ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
The Effects of Health Promotion Program on Health Promoting Behaviors in Older Persons after Percutaneous Coronary Intervention

อรอุมา คำวิพัฒน์* สุทธินันท์ สุบินดี**
Onuma Khamwipat,* Suttinan Subindee**
* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province
** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น
** Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province
* Corresponding Author: onuma.kha@kkumail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยันเป็นครั้งแรก มารับบริการที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้าศึกษา โดยการสุ่มแบบต่อเนื่อง จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ การขยายหลอดเลือดหัวใจ

Received: May 2, 2024; Revised: July 17, 2024; Accepted: July 31, 2024

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of health promotion program on health promoting behaviors among older persons after percutaneous coronary intervention by applying Pender's health promotion framework. The sample group was elderly people aged 60 years and over, who had coronary artery disease (CAD) after percutaneous coronary intervention (PCI) and stent placement for the first time at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Forty-eight samples were selected according to the inclusion criteria. They were equally divided into the experimental group and the control group: 24 people per group. The experimental group received a health promotion program while the control group received regular nursing care for 4 weeks. The data collection tools included a general information interview form, a health behavior assessment form, a health assessment form and a health promoting behavior assessment form. The data were analyzed using descriptive and t-test analysis.

The result revealed that the mean score of health promoting behaviors of the experimental group in the post-experimental period was higher than the pre-experimental period and significantly higher than the control group ($p < .05$). Therefore, the findings have shown that the health promotion program has an effect on health promoting behaviors in older persons after PCI. Nurses can use this program to care for and promote healthy behaviors in older persons after PCI to reduce the risk of stent restenosis in coronary artery disease patients.

Keywords: health promotion program, health promoting behaviors, older persons, percutaneous coronary intervention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง[1] ในประเทศไทยมีรายงานผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดปี พ.ศ. 2559 - 2563 จำนวน 21,008, 20,746, 20,786, 20,556 และ 21,309 คน ตามลำดับ[2] หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2.3 คน[3] กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ[4] โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีอุบัติการณ์ 144.1 ต่อ 100,000 ประชากร[5] และมีความชุกมากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.31 ของผู้สูงอายุทั้งหมด[6] ดังนั้นโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจะเสื่อมตามวัย แข็งตัว และไม่ยืดหยุ่น เกิดจากมีไขมัน แคลเซียม และสารต่างๆ มาเกาะสะสมบริเวณชั้นในของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนาตัวขึ้นทีละน้อยจนตีบแคบลง จนอุดกั้นการไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือด ทำให้การส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที[3,7] ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

อายุที่เพิ่มขึ้น เพศ และกรรมพันธุ์[8] และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือหลีกเลี่ยงได้ คือ ปัจจัยด้านโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด และปัญหานอนไม่หลับ[9] อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุมีตั้งแต่ไม่แสดงอาการ[10] ไปจนถึงอาการวูบหมดสติและเสียชีวิต โดยอาการที่พบมาก ได้แก่ อาการเจ็บเค้นหน้าอก เหนื่อยขณะออกแรง อาการหัวใจล้มเหลว เป็นต้น[11] การรักษาในปัจจุบันมีทั้งการรักษาด้วยยา (Medications therapy) และการทำหัตถการเพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (Revascularization) ที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการขยายหลอดเลือดหัวใจ[3]

การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางสายสวน หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) เป็นหัตถการที่รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันโดยไม่ต้องผ่าตัด ภายหลังจากให้ยารักษาแล้ว[12] โดยทำหัตถการผ่านสายสวนที่แทงเข้าหลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือหรือขาหนีบ ใช้บอลลูนที่อยู่ปลายสายเข้าไปขยายหลอดเลือดเพื่อลดการอุดตันทำให้การไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดดีขึ้น และใส่ขดลวด (Stent) ค้ำยันหลอดเลือดไว้เพื่อป้องกันหลอดเลือดกลับมาตีบซ้ำได้ง่าย[13] ช่วยลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก[14] และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) และกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดชนิดเรื้อรัง (Chronic Coronary Syndrome: CCS) เป็นหัตถการที่ทำได้เร็ว ผู้ป่วยฟื้นตัวและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ภายใน 1 - 2 วัน[13] อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว ผู้สูงอายุยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้จากปัจจัยเสี่ยงด้านอายุทำให้ไขมันไปสะสมที่บริเวณขดลวดค้ำยันในหลอดเลือดหัวใจได้ ร่วมกับปัจจัยด้านอื่น แม้จะป้องกันโดยการใส่ขดลวดชนิดเคลือบน้ำยา (Drug Eluting Stent: DES) และรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดต่อเนื่องแล้วก็ตาม สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีคำแนะนำ คือ ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิต (Lifestyle modification) ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Modify cardiovascular risk) ฟื้นฟูหัวใจ (Cardiac rehabilitation) รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ (Secondary prevention)[3]

