

# ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความดันโลหิต ในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

## The Effect of Health Behavior Modification Program on the Blood Pressure of Older Persons after Percutaneous Transluminal Coronary Intervention

จินตนา นันทาแสง\* ชนกพร จิตปัญญา\*\* ศกุนตลา อนูเรือง\*\*\*

Jintana Nantasang,\* Chanokporn Jitpanya,\*\* Sakuntala Anuruang\*\*\*

\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

\* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

\*\* , \*\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

\*\* , \*\*\* Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

\* Corresponding Author: moowaw79@gmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท หรือตัวล่างมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน โดยทำการจับคู่ด้านเพศ อายุ ชนิดของกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

Received: March 6, 2021; Revised: September 18, 2021; Accepted: September 22, 2021



**คำสำคัญ:** โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ความดันโลหิต

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of health behavior modification program on the blood pressure of older persons after percutaneous transluminal coronary intervention by applying the protection motivation theory. The sample was 48 older persons after percutaneous transluminal coronary intervention (PCI) with systolic blood pressure (SBP) greater than 130 mmHg or with diastolic blood pressure (DBP) more than 80 mmHg. in cardiac care unit at the Rajavithi hospital. They were divided into the experimental and the control group of 24 persons. The participants were paired-match by age, gender, and type of antihypertensive drug received. The experimental group underwent the program designed by the researcher for 6 weeks. The experimental instrument was health behavior modification program. Data was collected using blood pressure record form. Data were analyzed using descriptive and t-test analysis.

The results revealed that after participating the health behavior modification program, the experimental group had significantly lower mean systolic and diastolic BP than before joining the program ( $p < .05$ ). The experimental group had significantly lower mean systolic and diastolic BP than those in the control group ( $p < .05$ ). The results of this research indicated that the program could produce good clinical outcomes resulting in blood pressure control among older persons after percutaneous transluminal coronary intervention.

**Keywords:** health behavior modification program, protection motivation theory, older persons of coronary artery disease, blood pressure

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่พบในประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 31 ของการเสียชีวิตทั่วโลก<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการตายจากร้อยละ 26.9

ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.8 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2560 และพบมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 10 ต่อปี<sup>2</sup> พบความชุกเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.3<sup>3</sup> การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพและนิยมสูงสุด คือ การสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ขดลวดค้ำยัน<sup>4</sup> หากไม่มีปัญหาหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมี

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>5</sup> ถึงแม้ว่าภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการกลับมารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำเป็นจำนวนมาก ในประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์หลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำหลังการขยายหลอดเลือดของสถาบันโรคทรวงอกพบ 46.9 ต่อ 1,000 คนต่อปี<sup>6</sup> โรงพยาบาลราชวิถี พบเฉลี่ย 48 คนต่อปี<sup>7</sup> ในต่างประเทศมีรายงานในการศึกษาของ Wan และคณะ<sup>8</sup> พบร้อยละ 33.33 ซึ่งการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำเป็นปัญหาสำคัญที่พบในช่วงเวลา 6 เดือนภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตแบบเฉียบพลัน<sup>9</sup>

สาเหตุของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความดันโลหิตสูงถือเป็นหนึ่งปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำและการตีบซ้ำหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ หากไม่มีการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติ ภายหลังจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจมีความดันโลหิตสูงรวมถึงร้อยละ 78.7<sup>10</sup> และพบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจมีความดันโลหิตสูงรวมถึงร้อยละ 77.7<sup>6</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกินค่าปกติจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงกว่า 16 เท่าเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ<sup>11</sup> และจากการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุหลังขยายหลอดเลือดหัวใจของ ปิยมาศ ชาชมพร<sup>12</sup> พบว่า ร้อยละ 23.2 ของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติได้ และร้อยละ 13.4 มีความดันโลหิตที่เคยปกติเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ การศึกษาของ Tanaka และคณะ<sup>13</sup> พบผู้สูงอายุ

หลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 69 มีความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความดันโลหิตสูง ภายหลังการขยายหลอดเลือดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้ป่วยจะต้องมีการควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะค่าความดันตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) อีกทั้งยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต<sup>14</sup> ซึ่งปัจจัยที่มีผลการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ เพศ<sup>15</sup> อายุ<sup>16,17</sup> ชนิดของโรคร่วม<sup>18</sup> ชนิดของกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิต<sup>19</sup> การปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานโซเดียม การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด<sup>20</sup> ในส่วนของปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่า แรงจูงใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01<sup>21</sup> การขาดแรงจูงใจทำให้ต้องผิใจปฏิบัติ รู้สึกเบื่อหน่าย และไม่อยากดูแลตัวเอง ส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพลดลง ไม่ต่อเนื่อง หรือไม่สามารรถปรับเปลี่ยนได้<sup>22,23</sup> ซึ่งการสร้างแรงจูงใจเป็นการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการป้องกันปัญหาจากพฤติกรรมสุขภาพได้<sup>24</sup> และแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 45 ในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย<sup>25</sup> ซึ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจไม่ใช่การจัดการกับการรับประทานยาเท่านั้น แต่ยังต้อง



สร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตด้วย นอกจากการขาดแรงจูงใจยังพบปัญหารูปแบบการให้ข้อมูลไม่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ขาดการประเมินความรู้ ทักษะ และความต้องการการวางแผนจำหน่าย ซึ่งการพยาบาลตามปกติเมื่อจำหน่ายส่วนใหญ่มีการให้ข้อมูลตามหลัก D-METHOD ที่ใช้รูปแบบมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งอาจไม่ตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคลเนื่องจากขาดการประเมินเฉพาะรายบุคคล<sup>26</sup>

จากปัญหาข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทำวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุและวัดผลลัพธ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจซ้ำ คือ ความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers<sup>27</sup> ซึ่งเป็นทฤษฎีหนึ่งที่เสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ดังการศึกษาของวาสนา มากผาสุก<sup>28</sup> ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี วัฒนาเมธี และปัญญกรินทร์ หอยรัตน์<sup>29</sup> ในผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสม โดยนำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers มาประยุกต์สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมุ่งเน้นกระบวนการรับรู้ ประกอบด้วย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงอันตรายหรือภาวะคุกคามต่อชีวิตเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้หลังขยาย

หลอดเลือดหัวใจ จนเกิดเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ลดการเกิดการกลับเป็นซ้ำของหลอดเลือดหัวใจตีบหลังขยายหลอดเลือดหัวใจต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กรอบทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers<sup>27</sup> ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญกันระหว่าง Health belief model และ Self-efficacy expectation ซึ่งให้ความสำคัญกับการประเมิน

การรับรู้ข่าวสารที่ทำให้เกิดความตระหนักจากสื่อที่มากระตุ้น ซึ่งจะเชื่อมโยงสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม โดยการประเมินมี 2 แบบ ได้แก่ แบบที่ 1 คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived vulnerability) และแบบที่ 2 คือ การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย แบบที่ 1 การเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผล (Response efficacy) แบบที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) การประเมินทั้ง 2 แบบ เรียกว่า สื่อกลางของการ

รับรู้ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การพูดคุยชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ เมื่อมีการประเมินการรับรู้ข่าวสารจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว นำสู่การพัฒนาโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 1. การสร้างความตระหนักและตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. ลดอุปสรรค 3. สร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยภายใต้องค์ประกอบนั้นมีกิจกรรม ดังแผนภาพที่ 1

**โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งประกอบไปด้วย**

**1. การสร้างความตระหนักและตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

1.1 การประเมินตนเองเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพและการเผชิญปัญหา โดยการทำแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.2 การวัดความดันโลหิตและการตั้งเป้าหมายความดันโลหิตหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**2. ลดอุปสรรค**

2.1 การสร้างการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคจากความดันโลหิตสูง และการเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงด้วยสื่อการสอนโดยคอมพิวเตอร์

2.2 อธิบายการใช้คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.3 การโทรศัพท์เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับภาวะวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

**3. สร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

3.1 การสาธิต การรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ตัวอย่างของอาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน แนะนำกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยลดความเครียดและผ่อนคลาย

3.2 การฝึกทักษะ การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกายด้วยตนเอง

