ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

The Effect of Health Literacy Promotion Program on Preventive Behaviors among Older Adults at Risk of Coronary Artery Disease

พรพรรณ ผาจันทา* วารี กังใจ** พรชัย จูลเมตต์***
Phornphan Phachantha,* Waree Kangchai,** Pornchai Jullamate***
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
* Student in Master of Nursing Science Program (Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province
, * คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
, * Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province
** Corresponding Author: wareek@buu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) คู่มือการดูแลสุขภาพหัวใจสำหรับผู้สูงอายุ 3) สื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.67 - 1 และหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

Received: May 9, 2023; Revised: August 3, 2023; Accepted: August 13, 2023

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This research was a quasi-experimental, two-group pre and post-test design aiming to study the effects of a health literacy promotion program for the older adults at risk of coronary artery disease. Participants included older people at risk of coronary artery disease who met the specified criteria. Fifty-two participants were recruited and randomly assigned into the experimental group (n = 26) and the comparison group (n = 26). Research instruments included 1) a health literacy promotion program for the older adults at risk of coronary artery disease 2) a heart health care handbook for the older adults 3) a powerpoint presentation on preventive behaviors for coronary artery disease 4) a personal profile recording form and 5) assessment tools for preventive behaviors for coronary artery disease. All instruments were reviewed for content validity by a panel of experts. The contents and assessment tools were validated in terms of Content Validity Index (CVI) at the valve of 0.67 - 1. In addition, instruments for collecting data, which is the preventive behaviors for coronary artery disease test were verified for reliability using Cronbach's alpha coefficient at the value of 0.82. The experimental group received a health literacy promotion program which was developed from Nutbeam's health literacy concept while the comparison group received a normal nursing care. Data were collected during the pre-experimental stage and after the experiment using the coronary artery disease prevention behavior assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

The results showed that the mean scores of coronary artery disease prevention behaviors of the experimental group in the post-experimental period were higher than the pre-experimental period and were significantly higher than the comparative group ($p < .01$). From this research results, it suggests that nurses who are working in the hospital should implement the health literacy promotion program in older adults at risk of coronary artery disease groups to promote appropriate coronary artery disease prevention behaviors.

Keywords: health literacy promotion program, prevention behaviors of coronary artery disease, health literacy, older adults at risk of coronary artery disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก โดยพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณร้อยละ 44[1] และมีอัตราการป่วยด้วยโรคนี้ในทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.5 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา[2] อุบัติการณ์สูงสุดพบในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 50.31 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 26.46[3] และพบความชุกของโรคนี้ในประชากรผู้สูงอายุมากกว่าถึง 3 - 5 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวในกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจเกิดการอุดตัน เลือดไหลเข้าสู่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจลดลงทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจขาดเลือด[4] สาเหตุเกิดจากมี Atherosclerotic plaque ไปเกาะผนังหลอดเลือดหัวใจ หาก Atherosclerotic plaque ที่เกาะหลอดเลือดหลุดออกแล้วลอยไปตามกระแสเลือดไปอุดหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กกว่าจนเกิดการอุดตัน จะส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลากล้ามเนื้อหัวใจจะตาย และไม่สามารถบีบตัวได้ตามปกติจนเกิดโรคหัวใจล้มเหลวตามมา[5] เมื่อผู้สูงอายุเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นแล้วอาจส่งผลเสียต่อการทำหน้าที่ของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดในร่างกาย นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ[4] ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามมา ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลรวมสูง ระดับไขมันชนิดเอชดีแอลต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ และความเครียด[6] ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่างๆ นี้ส่วนใหญ่เกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แล้วผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น และมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ รวมทั้งช่องทางข้อมูลข่าวสารและวิธีการสื่อสารทางด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น[7] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม การจัดการความเครียด การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการสื่อสารด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ สามารถตัดสินใจ จัดการกับภาวะสุขภาพและมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคเรื้อรังลดลง ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้าโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ[8] ที่ผ่านมาแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาและมีการเชื่อมโยงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาวะที่ดี แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แนวคิดของ Nutbeam[8] ที่ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่าเป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ตัดสินใจใช้ข้อมูลและ

สื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้วิจัยทราบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรอบรู้และทักษะในการปฏิบัติระดับบุคคลด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่อำนวยความสะดวก เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง[9] ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมานั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุ

ดังนั้นเพื่อเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาให้เกิดความรอบรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8,10] และองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อการจัดการภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