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 รักษาขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางสายสวน จำนวนเฉลี่ย 1,100 - 1,300 รายต่อปี ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ พบมากกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทั้งบริเวณหลอดเลือดหัวใจเส้นเดิมและตีบเพิ่มบริเวณหลอดเลือดหัวใจเส้นใหม่ จำนวนเฉลี่ย 4 รายต่อเดือน[15] การดูแลรูปแบบเดิมจะให้ข้อมูลโดยสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจะสอนความรู้และอธิบายตามสื่อแผ่นพับเพียงอย่างเดียวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การติดตามต่อเนื่องจะได้รับในบางรายตามกลุ่มโรคจากการศึกษาปรากฏการณ์ ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบมีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาซ้ำจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 19 ราย พบว่า ส่วนมากเกิดการตีบหรือตันบริเวณหลอดเลือดหัวใจเส้นใหม่ (ร้อยละ 73.68) และเกิดการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจเส้นเดิม (ร้อยละ 26.32) จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัว จำนวน 10 ราย พบว่า ส่วนมากยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสหวาน อาหารมัน และรสเค็ม

ไม่ได้ออกกำลังกายประจำ เนื่องจากกลัวว่าอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจจะกำเริบ แต่ยังมีกิจกรรมทางกาย มีผู้สูงอายุบางคนลืมรับประทานยา และผู้สูงอายุชายยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการตีบตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้จากปรากฏการณ์แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุที่มาขยายหลอดเลือดหัวใจซ้ำ ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิต การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การฟื้นฟูหัวใจ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีต่อเนื่อง ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสุขภาพที่ดีขึ้นเหมาะสมกับโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถ พัฒนาสมรรถนะและศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และสังคม ให้มีพลังอำนาจ สามารถเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอันเป็นผลดีต่อสุขภาพ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและยกระดับสุขภาพให้ดีขึ้น โดยบุคคลต้องมีความตระหนักที่จะกระทำด้วยตัวเอง มีการนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender มาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุในหลากหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง[16] โรคเบาหวาน[17] โรคหลอดเลือดหัวใจ[18] โรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัด[19] และผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ[20] ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ดีที่สุด[21] ร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัว[22] ซึ่งเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งด้านทรัพยากร อำนวยความสะดวกให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา คอยชี้แนะ และดูแลรวมทั้งช่วยเหลือการเงิน สถานที่ และเวลาในการพาไปพบแพทย์ สิ่งเหล่านี้เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของบุคคลในครอบครัวที่ก่อเกิดความผูกพันและเชื่อใจ การสนับสนุนของครอบครัวจึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้[23] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender[24] มาใช้ในการศึกษา เลือกนำตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้อุปสรรค มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมเนื่องจากสามารถทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุด[21] เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนช่วยดูแลและสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร สิ่งของ กำลังใจ และเวลาในการพามาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อเนื่องได้เองที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