3.3 การติดตามกำกับ ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมด้านต่างๆ โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความดัน  
โลหิต

**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการรักษาโดยการทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและแพทย์ให้การรักษาโดยการทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1.1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.2 ความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง (เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรคไขมันในเลือดสูงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะได้รับยาลดไขมันในการรักษาร่วมเสมอ) ก่อนนัดมาทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน

1.4 ผู้ที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม Beta-blockers หรือ Renin-angiotensin system blockers (ACEIs หรือ ARBs) ร่วมกับยาในกลุ่ม CCBs หรือยาขับปัสสาวะชนิด Thiazide

1.5 เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้

1.6 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.7 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

2.1 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดในการทดลอง

2.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำสาเหตุมาจากการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการรักษาด้วยยาภายใน 24 ชั่วโมง

2.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการพยาบาลอย่างเร่งด่วนขณะดำเนินการวิจัย ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่และเกิดซ้ำอีกภายใน 6 - 8 ชั่วโมง อาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรม โดยจะยุติการดำเนินโปรแกรมทันที และทำการประสานกับแพทย์และพยาบาลที่ดูแลเพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2.4 ผู้ป่วยที่มีการปรับลด หรือปรับเพิ่มชนิดของกลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง

2.5 มีความประสงค์ออกจากการวิจัย  
ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistic power table) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 80% ซึ่งเป็นอำนาจทดสอบที่มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับได้<sup>30</sup> กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง 0.5 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>31</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 24 คน รวมทั้งหมด 48 คน และป้องกันตัวแปร



แทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจึงควมคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านของเพศ ช่วงอายุ ชนิดของกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ ชนิดของยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ การปรับเปลี่ยนชนิดของยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ (ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และรอบเอว)

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อใช้ในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคระยะเวลาในการทำกิจกรรมรวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยการประเมินการจูงใจตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers คือ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ซึ่งแบ่งระดับการรับรู้เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale)

ในการประเมินการรับรู้ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลคะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ในแต่ละด้าน อยู่ในช่วง 5 - 20 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 5 - 10 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 11 - 15 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 16 - 20 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง เพื่อใช้ประเมินการรับรู้องค์ประกอบแต่ละด้านตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers และมีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมือนกันและมีการกระตุ้นเสริมแรงในการรับรู้ด้านต่างๆ ที่มีความต้องการเฉพาะของแต่ละคนจากการประเมิน โดยการสร้างการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคจากความดันโลหิตสูง และการเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงด้วยสื่อการสอนโดยคอมพิวเตอร์ อธิบายการใช้คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการโทรศัพท์เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม การสาธิต การรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ตัวอย่างของอาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน แนะนำกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยลดความเครียดและผ่อนคลาย การฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกายด้วยตนเอง ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมด้านต่างๆ โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยาย



หลอดเลือดหัวใจ และวัดผลลัพธ์ คือ ความดันโลหิต

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง**  
เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ ในการควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งแบ่งระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ การแปลคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 0.96 การเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิภาพ เท่ากับ 0.88 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 0.84 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งนี้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ 0.70 - 0.80 โดยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีค่าเท่ากับ 0.92, 0.78, 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีค่าเท่ากับ 0.90 และเครื่องมือวัดระดับความดันโลหิต เป็นเครื่องมือวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Non-invasive automated sphygmomanometers) ของโรงพยาบาลราชวิถี ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยสอบเทียบเครื่องมือวัด (Calibration) 1 ครั้งต่อปี โดยนักวิศวกรรมทางการแพทย์ของโรงพยาบาลราชวิถี ตามมาตรฐานการสอบวัดเครื่องมือวัดทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการภายหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และได้รับการอนุมัติดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลราชวิถี ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2563 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นเตรียมการทดลอง** ประกอบด้วย การประสานงานและขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีและส่วนการพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างแก่พยาบาลประจำการหอผู้ป่วย เพื่อขอรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า



