



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
ของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
Effect of Health Literacy Promotion Program on Cardiovascular Preventive
Behaviors Among Persons with High Risk of Cardiovascular Disease

ทีรณัฐ ไวศยารัตน์
Teeranut Waisayarat

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
ของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

Effect of Health Literacy Promotion Program on Cardiovascular Preventive
Behaviors Among Persons with High Risk of Cardiovascular Disease

ทีรณัฐ ไวศยารัตน์

Teeranut Waisayarat

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้เขียน นางทีรณัฐ ไวศยารัตน์

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ กฤตย์ประชา)
กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เถกิง วงศ์ศิริโชติ)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนร่วมช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมพร ปุณฺณโสพรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางชիրณัฐ ไวศยารัตน์)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางทีรณัฐ ไวศยารัตน์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
ผู้เขียน	นางทีรณัฐ ไวศยารัตน์
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของนัทิม ผ่านการฝึก 6 ทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจ, 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, 3) ทักษะการสื่อสาร, 4) การจัดการตนเอง, 5) การรู้เท่าทันสื่อ, และ 6) การตัดสินใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา 0.96. และทดสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.80. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคแอสควร์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test) ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.74, p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.86, p < .05$) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

Thesis Title Effect of Health Literacy Promotion Program on Cardiovascular Preventive Behaviors Among Persons with High Risk of Cardiovascular Disease

Author Mrs Teeranut Waisayarat

Major Program Community Nurse Practitioner

Academic Year 2022

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a health literacy promotion program on cardiovascular preventive behaviors among persons with high risk of cardiovascular disease. The sample consisted of 62 high-risk persons with cardiovascular disease, divided into a control group and an experimental group, each of 31 subjects selected by purposive sampling. The experimental group received a health literacy promotion program for 8 weeks and the control group received routine nursing care. The health literacy promotion program was developed by employing Nutbeam's health literacy theory in cooperation with the practice of 6 skills of health literacy comprising 1) cognition, 2) access, 3) communication skill, 4) self-management, 5) media literacy, and 6) decision skill. The tools used for data collection were the general information questionnaire and the cardiovascular preventive behavior questionnaire. The scale-level content validity index of the cardiovascular preventive behavior questionnaire validated by three experts was 0.96. Reliability was tested and yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.80. Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test. The results revealed that: The mean score of cardiovascular preventive behaviors of the experimental group after receiving health literacy promotion program was statistically significantly higher than that of the control group ($t = 9.74, p < .05$) and the mean score of cardiovascular preventive behaviors of the experimental group after receiving of health literacy promotion program was statistically significantly higher than that before receiving the program ($t = 24.86, p < .05$) This research demonstrates that health literacy promotion program can

encourage individuals at high risk of cardiovascular disease to adopt preventive cardiovascular behaviors to reduce the risk of developing cardiovascular disease in the future.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยคามอนุเคราะห์ เอาใจใส่ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุณฺณโสพรรณ และรองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ ที่ให้คำปรึกษาและถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปปฏิบัติเพื่อดูแลผู้รับบริการให้เกิดประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณนายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่ หัวหน้าและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 4 (วัดคลองเรียน) ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีและขอกราบขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน หัวหน้าศูนย์การดูแลต่อเนื่องและเจ้าหน้าที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจในการศึกษาตลอดมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดการศึกษาจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ทีรณัฐ ไวศยาร์ฑ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคหัวใจและหลอดเลือด.....	11
พยาธิสรีรภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	11
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	11
แนวทางการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	14
การบริการหลังการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	16
แนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	17
พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	18
ด้านการรับประทานอาหาร.....	18
ด้านการออกกำลังกาย.....	20
ด้านการจัดการความเครียด.....	21
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์.....	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การสูบบุหรี่.....	23
ควันบุหรี่.....	23
การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	24
แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	26
แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักปืม.....	27
ผลลัพธ์ของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	29
หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการ ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	30
การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	31
เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย.....	34
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	43
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	45
การดำเนินการทดลอง.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	52
ผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	63
จุดแข็งและข้อจำกัดการวิจัย.....	64
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	65
เอกสารอ้างอิง.....	66

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	76
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	77
ข แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย.....	79
ค ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	82
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	87
จ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	121
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	122
ประวัติผู้เขียน.....	123

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	สรุปการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ.....	48
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติโลนีสี่จุดจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป.....	53
3	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง..... และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทีอิสระ (independent <i>t</i> -test)	55
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทีคู่ (paired <i>t</i> -test).....	55
5	การตรวจสอบลักษณะการกระจายของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov.....	81
6	การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Levene's test	82
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8.....	83
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8.....	84
9	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8.....	85

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	49
3	แผนภูมิการใช้สื่อและวัสดุอุปกรณ์ของโปรแกรม.....	102

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้คนทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2020 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 19.1 ล้านคน (American Heart Association [AHA], 2022) ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 52.80 และ 55.53 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 32.57 และ 33.54 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งมากกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560-2564 ที่มีเกณฑ์ลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราตายย้อนหลัง 1 ปี (สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 533.10, 564.34 และ 604.27 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดยังส่งผลให้เกิดความพิการและทุพพลภาพ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอาจหลงเหลือไว้ซึ่งอาการอ่อนแรงของร่างกายอย่างถาวรและเกิดเป็นภาวะพึ่งพาารუნแรง นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉลี่ยสูงถึง 6,900 ล้านบาทต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โรคหัวใจและหลอดเลือดจึงส่งผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ

ปัจจัยที่ทำให้อัตราป่วยและอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในศตวรรษที่ 21 ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิต วิถีชีวิตที่เร่งรีบส่งผลให้ขาดการเอาใจใส่ในการเลือกบริโภค และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (American Heart Association [AHA], 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณณทัต บณขุนทด (2562) ที่พบว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในปัจจุบันยังมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ไม่ได้แสดงอาการ

เจ็บป่วยในทันที และบุคคลอาจได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจากบุคคลใกล้ชิดไม่มากนัก หรือเห็นว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหากได้รับประทานยาต่อเนื่องก็สามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้ จึงขาดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด จากปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงมีมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจุบันจึงมีการคัดกรองประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre-HT) บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre-DM) และบุคคลที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2 เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำยุทธศาสตร์แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) โดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1998 ได้ให้คำนิยามไว้ว่าเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี (World Health Organization, 2013) กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560 ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม สำหรับแนวคิดและคำนิยามที่องค์การอนามัยโลกใช้อ้างอิงและมีการใช้ในงานวิชาการอย่างแพร่หลายเป็นนิยามของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอจะเป็นปัจจัยที่ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ไม่เหมาะสม มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ ขาดความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ ส่งผลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่จำเป็นได้ไม่มีประสิทธิภาพ แต่หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค (Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของเคนจิมาและคณะ (Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., Izawa, K., 2022) ที่ได้ทำการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบและการอภิวิเคราะห์ พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจและ

หลอดเลือดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำของปัจเจกบุคคลที่เกิดจากความเชื่อ ความรู้ทัศนคติ เพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติสุขภาพ (Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A., 2006) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยตรง เนื่องจากเป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวบุคคล ได้แก่ พัฒนาความรู้ ป้องกันความเสี่ยง มีมาตรฐานการดูแลตนเอง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติ สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจ และเพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหา และประโยชน์ต่อสังคม ได้แก่ เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ พัฒนาปัจจัยเพื่อปรับปรุงบรรทัดฐานทางสังคมและการสื่อสารทางสังคม เข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาสังคมและการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน (Nutbeam, 2000) จากการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา อุ้นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2561) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทปิมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน สารินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, และวรวรรณ ชัยลิมปมนตรี (2562) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในช่วงปี พ.ศ. 2558-2563 พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบันเป็นการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา เป็นต้น และพบว่าในหลายงานวิจัยเป็นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพใน 2 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ซึ่งในศตวรรษที่ 21 ยุคแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศ มีข้อมูลข่าวสารในด้านสุขภาพอย่างแพร่หลายในหลากหลายช่องทาง จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งประกอบด้วย การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดการคิดวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ข้อมูลด้านสุขภาพและส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ และสามารถนำมาปรับใช้กับการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งนัทบีมได้จำแนกความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นการสื่อสารข้อมูล ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวจา รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามกำหนด เป็นต้น ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่

1.1 ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) หมายถึง การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ ความสามารถในการอธิบายถึงความเข้าใจในความรู้เพื่อการนำไปปฏิบัติ ตลอดจนการมีความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหาแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

1.2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ รู้วิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหาข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นการพัฒนาทักษะบุคคล ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและพุทธิปัญญา (cognitive) ทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อประยุกต์ใช้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ให้ผู้อื่นเข้าใจ เป็นต้น ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่

2.1 ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ความสามารถในการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ

2.2 การจัดการตนเอง (self-management) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้รวมถึงมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นการเสริมพลังบุคคลและชุมชน ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น การมีสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างต่อเนื่อง เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการกระทำทางสังคม (social action)

การเมืองและสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (policy & healthy environment) ไปพร้อมกัน โดยการประสานประโยชน์ของบุคคลเข้ากับชุมชนและสังคม ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่

3.1 การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น รวมถึงสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

3.2 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ความสามารถในการกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีรวมทั้งการใช้เหตุผล หรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อการหลีกเลี่ยงวิธีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง แสดงข้อมูลห้กำลังใจความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ร่วมกับการใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนันทิมา ซึ่งผู้วิจัยเลือกพัฒนา 6 ทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายละเอียด ดังนี้

1) ฝึกทักษะความรู้ความเข้าใจ ผ่านการอ่านและสรุปใจความสำคัญจากอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2) ฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผ่านการค้นหาข่าวปลอมผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ ช่องทางต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก หรือเว็บไซต์อื่น ๆ พร้อมวิเคราะห์และให้เหตุผล

3) ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผ่านการทำงานที่ได้รับมอบหมาย การส่งงานตามกำหนด การจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

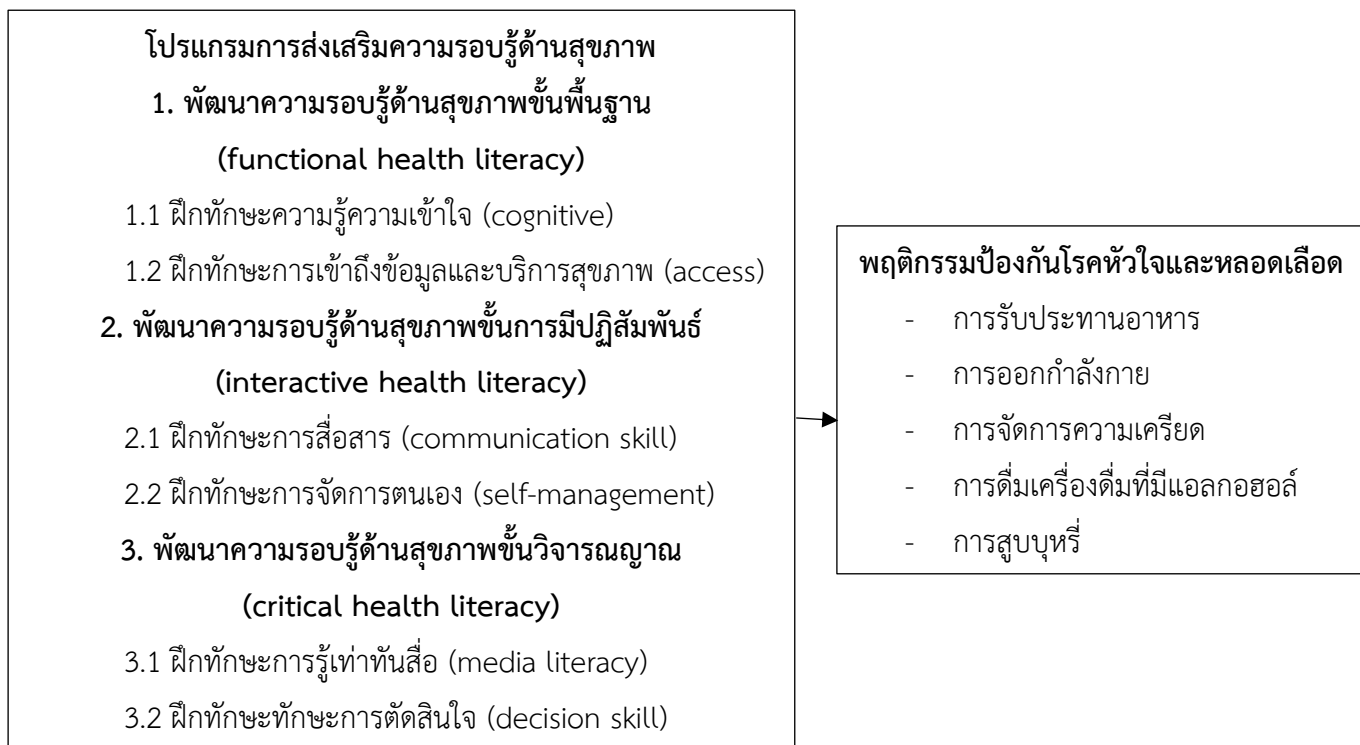
4) ฝึกทักษะการสื่อสาร ผ่านการส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่นและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มไลน์

5) ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยฝึกการสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องด้วยตนเอง

6) ฝึกทักษะการตัดสินใจ ผ่านการตัดสินใจส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่น และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้วิจัยเลือกพัฒนาทั้ง 6 ทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดกลไกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ จะส่งผลให้มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเจรจาสื่อสาร พัฒนาให้เกิดความสามารถในการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และเกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

(Nutbeam, 2000) โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ และมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังภาพที่ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้าน

สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ออกแบบภายใต้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร (communication skill) และการจัดการตนเอง (self-management) และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจักษณ์ญาณ (critical health literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และทักษะการตัดสินใจ (decision skill) เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 5 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นสรุปผล มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม คือ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สำหรับพยาบาล) คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ และสื่ออินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง การรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในแต่ละสัปดาห์ของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 5 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียดจำนวน 4 ข้อ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำนวน 1 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และแทบไม่เคยปฏิบัติ

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลแห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานการให้คำแนะนำบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกระทรวงสาธารณสุข หลังได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและพบว่าเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายเป็นประจำ การมาตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งศึกษาในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2563 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลแห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยบริการปฐมภูมิได้แนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยการฝึก 6 ทักษะของความรู้ด้านสุขภาพในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เกิดการพัฒนารูปแบบของการให้ความรู้และสุขศึกษาสำหรับการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อลดโอกาสในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.1 พยาธิสรีรภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.3 แนวทางการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.4 การบริการหลังการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.5 แนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 2.1 ด้านการรับประทานอาหาร
 - 2.2 ด้านการออกกำลังกาย
 - 2.3 ด้านการจัดการความเครียด
 - 2.4 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 - 2.5 การสูบบุหรี่
 - 2.6 การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ
 - 3.1 แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปฎิบัติ
 - 3.2 ผลลัพธ์ของการมีความรู้ด้านสุขภาพ
 - 3.4 หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
5. เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โรคหัวใจและหลอดเลือด

พยาธิสรีรภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่มักมีสาเหตุสำคัญมาจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผนังของหลอดเลือดแดงและทำให้สูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้เกิดการตีบ แดง หรืออุดตัน แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เกิดแถบไขมันจากการแทรกตัวของแอลดีแอล (LDL: Low Density Lipoprotein) เข้าสู่ผนังของหลอดเลือดแดง และหลั่งสารออกมาทำปฏิกิริยาออกซิไดซ์ (oxidized) และไม่สามารถกำจัดแอลดีแอลที่ถูกออกซิไดซ์ไปได้ เม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่จับกินสิ่งแปลกปลอมชื่อ มาโครฟาจ (macrophage) จึงมาจับกินแอลดีแอลส่วนเกินนี้จนเซลล์มีลักษณะใหญ่ขึ้น

ระยะที่ 2 ปฏิกิริยาดังกล่าวจะลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อ เมื่อมาโครฟาจบางตัวเสื่อมสลายจะปล่อยไขมันออกมาและถูกจับกินโดยเซลล์กล้ามเนื้อ

ระยะที่ 3 เกิดการอักเสบมากขึ้นจนเกิดเป็นเนื้อตาย หลังจากนั้นจะมีแผ่นใยของเนื้อเยื่อมาหุ้ม คราบไขมันจะลุกลามเข้าไปในผนังของหลอดเลือดชั้นใน ทำให้เกิดการตีบหรืออุดตันตามมา (กันยา โพรพิติ, 2552; เฉลียว ปิยะชน, 2549)

นอกจากนี้ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ ยังกระตุ้นให้เกิดกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดออกซิเดชัน (oxidation) และการอักเสบในผนังหลอดเลือด ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปจะก่อให้เกิดรอยโรคที่เป็นเส้นใยไขมันและก่อให้เกิดการอักเสบและการแตกของผนังหลอดเลือดตามมา ซึ่งอาจนำไปสู่เหตุการณ์ทางคลินิก เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Lopez, O. E., Ballard, D. B., & J, A., 2020) โดยมีซี-รีแอคทีฟโปรตีน (C-Reactive Protein) ซึ่งเป็นโปรตีนที่ถูกสร้างจากตับเพื่อตอบสนองต่อการอักเสบในร่างกาย เป็นตัวบ่งชี้หรือคาดการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Cozlea, L.D., Farcas, M. D., Nagy, A., Keresztesi, A., Tifrea, R., & Carasca, E., 2013)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วย