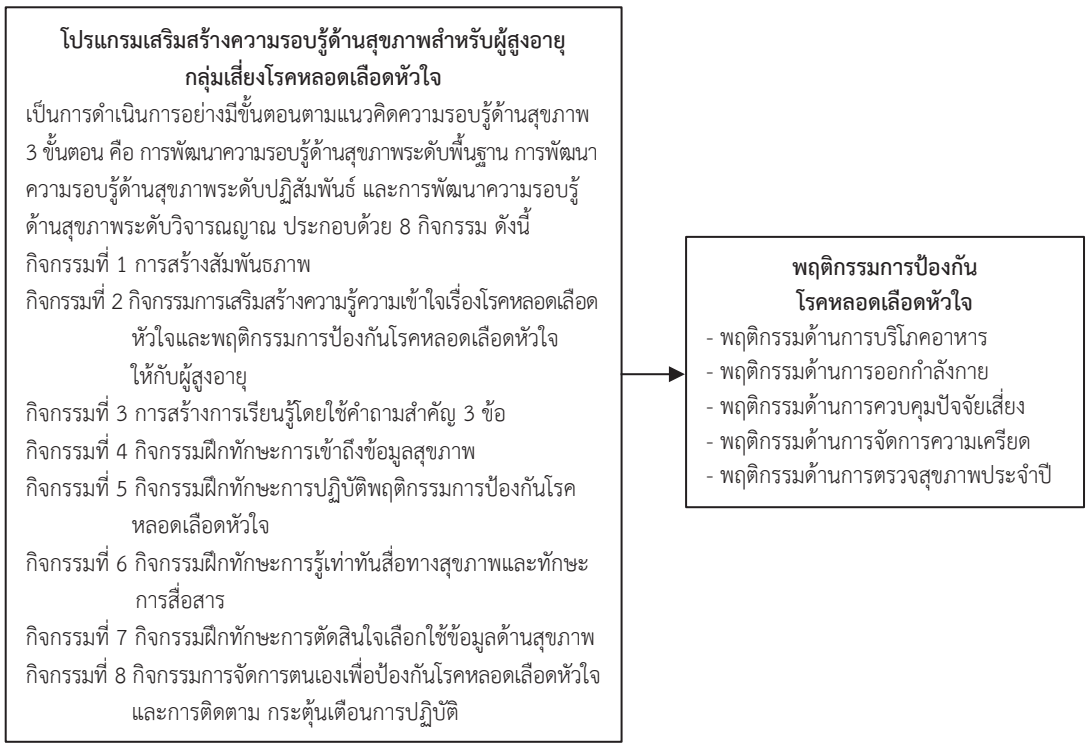
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8,10] ที่อธิบายไว้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง สมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ตัดสินใจ ใช้ข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการ

เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต รวมทั้งจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับการพัฒนา 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร การเลือกใช้ข้อมูล การจำแนกแยกแยะข้อมูลข่าวสาร การใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคม ที่สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ จัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีส่วนร่วมผลักดันสังคมและการเมืองเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี[8]

ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 Nutbeam ได้ทำการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกำหนดคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเตรียมความพร้อมและเผชิญความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ สามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง และดูแลสุขภาพเหมาะสม ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการจัดการตนเอง[10] ผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ การสร้างการเรียนรู้โดยใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ และการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย การฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม และการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพและทักษะการสื่อสาร 3) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ ประกอบด้วย การฝึกทักษะการตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการกระทำหรือการประกอบกิจกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (การควบคุมการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด และพฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเป็นผู้ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล จำนวน 8 กิจกรรม แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest research design)

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 ข้อ จาก 6 ข้อ ตามเกณฑ์ของ General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Cares: The Framingham Heart Study[11] คือ 1) มีญาติสายตรงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนวัยอันควร คือ ก่อนอายุ 45 ปี ในเพศชายและก่อนอายุ 55 ปี ในเพศหญิง หรือ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Total cholesterol > 160 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, HDL < 45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) หรือ 3) มีระดับความดันโลหิตสูง (กรณีไม่ได้รับการรักษาด้วยยา SBP > 130 มิลลิเมตรปรอท, ได้รับการรักษาด้วยยา SBP > 120 มิลลิเมตรปรอท) หรือ 4) มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) หรือ 5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือ 6) สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 ข้อ จาก 6 ข้อ ตามเกณฑ์ของ General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Cares: The Framingham Heart Study[11] และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random

sampling) จากประชากร กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของการรู้คิด โดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง ซึ่งได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนรวม 5 คะแนน 2) สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ต้องมีคะแนน 0 - 12 คะแนน 4) ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และการใช้สายตา สามารถตอบโต้ และสื่อความหมายได้เข้าใจ 5) มีความสามารถใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตและสามารถค้นหาข้อมูลผ่านเว็บไซต์ได้ และ 6) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอสัตหีบ เพื่อความสะดวกและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะฉุกเฉินจากความดันโลหิตสูง หรือสาเหตุอื่นที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการคำนวณหาค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางที่สามารถลดการเกิด Type I และ Type II error[12] และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Statistical power table ของ Kraemer & Thiemann[12] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ของ สุภาพร ตรงสกุล และคณะ[13] มี 2 ส่วน คือ การทดสอบความจำโดยให้จำของ 3 สิ่ง (Three-time recall) และการวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (Clock drawing test) คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 - 5 คะแนน แปลผลโดยรวมคะแนนทั้ง 2 ส่วน จุดตัดของคะแนน (Cut point) คือ คะแนนน้อยกว่า 3