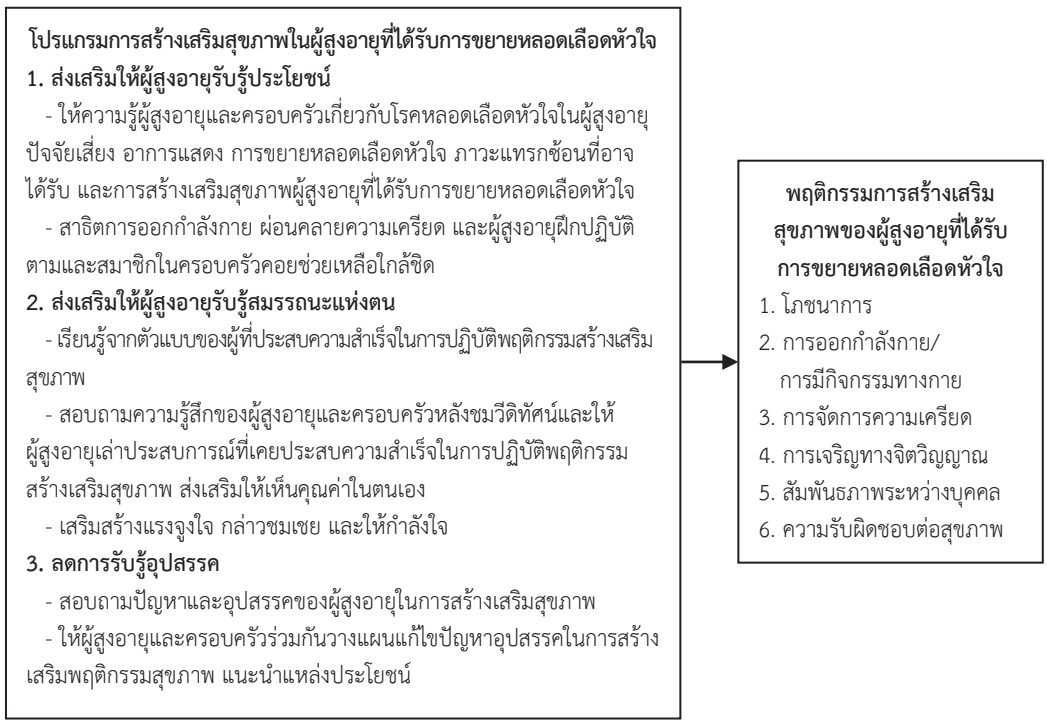
1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง

2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender[24] เลือกนำตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมาใช้ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้อุปสรรค โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนชี้แนะ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา สื่อสาร และให้การดูแล ประเมินผลลัพธ์ ด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดของ Pender ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพเหมาะสมตามรายโรค และหลักโภชนาการ สะอาด รวมถึงงดสูบบุหรี่ เลิกดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง 2) การมีกิจกรรมทางกาย เน้นการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ฟื้นฟูสภาพหัวใจ โดยออกกำลังกายอย่างเหมาะสม สม่ำเสมอและต่อเนื่อง 3) ด้านการจัดการความเครียด เป็นการฝึกสติผ่อนคลายความเครียด ลดความกังวลที่เกิดขึ้น สามารถค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาได้ 4) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ เน้นให้ผู้สูงอายุมีการตั้งเป้าหมายชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เน้นสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน และ 6) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษาและความรู้ที่ได้รับ คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

กลุ่มตัวอย่าง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ โดยคัดเลือกผู้สูงอายุเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria) คือ 1) ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) หลังได้รับยาลดการอุดตันหลอดเลือดหัวใจที่อาการปกติ ไม่มีภาวะฉุกเฉิน 3) เป็นผู้ป่วยนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจตามนัด (Elective case) 4) ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) และใส่ขดลวดค้ำยัน (Stent) เป็นครั้งแรก ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดวันที่ 1 และไม่มีแผนการขยายหลอดเลือดหัวใจซ้ำ ภายใน 1 เดือน 5) อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว 6) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ 7) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ และ 8) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง (Withdraw criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่อยู่ในภาวะคงที่ (Unstable condition) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทีเปลี่ยนแปลง มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีภาวะเลือดออก จากแผลที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ที่หอผู้ป่วยวิกฤติ หรือหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ 3) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบ 5 ครั้ง 4) มีความประสงค์ออกจากการทดลอง

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการทดลอง กรณี 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน และเป็นการทดลองแบบทางเดียว (One-tailed test) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.7 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่า α เท่ากับ .05 และการประมาณค่าอิทธิพลที่ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน และการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบต่อเนื่อง (Consecutive sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านเพศ ช่วงอายุ การศึกษา อาชีพ หอผู้ป่วยที่ศึกษา คือ หอผู้ป่วยรวม และหอผู้ป่วยพิเศษเดี่ยว ออกแบบการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงแรกและช่วงหลัง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวและรายได้ของผู้สูงอายุ การอยู่อาศัย ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคประจำตัวเดิมที่ผู้สูงอายุรับรู้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย แบบแผนการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ผ่อนคลาย ความเครียด พักผ่อนนอนหลับ สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มคาเฟอีน การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนเส้นเลือดที่ตีบตัน โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และยากลับบ้าน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ดัดแปลงและปรับปรุงมาจากแบบวัด Health Promotion Lifestyle Profile 2 (HPLP-II) ของ Walker และคณะ และ นวรัตน์ สุทธิพงศ์[23] ได้นำแบบประเมินมาพัฒนาให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการศึกษา ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและขอปรับแบบประเมินเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย แบ่งลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ทเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ แปลผลและแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีคะแนน พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมาก คะแนนเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ 1) คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจได้รับหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และ 2) สื่อวีดิทัศน์ จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย วีดิทัศน์การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และวีดิทัศน์ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 2 ชุด ค่าที่ได้เท่ากับ 0.86, 0.96, 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ โดยค่าที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.80 ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยต่อไป

