะผู้ที่อยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นพร้อมปฏิบัติ จึงไม่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดการประเมินพฤติกรรม การออกกำลังกายของตนเองว่าเป็นอย่างไร ไม่รับรู้ถึงภาวะโภชนาการเกินของตนเองและ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อโรค จึงไม่เห็นผลเสียของมีพฤติกรรมแบบเดิมคือการไม่ออกกำลังกาย และไม่เห็นผลดีที่จะเกิดขึ้นเมื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังนั้น การตัดสินใจ ออกกำลังกายจึงไม่เกิด อีกทั้งผู้สูงอายุยังขาด การสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ กระตุ้น เสริม ให้คำปรึกษาและสนับสนุนให้เกิดความ เชื่อมั่นว่าเขาจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี และศึกษาตัวแปรตามอื่น เช่น การลดลงของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และความสามารถในการทำกิจกรรม
2. ควรศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีระยะขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอื่น นอกเหนือจากขั้นพร้อมปฏิบัติ อีกทั้งอาจใช้การออกกำลังกายแบบอื่น เช่น การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน เป็นต้น
3. ควรมีการประยุกต์และนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน เพื่อศึกษาถึงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษและวรรณ สุขัคม. (2554). ผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การบริโภค การออกกำลังกายและดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 31-48.
- กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานสถิติโรค 2554 (Statistical Report 2011)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์.
- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, สุวลี โสวรินทร์ และสยาม คำเจริญ. (2552). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(4), 286-291.
- จิราณี โหมขุนทด. (2551). *ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2554). การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: จริยสุนิทางค์การพิมพ์.
- พรทนา พุกฤษธรากูร. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พัทธนันท์ ศรีม่วง. (2555). อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนาบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เอ็มแอนด์เอ็มเลเซอร์พริ้นต์.
- มยุรี หอมสนธิ. (2554). ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. (พิมพ์ครั้งที่ 2), หน้า 221-239. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- วัฒนพล ดิ่งช้วยกุล บัวแก้ว, วาริ กังใจ และพรชัย จุลเมตต์. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุที่มีภาวะอ้วน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 92-108.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานประจำปี 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สันต์ ใจยอดศิลป์. (2553). 5 วิธีสู้ชีวิตไม่ป่วย. กรุงเทพฯ:อมรินทร์สุขภาพ.
- หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติ ฝ่ายวิชาการ. (2553). สถิติผลการปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2553. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร.
- หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติ ฝ่ายวิชาการ. (2554). สถิติผลการปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร.
- หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติ ฝ่ายวิชาการ. (2555). สถิติผลการปฏิบัติงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2555. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร.
- อภิชาติ สุคนธรรพ. (2553). Prevention of coronary artery disease. ใน อภิชาติ สุคนธรรพ (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease*. (หน้า 1-35). เชียงใหม่: ทริคธิงค์.
- Armitage, C. J. (2010). Can variables from the transtheoretical model predict dietary change?. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(4), 264-273.

- Burn, N. & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research*. 5th ed. U.S.A.: W. B. Saunders Company.
- Chang, M. H., Hahn, R. A., Teutsch, S. M. & Hutwagner, L. C. (2001). Multiple risk factors and population attributable risk for ischemic heart disease mortality in the United States, 1971-1992. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(6), 634-44.
- Dickson, V. V., Howe, A., Deal, J. & McCarthy, M. M. (2012). Care of the patient with coronary heart disease the relationship of work, self – care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart & Lung*, 41(1), 5-14.
- Greaney, M. L., Lees, F. D., Greene, G. W. & Clark, P. G. (2004). What older adults find useful for maintaining healthy eating and exercise habits. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 24(2), 19-35.
- Jone, H., et al. (2003). Changes in diabetes self-care behaviors make a difference in glycemic control: The Diabetes Stages of Change (DiSC) study. *Diabetes Care*, 26(1), 732-737.
- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C. (1983). Stage and process of self – change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of clinical and consulting psychology*, 51(3), 290-395.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1994). *Changing for good*. New York: Harper Collins., cited In Beckie, T. M. (2006). A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(2), 146–153.
- Prochaska, J. O., Johnson, S. & Lee, P. (2009). The transtheoretical model of behavior change. In Shumaker, S. A., Ockene, J. K. & Riekert, K. A. (ed.), *The handbook of health behavior Change* (3rd ed), pp. 59-83. New York: Springer.
- Vieira, L. P., Nobre, M. R. & Queiroz, G. G. (2011). Eating behavior and nutritional status in patients who underwent coronary angioplasty. *NutrHosp*, 27(1), 281-287.
- WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 10(1), 157-63.

- Zhu, L. X., Ho, S., C., Sit, J.W.H. & He, H. G. (2014). Can the transtheoretical model motivate patients with coronary heart disease to exercise?. *Nurs Health Sci*, 17(1), 143. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12150/full>
- Zhu, L. X., Ho, S., C., Sit, J.W.H. & He, H. G. (2014). Effects of a transtheoretical model-based exercise stage-matched intervention on exercise behaviour and quality of life in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 384-329.