1.2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ของ Jitapunkul และคณะ[14] ซึ่งปรับปรุงและพัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (The Modify Barthel ADL Index: BAI) ของ Collin และคณะ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน ค่าความเที่ยง KR-20 = 0.93

1.3. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ใช้ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง[15] เพื่อประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 30 คะแนน โดยคะแนน 0 - 12 คะแนน คือ ผู้สูงอายุปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน BMI การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งหลังสุดภายใน 6 เดือน ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดัน

โลหิตที่วัดที่โรงพยาบาล ระยะเวลาของการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผลการตรวจระดับไขมันในเลือด โรคประจำตัวอื่นๆ และชนิดของยาที่ได้รับการรักษา

2.2. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจของ อรนุช ชูศรี, ณวัตร สันประโคน และ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล[16] มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมด้านการตรวจสุขภาพประจำปี แต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตรงตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนระหว่าง 20 - 100 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ สื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และคู่มือการดูแลสุขภาพหัวใจสำหรับผู้สูงอายุ โดยโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8,10] เป็นการดำเนินกิจกรรมอย่างมีแบบแผน จำนวน 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มที่ห้องประชุมคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ

กิจกรรมที่ 3 การสร้างการเรียนรู้โดยใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ คือ 1) ฉันมีปัญหาสุขภาพเรื่องอะไร 2) ฉันจะต้องทำอะไรบ้าง และ 3) สิ่งที่จะต้องทำสำคัญอย่างไร

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพและทักษะการสื่อสาร

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 3 - 6 ผู้สูงอายุปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่บ้าน

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และคู่มือการดูแลสุขภาพหัวใจสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขให้มีความถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.67 - 1 และ

ผ่านการทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติก่อนการนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดหัวใจไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามขั้นตอนโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อน ในระหว่างการดำเนินงานในขั้นดำเนินการทดลองได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงทำให้กลุ่มทดลองไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ทันทีหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มเปรียบเทียบแล้วเสร็จ เนื่องด้วยผู้วิจัยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตอบแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นดำเนินกิจกรรมการทดลองเป็นรายกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 7 และติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 3, 4, 5 และ 6 โดยในการพบแต่ละครั้งจะเป็นไปตามการนัดหมายของผู้วิจัย การติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ผู้วิจัยส่งข้อความติดตามกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุเป็นประจำทุก 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตนเองเป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ในระยะเวลาอีก 1 สัปดาห์ข้างหน้า ท่านมีเป้าหมายในการรับประทานอาหารอย่างไรบ้าง

2. ในระยะเวลาอีก 1 สัปดาห์ข้างหน้า ท่านมีเป้าหมายในการออกกำลังกายได้ในระดับใดและปฏิบัติกี่วันเป็นระยะเวลา เท่าไร

3. ในระยะเวลาอีก 1 สัปดาห์ข้างหน้า ท่านจะมีการลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ อย่างไร

4. ในระยะเวลาอีก 1 สัปดาห์ข้างหน้า หากท่านเกิดความเครียด ท่านจะใช้วิธีใดในการจัดการความเครียด

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตอบแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยตนเอง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด จำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นเข้าพบกลุ่มเปรียบเทียบเป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1 และ 7 และในการพบกลุ่มเปรียบเทียบในแต่ละครั้งจะเป็นไปตามการนัดหมายของโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารรับรองเลขที่ G-HS 005/2564 เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 023/64 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบ

ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติไคสแควร์

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.1 ระดับการศึกษาระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 30.8 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.9 ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 57.7 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นข้าราชการบำนาญและครอบครัวทหารเรือ ร้อยละ 84.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันน้อยกว่า 2 คน ร้อยละ 69.2 ทุกคนไม่สูบบุหรี่ ไม่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 76.9 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.4 ไม่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 50.1 ไม่มียาที่ได้รับในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 46.1 รองลงมา คือ ได้รับยามากกว่า 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 23.1

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.4 อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 61.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.9 ระดับการศึกษาระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 30.8 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.9 เป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 50 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นข้าราชการบำนาญและครอบครัวทหารเรือ ร้อยละ 88.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันน้อยกว่า 2 คน ร้อยละ 69.2 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.1 ไม่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 80.8 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.9 มีระยะเวลาการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.5 ไม่มียาที่ได้รับในปัจจุบัน ร้อยละ 38.5 รองลงมา คือ ได้รับยามากกว่า 2 กลุ่ม ร้อยละ 26.9