1.1 พันธุกรรมหรือประวัติของบุคคลในครอบครัว (family history) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวที่บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวมากกว่าบุคคลอื่น ๆ (สุพัตรา บัวที, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, และศิริอร สีนุ, 2553)

1.2 อายุ พบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ตามวัย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง และมีหลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์ (ภัทรสิริพจมานพงศ์, 2556; วิศาล คันธรัตน์กุล, 2546) ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนไปสู่ระบบไหลเวียนเลือดลดลง ร่างกายไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้เพียงพอ

1.3 เพศ เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศหญิงในวัยเจริญพันธุ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดน้อย แต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น อันเนื่องมาจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (เมธิกานต์ ทิมูลนีย์, 2557)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ประกอบด้วย

2.1 การสูบบุหรี่ บุคคลที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสอง 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (ปริชา เอื้อโรจนอังกูร, 2551) โดยพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 ในผู้ชาย และร้อยละ 31 ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน (Rippe, M. J., 2019) สาเหตุเกิดจากการที่สารคาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่จะเข้าไปในกระแสเลือดจะจับกับเม็ดเลือดแดง ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีนออกมา มีผลให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจจึงต้องทำงานหนักมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

2.2 ภาวะความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าในทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอทของความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ที่เพิ่มขึ้น หรือทุก ๆ 20 มิลลิเมตรปรอทของความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ที่เพิ่มขึ้นจากความดันโลหิตที่ระดับ 115/75 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2 เท่า (Rippe, M. J., 2019)

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเป็นสาเหตุให้มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีผลให้เกิดการจับตัวกันของเลือดและทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบหรืออุดตันตามมา โดยผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถึง 5 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

2.4 การบริโภคอาหาร อาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว อาหารที่มีคลอเลสเตอรอลสูง อาหารรสเค็มจัด และอาหารรสหวานจัด เนื่องจากมีผลทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) สำหรับอาหารที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ อาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน กรดไขมันเหล่านี้จะช่วยป้องกันการแตกของคราบไขมัน จึงลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (เนลลิว ปิยะชน, 2549) นอกจากนี้ผักและผลไม้จะช่วยทำให้ลำไส้เล็กดูดซึมน้ำตาลกลูโคส เข้าสู่กระแสเลือดช้า ๆ และยังช่วยลดระดับแอลดีแอล (LDL) ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) รวมถึงช่วยเพิ่มระดับเอชดีแอล (HDL) (กันยา โพธิพิติ, 2552)

2.5 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากผู้ที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงจะมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตามมา เป็นผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อหลอดเลือดและกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้เม็ดเลือดขาวเกาะติดเยื่อหลอดเลือดมากยิ่งขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (ภัทรสิริ พงมานพงศ์, 2556; Eckel, R. H., Wassef, M., Chait, A., Sobel, B., Barrett, E., King, G., Lopes-Virella, M., Reusch, J., Ruderman, N., Steiner, G., & Vlassara, H., 2002)

2.6 โรคอ้วน ภาวะอ้วนจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ปาริฉัตร พงษ์หาร, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน, และวิโรจน์ วรรณภินะ, 2554) และยังพบว่าการลดน้ำหนักตัวแม้เพียงร้อยละ 5-10 จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Rippe, M. J., 2019)

2.7 ความเครียดและผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (type A behavior pattern) ผู้ที่มีภาวะเครียดโดยเฉพาะผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเอ มักมีความเครียดสูง เข้มงวด ทะเยอทะยาน โมโหง่าย (Mark et al., 2012) ร่างกายจะมีการหลั่งสารแคทีโคลามีนออกมามาก ส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดให้ทำงานหนักมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น (สุพัตรา บัวที, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์, และศิริอร สินธุ, 2553)

2.8 การออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายหรือไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำถึง 1.9 เท่า (Rippe, M. J., 2019) และพบว่าการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงหนักสะสมอย่างน้อย 30 นาทีในแต่ละวัน หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

แนวทางการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจุบันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีแนวทางการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลากหลายวิธี ซึ่งมีคุณลักษณะแบบประเมินที่ต่างกันและมีผู้ศึกษาไว้หลากหลายแนวคิด ดังนี้

1. Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE risk score) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับคาดการณ์ผลลัพธ์การตายในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตในช่วงเวลา 6 เดือนแรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งชนิดพบคลื่น ST ยกสูง (STEMI) ไม่ยกสูง (NSTEMI) และอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable Angina) โดยผู้ป่วยจะเกิดอุบัติการณ์ชนิดที่รุนแรงในอัตราเพิ่มสูงขึ้นตามช่วงระดับค่าคะแนนความเสี่ยงรวม (total risk score) และตามระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยในโมเดล (independent predictors) ซึ่งในโมเดล GRACE ตั้งเดิมนั้นประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 9 ชนิด ได้แก่ อายุ อัตราการเต้นของหัวใจเมื่อแรกรับ ค่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) เมื่อแรกรับ ระดับซีรัมครีเอตินิน (serum creatinine) และหรือหน้าที่การทำงานของไต ภาวะหัวใจล้มเหลว และหรือระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลว คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST-segment ระดับเอนไซม์กล้ามเนื้อหัวใจ และภาวะหัวใจหยุดเต้น แผลผลเป็น 3 ช่วง คือ ความเสี่ยงระดับต่ำ (≤ 108 คะแนน) ความเสี่ยงระดับปานกลาง (109-140 คะแนน) และความเสี่ยงระดับสูง (≥ 140 คะแนน) ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากกว่า 3% (Fox, K. AA., Eagle, K. A., Gore, J. M, Steg, G. Ph & Anderson, F. A., 2010)

2. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ตารางสี (Color Chart) พัฒนาขึ้นโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คำนวณโอกาสเสี่ยงจากเพศ อายุ โรคเบาหวาน ระดับคอเลสเตอรอล (cholesterol) การสูบบุหรี่ และค่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke: fatal, non-fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า หากคำนวณได้ $< 10\%$ หมายถึงความเสี่ยงต่ำ $10- < 20\%$ หมายถึงความเสี่ยงปานกลาง $20- < 30\%$ หมายถึงความเสี่ยงสูง $30- < 40\%$ หมายถึงความเสี่ยงสูงมาก และ $> 40\%$ หมายถึงความเสี่ยงสูงอันตราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

3. Electricity Generating Authority of Thailand Study (EGAT Heart Study) เป็นแนวทางที่ศึกษาโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายแพทย์และอนามัยการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย และภาควิชาปริทัศน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีการนำเพศ อายุ รอบเอว และ

ส่วนสูงมาใช้ในการคำนวณปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า <10% หมายถึงความเสี่ยงต่ำ 10-<20% หมายถึงความเสี่ยงปานกลาง 20-<30% หมายถึงความเสี่ยงสูง 30-<40% หมายถึงความเสี่ยงสูงมาก และ >40% หมายถึงความเสี่ยงสูงอันตราย (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562)

4. Rama Electricity Generating Authority of Thailand Study (Rama-EGAT heart score) ต่อมาคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดตีบในสมอง โดยการใช้เพศ อายุ รอบเอว การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) และเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-cholesterol) มาคำนวณความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด <10% หมายถึงความเสี่ยงต่ำ 10-<20% หมายถึงความเสี่ยงปานกลาง 20-<30% หมายถึงความเสี่ยงสูง 30-<40% หมายถึงความเสี่ยงสูงมาก และ >40% หมายถึงความเสี่ยงสูงอันตราย (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562)

5. Thai CV risk เป็นแบบประเมินออนไลน์ที่จัดทำโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแสดงผลการประเมินเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน และโรคเส้นเลือดสมองตีบตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งในกรณีที่ไม่มีผลเลือด โดยให้ใช้ขนาดรอบเอวหรือขนาด รอบเอวหารด้วยส่วนสูงแทน และในกรณีที่มีผลการตรวจระดับไขมันในเลือด แบบประเมินนี้สร้างขึ้นจากการติดตามศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทยภายใต้โครงการศึกษาพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย เป็นระยะเวลายาวนานกว่า 20 ปี แบบประเมินความเสี่ยงนี้จึงควรใช้เฉพาะในคนไทยที่มีอายุ 35-70 ปี ยังไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด แผลผลโอกาสเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ <10% หมายถึงความเสี่ยงต่ำ 10-<20% หมายถึงความเสี่ยงปานกลาง 20-<30% หมายถึงความเสี่ยงสูง 30-<40% หมายถึงความเสี่ยงสูงมาก และ >40% หมายถึงความเสี่ยงสูงอันตราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

นอกจากนี้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) ใน 2 กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (DM, HT) โดยใช้ตารางสี (สามารถใช้ได้ในประชาชนทั่วไป อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป) โดยใช้อายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure) ค่าคอเลสเตอรอลในเลือด มาคำนวณโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์

อัมพาต (stroke: fatal, non-fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า หากคำนวณได้ <10% อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ 10- <20% อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง 20- <30% อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง 30- <40% อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก และ >40% อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย

2. กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Pre-DM, Pre-HT) และผู้ที่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยการคัดกรองด้วย วาจา (verbal screening) ดังนี้

2.1 สูบบุหรี่

2.2 ระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 130 / 85 มม.ปรอท (เป็นค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด) และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.3 ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน

2.4 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ

2.5 ขนาดรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (เซนติเมตร) หาร 2

2.6 เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

2.7 มีประวัติญาติในครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี หรือผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)

แล้วจึงนำผลการประเมินที่ได้มาเปรียบเทียบกับสถานะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หากมีปัจจัยเสี่ยง ≤ 2 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง 3-4 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงสูง และ ≥ 5 ข้อถือว่ามีความเสี่ยงสูงมาก (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การบริการหลังการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Pre-DM, Pre-HT) และผู้ที่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) จะได้รับคำแนะนำและศึกษาในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีเป้าหมายบริการ คือ มีความดันโลหิตต่ำกว่า 130 / 85 มม.ปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 100 มก./ดล. หยุดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ดัชนีมวลกาย 18.5 – 24.9 กก./ม.² รอบเอวน้อยกว่าส่วนสูง (เซนติเมตร) หาร 2 มีการออกกำลังกายหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาที/วัน 5 วัน

ต่อสัปดาห์ มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้รสไม่หวาน ลดการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และมีระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติในรายที่มีไขมันผิดปกติ โดยจะมีการติดตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพทุก 2-3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี ตามปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคล (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

แนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

แนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นแนวทางที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์ของการเกิดโรค โดยมีการจัดบริการให้เหมาะสมกับโอกาสเสี่ยงของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (National Cholesterol Education Program, 2002) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันโรคในบุคคลที่มีโอกาสในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ ช่วยลดค่าใช้จ่ายของประเทศที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยอาศัยความร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้และสุศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ถั่ว ธัญพืช โปรตีนไม่ติดมัน และปลา ลดขนาดการบริโภคไขมันทรานส์ เนื้อสัตว์แปรรูป น้ำตาล และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การออกกำลังกายเป็นประจำ การมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายความเครียด การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การประเมินระดับความดันโลหิตของตนเองเป็นประจำ สำหรับผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ควรเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การปรับปรุงพฤติกรรมบริโภคอาหาร การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้เหมาะสม แต่ในผู้ที่มีระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลสูง (> 190 mg / dl) และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าพบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ร่วมกับมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ควรได้รับการพิจารณาในการเริ่มต้นรักษาด้วยยา

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการค้นหาโรคในกลุ่มเสี่ยงให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทั้งนี้เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาดมากยิ่งขึ้น เช่น การคัดกรองเบาหวานโดยการวัดระดับน้ำตาลในเลือด การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงด้วยการติดตามค่าระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการ

ความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี โดยในการป้องกันระดับทุติยภูมินี้จะมีการให้ยาลดไขมันในเลือดเพื่อการควบคุมโรคเป็นระยะเวลา 12 เดือน เพื่อให้สุขภาพกลับคืนสู่สภาพปกติให้เร็วที่สุด

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เกิดโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามศักยภาพของแต่ละบุคคล เช่น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาลโดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการกายภาพบำบัด การรับประทานยาต่อเนื่อง อาการผิดปกติที่ต้องรับทำการรักษาที่โรงพยาบาล การจัดการกับอาการผิดปกติเบื้องต้น และการมาพบแพทย์ตามนัด

พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ซึ่งจะเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการก่อโรค การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งผู้วิจัยแบ่งพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

ด้านการรับประทานอาหาร

บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรได้รับความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม การบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในด้านประโยชน์และโทษต่อร่างกาย สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกามีข้อเสนอแนะในการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปฐมภูมิ ดังนี้ (American Heart Association, 2019)

1. รับประทานผักและผลไม้เพื่อให้ได้รับวิตามิน เกลือแร่ และเส้นใยอาหาร โดยรับประทานผักให้ได้ประมาณ 4-6 ทัพพีต่อวัน เส้นใยอาหารช่วยให้รู้สึกอิ่มขึ้นและช่วยลดระดับน้ำตาลสามารถลดระดับน้ำตาลและคอเรสเตอรอลได้ นอกจากนี้ผักผลไม้ยังอุดมไปด้วยแอนตี้ออกซิแดนท์ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2. ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ ไขมันอิ่มตัวซึ่งจะพบมากในเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ หนังสัตว์ เนื้อสัตว์ที่ผ่านการแปรรูป เครื่องใน ไข่แดง กุ้ง ปู นม และผลิตภัณฑ์จากนม น้ำมัน

มะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ และไขมันทรานส์จะพบได้ใน มาการีน เนยขาว ครีมเทียม หรือในผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ เช่น คุกกี้ โดนัท เค้ก พาย อาหารจานด่วน เช่น เฟรนช์ฟรายส์ แสมเบอร์เกอร์ ขนมกรุบกรอบ ซึ่งการบริโภคในปริมาณมากกว่าความต้องการของร่างกายจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงและเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตามมาได้ เนื่องจากในอาหารประเภทไขมันจะมีทั้งส่วนของไขมันที่ดีและไขมันที่ไม่ดี โดยไขมันที่ไม่ดีต่อร่างกายและก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ คอเลสเตอรอล (cholesterol) แอลดีแอล (LDL) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) เน้นการบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวให้มากขึ้น เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าวน้ำมันงา น้ำมันดอกคำฝอย อโวคาโด ปลาแซลมอน ปลาทูน่า ถั่ว เมล็ดธัญพืชต่าง ๆ เป็นต้น

3. ลดการบริโภคโซเดียมและอาหารที่มีรสเค็ม โซเดียมเป็นสารที่จำเป็นต่อร่างกาย และเป็นแร่ธาตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสมดุลน้ำของร่างกาย ร่างกายไม่สามารถขาดโซเดียมได้จึงยังต้องบริโภคเกลืออยู่ภายใต้การจำกัดในปริมาณที่เหมาะสม โดยไม่ควรทานเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อไม่เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ เนื่องจากโซเดียมมีหน้าที่ควบคุมความดันออสโมติก (osmotic pressure) เมื่อโซเดียมในเซลล์เพิ่มขึ้นน้ำจากนอกเซลล์จะเข้าสู่เซลล์ทำให้เกิดการบวมของเซลล์ ส่งผลให้น้ำนอกเซลล์ลดลงและเกิดเป็นภาวะความดันโลหิตต่ำ ร่างกายจึงหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (antidiuretic hormone) ทำให้เกิดการหดตัวของผนังหลอดเลือดและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในอนาคต

4. คาร์โบไฮเดรต สารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานและใยอาหารแก่ร่างกาย มักพบอยู่ในรูปของแป้ง และน้ำตาล เป็นส่วนใหญ่ พบมากในข้าว แป้ง ขนมปัง ผัก ผลไม้ นม และผลิตภัณฑ์จากนม แต่หากปริมาณคาร์โบไฮเดรตในร่างกายมีมากเกินไปเกินความต้องการ ร่างกายจะเปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตส่วนเกินนี้ให้อยู่ในรูปของไกลโคเจนและเก็บสะสมไว้ในร่างกาย ส่งผลให้หัวใจและหลอดเลือดต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น

5. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre-DM) มีระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไปตั้งแต่ 100-125 มก./ดล. เมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลายเป็นโรคเบาหวาน จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจโคโรนารี 2-9 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน และมีความเสี่ยง 2-5 เท่า ในการเป็นหลอดเลือดสมองเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน ซึ่งแนวทางในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สำคัญ คือ การควบคุมอาหารและเครื่องดื่มจำพวกที่มีรสหวาน น้ำอัดลม และการออกกำลังกาย

6. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ โดยค่า BMI สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่อระบุผู้ที่มีน้ำหนักเกิน

หรือภาวะอ้วนและผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในผู้ใหญ่ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป คำนวณจากค่าของ น้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลัง 2 และแสดงในหน่วยกิโลกรัมต่อ ตารางเมตร หาก BMI มากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรแสดงถึงภาวะน้ำหนักเกิน

ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่กระทำอย่างเป็น แบบแผนและสม่ำเสมอ เพื่อการฟื้นฟูหรือรักษาไว้ซึ่งความแข็งแรงของร่างกาย ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะอบอุ่นร่างกาย ระยะออกกำลังกาย (มีการกำหนดความถี่ ระยะเวลา และความแรง) และ ระยะผ่อนคลาย ซึ่งกระทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยสถาบันเวชศาสตร์การกีฬา ประเทศสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine: ACSM, 2006) ได้ให้ข้อเสนอแนะ พื้นฐานในการออกกำลังกายตามหลัก “FITT” ดังนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency = F) หมายถึง ความสม่ำเสมอหรือ จำนวนครั้งของการออกกำลังกาย ต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ หรือเว้นห่างไม่มากเกินไปกว่า 2 วัน

2. ระดับความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity = I) หมายถึง การกำหนดขีด ความสามารถในการออกกำลังกาย โดยวิธีการวัดความหนักในการออกกำลังกายที่นิยมใช้ คือ การใช้ อัตราการเต้นของหัวใจเนื่องจากอัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการใช้ ออกซิเจนของร่างกาย คำนวณจาก $220 - \text{อายุ}$ จะได้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time = T) หมายถึง ช่วงเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะอบอุ่นร่างกาย (warm up phase) 5-10 นาที ระยะ ออกกำลังกาย (exercise phase) 20-30 นาที และระยะผ่อนคลาย (cool down phase) 5-10 นาที

4. ประเภทของการออกกำลังกาย (Type = T) มีดังนี้

4.1 การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise) เป็นการ ออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อโดยไม่มีการเคลื่อนไหวส่วนใดของร่างกาย ได้แก่ การเกร็ง กล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งสักครู่ แล้วคลายและเกร็งใหม่ทำสลับกันหรือการออกแรงดันดึง วัตถุที่ไม่เคลื่อนไหว เช่น การดันกำแพง การออกแรงบีบวัตถุ

4.2 การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic Exercise) เป็นการออก กายออกกำลังกายต่อสู้กับแรงต้านทาน โดยให้กล้ามเนื้อมีการหดตัวหรือคลายตัว มีการเคลื่อนไหวข้อต่อหรือ แขนขาด้วย ได้แก่ การยกหรือวางสิ่งของ

4.3 การออกกำลังกายแบบไอโซไคเนติก (Isokinetic Exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยให้ร่างกายต่อสู้กับแรงต้านทานด้วยความเร็วคงที่ นับเป็นการออกกำลังกายแบบใหม่ เช่น การวิ่งบน

ลู่วิ่ง

4.4 การออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้พลังงานเอทีพี (ATP) ที่สะสมอยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อ ได้แก่ การออกกำลังกายเบา ๆ หรือการออกกำลังกายที่หนักในช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น การปั่นจักรยาน การกระโดดเชือก เป็นต้น

สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกามีข้อเสนอแนะในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปฐมภูมิ ดังนี้ (American Heart Association, 2019)

1. ระดับความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.1 ระดับเบา (Light Intensity) เช่น การเดินช้า ๆ การทำอาหาร การทำงานบ้านระดับเบา

1.2 ระดับปานกลาง (Moderate Intensity) เช่น การเดินเร็ว ปั่นจักรยานช้า ๆ การเต้นรำ การทำโยคะ การว่ายน้ำเพื่อผ่อนคลาย

1.3 ระดับหนัก (Vigorous Intensity) เช่น การวิ่งเหยาะ การวิ่งเร็ว การปั่นจักรยานเร็ว การตีเทนนิส การว่ายน้ำเร็ว เล่นฟุตบอล

2. ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์สำหรับการออกกำลังกายระดับปานกลาง (moderate-intensity physical activity) หรือ 75 นาทีต่อสัปดาห์สำหรับการออกกำลังกายระดับหนัก (vigorous-intensity physical activity)

3. หลีกเลี่ยงการนอนนิ่ง เช่น การนั่งหรือนอนในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ไม่รวมการนอนหลับ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวน้อย หรือไม่ได้เคลื่อนไหวเลย ไม่ได้ใช้พลังงานอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา

ด้านการจัดการความเครียด

ความเครียดมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง เมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิด ความเครียด ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) กระตุ้นให้มีการหลั่งอะดรีนาลีน หรือเอพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อะดรีนาลีน หรือนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งมีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจ

และหลอดเลือด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว เป็นต้น (ทรงวุฒิ อยู่เอี่ยม, พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์, อัญชลี สุขในสิทธิ์, และเพ็ญนภา กุลนภาดล, 2560)

ความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

1. ด้านร่างกาย อาการไม่สบายทางกายต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีระดับความดันโลหิตสูง บางรายอาจมีอาการท้องผูกหรือท้องเสียบ่อย ๆ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
2. ด้านจิตใจและอารมณ์ มีการแสดงออกถึงความวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่สามารถจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
3. ด้านพฤติกรรม อาจมีอาการเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ ปลีกตัวจากสังคม มีการปรับตัวต่อความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ยาเสพติด เล่นการมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด มีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการฝึกเพื่อลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เช่น ต้นคอ หลัง ไหล่ เป็นต้น โดยการอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย เกร็งกล้ามเนื้อ 3-5 วินาที และคลายกล้ามเนื้อ 10-15 วินาทีสลับกันไป โดยอาจเลือกเฉพาะส่วนของกล้ามเนื้อที่เป็นปัญหาเพื่อความสะดวก
2. การฝึกการหายใจ ฝึกให้หายใจช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้นและเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด นอกจากนี้การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีจะทำให้หัวใจเต้นช้าลง
3. การทำสมาธิ เป็นการตั้งจิตจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว นับลมหายใจ และหยุดคิดฟุ้งซ่าน หากฝึกเป็นประจำจะทำให้จิตใจสงบ และจัดการอารมณ์ของตนเองได้
4. การจินตนาการ เป็นการระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขในอดีต ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ช่วยเบี่ยงเบนจากสถานการณ์ความเครียดในปัจจุบัน
5. การคลายเครียดจากใจสู่กาย เป็นเทคนิคที่ใช้การฝึกจิตให้ส่งร่างกายให้กล้ามเนื้อคลายตัวจนรู้สึกหนักและทำให้ร่างกายอุ่นขึ้น ถือเป็นการผ่อนคลายในระดับจิตใต้สำนึก
6. การนวดคลายเครียด ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ลดอาการเจ็บปวดหรือหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
7. ฝึกวิธีการคิดที่ช่วยลดความเครียด คิดถึงสิ่งที่ดีในชีวิต เผชิญหน้ากับความจริง พุดคุยปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจ

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เนื่องจากแอลกอฮอล์กระตุ้นทำให้ผลิตไตรกลีเซอไรด์มากขึ้น และทำให้การเคลื่อนย้ายไขมันออกจากเลือดได้ช้ากว่าปกติ ผู้ชายควรดื่มวันละไม่เกิน 2 แก้ว (เท่ากับเบียร์จำนวน 2 กระป๋อง ปริมาณ 660 มิลลิลิตร) และผู้หญิงไม่เกินวันละ 1 แก้ว (เท่ากับเบียร์จำนวน 1 กระป๋อง ปริมาณ 330 มิลลิลิตร) หรือคิดเป็นไม่เกิน 6 ส่วนต่อสัปดาห์ (แอลกอฮอล์ 1 ส่วน ได้แก่ ไวน์ 4 ออนซ์ หรือวิสกี้ 1.5 ออนซ์ หรือเบียร์ 12 ออนซ์) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปริมาณมากกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอีก 1.14 เท่า โรคหลอดเลือดหัวใจชนิดอื่น ๆ 1.06 เท่า และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ 1.18 เท่า (Wood, M. A., Kaptoge, S., Butterworth, S. A., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., Paige, E., Paul, S. D., Sweeting, M., Burgess, S., Bell, S., Astle, W., Stevens, D., Koulman, A., Selmer, M. R., Verschuren, M. W., Sato, S., Njølstad, I., Woodward, M.,...Danesh J., 2018)

การสูบบุหรี่

สารนิโคตินในควันบุหรี่เมื่อสูดเข้าสู่ร่างกายจะเข้าสู่สมองภายในเวลา 8-10 วินาที ออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว กระตุ้นให้สมองส่วนกลางรู้สึกผ่อนคลาย แต่เมื่อปริมาณนิโคตินในสมองลดลงจะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการหงุดหงิดและเกิดความรู้สึกเครียดในเวลาต่อมา จึงทำให้ต้องสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาระดับนิโคตินในร่างกาย (พรรณปพร สิวโรจน์ และอรวรรณ คุณสนอง, 2559) แต่การสูบบุหรี่นั้นส่งผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่กระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีนออกมา มีผลให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจมีการทำงานหนักมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553) สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกาจึงมีข้อเสนอแนะให้เลิกบุหรี่อย่างถาวรในผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต (American Heart Association, 2019)

ควันบุหรี่

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลเสียต่อผู้ที่สูบ ยังทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับสารพิษจากควันบุหรี่โดยไม่ต้องเป็นผู้สูบ เรียกว่า ควันบุหรี่มือสอง คือควันบุหรี่ที่ผู้สูบพ่นออกมาทางลมหายใจ

ผสมกับควันจากปลายมวนบุหรี่ที่กำลังเผาไหม้โดยไม่ผ่านตัวกรองสารพิษใด ๆ ควันชนิดนี้ประกอบด้วยสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด (รัชนิกรณ์ ทองกรณ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิจวงษ์, 2561) ควันบุหรี่มีสารพิษที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่สามารถดูดซึมเข้าสู่ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ และมีผลให้ไขมันเลว (LDL) ในเลือดสูงขึ้น ไขมันมีการเกาะผนังหลอดเลือดมากยิ่งขึ้น จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ปัจจุบันพบว่าการดำเนินการที่มีประสิทธิผลเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เนื่องจากพฤติกรรมเป็นการกระทำของปัจเจกบุคคลที่เกิดจากความรู้และทัศนคติ เพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพ (Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A., 2006) บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารผักผลไม้ ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ ลดการบริโภคโซเดียม อาหารที่มีรสเค็ม และอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 2) การออกกำลังกาย โดยมีการกำหนดความถี่ในการออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ และออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์สำหรับการออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การทำโยคะ หรือ 75 นาทีต่อสัปดาห์สำหรับการออกกำลังกายระดับหนัก เช่น การตีเทนนิส การเล่นฟุตบอล เป็นต้น 3) การจัดการความเครียด ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผีการหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น 4) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในผู้ชายดื่มได้ไม่เกินวันละ 660 มิลลิลิตร (เทียบเท่าเบียร์ 2 กระป๋อง) และผู้หญิงดื่มได้ไม่เกินวันละ 330 มิลลิลิตร (เทียบเท่าเบียร์ 1 กระป๋อง) และ 5) การเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวรและการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

การประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

การประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นการวัดกิจกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งได้มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา, และวิภาวี คงอินทร์ (2550) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

แบ่งเป็น 4 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ ได้แก่ การออกกำลังกาย 8 ข้อ การรับประทานอาหาร 9 ข้อ การจัดการความเครียด 9 ข้อ และการตรวจสุขภาพประจำปี 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของปอดดา สุวรรณ (2551) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การไม่ใช้สารให้โทษ การรับประทานยา การพักผ่อน การดูแลสุขภาพจิต การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ โดยมีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

3. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของเมธีกานต์ ทิมูลนีย์ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดด้วยก่อนหมดประจำเดือน สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น 3 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการความเครียดจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย และแทบไม่เคยปฏิบัติ โดยมีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

4. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของจรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น 4 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 7 ข้อ และด้านการตรวจสุขภาพ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และแทบไม่เคยปฏิบัติ โดยมีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

5. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจของปริณพรรณ กาญจนสำราญวงศ์ (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น 6 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ ด้านการควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม 2 ข้อ และด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง 4 ข้อ มีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.67-1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้มีความครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงกับการวัดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียดจำนวน 4 ข้อ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำนวน 1 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และแทบไม่เคยปฏิบัติ

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 และเริ่มแพร่หลายมากขึ้นโดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 ให้ความหมายไว้ “เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี” (World Health Organization, 1998) ในปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมามีนักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลากหลายแนวคิด เช่น ศาตราจารย์ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) แห่งมหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า “เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศนั้นเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้” และในปี ค.ศ. 2008 นัทบีมได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า “ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของ

ตนเองอย่างต่อเนื่อง” ต่อมาชินและคณะ (Chin, J., Morrow G. D., Stine-Morrow, E., Conner-Garcia, T., Graumlich. F. J., & Murray, D. M., 2011) ได้ให้ประเด็นที่แตกต่างออกมาในการตีความผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ โดยกล่าวว่า “ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ หากมีความรู้ด้านสุขภาพ” เอ็ดเวิร์ดและคณะ (Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A., 2012) ได้ให้คำจำกัดความว่า “ความรู้ด้านสุขภาพเกิดจากได้รับการถ่ายทอด มีการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ตลอดจนสามารถเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม”

สำหรับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2556 กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เปลี่ยนมาใช้คำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” จนถึงปัจจุบัน ต่อมากระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560 ได้ให้คำจำกัดความของความรู้ด้านสุขภาพว่า “เป็นความรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม” จากข้อมูลดังกล่าวความรู้ด้านสุขภาพมีความหมายครอบคลุมถึงการกระทำของบุคคลอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้ทักษะทางปัญญา ทักษะทางการปฏิสัมพันธ์ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลและสารสนเทศที่ได้รับในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนตามศักยภาพและบริบทเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน สำหรับแนวคิดและค่านิยมที่องค์การอนามัยโลกใช้อ้างอิงและมีการใช้ในงานวิชาการอย่างแพร่หลายเป็นนิยามของดอนนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งแบ่งความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม

ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) พัฒนาแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาจากกราดูแลรักษาทางคลินิก (critical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เพราะจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการรู้หนังสือ (literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยนัทบีมได้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นการสื่อสารข้อมูล ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวจา รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามกำหนด เป็นต้น โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานประกอบด้วย 2 ทักษะ ดังนี้

1.1 ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) หมายถึง การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ ความสามารถในการอธิบายถึงความเข้าใจในความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติ ตลอดจนการมีความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหาแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

1.2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ รู้วิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหาข้อมูลที่ต้องการ รวมถึงความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นการพัฒนาทักษะบุคคล ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและพุทธิปัญญา (cognitive) ทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อประยุกต์ใช้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ให้ผู้อื่นเข้าใจ เป็นต้น โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ประกอบด้วย 2 ทักษะ ดังนี้

2.1 ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ความสามารถในการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ

2.2 การจัดการตนเอง (self-management) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้รวมถึงมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นการเสริมพลังบุคคลและชุมชน ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น การมีสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างต่อเนื่อง เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการกระทำทางสังคม (social action)

การเมืองและสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (policy & healthy environment) ไปพร้อมกัน โดยการประสานประโยชน์ของบุคคลเข้ากับชุมชนและสังคม โดยความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ประกอบด้วย 2 ทักษะ ดังนี้

3.1. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น รวมถึงสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

3.2 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ความสามารถในการกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีรวมทั้งการใช้เหตุผล หรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อการหลีกเลี่ยงวิธีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง แสดงข้อมูลหากล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

นัทบีม (Nutbeam, 2000) กล่าวว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้เกิดต่อทั้งบุคคลและสังคม ดังนี้

1. ผลลัพธ์ต่อบุคคล

1.1 พัฒนาความรู้ความเข้าใจ ป้องกันความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

1.2 มีมาตรฐานต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.3 เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตน

1.4 สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจ

1.5 เพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหา

2. ผลลัพธ์ต่อสังคม

2.1 เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

2.2 พัฒนาปัจจัยเพื่อปรับปรุงบรรทัดฐานทางสังคมและการสื่อสารทางสังคม

2.3 เข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาสังคม

2.4 เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นกลไกที่ช่วยเพิ่มทักษะพื้นฐานของการเรียนรู้ การรู้คิด และการตัดสินใจ เช่น เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการ

สุขภาพและสามารถกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลได้ดียิ่งขึ้น เสริมสร้างพลังในการจัดการสุขภาพของตนเอง และช่วยส่งเสริมทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพของบุคคล (Boudewijn, B. Steunenbergh, B. V., Heijmans, M., Hofsted, M. J., Devillé, W., Heide, I., & Rademakers, J., 2018)

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจุบันพบว่าการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2561) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม โดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) และพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงใน 2 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และพัฒนาทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ มีการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม คือ พัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงประกอบภาพนิ่ง สာธิตและสาธิตย้อนกลับ ใช้เทคนิค 3 คำถาม การจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคของตนเอง และใช้การเรียนรู้มีส่วนร่วมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของกฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, และนภาพิณญ์ จันทขัมมา (2562) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของชินและคณะ (Chin, J., Morrow G. D., Stine-Morrow, E., Conner-Garcia, T., Graumlich. F. J., & Murray, D. M., 2011) มีการดำเนินโปรแกรม 10 สัปดาห์ มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม คือ พัฒนาความสามารถเชิงกระบวนการคิด พัฒนาการสื่อสารความรู้ทั่วไป และพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค และมอบคู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกานต์ณิพิชญ์ ปัญญธนะชัยกุล (2563) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ใช้กรอบแนวคิดความรอบ