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำไปคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.82 โดยค่าที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมตาม จำนวน 24 คน ก่อน จากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ทุกขั้นตอนของการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักพื้นฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประกอบด้วย หลักเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักการให้ประโยชน์และไม่ก่อให้เกิด

อันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประเมินภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบผู้ป่วยที่มาตามนัดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในสัปดาห์ที่ 2 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้คำแนะนำตามการพยาบาลปกติ และสัปดาห์ที่ 4 โทรศัพท์สัมภาษณ์ประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มทดลอง พบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

วันแรกที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประเมินภาวะสุขภาพ และประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (ใช้ระยะเวลา 20 - 30 นาที)

กิจกรรมที่ 1 เป็นวันที่ 1 ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพที่วางแผนไว้ไปให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุรายบุคคลและครอบครัว ร่วมกับให้คำแนะนำตามโปรแกรม เพื่อ 1) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ความรู้กับผู้สูงอายุและครอบครัวโดยใช้ภาพนิ่ง (Power point) ร่วมกับการให้คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพประกอบการสอน ให้ชมวีดิทัศน์ชุดที่ 1 เรื่อง การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยสาธิตท่าการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและฝึกสมาธิ ให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตามและญาติคอยช่วยเหลือ สังเกตพฤติกรรม ความสนใจ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย เล่าปัญหาและอุปสรรค และสอนให้บันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแต่ละสัปดาห์ลงในคู่มือ แนะนำให้ทบทวนความรู้ในคู่มือและชมวีดิทัศน์ซ้ำได้ทุกครั้งตามที่ต้องการ เมื่อกลับไปฟื้นฟูร่างกายที่บ้าน 2) ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเรียนรู้จากตัวแบบที่เคยประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ให้ชมวีดิทัศน์ชุดที่ 2 เรื่อง ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างชมวีดิทัศน์สังเกตพฤติกรรม สอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุและครอบครัวหลังชมวีดิทัศน์ ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้เองต่อเนื่องที่บ้าน และ 3) ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสอบถามความกังวลใจในด้านต่างๆ ปัญหาและอุปสรรคของผู้สูงอายุและครอบครัว ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ลดความกังวล (ใช้ระยะเวลา 30 - 40 นาที)

กิจกรรมที่ 2 วันที่ 3 หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ ภาวะแทรกซ้อน ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมกับครอบครัวช่วยเหลือดูแล เสริมแรงและให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง (ใช้ระยะเวลา 10 - 15 นาที)

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้สูงอายุมาติดตามการรักษาตามนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก สอบถามอาการ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม เสริมแรง ชมเชย และให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ดี (ใช้ระยะเวลา 10 - 15 นาที)

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 3 หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เมื่ออยู่บ้าน โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ ภาวะสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และครอบครัวช่วยเหลือดูแล เสริมแรง ชมเชยและให้กำลังใจ (ใช้ระยะเวลา 10 - 15 นาที)

กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 4 หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เมื่ออยู่บ้าน โทรศัพท์สอบถามอาการ ทบทวนความรู้ สัมภาษณ์ประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (ใช้ระยะเวลา 20 - 30 นาที)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE661005 วันที่รับรอง 10 มีนาคม 2566 - 17 มกราคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS Version 28.0.1.0 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและข้อมูลภาวะสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) อายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 54.17) อายุเฉลี่ย 69.17 ปี (Mean = 69.17, SD = 6.87) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.33) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.83) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 33.33) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 24,975.00 บาทต่อเดือน (Mean = 24,975.00, SD = 20,742.67) ส่วนมากรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 45.83) รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุ 14,691.67 บาทต่อเดือน (Mean = 14691.67, SD = 11483.48) รายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.50) ที่มาของรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 66.67) และจากบุตรหลาน (ร้อยละ 66.67) มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน (Mean = 3.25, SD = 1.22) ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 58.33) ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 66.67) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 79.17) มีโรคประจำตัวเดิม (ร้อยละ 87.50) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.67) มีประวัติยาเดิม (ร้อยละ 79.17) ไม่เคยลืมกินยา (ร้อยละ 84.21) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 24) โดยใช้สถิติ Paired t-test