## ขั้นตอนการทดลอง

### กลุ่มควบคุม

**สัปดาห์ที่ 1** ที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังได้รับการรักษาและอาการคงที่ ผู้วิจัยพบ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแล โดยพูดคุย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยให้ทราบ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล การบันทึกข้อมูลสุขภาพ ระหว่างการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการตามหลักของการวางแผนจำหน่าย D-METHOD เกี่ยวกับโรคและการรักษา เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดของแพทย์ และแจ้งนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6

**สัปดาห์ที่ 2** ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามอาการผิดปกติหลังจากการขยายหลอดเลือดหัวใจในวันที่ 7 หลังจำหน่ายกลับบ้าน และหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด หลังจากพบแพทย์เจ้าของไข้ จะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดของแพทย์ครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 4** ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านในวันที่ 29 เพื่อสอบถามอาการผิดปกติหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและเก็บรวบรวมสถิติการกลับมานอนรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายใน 1 เดือน

**สัปดาห์ที่ 6** ที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังได้รับการรักษาและมาตรวจตามนัดของแพทย์

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามนัดหมาย เพื่อขอความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลสุขภาพก่อนพบแพทย์ และหลังจากกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์และพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แจ้งการสิ้นสุดกิจกรรม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้

### กลุ่มทดลอง

ผู้สูงอายุจะได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด 5 ครั้งๆ ละ 20 - 60 นาที ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมมีรายละเอียด ดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1

**ครั้งที่ 1** ที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังได้รับการรักษาและอาการคงที่ (ระยะเวลา 30 นาที) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนในการทำกิจกรรมและทำแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประเมินแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำมาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมการสร้างการรับรู้อันตรายต่อสุขภาพ และการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการจัดทำกิจกรรมครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 2** ที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หลังได้รับการรักษาและอาการคงที่ (ระยะเวลา 60 นาที) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยการใช้สื่อการสอนและบรรยายเรื่องความ



ดันโลหิตสูงกับการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ในหัวข้อ สาเหตุ อาการ และผลกระทบที่เกิดจากความดันโลหิตสูงหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงตัวแบบของการที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมความดันโลหิตสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารและฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค และด้านการออกกำลังกาย โดยการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การสาธิตการออกกำลังกาย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ร่วมกันอภิปรายและเสริมสร้างการรับรู้ความเชื่อมั่นในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความดันโลหิตตามความสามารถ รวมถึงการแนะนำคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีตารางการบันทึกพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ในการทบทวนและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การซักถามข้อสงสัย ปัญหา และแสดงความคิดเห็น และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการจัดทำกิจกรรมครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3** ที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังได้รับการรักษาและมาตรวจตามนัดของแพทย์

(ระยะเวลา 60 นาที) ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง สอบถามอาการหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อกลับบ้าน วัดความดันโลหิต ให้ข้อมูลป้อนกลับจากข้อมูลที่ได้รับจากการสอบถามและตารางการบันทึกพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่มีในคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กระตุ้นให้รับรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคที่จะเกิดหากยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน กระตุ้นการรับรู้อันตรายต่อสุขภาพและการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ กล่าวชื่นชมให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการจัดทำกิจกรรมครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4** การโทรศัพท์เยี่ยมติดตามกระตุ้น (ระยะเวลา 20 นาที) เกี่ยวกับการประเมินอันตราย และการประเมินการเผชิญปัญหา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายกลับบ้านและทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยติดตามให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ โดยการซักถามอาการทั่วไป ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงปัญหาสุขภาพอื่นๆ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และกล่าวชื่นชมให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการจัดทำกิจกรรมครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5** การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ (ระยะเวลา 20 นาที) และสอบถามในแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ หากพบคะแนนน้อยกว่า 32 จะสอบถามการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา และส่งเสริมแรงใจใหม่ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการจัดทำกิจกรรมครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 6** ที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังได้รับการรักษาและมาตรวจตามนัดของแพทย์ (ระยะเวลา 30 นาที) สอบถามข้อมูล สอบถามอาการหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อกลับบ้าน และวัดความดันโลหิต ให้ข้อมูลป้อนกลับจากข้อมูลที่ได้รับจากการสอบถาม แจ้งผลการวัดความดันโลหิตแก่กลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ปัญหา และแสดงความคิดเห็น กล่าวชื่นชมให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรม

#### ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดกิจกรรม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ ลงบันทึกข้อมูลสุขภาพในสัปดาห์ที่ 6 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารรับรองเลขที่ 011/2563 เมื่อวันที่ 2

มกราคม 2563 ถึงวันที่ 1 มกราคม 2564 และคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารรับรองเลขที่ 062/2563 เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 22 มีนาคม 2564

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent t-test

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 และเพศหญิง ร้อยละ 33.3 ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 54.2) เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 81.3) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50) อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 97.9) เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 62.5) เคยดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 56.3) และไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 77.1) ข้อมูลทางด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ปี ถึงมากกว่า 20 ปี ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกับกับโรคไขมันในเลือด และไม่มีโรคอื่นๆ ร่วม คิดเป็นร้อยละ 68.8 หลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น คิดเป็นร้อยละ 64.6 ชนิดของยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ คือ ยา



Beta-blockers ร่วมกับยาในกลุ่ม CCBs หรือยา  
ขับปัสสาวะชนิด Thiazide คิดเป็นร้อยละ 54.2  
กลุ่มตัวอย่างมีโรคอ้วนระดับที่ 1 (ดัชนีมวลกายอยู่  
ระหว่าง 25 - 29.9) คิดเป็นร้อยละ 41.7 และ

รอบเอวเกินมาตรฐานปกติ (เพศหญิงเกิน 80  
เซนติเมตร ขึ้นไป และเพศชายเกิน 90 เซนติเมตร  
ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 56.3

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับ  
โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 24) โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>ความดันโลหิตตัวบน</b>					
ก่อนการทดลอง	145.21	11.25	23	9.88	< .001
หลังการทดลอง	123.88	12.98			
<b>ความดันโลหิตตัวล่าง</b>					
ก่อนการทดลอง	77.96	9.04	23	4.71	< .001
หลังการทดลอง	67.21	7.71			

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ  
ก่อนได้รับโปรแกรม คือ ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 145.21 มม.ปรอท ความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 77.96  
มม.ปรอท และภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อน  
ได้รับโปรแกรมฯ คือ ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 123.88 มม.ปรอท ความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 67.21 มม.ปรอท  
เมื่อนำค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างก่อนและหลังทดลองมาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติ  
Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับ  
โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือด  
หัวใจหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>ความดันโลหิตตัวบน (ก่อนการทดลอง)</b>					
กลุ่มควบคุม (n = 24)	143.42	8.49	46	-.62	.54
กลุ่มทดลอง (n = 24)	145.21	11.26			
<b>ความดันโลหิตตัวล่าง (ก่อนการทดลอง)</b>					
กลุ่มควบคุม (n = 24)	78.17	7.88	46	.09	.93
กลุ่มทดลอง (n = 24)	77.96	9.04			
<b>ความดันโลหิตตัวบน (หลังการทดลอง)</b>					
กลุ่มควบคุม (n = 24)	150.83	9.13	46	8.33	< .001
กลุ่มทดลอง (n = 24)	123.88	12.98			
<b>ความดันโลหิตตัวล่าง (หลังการทดลอง)</b>					
กลุ่มควบคุม (n = 24)	79.25	8.52	46	5.13	< .001
กลุ่มทดลอง (n = 24)	67.21	7.71			

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม คือ ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 143.42 มม.ปรอท ความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 78.17 มม.ปรอท และกลุ่มทดลอง คือ ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 145.21 มม.ปรอท ความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 77.96 มม.ปรอท เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม คือ ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 150.83 มม.ปรอท ความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 79.25 มม.ปรอท และกลุ่มทดลอง คือ ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 123.88 มม.ปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง

เฉลี่ย 67.21 มม.ปรอท และพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### การอภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ

เพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของ Rogers<sup>27</sup> ได้เน้นการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุ เกิดแรงจูงใจ ทำให้เกิดความกลัวจากสื่อที่มากกระตุ้น มาเป็นตัวเชื่อมโยงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพและทัศนคติว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้ การศึกษาในครั้งนี้ได้เน้นการสื่อสาร เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากสื่อต่างๆ ทำให้เกิดความตระหนักและรับรู้ถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการเรียนรู้จากสื่อการสอนตัวแบบและคู่มือเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในการรับรู้ และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิด ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค นอกจากนี้การเรียนรู้จากสื่อตัวแบบที่มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และคิดว่าเมื่อตนเอง ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี อีกทั้งการประเมินความคาดหวังในประสิทธิภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ การสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้สูงอายุให้เชื่อมั่นในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ การสร้างเสริมสมรรถนะของตัวผู้สูงอายุ โดยการนำเสนอตัวแบบของผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การตั้งเป้าหมาย ร่วมกันในการควบคุมความดันโลหิต ส่งเสริมการฝึกทักษะการออกกำลังกาย ร่วมกับการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ เสริมแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุ โดยการกล่าวคำชมเชย และให้กำลังใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึง การให้ข้อมูลป้อนกลับ และหาแนวทางแก้ไข ร่วมกันในปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการเสริมสร้าง แรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างต่อเนื่องอีกทั้งมี ความรู้สึกลัวหากยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ ผ่านมาที่พบว่า การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี ขึ้นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มากผาสุก<sup>28</sup> พบว่า การจัดโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันทำให้ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคในทิศทางที่ดีขึ้น และการศึกษาของ รัชนิ วัฒนาเมธี และ ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์<sup>29</sup> พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสร้างแรงจูงใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุ หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัย ได้มีการประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนหลังขยาย หลอดเลือดหัวใจรวมถึงการรับรู้ในการสร้าง แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับ ผู้สูงอายุรายบุคคล โดยเริ่มต้นจากการประเมิน การรับรู้ในความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ และ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาใช้ในการป้อนกลับ



สำหรับการให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการนำเสนอสื่อตัวแบบผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการสร้างความรู้สึกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากโรคหากยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งการเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ โดยการนำเสนอตัวแบบของผู้ที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตที่ถูกต้องและเหมาะสม การพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตัวผู้สูงอายุเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง<sup>32</sup> และการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับความดันโลหิตได้<sup>29</sup>

### ≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

จากการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุ

หลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติกรรพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์เห็นถึงความสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่แพทย์กำหนด ทั้งนี้รูปแบบกิจกรรมสามารถปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทหรือสถานที่ที่แตกต่างกันออกไป หรือรูปแบบกิจกรรมโดยเน้นญาติ ผู้ดูแล หรือบุคคลในชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อจำหนายกลับบ้านได้

2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบหรือองค์ความรู้ด้านการวิจัยในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในระยะยาวหรือต่อเนื่องในอนาคต

3. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่นิสิต นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

### ≡ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ≡

1. ควรมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยสร้างสื่อตัวแบบเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่สามารถเข้าใจและเข้าถึงได้ง่ายในการสร้างแรงจูงใจและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยขยายไปในกลุ่มโรคอื่นๆ ร่วมด้วย หรือการติดตามต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis. [Internet]. [cited 2018 June 17]. Available from: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/).
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics Thailand 2018. [Internet]. Nonthaburi: Sri Muang Publication; 2019. [cited 2018 June 17]. Available from: [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf). (in Thai).
3. Akpalakorn W. Survey of Thai people's health by physical examination. 5<sup>th</sup> ed. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2016. (in Thai).
4. Yamapai I, Budbawalai T, Pilasan T. Research report on appropriate guidelines for purchasing and supply of coronary vascular catheters with balloon and stents for the National Health Security Fund. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai).
5. Cohen DJ, Van Hout B, Serruys PW, Mohr FW, Macaya C, Den Heijer P, et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med* 2011;364(11):1016-26.
6. Thanapatsorn N, ThoTheerakul N, Sujirarat D, Suwanpong N, Kahasukchereon W. Incidence and factors associated with stenosis restenosis in coronary heart disease patients at the Thoracic Institute Nonthaburi Province. In: Rangsit University National Academic Conference; April 24, 2015. Rangsit University, Bangkok; 2015. p. 201-9.
7. Rajavithi Hospital. Cardiovascular patient statistics report 2013-2017. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2018. (in Thai).
8. Wan YF, Ma XL, Yuan C, Fei L, Yang J, Zhang J. Impact of daily lifestyle on coronary heart disease. *Exp Ther Med* 2015;10(3):1115-20.
9. Naowapanich S. Nursing practice manual caring for acute coronary syndrome patients with percutaneous coronary intervention. Bangkok: Nursing Department Siriraj Hospital Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2009. (in Thai).
10. Saisongkro W, Kunaprasert K, Tangkiatkamjai M. Characteristics of patients with recurrent acute coronary syndrome. *Thai Pharmacy and Health Sciences Journal* 2010;5(2):103-6. (in Thai).
11. Rosendorff C, Lackland DT, Allison M, Aronow WS, Black HR, Blumenthal RS, et al. Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease: a scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. *Circulation* 2015;131(19):e435-70.