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 72.88 (SD = 5.09) และหลังการทดลองเท่ากับ 81.46 (SD = 4.63)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 74.50 (SD = 6.57) และหลังการทดลองเท่ากับ 75.62 (SD = 7.23)

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังการทดลอง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังการทดลอง (n = 52)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	t	df	p-value
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	26	81.46	4.63	-3.47	50	< .01
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	75.62	7.23			

* p < .01

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง (n = 52)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	26	72.88	5.09	-9.59	25	< .01
หลังการทดลอง	26	81.46	4.63			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	26	74.50	6.57	-1.11	25	.28
หลังการทดลอง	26	75.62	7.23			

* p < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 ราย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam[8,10] ซึ่งอธิบายว่า การเสริมสร้างให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งเชื่อว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ โดยประกอบด้วย การเสริมสร้างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ การสร้างการ

เรียนรู้โดยใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ และการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการเพิ่มความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเกิดจากการอ่านและทำความเข้าใจไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย การฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม ได้แก่ การคำนวณระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสื่อออนไลน์ที่น่าเชื่อถือได้ด้วยตนเอง การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และการฝึกการผ่อนคลายความเครียด และการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพและทักษะการสื่อสาร โดยการให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์ข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างดำเนินกิจกรรมและตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติตาม ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ ประกอบด้วย การฝึกทักษะการตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการเพิ่มสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง และสามารถบอกต่อสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นหรือบุคคลในครอบครัวได้ และการจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการจัดการความเครียดด้วยตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

อีกทั้งลักษณะของกลไกในแต่ละกิจกรรมมีความครอบคลุมองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ มีการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ และเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมได้ตามบริบทของตน โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกใช้ทางเลือกหลายๆ ด้านให้กับผู้สูงอายุในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Callihan[17] ที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนมากกว่าหนึ่งวิธีการฝึกสอนเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้และเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา เชียงของ[18] ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในระดับน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล และ ศศิธร รุจนเวช[19] เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ และคณะ[20] ที่ศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่ใช้หลักการสอนผู้สูงอายุในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยใช้หลักการสอนผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยใช้หลักการสอนผู้สูงอายุร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตลอดทุกช่วงเวลาของการวัดและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม รวมไปถึงควรมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญหลายๆ ด้านมาร่วมเป็นวิทยากรในโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ที่จะช่วยให้ปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี จึงควรทำการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. การวิจัยในครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ โดยประเมินผลในระยะก่อนและหลังการทดลอง ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาระยะยาว 6 เดือน และระยะ 1 ปี เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ และความคงทนของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์และการสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้สละเวลาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. [cited 2021 June 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).
2. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics-2020 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2020;141(9):e139-e596.

3. Department of Disease Control of Thailand. Elimination of asbestos-related diseases national level 5 year (2018-2021). Bangkok: Emotion Art; 2018. (in Thai).
4. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. Thai acute coronary syndromes guidelines 2020. Samutprakan: Nextstep D-sign; 2020. (in Thai).
5. Miller CA. Nursing for wellness in older adults. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Heart disease and stroke. [Internet]. [cited 2022 September 8]. Available from: https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/heart-disease-stroke.htm.
7. Intarakamhang U. Health literacy: measurement and development. Bangkok: Sukhumvit Printing; 2018. (in Thai).
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67.
9. Choeisuwan V. Health literacy: concept and application for nursing practice. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3):183-97. (in Thai).
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008;67(12):2072-78.
11. D'agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care. Circulation 2008;117(6):743-53.
12. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2005.
13. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. Geriatrics & Gerontology International 2015;15(5):594-600.
14. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994;23(2):97-101.
15. Pongvarine N, Associates. Thai geriatric depression scale. Siriraj Medical Journal 1994;46(1):1-9. (in Thai).
16. Chusri O, Sanprakhon P, Wongwisadkul S. The effects of a self-protective behavior modification program for older adults with chronic disease in urbanized community, Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2018;34(3):77-88. (in Thai).
17. Callihan K. Activating the patient: a nurse led coaching intervention to engage health information seeking behaviors using the IDEAL discharge framework and get well network. DNP Projects. 2022:400. https://uknowledge.uky.edu/dnp_etds/400/.

18. Chiangkhong A. Effectiveness of the development of health literacy through controlled transformative learning due to glycemic control behavior among diabetic patients. [Doctoral Dissertation, Behavioral Science Research Institute]. Srinakharinwirot University; 2018. (in Thai).
19. Arahung R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom province. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(3):509-26. (in Thai).
20. Ongkulna K, Pothiban L, Panuthai S, Chintanawat R. Enhancing self-management through geragogy-based education in older adults with uncontrolled hypertension: a randomized controlled trial. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2022;26(4):690-705.