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
ภาพรวม	2.66	0.31	มาก	3.70	0.14	มากที่สุด	16.951	< .001
1. ด้านโภชนาการ	2.17	0.63	พอใช้	3.58	0.29	มากที่สุด	-10.603	< .001
2. ด้านการออกกำลังกายและ	2.23	0.79	พอใช้	3.77	0.28	มากที่สุด	-9.991	< .001
3. ด้านการจัดการความเครียด	2.83	0.51	มาก	3.64	0.22	มากที่สุด	-7.138	< .001
4. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	2.85	0.52	มาก	3.83	0.19	มากที่สุด	-10.172	< .001
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.76	0.58	มาก	3.47	0.32	มากที่สุด	-6.132	< .001
6. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.03	0.34	มาก	3.89	0.11	มากที่สุด	-11.985	< .001

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 24) และกลุ่มควบคุม (n = 24) โดยใช้สถิติ Independent t-test

คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง						
ภาพรวม	2.66	0.06	2.77	0.07	-1.211	.116
1. ด้านโภชนาการ	2.17	0.13	2.40	0.11	-1.289	.102
2. ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย	2.23	0.16	2.48	0.16	-1.087	.141
3. ด้านการจัดการความเครียด	2.83	0.10	2.91	0.09	-0.547	.293
4. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	2.85	0.11	3.00	0.11	-0.942	.176
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.76	0.12	2.78	0.11	-0.132	.448
6. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.03	0.07	3.10	0.10	-0.652	.259
หลังการทดลอง						
ภาพรวม	3.70	0.14	2.81	0.39	10.536	< .001
1. ด้านโภชนาการ	3.58	0.29	2.54	0.51	8.559	< .001
2. ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย	3.77	0.28	2.57	0.80	6.929	< .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 24) และกลุ่มควบคุม (n = 24) โดยใช้สถิติ Independent t-test (ต่อ)

คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
3. ด้านการจัดการความเครียด	3.64	0.22	2.86	0.42	8.042	< .001
4. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	3.83	0.19	3.03	0.50	7.393	< .001
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.47	0.32	2.43	0.67	6.847	< .001
6. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.89	0.11	3.43	0.23	8.766	< .001

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจภาพรวมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งรายด้านและโดยรวม

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender[24] โดยนำปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มาใช้ในโปรแกรมสามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ และช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเดิมเป็นโรคเรื้อรัง สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากถ้าบุคคลรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นส่งผลดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ บุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นออกมา[24] อีกทั้งในบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ โดยไม่คำนึงว่าจะมีทักษะหรือไม่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์[23] และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ดังการศึกษาของ พัชรี ราษีกฤษ[25] ที่นำปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมาสร้างเป็นโปรแกรม และโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 17.75$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sevinc & Argon[18] ที่นำกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender และนำปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาเป็นรูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ Chen & Hsieh[26] ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด ($r = 0.22$, $p < .05$) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้านไปอยู่ในชุมชน

จะดูแลตนเองต่อเนื่องได้ ร่วมกับการติดตามของพยาบาลเพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรค ข้อสงสัย ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา ลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น[23] การให้ความรู้ของพยาบาลให้ผ่านสื่อคู่มือที่มีขนาดอักษรชัดเจน ภาพประกอบหลากหลาย เนื้อหาเข้าใจง่าย เปิดทบทวนได้ตลอดเวลา และสื่อวีดิทัศน์ที่สาธิตการออกกำลังกาย โดยให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติตามจนมั่นใจว่าสามารถทำได้เอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเรียนรู้ผ่านตัวสื่อแบบอย่างที่ดีของการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ และสามารถแสกนเปิดดูได้เพื่อทบทวน สอดคล้องกับการศึกษาของ Francis และคณะ[20] พบว่า โปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจ การปฏิบัติตัวรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือด และการลดความเครียด พบว่า โปรแกรมที่มีรูปแบบการสอนและสื่อดังกล่าวช่วยเพิ่มความรู้ในปฏิบัติตัวป้องกันการเกิดซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัย

เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและติดตามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนากระบวนการดูแล ให้ความรู้ และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ตามความเหมาะสมของบริบทหน่วยงาน

3. ด้านการศึกษา

เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่นักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. [Internet]. [cited 2022 August 29]. Available from: https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019.
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Mortality rate of patients with coronary heart disease. [Internet]. [cited 2022 August 31]. Available from: http://www.healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=45. (in Thai).
3. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. Thai chronic coronary syndromes guidelines 2021. Samutprakan: Nextstep D-sign; 2022. (in Thai).
4. Ministry of Public Health. Health situation analysis: 10 health situations 2010-2019. [Internet]. [cited 2022 August 31]. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/analysis/report.php?y=25532562. (in Thai).
5. Hypertension Association of Thailand. Guidelines for treating high blood pressure in general practice 2019. Chiang Mai: Trick Think; 2019. (in Thai).

6. Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, MOPH. Annual report 2018. [Internet]. [cited 2022 August 28]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/papermanual/AnnualNCD61.pdf. (in Thai).
7. Frankel Cardiovascular Center. Coronary artery disease (CAD). [Internet]. [cited 2022 November 13]. Available from: https://www.umcvc.org/conditions-treatments/coronary-artery-disease-cad.
8. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart disease and stroke statistics 2022 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2022;145:e153–639.
9. Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, MOPH. Be aware of the dangers of non-communicable diseases: silent danger nearby. 3rd ed. Nonthaburi: Affairs of the Military Welfare Organization; 2016. (in Thai).
10. Sariso P. Nursing care for the elderly with cardiovascular system. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. (in Thai).
11. Sittisuk S, editor. Medical practice guidelines for patients with ischemic heart disease in Thailand, revised edition. 2nd ed. Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. 2014. (in Thai).
12. Cardiovascular Intervention Association of Thailand. Predictors of major adverse cardiovascular events in coronary artery patients undergoing percutaneous coronary intervention (PCI) in Thailand: Thai PCI registry. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. (in Thai).
13. Nation Heart, Lung, and Blood Institute. Heart treatments: percutaneous coronary intervention. [Internet]. [cited 2022 August 23]. Available from: https://www.nhlbi. nih.gov/health/heart-treatments-procedures.
14. Abubakar M, Javed I, Rasool HF, Raza S, Basavaraju D, Abdullah RM, et al. Advancements in percutaneous coronary intervention techniques: a comprehensive literature review of mixed studies and practice guidelines. Cureus 2023;15(7):1-9.
15. Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Annual statistical report on patients receiving treatment at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Khon Kaen: Technology and Information Work; 2022. (in Thai).
16. Siridamrongchai L, Nanthamongkolchai S, Munsawaensub C, Thechaboonsermsak P, YodmaiHealth K. Promotion program to elderly with hypertension by family participation. Journal of Public Health 2018;48(2):161-73. (in Thai).
17. Thangtumpitak T. Effectiveness of health promotion program for patients with diabetes mellitus at Baan Nongnasang community, Roi Et province. Srinagarind Med J 2019;34(3):243-8. (in Thai).
18. Sevinc S, Agon G. Application of Pender's health promotion model to post-myocard infarction patients in Turkey. International Journal of Caring Sciences 2018;11(1):409-18.

19. Jampathet W, Masingboon K, Ponpinij P, Chantamit-O-Pas C. Factors influencing adherence to cardiac rehabilitation in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. RTN Med J 2022;49(2):275-90. (in Thai).
20. Francis MP, Gnanadurai A, Resmi P, Benjamin B. Effect of video assisted teaching on knowledge and practice in prevention of recurrence of myocardial infarction among post coronary angioplasty patients. International Journal of Nursing Education 2020;12(1):41-5.
21. Sukrueangkul A, Vannarit T, Tachaudomdach C. Factors predicting health promoting behaviors among persons with coronary artery disease and undergone percutaneous coronary intervention. Nursing Journal 2019;46(3):118-29. (in Thai).
22. Chaiwong N, Bonkhonthod P. Predicting factors preventive behaviors for coronary heart disease among persons at risk to disease. Journal of Nursing and Health Care 2019;37(2):6-15. (in Thai).
23. Suthipong N. Causal relationship model of process of change and health promotion behavior among elderly at risks with ischemic heart disease. [Doctoral Dissertation, Behavior Science Research Institute]. Srinakharinwirot University 2020. (in Thai).
24. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Stamford; Appleton; 2011.
25. Rasrikrid P, Choowattanapakron T. The effect of self-Efficacy promotion combined with family support program on physical activity in older persons with coronary artery disease receiving percutaneous coronary intervention. RTN Med J 2019;46(3):653-68. (in Thai).
26. Chen H, Hsieh p. Applying the Pender's health promotion model to identify the factors related to older adults' participation in community-based health promotion activities. International Int J Environ Res Public Health 2021;18(19):9985.