รู้ด้านสุขภาพของเอ็ดเวิร์ดและคณะ (Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A., 2012) มีการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ มีดำเนินกิจกรรม คือ การอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้าน พัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพและทักษะที่เกี่ยวข้อง มอบคู่มือความรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลการศึกษารายงานเห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ และช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามแต่ละศักยภาพของบุคคล

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยมีงานวิจัยที่ทั้งหมด 13 เรื่อง เป็นงานวิจัยต่างประเทศ 4 เรื่อง ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012-2020 โดยเป็นงานวิจัยชนิดทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) 2 เรื่อง (หลักฐานระดับ 1) และ งานวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (quasi-experimental design study) 2 เรื่อง (หลักฐานระดับ 2) และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในประเทศไทยทั้งหมด 9 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (quasi-experimental design study) ทั้งหมด (หลักฐานระดับ 2) และได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2563 สรุปได้ ดังนี้

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กรอบแนวคิดที่ประยุกต์ใช้ในโปรแกรมมากที่สุด คือ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) รองลงมาใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของชินและคณะ (Chin et al., 2011) งานวิจัยที่ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของเอ็ดเวิร์ดและคณะ (Edward et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของเบกเกอร์ (Baker et al., 1999) ส่วนงานวิจัยที่เหลือเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ระบุกรอบแนวคิดอย่างชัดเจน

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน และประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

3. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีดังนี้

3.1 แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทเปียม พบว่างานวิจัยที่ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทเปียม (Nutbeam, 2000) มีการพัฒนาระดับของความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับมากที่สุด ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ รองลงมาเป็นงานวิจัยที่มีการพัฒนาระดับของความรู้ด้านสุขภาพ 2 ระดับ ได้แก่ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และพบว่าทั้ง 3 งานวิจัยที่ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทเปียม มีการพัฒนาทักษะของความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ พบว่าทั้ง 3 งานวิจัยมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยการทำกิจกรรมกลุ่มย่อย มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ ทำกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง และ 12 สัปดาห์ ทำกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้ง และ 5 ครั้ง ตามลำดับ

3.2 เทคนิคหรือกลยุทธ์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ ดังนี้

3.2.1 ใช้กระบวนการกลุ่มในการบรรยายให้ความรู้

3.2.2 ฝึกทักษะของความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทเปียม

3.2.3 การใช้เทคนิคสอนกลับ (teach-back method)

3.2.4 การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ

3.2.5 การใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) เพื่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ติดตามการปฏิบัติ และให้คำปรึกษา และการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสมาร์ทโฟน

3.2.6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

3.2.7 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน

3.2.8 การมอบคู่มือความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.2.9 การส่งข้อมูลอินโฟกราฟิก (infographic) เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมผ่านทางอุปกรณ์เคลื่อนที่

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาอยู่ในช่วง 5 สัปดาห์, 6 สัปดาห์, 8 สัปดาห์, 10 สัปดาห์, และ 12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่พบว่าใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ช่วยให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แต่อาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนมาก เช่น ในการศึกษาของลินและคณะ (Lin et al., 2019) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 256 ราย เหลือ

172 รายเมื่อสิ้นสุดการทดลอง จึงเลือกใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 8 สัปดาห์จากการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา อุ๋นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2561) เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกันของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และใช้กรอบแนวคิดเดียวกันในการศึกษา

5. การติดตามพฤติกรรมและการปฏิบัติตนของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ การนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลหลังการทดลอง ณ สถานบริการที่ศึกษา การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตน และการโทรศัพท์ติดตามหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสอบถามถึงความรู้และการปฏิบัติตัว

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์มากที่สุด คือ การประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

7. ผลลัพธ์ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ระดับความดันโลหิตที่ ระดับโซเดียมในปัสสาวะและอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ดัชนีมวลกาย และพลังอำนาจทางสุขภาพ (health empowerment)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งในและต่างประเทศ พบว่ากรอบแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้มากที่สุด คือ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งเป็นแนวคิดและคำนิยามที่องค์การอนามัยโลกใช้อ้างอิงและมีการใช้ในงานวิชาการอย่างแพร่หลาย โดยนิยามพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 2 ระดับ และ 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยเทคนิคที่นิยมใช้มีหลากหลาย เช่น ใช้กระบวนการกลุ่มในการบรรยายให้ความรู้ การฝึกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้เทคนิคสอนกลับ (teach-back method) และการส่งข้อมูลอินโฟกราฟิก (infographic) เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมผ่านทางอุปกรณ์เคลื่อนที่ เป็นต้น ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาอยู่ในช่วง 5 สัปดาห์ จนถึง 12 สัปดาห์ การติดตามพฤติกรรมของ

ผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า เป็นการนัดหมาย ณ สถานบริการที่ศึกษา การเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ คือ การประเมินพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพบว่าผลลัพธ์ของการ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับความดัน โลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ดัชนีมวลกาย เป็นต้น

เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 มีการ พัฒนาตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งแบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ด้านสุขภาพ ขั้น การมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสาร (communication skill) การจัดการตนเอง (self-management) และความรู้ด้านสุขภาพขั้น วิจัย (critical health literacy) ประกอบด้วย การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และทักษะ การตัดสินใจ (decision skill) ซึ่งแนวคิดของนัทบีมสามารถนำไปพัฒนาเครื่องมือที่วัดทั้งในการดูแล รักษาทางคลินิก ในกลุ่มผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพ และในประชากรกลุ่มเสี่ยง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ปัจจุบันพบเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทยระดับ มัธยมศึกษาปีที่ 3 พัฒนาขึ้นโดยนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดชา เกตุฉ่ำ (2554) พัฒนามาจากแนวคิด ความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม โดยวัดจาก 4 ด้าน คือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) ทักษะการ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อ สุขภาพ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health literacy scale for Thai childhood overweight) พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2557) ซึ่ง สันเคราะห์จากองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพจากงานวิจัยจำนวน 6 เรื่องที่เผยแพร่ในฐาน PubMed และ Science Direct ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2013 มีค่าคุณภาพของแบบวัดอยู่ในระดับดี

3. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับ สตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี (Health literacy scale for unwanted pregnancy prevention of Thai female adolescents) พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง

สาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยอังคินันท์ อินทรกำแหง และชญชนก ขุมทอง (2560) ได้องค์ประกอบารวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับตามนิยามของนัทบีม (Nutbeam, 2008) มีค่าคุณภาพของแบบวัดอยู่ในระดับดี

4. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กวัยเรียน อายุ 7-14 ปี พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ปรับปรุงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในบริบทที่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่าอยู่ในระดับดี

5. เครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล โดยชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร (2559) มีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.54 - 0.97

6. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยฉบับทั่วไป (General Thai health literacy scales) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดของออสบอร์นและคณะ (Osborne et al., 2013) ในการพัฒนาแบบวัดครั้งนี้ได้วิเคราะห์เนื้อหา นิยามความหมายและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ทำให้ได้กลุ่มข้อความจำนวน 5 องค์ประกอบ มีค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 และคุณภาพของแบบวัดที่นำไปใช้ในกลุ่มรวมพบว่าอยู่ในระดับดี

7. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (The ABCDE-health literacy scale for Thai) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (2560) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ทำการสังเคราะห์ดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM) เริ่มต้นจากการสังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มในฐานข้อมูล PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2013 จำนวน 29 เรื่อง ทำให้ได้องค์ประกอบารวัด 6 ด้าน จาก 3 ระดับตามนิยามของนัทบีม (Nutbeam, 2000) เอ็ดเวิร์ดและคณะ (Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A., 2012) และมานจาเนลโล (Manganello, J. A., 2008) คือ ระดับพื้นฐาน 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ระดับวิจารณ์ญาณ 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่

ถูกต้อง และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัด รวม 4,401 คน ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (The ABCDE-health literacy scale for Thai) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง เนื่องจากเป็นแบบวัด การปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค และพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) มีองค์ประกอบการวัด 6 ด้าน จาก 3 ระดับ ซึ่งตรงกับ การฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขไทยและสาธารณสุข ทั่วโลก และยังคงมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของวิถี ชีวิตและการที่บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ไม่เหมาะสม การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นต้องได้รับ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการเชิงรุกในการป้องกันและควบคุม อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการคัดกรองประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็น บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre-HT) บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด โรคเบาหวาน (Pre-DM) และบุคคลที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2 เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังคงพบว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ทำให้ ขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมไปถึงขาดการรู้เท่า ทันสื่อ ซึ่งในปัจจุบันถือว่าเป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว มีข้อมูลข่าวสารให้ บุคคลได้เลือกรับในหลากหลายช่องทาง บุคคลจึงต้องมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิด ความรู้ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพและส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรับ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ และสามารถนำมาปรับใช้กับการดูแลสุขภาพของ ตนเองได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี แนวคิดและค่านิยมที่องค์การอนามัยโลกใช้อ้างอิงและมีการใช้ในงานวิชาการอย่างแพร่หลายเป็นนิยามของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอจะเป็นปัจจัยที่ทำให้มีพฤติกรรมกำบังโรคที่ไม่เหมาะสม มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ ขาดความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ ส่งผลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่จำเป็นได้ไม่มีประสิทธิภาพ แต่หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการขาดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค โดยการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย (2560) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในบุคคลที่มีเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค และพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000)

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในการศึกษานี้ได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) มาใช้ให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ฝึกทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ รวมถึงมีการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม ให้แรงเสริมทางบวกเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำเมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรค เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างเหมาะสม และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีประมาณ 2563 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลแห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการคัดกรองด้วยวาจา (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

1. มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ

1.1 สูบบุหรี่

1.2 ระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 130 / 85 มม.ปรอท (เป็นค่าความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด) และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.3 ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน

1.4 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ

1.5 ขนาดรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (เซนติเมตร) หาร 2

1.6 เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

1.7 มีประวัติญาติในครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี หรือผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน สื่อสาร ฟังและพูดได้ตอบภาษาไทยได้ตามปกติ

3. มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันได้
4. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการ
2. มีปัญหาสุขภาพระหว่างการทำเนินโครงการและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา อุ้นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 1.36 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับลดขนาดค่าอิทธิพลในระดับที่ยอมรับได้เท่ากับ .80 ซึ่งได้จากการคำนวณโดยใช้ค่า type II error (β) ที่มีอัตราส่วนต่อระดับนัยสำคัญ (α) เป็นสัดส่วน $\alpha : \beta$ เท่ากับ 4 : 1 ดังนั้นเมื่อระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบจะคำนวณได้เท่ากับ .80 (วินดา พงษ์ศักดิ์ชาติ, 2563) จึงคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมเป็น 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 20% (Grove, K. S., Burns, N., & Gray, J., 2013) จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย รวมเป็น 62 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยมีการจับคู่ (matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันในด้าน 1) เพศ 2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับ

การศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดและมีอิสระจากกัน โดยจับสลากให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรายแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนและรายต่อไปให้เข้ากลุ่มทดลอง แต่หากผู้เข้าร่วมโปรแกรมรายต่อไปไม่สามารถจัดเข้าคู่กับรายแรกได้ ผู้วิจัยจะทำการสุ่มผู้ป่วยรายหลังใหม่ทำเช่นนี้เรื่อย ๆ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบกลุ่มละ 31 ราย

สถานที่ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 4 (วัดคลองเรียน) ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ให้บริการทั้งการตรวจรักษาโรคและการตรวจคัดกรองโรค ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและพบว่าอยู่ในระดับเสี่ยงสูง จะได้รับการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายเป็นประจำ การมาตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีการวัดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องใน 5 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 9 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียดจำนวน 4 ข้อ ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำนวน 1 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และแทบไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การตอบและการให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ

หมายถึง

ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์
แทบไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	แทบไม่เคยปฏิบัติเลยใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การให้คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ	4	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	คะแนน
แทบไม่เคยปฏิบัติ	1	คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าเฉลี่ย ซึ่งได้จากคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด และแบ่งพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ย 1-4 ดังนี้

1.00-2.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ

2.01-3.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง

3.01-4.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (2560) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ทำการสังเคราะห์ดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM) เริ่มต้นจากการสังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มในฐานข้อมูล PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2013 จำนวน 29 เรื่อง ทำให้ได้องค์ประกอบการวัด 6 ด้าน จาก 3 ระดับตามนิยามของนัทบีม (Nutbeam, 2000) เอ็ดเวิร์ด (Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A., 2012) และมานจานเนลโล (Manganello, J. A., 2008) คือ ระดับพื้นฐาน 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ

ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ระดับวิจารณ์ญาณ 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัด รวม 4,401 คน ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยมีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ 5 หัวข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจำนวน 8 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติจำนวน 5 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการทางสุขภาพจำนวน 6 ข้อ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 17 ข้อ 5) การจัดการสุขภาพตนเองจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 47-235 คะแนน แปลผลเป็นช่วงคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

188 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก
141-187.99 คะแนน	หมายถึง	ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
น้อยกว่า 141 คะแนน	หมายถึง	ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้พิจารณาขึ้นจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยขั้นตอนของโปรแกรมเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive Health Literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร (communication skill) และการจัดการตนเอง (self-management) และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และทักษะการตัดสินใจ (decision skill)

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย

3.1 แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง (สำหรับพยาบาล)

3.2 แผนการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.3 สื่อประกอบการดำเนินโปรแกรม มีดังนี้

3.3.1 คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 5) การสูบบุหรี่ รวมถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ในรูปแบบอินโฟกราฟิก (infographic) คิวอาร์โค้ดศูนย์ข่าวก่อนแซร์ สำนักข่าวไทย และคิวอาร์โค้ดเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข

3.3.2 สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ เพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการทดลอง พร้อมประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งในแต่ละสัปดาห์กลุ่มทดลองจะเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ หากสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ 5 วันใน 1 สัปดาห์ ถือว่าเป้าหมายนั้นสำเร็จ

3.3.3 อินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 5) การสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยให้กลุ่มทดลองทั้ง 31 ราย สแกนคิวอาร์โค้ด (QR code) เข้ากลุ่ม “ร่วมกันป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด” ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ 1) แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) แผนการจัดกิจกรรม 3) สื่อประกอบการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ คู่มือความรอบรู้

ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ และอินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน ผู้วิจัยควบคุมคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน แล้วจึงหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.96 โดยคำนวณความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) มีค่ามากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป (Polit, D. E., & Beck, C. T., 2006) ซึ่งค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเท่ากับ .96 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้การคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ .80

การหาความเที่ยง (reliability)

แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำไปหาความเที่ยงเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้เท่ากับ 0.80

การศึกษานำร่อง

เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องโดยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในบุคคลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 5 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยให้โปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง แล้วจึงประเมินผลของโปรแกรม ซึ่งพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคด้านการติดตามทางโทรศัพท์เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกให้ติดต่อในช่วงเวลาที่ได้ตกลงไว้ ผู้วิจัยจึงนำมาปรับแก้ไขกับการดำเนินโปรแกรมจริงด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างแจ้งวันเวลาที่สะดวกให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ยื่นขอการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทราบโดยเริ่มจากขั้นตอนการแนะนำตนเองบอกชื่องานวิจัยพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับในการบันทึกข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการได้รับบริการทางการแพทย์ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะยกเลิกหรือออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการโดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมการด้านความรู้โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พร้อมทั้งเรียนรู้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2 เสนอโครงสร้างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วไปยัง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.3 เมื่อได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าศูนย์บริการ สาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 4 (วัดคลองเรียน) ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายชื่อบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในซึ่งเป็นประชากรที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2563 ตามคุณสมบัติที่กำหนด

1.4 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการ เพื่อรับผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.5 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมโดยการจับคู่ (matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอน การรวบรวม พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์ สิทธิ

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ราย โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ มี ประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจง รายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม ความหมายของข้อคำถามแต่ละ ข้อ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล วิธีการลงบันทึกข้อมูล ชี้แจงการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยมีการฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ภายใต้อำนาจแนะนำและการดูแลจากผู้วิจัยจนมีความมั่นใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกับผู้วิจัยและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัย โดยมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง หากพบข้อบกพร่องผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัย เข้าใจด้วยตนเองเพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (contamination)

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา และมีการลงลายมือชื่อพินัยกรรมซึ่งต้องได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างลงทะเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (pre-test)
3. ผู้วิจัยให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดกับกลุ่มตัวอย่าง (การพยาบาลตามปกติ) และนัดหมายการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 8

4. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (post-test) ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง
5. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้และมอบคิวอาร์โค้ด (QR code) คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา และมีการลงลายมือชื่อพินัยกรรมซึ่งต้องได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างลงทะเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (pre-test)
2. กลุ่มตัวอย่างสแกนคิวอาร์โค้ด เข้าร่วมกลุ่ม “ร่วมกันป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด” ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นบนแอปพลิเคชันไลน์จนครบทั้ง 31 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และความรู้เรื่องการทำหนังสือในสื่อสังคมออนไลน์ ผ่านคู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book)
3. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการฝึก 6 ทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้
 - 3.1) ฝึกทักษะความรู้ความเข้าใจ ผ่านการอ่านและสรุปใจความสำคัญจากอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.2) ฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผ่านการค้นหาข่าวปลอมผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก หรือเว็บไซต์อื่น ๆ พร้อมวิเคราะห์และให้เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นข่าวปลอม