12. Chachomporn P. Perception and in-stent restenosis prevention behaviors in patients who had undergone stent implantation. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2011. (in Thai).
13. Tanaka Y, Takeshita S, Takahashi S, Matsumi J, Mizuno S, Yamanaka F, et al. Comparison of short-and long-term outcomes of percutaneous coronary intervention for chronic total occlusions between patients aged  $\geq 75$  years and those aged  $< 75$  years. *Am J Cardiol* 2013;112(6):761-6.
14. Undara W. The study of health status and health behaviors of people living in Baan Aur-arthorn community (Klong Thanon). *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018;45(1):121-38. (in Thai).
15. Onsrinoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri Ch. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017;37(1):63-74. (in Thai).
16. Chester JG, Rudolph JL. Vital signs in older patients: age-related changes. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12(5):337-43.
17. Cohen L, Curhan GC, Forman JP. Influence of age on the association between lifestyle factors and risk of hypertension. *J Am Soc Hypertens* 2012;6(4):284-90.
18. Imsombuti M. Factors affecting blood pressure in patients with hypertension in Tha Chang district, Sing Buri province. *Journal of Health Systems Research* 2007;2(Suppl 1):119-28. (in Thai).
19. Jaiyungyuen U. Factors influencing health promoting behavior of patients with hypertension. *Journal of Nursing and Education* 2009;2(1):39-47.
20. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension in elderly: silence killer should be aware. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2017;8(4):78-93. (in Thai).
21. Namwong A. Relationships between selected factors and adherence to therapeutic regimens among older adults with Hypertension. *Journal of Nursing and Education* 2015;8(4):78-93.
22. Thongtang T, Seesawang J. Lived experience among hypertensive older people. *Nursing Journal* 2014;41(Suppl November):2-10.
23. Dusing R. Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension. *Curr Med Res Opin* 2006;22(8):1545-53.
24. Purath J, Keck A, Fitzgerald CE. Motivational interviewing for older adults in primary care: a systematic review. *Geriatric Nursing* 2014;35(3):219-24.

25. Kahkonen O, Kankkunen P, Saaranen T, Miettinen H, Kyngas H, Lamidi ML. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *J Adv Nurs* 2015;71(10):2364-73.
26. Sanprasan P, Wattradul D, Suthipong N. Discharge planning of patients treated with percutaneous coronary intervention (PCI): perspective of elderly patients with ischemic heart disease and caregivers. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2017;28(1):142-53. (in Thai).
27. Rogers RW. Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: Cacioppo J, Petty R, editors. *Social psychophysiology*. New York: Guilford Press, 1983. p. 153-76.
28. Makpasook W. The effect of the protection motivation program on self care behavior in preventing complications among high risk hypertensive elderly. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
29. Wattanameatee R, Hoyrat P. The effect of a behavior change program on controlling blood pressure level among hypertensive patients in outpatient department of outpatient, Chonprathan hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(3):189-202. (in Thai).
30. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
31. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: appraisal. synthesis and generation of evidence*. 6<sup>th</sup> ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2009.
32. Pungpothong S, Tangwongkit T, Nunlaong O, Boontad M, Kanasuriyapat N. Effectiveness of health behavior modification program (food, exercise, emotion, smoking, and alcohol cessation: 3E 2S) older adults with hypertension in Sankhaburi district, Chainat province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2019;46(3):81-91. (in Thai).