3.3) ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผ่านการทำงานที่ได้รับมอบหมาย การส่งงานตามกำหนด การจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.4) ฝึกทักษะการสื่อสาร ผ่านการส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่นและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มไลน์

3.5) ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยฝึกการสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ และค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องด้วยตนเอง

3.6) ฝึกทักษะการตัดสินใจ ผ่านการตัดสินใจส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่น และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 2-7

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมฝึก 6 ทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอบถามถึงปัญหาอุปสรรค ให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมและทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละสัปดาห์ได้

สัปดาห์ที่ 8

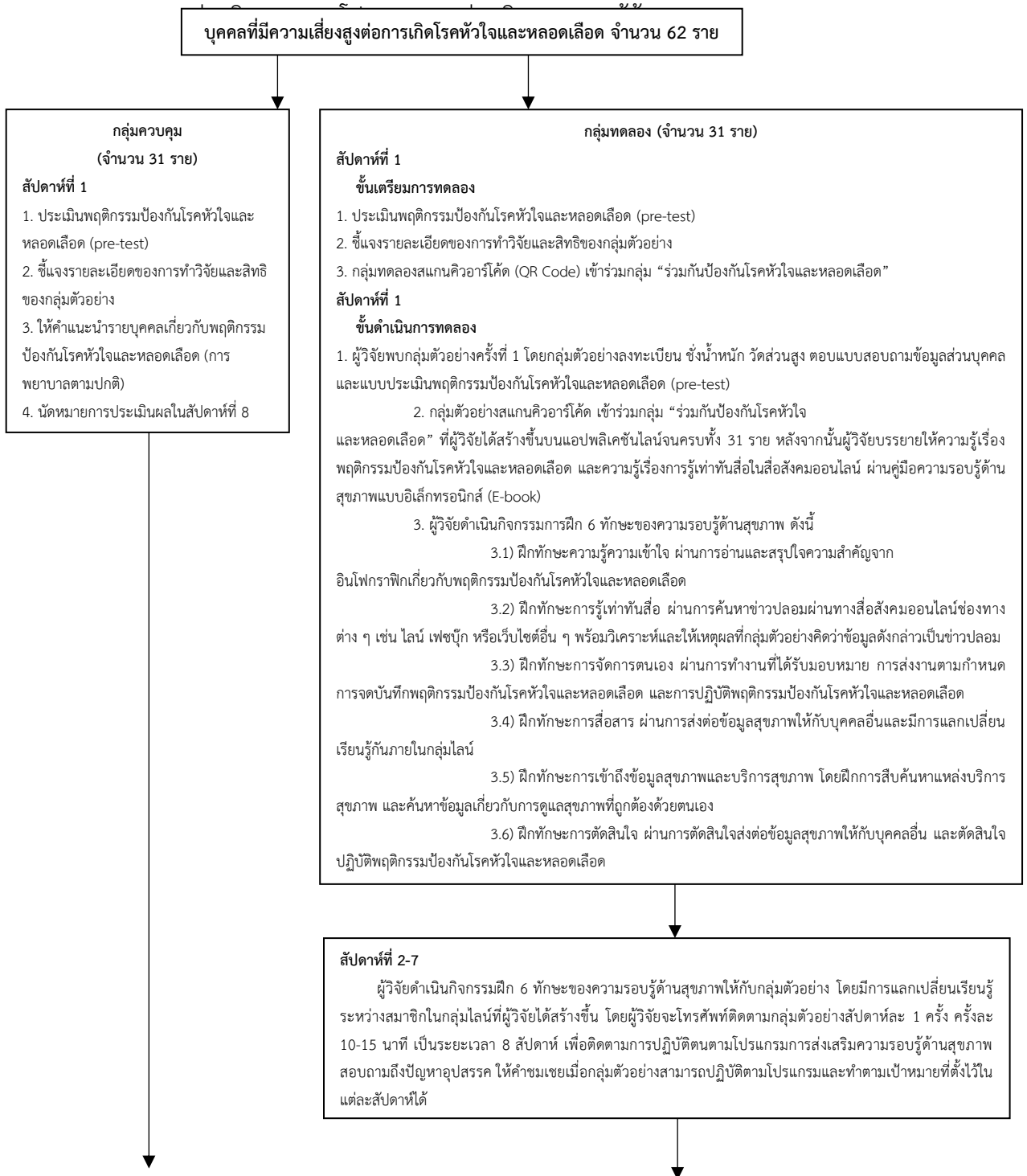
ผู้วิจัยสอบถามถึงการปฏิบัติตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคตลอด 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างสรุปผลการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเอง แจ้งผลการประเมินให้กลุ่มทดลองรับทราบ และเน้นย้ำการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (post-test)

**ตารางสรุปการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
ผ่านกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ**

กิจกรรม	ความรู้ด้านสุขภาพ
- ฝึกทักษะการอ่านและสรุปใจความสำคัญจากอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน	ขั้นพื้นฐาน ความรู้ความเข้าใจ (cognitive)
- ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพภายในกลุ่มไลน์	ขั้นพื้นฐาน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access)
- ฝึกทักษะการส่งต่อข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อสื่อสารให้กับบุคคลอื่นเข้าใจ	ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร (communication skill)
- ฝึกทักษะการจัดการตนเองด้วยการจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองทุกสัปดาห์ - การทำงานที่ได้รับมอบหมาย และการส่งงานตามกำหนด - การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ การจัดการตนเอง (self-management)
- ฝึกทักษะการค้นหาข่าวปลอมในสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่าง ๆ พร้อมให้เหตุผล วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลทางด้านสุขภาพ	ขั้นวิจารณ์ญาณ การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)
- ฝึกทักษะการตัดสินใจส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่นผ่านทางไลน์กลุ่มด้วยตนเอง	ขั้นวิจารณ์ญาณ ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)

<p>- การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละสัปดาห์ หากสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ 5 วัน ใน 1 สัปดาห์ ถือว่าเป้าหมายนั้นสำเร็จ</p>	
---	--

ตาราง 1. สรุปการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ



สัปดาห์ที่ 8

ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. ตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (post-test)
2. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้และมอบคิวอาร์โค้ด (QR code) คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 8

ขั้นประเมินผลการทดลอง

1. ตอบแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (post-test)

ภาพ 2. ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 ราย มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง พร้อมประมวลผลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคแอสควร์ (Chi-square) และสถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio)

2. ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

- 2.1 ข้อมูลตัวแปรที่เก็บรวบรวมได้ต้องอยู่ในระดับช่วง (interval scale) ขึ้นไป

- 2.2 ทดสอบการกระจายของข้อมูล (Test of normality) โดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาคำนวณโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (K-S test) พบว่าค่า p values มีค่ามากกว่า .05 ($p > .05$) แปลผลได้ว่าการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ และผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก ค 1)

- 2.3 ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Homogeneity of variance) ของข้อมูลทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Levene's test พบว่าค่า p values มากกว่า .05 ($p > .05$) แปลผลได้ว่าค่าความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (ภาคผนวก ค 2)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

- 3.1 เปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t -test

3.2 เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สถิติ paired *t*-test

3.3 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทีอิสระ independent *t*-test

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลแห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา นำเสนอผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดจำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 31 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 31 ราย ผลการทดสอบคุณสมบัติข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลสามารถอธิบายได้ ดังนี้ (ตาราง 2)

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี ($M = 46.95$, $SD = 6.67$) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 22.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 19.4) นับถือศาสนาพุทธ (กลุ่มทดลองร้อยละ 41.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 40.3) มีสถานภาพสมรส (กลุ่มทดลองร้อยละ 33.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 27.4) ประกอบอาชีพรับจ้าง (กลุ่มทดลองร้อยละ 33.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 29.0) มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (กลุ่มทดลองร้อยละ 22.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 21.0) ไม่มีประวัติในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (กลุ่มทดลองร้อยละ 37.1 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 40.3)

วิเคราะห์ความแตกต่างคุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติไลค์ลิวูด (Likelihood Ratio) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านศาสนา (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติไถนัลลีอยู่ดจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (N = 62)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=31) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
เพศ			.00 ^a	1.00
ชาย	11 (35.5)	11 (35.5)		
หญิง	20 (64.5)	20 (64.5)		
อายุ (ปี)	M=46.95, SD=6.67, Min=35, Max=58		.135 ^b	.935
35 – 44	14 (45.0)	14 (45.2)		
45 – 54	12 (39.0)	11 (35.4)		
55 – 59	5 (16.0)	6 (19.4)		
ศาสนา			5.01 ^a	.025
พุทธ	18 (58.0)	26 (83.8)		
อิสลาม	13 (42.0)	5 (16.2)		
สถานภาพ			1.327 ^b	.515
คู่	21 (68.0)	17 (54.8)		
โสด	6 (19.0)	7 (22.6)		
หม้าย/หย่า	4 (13.0)	7 (22.6)		
ระดับการศึกษา			.825 ^b	.844
ประถมศึกษา	3 (9.6)	3 (9.6)		
มัธยมศึกษา	14 (45.2)	12 (38.8)		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=31) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	6 (19.4)	9 (29.0)		
ปริญญาตรี	8 (25.8)	7 (22.6)		
อาชีพ				
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	4 (13.0)	4 (13.0)	5.30 ^b	.258
รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้างประจำ	21 (67.8)	18 (58)		
แม่บ้าน/ พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	2 (6.4)	0 (0.0)		
เกษตรกรกรรม	2 (6.4)	3 (9.6)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	2 (6.4)	6 (19.4)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน			1.481 ^b	.830
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3 (10.0)	2 (6.0)		
5,001 – 10,000 บาท	14 (45.0)	13 (42.0)		
10,001 – 15,000 บาท	5 (16.0)	7 (23.0)		
15,001 – 20,000 บาท	6 (19.0)	4 (13.0)		
มากกว่า 20,000 บาท	3 (10.0)	5 (16.0)		
ประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วย			.369 ^a	.544
ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	8 (26.0)	6 (19.0)		
มี	23 (74.0)	25 (81.0)		
ไม่มี				

หมายเหตุ^a = Pearson Chi-square ^b = Likelihood Ratio

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 คະแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.23, p = .22$) ส่วนระยะหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.74, p < .05$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) ($N = 62$)

พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	N	M	SD	t	p values
ก่อนการทดลอง				1.23	.22
กลุ่มควบคุม	31	51.68	6.17		
กลุ่มทดลอง	31	53.35	4.40		
หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8				9.74	.00*
กลุ่มควบคุม	31	63.03	2.88		
กลุ่มทดลอง	31	70.10	2.83		

* $p < .05$

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.86, p < .05$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) ($N = 31$)

คะแนน	ก่อนการทดลอง		สัปดาห์ที่ 8		t	p values
	M	SD	M	SD		
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	53.35	4.40	70.10	2.83	-24.86	.00*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเปรียบเทียบผลคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.74, p < .05$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อพิจารณาโดยวิเคราะห์ความแตกต่างรายด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูงทั้ง 5

ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ส่วนในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (ภาคผนวก ค 3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2561) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เนื่องจากผู้วิจัยได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม โดยมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ผ่านการอ่านและสรุปใจความสำคัญจากอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านการรับประทาน อาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำสื่อในช่องทางต่าง ๆ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมด้านสุขภาพ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันผ่านประสบการณ์ของบุคคลอื่น ๆ พัฒนาการรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งประกอบด้วยทักษะการสื่อสาร ผ่านการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายบนแอปพลิเคชันไลน์ การส่งต่อข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อสื่อสารให้กับบุคคลอื่นเข้าใจ การจัดการตนเอง ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด การจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ในแต่ละสัปดาห์ การทำงานที่ได้รับมอบหมาย และการส่งงานตามกำหนด และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งประกอบด้วย การรู้เท่าทันสื่อ ผ่านกิจกรรมการค้นหาข่าวปลอมในสื่อสังคมออนไลน์เพื่อให้กลุ่มทดลองได้มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและสามารถให้เหตุผลก่อนการตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ และทักษะการตัดสินใจส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่นผ่านทางไลน์กลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบเพื่อให้การช่วยเหลือและ

ให้คำแนะนำ และกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนเน้นย้ำให้กลุ่มทดลองได้ทำตามเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแต่ละสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ณิพิชญ์ ปัญญธนชัยกุล (2563) ที่พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยตรง เป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพอย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000) หากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วยและมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค (Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S., 2008)

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.86, p = .00$)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เพิ่มเป็นระดับสูงทั้ง 5 ด้าน (ภาคผนวก ค 3) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) เกิดการพัฒนาทักษะที่ของความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จนถึงระดับที่บุคคลสามารถคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ และการตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีมที่ได้อธิบายไว้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทาง

ปัญญาและทักษะทางสังคมที่ชี้้นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยอ้างอิงตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปิม โดยพบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงในสัปดาห์ที่ 8 (ภาคผนวก ค 4) และมีคะแนนรวมของความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ภาคผนวก ค 5)

ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพมีกลไกที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถในการอ่านและเขียนเพื่อให้เข้าใจถึงสาระสำคัญเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพโดยประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจที่ส่งผลต่อความสามารถในการอธิบายและการคิดวิเคราะห์ที่ได้อย่างมีเหตุผล ผ่านกิจกรรมการอ่านและสรุปใจความสำคัญจากอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยได้ส่งต่อกับกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์, อาภาพร เผ่าวัฒนา, และนฤมล เอื้อมณีกุล (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ที่พบว่าการส่งข้อมูลอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมผ่านทางอุปกรณ์เคลื่อนที่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้วิจัยมีการสาธิตวิธีการปฏิบัติกิจกรรมและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (รินภา วรรณประเสริฐ, สุทธิพร มุลศาสตร์, และนภาเพ็ญ จันทขัมมา, 2562) และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คือความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ ภูมิวิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา มีการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและถูกต้อง โดยผู้วิจัยแนะนำการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพภายในกลุ่มไลน์ ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้ความเข้าใจผ่านการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น (เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และวัชรวิรงค์ หวังมัน, 2563) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานช่วยทำให้บุคคลมีความรู้เพื่อป้องกันความเสี่ยงและสามารถปฏิบัติ

พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้บุคคลทราบช่องทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพของตนเองและเรียนรู้วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้บุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองยิ่งขึ้น (Nutbeam, 2000)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นการพัฒนาทักษะบุคคลทั้งด้านพื้นฐาน และทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นความสามารถในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพนั้น ๆ โดยเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการส่งต่อข้อมูลทางด้านสุขภาพผ่านทางกลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อสื่อสารให้กับบุคคลอื่นในกลุ่มได้เข้าใจเนื้อหาสาระของข้อมูลด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2561) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ที่พบว่าการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีส่วนร่วม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการจัดการตนเอง หมายถึงความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพร่วมกันภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดแรงเสริมทางบวก และให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองทุกสัปดาห์ รวมถึงมอบหมายงาน และมีการแจ้งเตือนการส่งงานตามกำหนด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการวางแผนเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ได้ และเกิดการทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในทุกสัปดาห์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองมากยิ่งขึ้น โดยความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์เป็นการเพิ่มความสามารถในการกระทำได้ด้วยตนเองบนพื้นฐานของความรู้ เพิ่มแรงจูงใจและความเที่ยงในตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพให้กับบุคคลอื่น (Nutbeam, 2000)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เป็นการเสริมพลังบุคคลและครอบคลุมไปถึงการพัฒนาทักษะให้กับชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น การมีความรู้ความเข้าใจและสามารถประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง สามารถวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบเพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 ทักษะ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ คือการที่บุคคลมีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ผ่านกิจกรรมการค้นหาข่าวปลอมในโลกออนไลน์ผ่านทางสื่อช่องทางต่าง ๆ พร้อมให้เหตุผล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการคิดวิเคราะห์ได้อย่างเป็นระบบ สามารถประเมิน

ข้อความสื่อเพื่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Lin, C. S., Chen, J. I., Yu, R. W., Lee, D. S., & Tsai, I. T., 2019) และสามารถชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคมต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการตัดสินใจ ซึ่งเป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ผ่านกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่นผ่านทางไลน์กลุ่มด้วยตนเอง และการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณช่วยเพิ่มพลังในการปรับตัวและเผชิญกับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ (Nutbeam, 2000) ส่งผลให้บุคคลเกิดการรู้เท่าทันสื่อเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งในศตวรรษที่ 21 ยุคแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศ นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลเกิดการคิดวิเคราะห์ผลดีผลเสียก่อนการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การศึกษาของพรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, และเชษฐา แก้วพรม (2558) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของรุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ยุ่นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช (2561) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกานต์ณิพิชญ์ ปัญญชนชัยกุล (2563) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งเสริมให้บุคคลได้รับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ส่งผลให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยจับสลากให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรายแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนและผู้เข้าร่วมโปรแกรมรายต่อไปเข้ากลุ่มทดลองโดยมีการจับคู่ (matched pair) ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันในด้าน 1) เพศ 2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ระดับการศึกษา หากผู้เข้าร่วมโปรแกรมรายแรกทำการสุ่มเข้าอยู่กลุ่มควบคุมแล้วผู้เข้าร่วมโปรแกรมรายต่อไปไม่สามารถจับคู่กับรายแรกได้ ผู้วิจัยจะทำการสุ่มผู้ป่วยรายหลังใหม่ ทำเช่นนี้เรื่อย ๆ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบกลุ่มละ 31 ราย ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ 1) แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) แผนการจัดกิจกรรม 3) สื่อประกอบการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Book) สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ และอินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดผู้วิจัยควบคุมคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน และ

อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) ซึ่งค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเท่ากับ .96 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปหาความเที่ยงเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้การคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ .80

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ โดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired *t*-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent *t*-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .05$)
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .05$)

จุดแข็งและข้อจำกัดการวิจัย

จุดแข็ง

การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งที่สำคัญ คือ มีการดำเนินกิจกรรมแบบผสมผสานระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่ม ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ข้อจำกัดการวิจัย

ผู้ที่ต้องการนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้จำเป็นต้องได้รับการอบรมความรู้และการพัฒนา 6 ทักษะของความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลประจำหน่วยบริการสาธารณสุขสามารถเรียนรู้ขั้นตอนของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและนำไปใช้ในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อพัฒนาและฝึกทักษะของความรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. พยาบาลประจำหน่วยบริการสาธารณสุขอาจประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาเป็นคลินิกป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือคลายเครียด* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12*.
http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564)*. <http://thaincd.com/2016/mission/activitydetail.php>,
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). Health Data Center (HDC).
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). Health Data Center (HDC).
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). Health Data Center (HDC). สืบค้น 6 มกราคม, 2566, จาก
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และนุชนาฏ สุทธิ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 25(3), 280-295.
- กฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, และนภาพิษฎ์ จันทขัมมา. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 11(1), 197-212.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561*.
<https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561*.
file:///C:/Users/Dell/Downloads/220120180914085828_linkhed%20(5).pdf
- กานต์ณิพิชญ์ ปัญญธนะชัยกุล. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(1), 41-54.
- กันยา โพรธิปิติ. (2552). *พฤติกรรมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของวัยก่อนสูงอายุ พื้นที่เฝ้าระวังจังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เกษชดา ปัญเศษ, สุกาญญา กลิ่นถือศีล, อาภาสิณี กิ่งแก้ว, และวิยดา วงศ์มณีโรจน์. (2558). ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข[โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score]. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 57-70.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยญาณ* กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและเส้นเลือดตีบในสมอง*.
<https://med.mahidol.ac.th/cvmc/th/event/ramaegatheartscore>
- จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 111-125.
- จรรยา ญาฟ้า, และวาสนา รวยสูงเนิน. (2563). ปัจจัยทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(4), 64-72.
- เฉลียว ปิยะชน. (2549). *หลอดเลือดแข็งตีบตัน ป้องกันได้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ.
- ชุตีมา ขารสมบูรณ และปาริชา นิพพานนท์. (2560). ผลของการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและความแตกฉานด้านสุขภาพต่อความแตกฉานด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงวัยในเทศบาลตำบลอู่เม่า อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุศึกษา*, 40(2), 141-156.

- ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณณทัต บนขุนทด. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(2)*, 6-15.
- ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์, อภาพร เผ่าวัฒนา, และนฤมล เอี่ยมณีกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(2)*, 122-139.
- ทรงวุฒิ อยู่เอี่ยม, พัทธภรณ์ ศรีสวัสดิ์, อัญชลี สุขในสิทธิ์, และเพ็ญภา กุลนภาดล. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการร่วมกับศาสตร์แพทย์ทางเลือก. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(2)*, 139-152.
- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *Veridian E-journal, 3(6)*, 67-85.
- ปนัดดา สุวรรณ. (2551). *ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริฉัตร พงษ์หาร, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน, และวิโรจน์ วรรณภินะ. (2554). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5(3)*, 54-64.
- ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร. (2551). ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด. ในระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ เล่ม 2* (หน้า 1-11). กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- ปรีณาพรรณ กาญจนสำราญวงศ์. (2563). *ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรทนา พุกษ์ธรางกูร. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

พรรณปพร ลีวิโรจน์ และอรวรรณ คุณสนอง. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา.*

[http://www.trc.or.th/trcresearch/pdffiles/ART%2012/cat12%20\(5\).pdf](http://www.trc.or.th/trcresearch/pdffiles/ART%2012/cat12%20(5).pdf)

พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, และเชษฐา แก้วพรม. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 27(3), 91-106.*

ภัทรสิริ พงมานพงศ์. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

มลฤดี บุราณ. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

เมธิกานต์ ทิมูลินีย์ (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

รัชนิกรณ์ ทองกรณ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 12(1), 151-160.*

รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยนาวิ, 45(3), 509-526.*

วนิดา พงษ์ศักดิ์ชาติ. (2563). *การคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่องานวิจัย.*

<http://thaimed.buu.ac.th/public/backend/upload/thaimed.buu.ac.th/document/file/document161717461088510200.pdf>

วัชรภาพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 183-197.*

- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2546). สรีรวิทยาพื้นฐานสำหรับกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. ในวิศาล คันธรัตน์กุล และภาริส วงแพทย์ (บรรณาธิการ). *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (หน้า 305-317). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- ศิริินภา วรรณประเสริฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์, และนภาพิณญ์ จันทขัมมา. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(2), 92-104.
- ศรีพร รอดแก้ว, อรทัย นนทเกท, และเรวดี เพชรศิริสัมพันธ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 120-130.
- สายฝน สารินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, และวราวรรณ ชัยลิมปมนตรี. (2562) ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 86-101.
- สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา, และวิภาวี คงอินทร์. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุพัตรา บัวที, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, และศิริอร สิ้นสุ. (2553). พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคน ที่อาศัยอยู่ที่บ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(2), 58-69.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559*. ปทุมธานี: เอ-พลัส พริน.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*
http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf
- สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*.
<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=45>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*.
<http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/cardiovascular%20>

disease.pdf

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การดำเนินการลดเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มวัยทำงานที่มีความคุ้มค่าหรือมีประสิทธิผล ในชุมชน สถานบริการสุขภาพและ.สถานที่ทำงาน*.

<http://www.thaincd.com/document/doc/plan/การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ.pdf>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560 - 2564*.

http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/Documents/7.%20NATI/1. แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ.pdf

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2561). *ห่างไกลโรคNCD ด้วยหลัก 3 อ 2 ส*. <https://www.thaihealth.or.th/Content/41292 -ห่างไกลโรค NCD%20%20ด้วยหลัก%203%20อ%20%20ส.html>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ*.

<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020&searchText=&pn=2>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2561*.

http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันหัวใจโลก_61.pdf

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานประจำปี 2563*.

<file:///C:/Users/DELL/Desktop/all/1115820210305082338.pdf>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด*. [http://www.thaincd.com /2016/mission/documents-](http://www.thaincd.com /2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020)

[detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020](http://www.thaincd.com /2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020)

อมรรัตน์ ลิื่อนาม, นิลาวรรณ งามขำ, ดวงหทัย แสงสว่าง, วิภาวรรณ เพ็งพานิช, กมลทิพย์
 รัตน์ สุวรรณชัย, วชรตล เส็งลา, และกิตติ ประจันตเสน. (2562). ปัจจัย
 ทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่ม
 มเสี่ยง. *วารสารมจร.วิชาการ*, 23(1) 93-106.

อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพมหานคร:
 สุขุมวิท การพิมพ์.

เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และวัชรวิงศ์ หวังมัน. (2563). ผล
 ของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน กลุ่ม
 วัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(3), 419-429.

American College of Sports Medicine: (2006). *ACSM's guidelines for exercise testing
 and prescription* (7th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.

American Heart Association. (2018). *My Life Check / Life's Simple 7*. (2020, June 16).
<https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/my-life-check-lefes-simple-7>

American Heart Association. (2019). *2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention
 of Cardiovascular Disease*. (2020, June 2).
<https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2019/03/07/16/00/2019-acc-aha-guideline-on-primary-prevention-gl-prevention>

American Heart Association. (2022). *Heart Disease & Stroke Statistical Update Fact
 Sheet Global Burden of Disease*. (2023, January 6).
<https://professional.heart.org/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2022-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2022-Stat-Update-factsheet-Global-Burden-of-Disease.pdf>

Boudewijn, B., Steunenbergh, B. V., Heijmans, M., Hofsted, M. J., Devillé, W., Heide, I., &
 Rademakers, J. (2018). Evidence on the effectiveness of health literacy
 interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*, 18, 1414-1426.

Baker, DW., Williams, MV., Parker, RM., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999).
 Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient
 Education and Counseling*, 38, 33-42.

- Chin, J., Elizabeth, A. L., Thembu, C., James F. G., and Michael D. M. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. *Journal Health Community, 1*(3), 222–241.
- Cho, I. Y., Lee, Y. S., Arozullah, M. A., & Crittenden, K. (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization amongst the Elderly. *Social Science & Medicine, 66*, 1809-1816.
- Cozlea, L.D., Farcas, M. D., Nagy, A., Keresztesi, A., Tifrea, R., & Carasca, E. (2013). The Impact of C Reactive Protein on Global Cardiovascular Risk on Patients with Coronary Artery Disease. *Current Health Sciences Journal, 39*, 225–231.
- Eckel, R. H., Wassef, M., Chait, A., Sobel, B., Barrett, E., King, G., Lopes-Virella, M., Reusch, J., Ruderman, N., Steiner, G., & Vlassara, H. (2002). Prevention Conference VI: Diabetes and Cardiovascular Disease: Writing Group II: Pathogenesis of Atherosclerosis in Diabetes. *Circulation, 105*, 138-143.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health, 12*, 1-15.
- Fox, AA. K., Eagle, A. K., Gore, M. J, Steg, G. Ph & Anderson, A. F. (2010). The Global Registry of Acute Coronary Events, 1999 to 2009-GRACE. *Heart, 96*, 1095-1101.
- Ferreira, B., Sampaio, R., Gehringer, O., Fernandes, R., Kovacs, C., Alves, R., ... Rogero, M. (2017). Association between polyunsaturated fatty acids and inflammatory markers in patients in secondary prevention of cardiovascular disease. *Journal of Nutrition, 37*, 30-36.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (7th ed.). Missouri: Saunders.
- Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., Izawa, K. (2022). Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling, 105*(7), 1793-1800.

- Lancet. (2018). *Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual- participant data for 599912 current drinkers in 83 prospective studies.* (2021, March 27). file:///C:/Users/DELL/Desktop/lancet.pdf
- Lin, C. S., Chen, J. I., Yu, R. W., Lee, D. S., & Tsai, I. T. (2019). Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing, 4*(5), 494-501.
- Liu, B. Y., Li, F. Y., Liu, L., & Chen, L. Y. (2018). Effectiveness of the teach-back method for improving the health literacy of senior citizens in nursing homes. *Japan Journal of Nursing Science, 15*, 195-202.
- Lopez, O. E., Ballard, D. B., & J, A. (2020). *Cardiovascular Disease.* (2020 July 22). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535419/>
- Manganello, J. A. (2008). Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda for Future Research. *Health Education Research, 23*(5), 840-847.
- Mark, P. P., Kelley L., & Martin, M. (2012). Type A Behavior Pattern and Coronary Heart Disease: Philip Morris's "Crown Jewel". *American Journal of Lifestyle Medicine, 10*(2), 2018-2025.
- National Cholesterol Education Program. (2002). *Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).* (2020 January 27). <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/resources/heart/atp-3-cholesterol-full-report.pdf>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*, 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*, 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies. *Int J Public Health, 54*, 303-305.
- Osborne, H. R., Batterham, W. R., Elsworth, R. G., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health, 13*, 658-675.

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice (5th ed). *Family and Community Health, 30*, 85-87.
- Pender, N. J., (2011). *The Health Promotion Model*. (2020, September 11).
https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
- Polit, D. E., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research*. (6th ed.). Philadelphia. Williams & Wilkins.
- Rippe, M. J. (2019). Lifestyle Strategies for Risk Factor Reduction, Prevention, and Treatment of Cardiovascular Disease. *American Journal of Lifestyle Medicine, 13*, 204-212.
- Sweta, B., & Radha B. (2018). Risk Factors of Cardiovascular Disease between Urban and Rural Adult. *Population International Journal of Caring Sciences 11*, 177-186.
- Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N., ... Harris, F. M. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice, 13*, 1-12.
- Walters, R., Leslie, J. S., Polson, R., Cusack, T., & Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC Public Health, 20*, 1-17.
- World Health Organization. (1998). *Health Literacy*. (2020, June 10).
<https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>
- World Health Organization. (2017). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. (2020, May 25).
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/(cvds))
- World Health Organization. (2020). *About cardiovascular diseases*. (2020, August 15).
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$ES = \frac{X_1 - X_2}{S_{pooled}} \quad S_{pooled} = \sqrt{\frac{(SD_1^2) + (SD_2^2)}{2}}$$

หาค่า effect size โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม (รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา อุ๋นตระกูล, และศศิธร รุจนเวช อาระหัง, 2560) โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ดังนี้

$X_1 = 32.16$ (คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม)

$X_2 = 40.36$ (คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม)

$SD_1 = 7.56$ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรม)

$SD_2 = 3.88$ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรม)

แทนค่าในสูตร

$$S_{pooled} = \sqrt{\frac{(7.56^2) + (3.88^2)}{2}}$$

$$\begin{aligned}
 &= \sqrt{\frac{57.15+15.05}{2}} \\
 &= 6.01 \\
 \text{ES} &= \frac{40.36-32.16}{6.01} \\
 &= \frac{8.2}{6.01} \\
 &= 1.36
 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.36 โดยปรับลดขนาดค่าอิทธิพลในระดับที่ยอมรับได้เป็น .80 ซึ่งได้จากการคำนวณโดยใช้ค่า type II error (β) ซึ่งมีอัตราส่วนของระดับนัยสำคัญ (α) เป็นสัดส่วน $\alpha : \beta = 4:1$ ดังนั้นเมื่อ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบจะคำนวณได้เท่ากับ .80 (วนิดา, 2563) จึงคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมเป็น 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 20% (Grove, Burn, & Gray, 2013) จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย รวมเป็น 62 ราย

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นางธีรณัฐ ไวศยารัตน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำการศึกษามาเป็นแนวทางในการดูแลบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้คนทั่วโลก เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นนอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองในภาวะเจ็บป่วยแล้ว อาจส่งผลให้เกิดความพิการและทุพพลภาพ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอาจหลงเหลือไว้ซึ่งอาการอ่อนแรงของร่างกายอย่างถาวรและเกิดเป็นภาวะพึ่งพารุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นจำนวนมาก โรคหัวใจและหลอดเลือดจึงส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ การวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้เกิดแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ท่านจะได้รับข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะ การให้คำแนะนำ และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งท่านจะใช้เวลาเข้าร่วมวิจัยเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยเป็นการพบผู้ช่วยวิจัย ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 4 (วัดคลองเรียน) เพื่อตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 10-15 นาที ใน

สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 นอกเหนือจากนั้นในสัปดาห์ที่ 2-7 ท่านจะได้รับดำเนินกิจกรรมฝึกทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาครั้ง ละ 20-30 นาที โดยประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ การสรุปใจความสำคัญอย่างสั้น ๆ จากข้อมูลที่ ผู้วิจัยส่งให้ท่านทางไลน์ และการค้นหาข่าวปลอมที่ท่านเคยพบในโลกออนไลน์ เช่น ข่าวปลอมในเฟสบุ๊ค หรือข่าวปลอมที่ท่านเคยได้รับการส่งต่อมาจากบุคคลอื่น ๆ ในไลน์ ซึ่งจะมีผู้วิจัยเป็นผู้คอย ช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งยังไม่มีข้อมูลปรากฏว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพที่จัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใดหรือผลกระทบใด ๆ และผลจากการศึกษานี้จะเป็น ประโยชน์ต่อท่านและบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดรายอื่น ๆ ต่อไป ใน การวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน หากในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านมี ความประสงค์ที่จะยกเลิกหรือออกจากทดลองครั้งนี้ได้ไม่ว่าจะอยู่ในขั้นตอนใดของการวิจัย โดยไม่ มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข

การศึกษานี้มีโอกาสเกิดผลกระทบที่มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่เกินความเสี่ยงใน ชีวิตประจำวัน คือ ท่านอาจรู้สึกอึดอัดขณะตอบคำถาม หากท่านมีอาการดังกล่าวสามารถหยุดพัก และตอบคำถามอีกครั้งเมื่อท่านพร้อม นอกจากนี้ผู้วิจัยจะขออนุญาตโทรศัพท์เพื่อสอบถามถึงปัญหา และอุปสรรคที่พบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตลอดสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 8 ระยะเวลาครั้งละ 10-15 นาที จึงขออนุญาตรบกวนเวลาท่าน หากท่านไม่สะดวกในวันดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งวันเวลาที่สะดวกอีก ครั้งกับผู้วิจัยได้

ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อ ประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น ซึ่งในบันทึกต่าง ๆ และการรายงานผลการวิจัยจะใช้เป็นรหัส หมายเลข ไม่มีการใช้ชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับในตู้ที่ล็อคอย่าง ปลอดภัย สำหรับไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยซึ่งต้องใช้รหัสในการเข้าถึง ข้อมูล อาจจะมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรรัฐที่มี หน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เป็นต้น ทั้งนี้ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ของข้อมูล จะทำลายภายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 3 ปี

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่หากท่านมีความ จำเป็นต้องใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าใช้แอปพลิเคชันที่อาจมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นกว่าปกติ หรือมีค่าใช้จ่าย เกี่ยวกับการเดินทางมาตอบแบบสอบถามที่อาจกระทบต่อการเงินของท่าน ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเป็นผู้ชดเชยค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้กับท่าน

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการ ข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ นางศิริณัฐ วัศยารัตน์ สถานที่ติดต่อ

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอ
หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 080-4429263 Email: beamteeranut@gmail.com

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับ
คำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียนได้ที่ ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรม
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15
ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือ
ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(นางทีรณภรณ์ ไวศยารัตน์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่

ตาราง ค 1

การตรวจสอบลักษณะการกระจายของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

พฤติกรรมป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด	N	M	SD	Kolmogorov- Smirnov Test	p values
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	31	51.68	6.17	.105	.200
กลุ่มทดลอง	31	53.35	4.40	.132	.182
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	31	63.03	2.88	.141	.122
กลุ่มทดลอง	31	70.10	2.83	.099	.200

ตาราง ง1 ผลการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลองจากตารางผลลัพธ์ Kolmogorov-Smirnov Test

พบว่าค่า p values เท่ากับ .182 และ .200 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมค่า p values เท่ากับ .200 และ .122 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดมีค่า $p > .05$ หมายความว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตาราง ค 2

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ *Levene's test*

พฤติกรรมป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด	Levene statistic	df1	df2	p values
ก่อนการทดลอง	3.295	1	60	.075
หลังการทดลอง	.012	1	60	.912

ตาราง ค2 ผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากตาราง Test of Homogeneity of Variance พบว่า ก่อนการทดลองมีค่า p values เท่ากับ .075 และหลังการทดลองมีค่า p values เท่ากับ .912 ซึ่งทั้งหมดมีค่า $p > .05$ หมายความว่า ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง ค 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 (N = 62)

พฤติกรรม สัปดาห์	รับประทานอาหาร			ออกกำลังกาย			การจัดการความเครียด			การดื่มแอลกอฮอล์			การสูบบุหรี่			พฤติกรรมรวม			
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)																			
กลุ่มควบคุม	2.57	.36	ปานกลาง	2.48	.35	ปานกลาง	2.58	.45	ปานกลาง	2.85	1.17	ปานกลาง	2.60	1.15	ปานกลาง	51.68	6.17	ปานกลาง	
กลุ่มทดลอง	2.64	.33	ปานกลาง	2.30	.35	ปานกลาง	2.69	.43	ปานกลาง	2.81	1.08	ปานกลาง	2.88	.85	ปานกลาง	53.35	4.40	ปานกลาง	
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8)																			
กลุ่มควบคุม	2.82	.39	ปานกลาง	3.07	.94	สูง	3.15	.33	สูง	2.97	.41	ปานกลาง	2.94	.33	ปานกลาง	63.03	2.88	สูง	
กลุ่มทดลอง	3.60	.18	สูง	3.42	.70	สูง	3.38	.36	สูง	3.42	.28	สูง	3.51	.36	สูง	70.10	2.83	สูง	

ตาราง ค 4

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 (N = 62)

สัปดาห์	การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	การเข้าใจข้อมูล	การตรวจสอบข้อมูล	การสื่อสาร	การจัดการสุขภาพ ตนเอง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	
	M	M	M	M	M	M	ระดับ
ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)							
กลุ่มควบคุม	25.84	15.13	18.13	64.71	44.23	171.68	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง	23.35	16.16	20.42	67.90	40.58	165.06	ปานกลาง
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8)							
กลุ่มควบคุม	26.90	16.42	20.55	67.06	47.68	178.61	ปานกลาง
กลุ่มทดลอง	29.48	21.16	26.87	72.94	51.06	211.61	สูง

ตาราง ค 5

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง
ในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทีคู่ (paired t t-test) (N = 31)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรค หัวใจและหลอดเลือด	ก่อนการทดลอง		สัปดาห์ที่ 8		t	p values
	M	SD	M	SD		
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ	165.06	8.81	211.61	10.81	108.34	.00

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง
 - 2.1 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และสื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย
 - 3.1 แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สำหรับพยาบาล)
 - 3.2 แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 3.3 คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 3.4 สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ
 - 3.5 สื่ออินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โปรดตอบคำถามนี้โดยเติมคำตอบ และ/หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. ศาสนา พุทธ อิสลาม
 คริสต์ อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส โสด คู่
 หม้าย/หย่า
5. ระดับการศึกษา ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาขึ้นไป ปวช./ปวส./อนุปริญญา
ปริญญาตรีขึ้นไป อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน
 ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย เกษตรกรรม
 รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้างประจำ อื่น ๆ ระบุ....
 แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่าน..... บาท
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน ท่านเป็นใครในครอบครัว (พ่อ, แม่, ลูก อื่น ๆ)...
9. น้ำหนัก..... กิโลกรัม
ส่วนสูง..... เซนติเมตร
10. ท่านมีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มี
เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์
แทบไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	แทบไม่เคยปฏิบัติเลยใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2)	แทบไม่เคยปฏิบัติ (1)
ด้านการรับประทานอาหาร (จำนวน 9 ข้อ)				
1. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัดเป็นประจำ เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล ชมพู แก้วมังกร				
2. ท่านรับประทานผักเป็นประจำ				
3. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารทอด และอาหารที่มีไขมัน เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันจากสัตว์ หนังสัตว์ แอมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์				
4. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงกะทิ แกงเขียวหวาน ขนมที่ใส่กะทิ บัวลอย ก๋วยเตี๋ยวชซี				
5. ท่านใช้น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก ในการประกอบอาหาร				
6. ท่านรับประทานถั่วและเมล็ดธัญพืช เช่น เม็ดมะม่วงหิมพานต์ ถั่วลิสง เมล็ดทานตะวัน อัลมอนต์				

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2)	แทบไม่เคยปฏิบัติ (1)
7. ท่านรับประทานอาหารโดยไม่เติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ น้ำตาล ก่อนรับประทานอาหาร				
8. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องดื่มและอาหารที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม กาแฟเย็น ชาเย็น ทองหยิบ ทองหยอด เค้ก				
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการนึ่ง ต้ม ต้ม อบ แทนการทอด				
ด้านการออกกำลังกาย (จำนวน 5 ข้อ)				
10. ใน 1 สัปดาห์ท่านออกกำลังกายสะสมอย่างน้อย 3-5 ครั้ง ครั้งละ 30-50 นาที				
11. ท่านออกกำลังกายระดับหนัก เช่น วิ่งเร็ว เล่นฟุตบอล วายน้ำเร็ว				
12. ท่านออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น เดินเร็ว โยคะ ปั่นจักรยานช้า ๆ วายน้ำช้า ๆ				
13. ท่านมีการออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ เดินไปทำงานในระยะใกล้				
14. ท่านทำงานบ้านจนมีเหงื่อออก เช่น กวาดถูพื้น ซักผ้า ล้างรถ				
ด้านการจัดการความเครียด (จำนวน 4 ข้อ)				
15. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะปรึกษาบุคคลที่ไว้วางใจ หรือบุคคลใกล้ชิด				
16. เมื่อเกิดความเครียด ท่านปรับวิธีคิดและเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างมีสติ				
17. ท่านมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ดูยูทูป (YouTube) อ่านหนังสือ				

คำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2)	แทบไม่เคยปฏิบัติ (1)
18. เมื่อเกิดความเครียด ท่านไม่ใช้ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ				
ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (จำนวน 1 ข้อ)				
19. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์				
ด้านการสูบบุหรี่ (จำนวน 1 ข้อ)				
20. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่				

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

คำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (จำนวน 8 ข้อ)					
1. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่ท่านกังวล					
2. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น สอบถามจากผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์					
3. ท่านเปิดรับข้อมูลสุขภาพเสมอ เพื่อท่านจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี					
4. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งใคร					
5. ท่านสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ ที่จะให้การช่วยเหลือในด้านสุขภาพของท่าน					
6. ท่านสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ					
7. ท่านมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้ สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของท่าน					
8. ท่านสามารถสืบค้น หาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ท่านหรือคนในครอบครัวของท่าน					
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (จำนวน 5 ข้อ)					
9. ท่านสามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้					
10. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสาร หรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพได้					
11. ท่านสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (Facebook, Line) ได้					

คำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
12. ท่านรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ยูทูบ (YouTube)					
13. ท่านรู้และเข้าใจในคำอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพ					
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (จำนวน 6 ข้อ)					
14. ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ท่านจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคนในครอบครัวก่อน					
15. ท่านมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
16. เมื่อมีข้อมูลด้านสุขภาพใหม่เข้ามา ท่านจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
17. ท่านมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ					
18. ท่านรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งใด เพื่อนำมายืนยันข้อมูลนั้น ก่อนที่จะเชื่อและทำตาม					
19. ท่านมักสอบถามหรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติในด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะทำตาม					
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (จำนวน 17 ข้อ)					
20. ท่านมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับท่านได้					
21. ท่านมีผู้ให้บริการด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่จะให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ท่านได้					
22. ท่านมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่เป็นที่ยปรึกษาได้ ในช่วงที่ท่านมีปัญหาสุขภาพ					
23. ท่านมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านไว้วางใจให้เป็นที่พึ่งหรือที่ปรึกษาด้านสุขภาพได้					

คำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
24. ท่านมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่คอยให้กำลังใจกับท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง					
25. ท่านสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพได้					
26. ท่านมีครอบครัวมากพอที่จะคอยช่วยเหลือท่านได้ หากท่านไม่สบายหรือเจ็บป่วย					
27. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือ ท่านมีญาติหรือเพื่อนที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือท่านได้					
28. ท่านมีครอบครัวอย่างน้อย 1 คนที่ให้การสนับสนุนกับท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง					
29. ท่านมีผู้สนับสนุนอย่างเข้มแข็งที่พร้อมเป็นกำลังใจให้กับท่าน					
30. ท่านมั่นใจว่าผู้ให้บริการสุขภาพจะเข้าใจท่าน เมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกับท่าน					
31. ท่านสามารถซักถามสิ่งที่ท่านเป็นกังวลหรือต้องการรู้กับผู้ให้บริการสุขภาพได้					
32. ท่านสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพได้					
33. ท่านซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น					
34. ท่านสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้หายข้อสงสัยได้					
35. ท่านมักพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ					
36. ท่านสามารถถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจในข้อมูลสุขภาพนั้นได้					
การจัดการสุขภาพตนเอง (จำนวน 11 ข้อ)					
37. ท่านมีข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างดีที่จะจัดการสุขภาพตนเอง					
38. ท่านมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยได้					

คำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
39. ท่านมีข้อมูลสุขภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองได้					
40. ท่านมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นและเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเอง					
41. ท่านให้เวลากับการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพตนเองเป็นอย่างมาก					
42. ท่านวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี					
43. ถึงแม้ว่าท่านจะมีภารกิจมาก แต่ท่านก็ยังสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้					
44. ท่านตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพตนเอง และจะทำให้ได้ตามที่ตั้งใจไว้					
45. ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ เพื่อคอยกำกับดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น					
46. ท่านปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ท่านอยู่ในสถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีได้					
47. ท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมด้านสุขภาพกับผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ					

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำแนะนำการใช้โปรแกรม

ชื่อโปรแกรมการพยาบาล

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

บทนำ

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นชุดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ออกแบบโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ รวมถึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

1. เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
2. เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเอง
3. เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ และมีทักษะการตัดสินใจ
4. เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดการพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มเป้าหมาย

บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุ 35-59 ปี และได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2564 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 4 (วัดคลองเรียน) ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และพบว่าเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre-HT) บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre-DM) และบุคคลที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม²

ผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ได้รับมอบหมายงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนประกอบของโปรแกรม

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (สำหรับพยาบาล)
2. แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. สื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย
 - 3.1 คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 3.2 สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ
 - 3.3 สื่ออินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระยะเวลาของโปรแกรม

การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย ชั้นเตรียมการ ชั้นดำเนินการ ทดลอง และชั้นสรุปผลการทดลอง

สถานที่จัดกิจกรรม

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 (วัดคลองเรียน) ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

1. แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโปรแกรมสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างเหมาะสม โปรแกรมมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) แนวทางการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) สื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ และสื่ออินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 1 การเตรียมตัวสำหรับพยาบาล และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

1. ประชาสัมพันธ์โครงการ รวบรวมรายชื่อบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุ 35-59 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre-HT) บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre-DM) และบุคคลที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม²
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และขั้นตอนในการดำเนินโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมแสดงความคิดเห็นและสอบถามรายละเอียดของโปรแกรม
3. วางแผนการจัดกิจกรรม สร้างกลุ่มช่วยเหลือกันระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมบนแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ตาม QR code ดังนี้



4. เตรียมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยทบทวนได้จาก
เครื่องมือสร้าง

เสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจัดทำโดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ
สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตาม QR code ดังนี้



5. เตรียมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในบุคคลที่มีความ
ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

5. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และขั้นตอนในการดำเนิน
กิจกรรมตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-8 และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามรายละเอียดของโปรแกรมจนเข้าใจ

6. เตรียมอุปกรณ์

5.1 อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบ
อิเล็กทรอนิกส์ (E-book) สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ และสื่ออินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับ
พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

5.2 จัดเตรียมสถานที่ บริเวณลานอเนกประสงค์ ศูนย์บริการสาธารณสุข
เทศบาล 4 (วัดคลองเรียน) ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการใช้โปรแกรม

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม

3. เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา 15 นาที

ผู้ดำเนินโปรแกรมแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (pre-test) และสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) เข้าร่วมกลุ่ม “ร่วมกันป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด” ที่ผู้ดำเนินโปรแกรมได้สร้างขึ้นบนแอปพลิเคชันไลน์ (Line) และสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเอง
3. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ และมีทักษะการตัดสินใจ
4. เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 30 นาที

2.2.2 ผู้ดำเนินโปรแกรมบรรยายให้ความรู้ประกอบคู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเนื้อหาประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ตาม QR code ดังนี้



หลังจากนั้นผู้ดำเนินโปรแกรมบรรยายให้ความรู้เรื่องการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ โดยผู้ดำเนินโปรแกรมจะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมถึงประสบการณ์การพบข่าวปลอมในสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่าง ๆ

หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการฝึก 6 ทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ฝึกทักษะความรู้ความเข้าใจ ผ่านการอ่านและสรุปใจความสำคัญจากอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. ฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผ่านการค้นหาข่าวปลอมผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก หรือเว็บไซต์อื่น ๆ พร้อมวิเคราะห์และให้เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นข่าวปลอม
3. ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผ่านการทำงานที่ได้รับมอบหมาย การส่งงานตามกำหนด การจดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. ฝึกทักษะการสื่อสาร ผ่านการส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่นและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มไลน์
5. ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยฝึกการสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ และค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องด้วยตนเอง
6. ฝึกทักษะการตัดสินใจ ผ่านการตัดสินใจส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับบุคคลอื่น และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 2-7

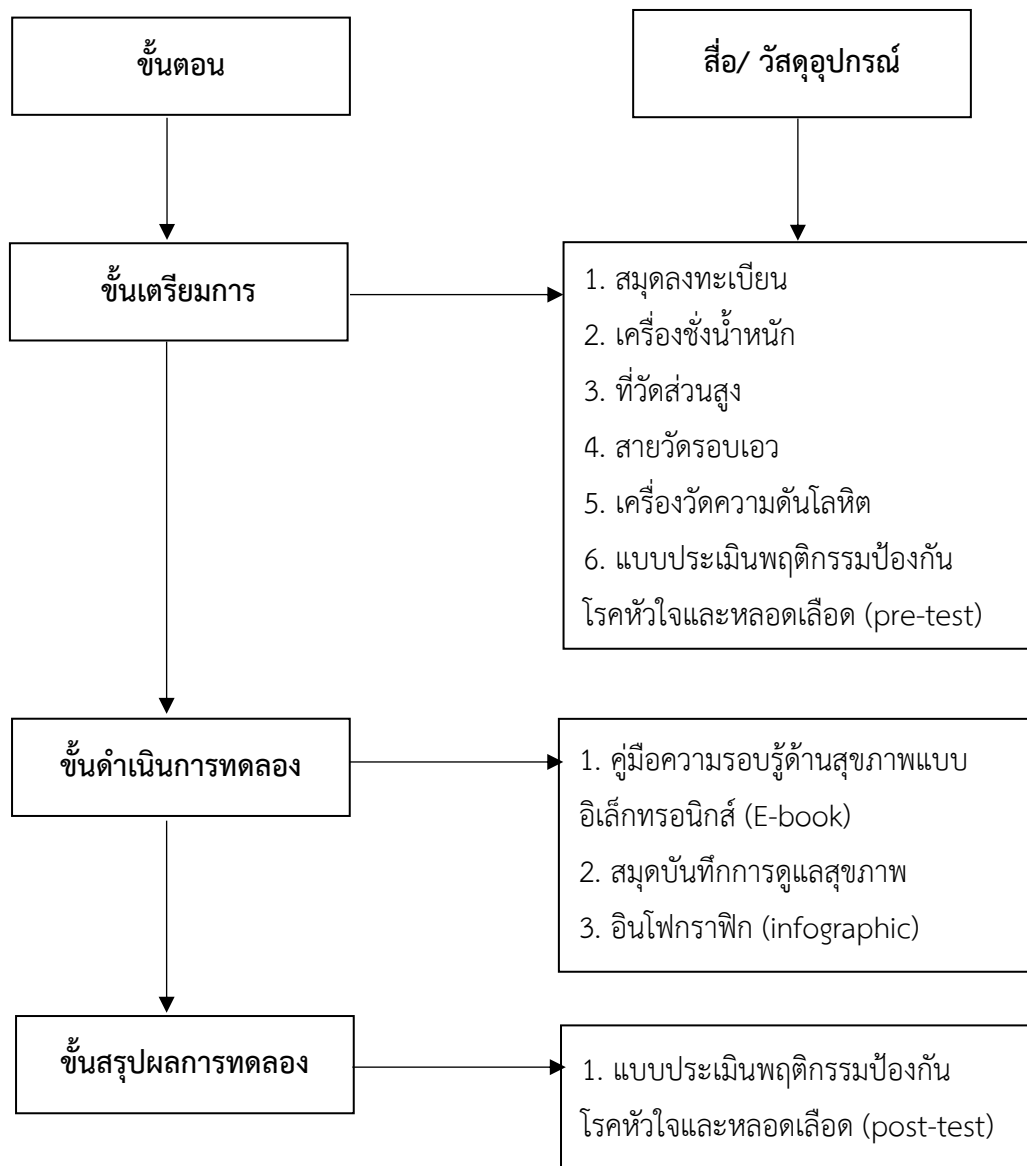
ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมฝึก 6 ทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ

1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอบถามถึงปัญหาอุปสรรค ให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมและทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละสัปดาห์ได้

สัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยสอบถามถึงการปฏิบัติตนตามโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึง ปัญหาและอุปสรรคตลอด 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างสรุปผลการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเอง แจ้งผลการประเมินให้กลุ่มทดลองรับทราบ และเน้นย้ำ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตอบ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (post-test)

แผนภูมิการใช้สื่อและวัสดุอุปกรณ์ของโปรแกรม



ภาพ 3. การใช้สื่อและวัสดุอุปกรณ์ของโปรแกรม

2. แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ชั้นเตรียมการทดลอง 2) ชั้นดำเนินการทดลอง และ 3) ชั้นประเมินผลการทดลอง ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 1 ชั้นเตรียมการทดลอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโปรแกรม 2. เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกัน	1. กล่าวทักทาย “สวัสดีค่ะ ดิฉันทีรณฎฐ์ ไวศยารักษ์ เป็นพยาบาล วิชาชีพคะ” 2. ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ และให้กลุ่มตัวอย่างลง	1. กล่าวทักทาย 2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ 3. รับลงทะเบียน ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกราย	1. ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ 2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมลงทะเบียน	1. สมุดลงทะเบียน 2. แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ 3. เครื่องชั่งน้ำหนัก 4. ที่วัดส่วนสูง 5. สายวัดรอบเอว	15 นาที	1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกราย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
โรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	<p>ลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์</p> <p>3. แจ้งผลการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>ตัวอย่าง “ผลการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของคุณพบว่า (แจ้งผลการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ทราบอย่างละเอียด)”</p>	<p>4. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณค่า BMI วัดค่าความดันโลหิต และจดบันทึกลงในสมุดคู่มือของผู้เข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>5. ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (pre-test)</p> <p>6. แจ้งผลการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมชั่งน้ำหนัก วัดค่าความดันโลหิต วัดส่วนสูง วัดรอบเอว</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (pre-test)</p> <p>5. รับฟังผลการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>6. สแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) เข้าร่วมกลุ่ม “ร่วมกันป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด” ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นบนแอปพลิเคชันไลน์ (Line) และสแกน</p>	6. เครื่องวัดความดันโลหิต		<p>2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์</p> <p>3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรับทราบข้อมูลการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกราย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วม โปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
			คิวอาร์โค้ด (QR Code) คู่มือความรู้ด้าน สุขภาพแบบ อิเล็กทรอนิกส์ (E-book)			

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเอง
3. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ และมีทักษะการตัดสินใจ
4. เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
1. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์	1. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ประกอบคู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) โดยเนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การ	1. บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดประกอบ E-book 2. สาธิตกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-8	1. รับฟังการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดประกอบคู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) 2. รับมอบหมายงาน 3. สาธิตย้อนกลับ	1. คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) 2. สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ 3. อินโฟการฟิก (infographic)	30 นาที	1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วม โปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเอง</p> <p>3. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้น วิจารณ์ญาณ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ และมีทักษะการตัดสินใจ</p> <p>4. เพื่อให้บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ หลังจากนั้นผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องการรู้เท่าทันสื่อในโลกออนไลน์ โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมถึงประสบการณ์การพบข่าวปลอมในสื่อช่องทางต่าง ๆ ในโลกออนไลน์</p>	<p>3. มอบหมายงาน พร้อมอธิบายตัวอย่างของงาน ทั้ง 2 ชั้น จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถทำได้ถูกต้อง</p> <p>5. มอบสมุดบันทึกการดูแลสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่าง</p> <p>6. ช่วยเหลือในการดำเนินโปรแกรมตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-8</p> <p>7. โทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p> <p>8. นัดหมายการสรุปผลในสัปดาห์ที่ 8</p>	<p>4. รับมอบสมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ และตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดกับผู้วิจัย และบันทึกไว้ในสมุด</p> <p>6. ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย</p>			<p>ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์</p> <p>ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเอง</p> <p>3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ และมีทักษะการตัดสินใจ</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วม โปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>2. ผู้วิจัยมอบหมายงานที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมต้องปฏิบัติกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชิ้นงาน โดยผู้วิจัยจะทำการสาธิตพร้อมยกตัวอย่าง ดังนี้</p> <p>ตัวอย่างงานที่ 1 ผู้วิจัยส่งอินโฟกราฟิก (infographic) เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดให้กับผู้เข้าร่วมโปรแกรมผ่านทางไลน์ส่วนตัว หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมอ่านทำความเข้าใจ และสรุปใจความสำคัญที่มี</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วม โปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>ความยาวไม่เกิน 5 บรรทัด ส่งกลับมาทางไลน์ส่วนตัว ของผู้วิจัย โดยในการส่ง งานครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจะทำ การตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลดังกล่าว หากไม่ ถูกต้องผู้วิจัยจะให้ คำแนะนำจนผู้เข้าร่วม โปรแกรมสามารถทำได้ อย่างถูกต้อง ก่อนให้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่งต่อ เข้ากลุ่มไลน์ได้ แต่ในการ ส่งงานครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วม โปรแกรมสามารถอ่านสรุป ใจความสำคัญ และส่งต่อ เข้ากลุ่มไลน์ได้ด้วยตนเอง</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วม โปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>ตัวอย่างงานที่ 2</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ค้นหาข่าวปลอม (fake news) ในโลกออนไลน์ ผ่านทางสื่อช่องทางต่าง ๆ เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) หรือเว็บไซต์ อื่น ๆ พร้อมทั้งอธิบาย เหตุผลว่าทำไมผู้เข้าร่วม โปรแกรมจึงคิดว่าข้อมูล ดังกล่าวเป็นข่าวปลอม และส่งข้อมูลการวิเคราะห์ ดังกล่าวกลับมาทางไลน์ ส่วนตัวของผู้วิจัย โดยใน การส่งงานครั้งที่ 1 ผู้วิจัย จะทำการตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลดังกล่าว</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>ก่อนให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่งต่อเข้ากลุ่มไลน์ได้ แต่ในการส่งงานครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถสรุปใจความสำคัญ และส่งต่อเข้ากลุ่มไลน์ได้ด้วยตนเอง</p> <p>3. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสาธิตย้อนกลับการใช้โปรแกรมตามที่ผู้วิจัยได้สาธิต โดยผู้วิจัยจะช่วยเหลือและแนะนำในทุกขั้นตอนจนกว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะสามารถทำได้อย่างถูกต้อง</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วม โปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>4. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรม สาธิตย้อนกลับการใช้ โปรแกรมได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจะมอบสมุดบันทึก การดูแลสุขภาพ โดยให้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกราย ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดกับผู้วิจัย และบันทึกไว้ในสมุดบันทึก การดูแลสุขภาพ พร้อมทั้ง ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม บันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่ สามารถปฏิบัติได้อย่าง เหมาะสมในทุกสัปดาห์</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วม โปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	5. ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ ติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรม ทุกสัปดาห์เพื่อสอบถามถึง การปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้คำแนะนำเมื่อ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมพบ ปัญหาและอุปสรรคขณะ ดำเนินโปรแกรมตลอด ระยะเวลา 8 สัปดาห์					

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุปผลการทดลอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรม

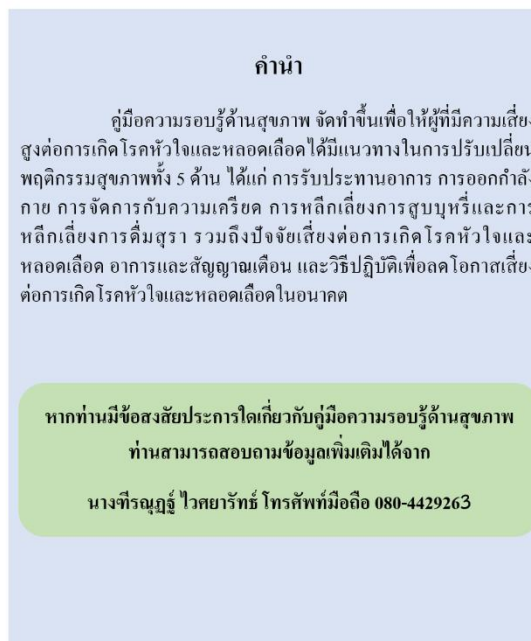
ระยะเวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>ขั้นสรุปผล</p> <p>1. เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>- ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (post-test) และเน้นย้ำการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุดการทดลองและกล่าวขอบคุณ</p>	<p>1. ผู้วิจัยสอบถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา</p> <p>2. ให้กลุ่มทดลองสรุปผลการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองและข้อมูลในสมุดบันทึก</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น</p>	<p>1. ตอบแบบสอบถาม</p> <p>2. พุดคุยถึงการปฏิบัติตน ปัญหาและอุปสรรคใน 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา</p>	<p>1. แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (post-test)</p>	15 นาที	<p>1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วม โปรแกรม	วัสดุและอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
		<p>พร้อมสอบถามและ สะท้อนความคิดเห็น เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม</p> <p>4. แจ้งผลการประเมิน</p>				

3. สื่อที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม

3.1 คู่มือความรู้ด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ตัวอย่าง)



หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์




การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง

ผู้ชายควรดื่มวันละไม่เกิน 2 แก้ว (เท่ากับเบียร์จำนวน 2 กระป๋อง ปริมาณ 660 มิลลิลิตร) และผู้หญิงไม่เกินวันละ 1 แก้ว (เท่ากับเบียร์จำนวน 1 กระป๋อง ปริมาณ 330 มิลลิลิตร)

3.2 สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ (ตัวอย่าง)

สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ
เพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด



จัดทำโดย
นางทีรณัฐ วัศยารักษ์
นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คำแนะนำในการใช้สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนการใช้สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีดังนี้

1. ให้ท่านเติมข้อมูลลงในช่องว่างให้ครบถ้วนสมบูรณ์และตรงกับความเป็นจริง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของท่าน
2. ให้ท่านตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน โดยระบุเป้าหมายของท่านในแต่ละสัปดาห์ หลังจากนั้นให้ท่านติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุก 1 สัปดาห์ และประเมินตนเองว่าสามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่
3. ให้ท่านบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมถึงการบันทึกผลการประเมินตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์
4. หากท่านสับสนบันทึกข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ท่านบันทึกทันทีที่นึกขึ้นได้ แนะนำให้ท่านจดบันทึกลงในสมุดบันทึกการดูแลสุขภาพก่อนเข้าอนเป็นประจำ เพื่อป้องกันการลืมบันทึก

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับสมุดบันทึกการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก
นางทีรณัฐ วัศยารักษ์ โทรศัพท์มือถือ 080-4429263

วิธีการบันทึกและการปฏิบัติในสมุดบันทึก

สัปดาห์ที่ 1

เป้าหมาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
 การจัดการความเครียด การตื่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม	วัน เดือน ปี ที่บันทึก					ความสำเร็จ
	1/1/65	3/1/65	4/1/65	6/1/65	7/1/65	
การรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน และอาหารที่มีเกลือ เช่น หนังไก่ทอด นางกระทิ ขม หวาน						<input checked="" type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ
การออกกำลังกาย						<input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ
การจัดการกับ ความเครียด						<input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ
การตื่นเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์						<input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ
การสูบบุหรี่						<input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ

ปัญหาและอุปสรรค... ตัวอย่างเช่น... ไม่สามารถทำต่อเนื่องติดต่อกันได้ทุกวัน
การแก้ไขปัญหา... ตัวอย่างเช่น... คือช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนสามารถทำติดต่อกันได้

*หมายเหตุ: หากท่านสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ถึงห้าครั้งขึ้นไป ถือว่าเป้าหมายนั้นสำเร็จ

3.3 สื่ออินโฟกราฟิก (infographic) ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน (ตัวอย่าง)

“ไขมันทรานส์” ภัยร้ายเบอร์ 1 แห่งวงการไขมัน



ทำไมถึงอันตราย ...

กับโรคไขมันทรานส์ **มากเกินกว่า 4%** ของพลังงานทั้งหมด จะทำให้คอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น

- โรคเบาหวาน
- มะเร็งเต้านม
- โรคอ้วน
- หลอดเลือดหัวใจ

ไขมันทรานส์ เกิดจาก...
 $\begin{matrix} \text{H} & \text{H} \\ | & | \\ -\text{C} & = & \text{C}- \\ | & | \\ \text{ไฮโดรเจน} & & \text{กรดไขมัน} \end{matrix} + \text{H}_2$
 การแปรรูปกรดไขมันด้วยการเติมไฮโดรเจนจะมีลักษณะแข็งของแข็งเพื่อช่วยเก็บอาหารได้นานไม่เหม็นหืน ไม่เป็นไข

ตัวอย่างอาหารที่มีไขมันทรานส์ (100กรัม)
 ปริมาณไขมันทรานส์ (มิลลิกรัม)

							
2,886	1,273	828	516	438	315	296	272
มากรีน	เนยแข็ง	โดนัท	ถั่วลิสง	พายแอปเปิ้ล	ชocolate	คุกกี้	ไอศกรีม

5 วิธี หลีกเลี่ยง ไขมันทรานส์

- หลีกเลี่ยงไขมันทรานส์ที่กล่าวถึง Partially Hydrogenated Oil หรือ Hydrogenated Oil
- อาหารที่มีส่วนประกอบของเนยเทียม และเนยขาว
- ลดการรับประทานเค้ก คุกกี้ คุกกี้
- เน้นการบริโภคผักและผลไม้ที่มีไขมันดี
- เลือกใช้น้ำมันดีเซลที่มีไขมันดี เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันปลา

“แค่รู้จักลด...ก็ปลอดภัย”

สิสโก้ | Unilever | Pigeon

ออกกำลังกาย ให้หัวใจแข็งแรง

การออกกำลังกายช่วยทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจ ลดปัจจัยการเกิดโรคหัวใจชนิดต่างๆ และยังทำให้ลดอัตราการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหัวใจลงอีกด้วย

จะเริ่มออกกำลังกายอย่างไร

- อบอุ่น (Warm Up)** ร่างกายให้พร้อม ประมาณ 5-10 นาที
- ออกกำลังกายตามความสามารถ** ที่จะกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ถึงระดับที่มีอัตราชีพจร 60-80% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด (220- อายุ) เน้นความปลอดภัย โดยเพิ่มระยะเวลาออกกำลังกายก่อน จากนั้นจึงเพิ่มความหนักในการออกกำลังกาย
- ออกกำลังกายต่อเนื่อง 20-60 นาทีต่อวัน** ความถี่ 3-5 วันต่อสัปดาห์ หรือ 1,000 kcal ต่อสัปดาห์
- ยืดเหยียดร่างกาย (Cool Down)** หลังออกกำลังกาย โดยทำให้หัวใจลงช้าลง 5-10 นาที

อ้างอิงข้อมูลจาก : แผนสุขภาพ “ออกกำลังกาย หัวใจแข็งแรง” สถาบันโรคทรวงอก ตรวจสอบข้อมูลโดย : แพทย์หญิงดวงรงกัญญา รุ่งอรุณรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผลิตและเผยแพร่โดย : งานประชาสัมพันธ์

3.3 สื่ออินโฟกราฟิก (infographic)

ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 5 ด้าน (ตัวอย่าง) (ต่อ)

เครียดได้กลายเป็น
INFOGRAPHIC

9 วิธีจัดการความเครียด

- 11.11** **สังเกต**
บันทึกความรู้สึกและอารมณ์ของตัวเอง สังเกตพฤติกรรม และนิสัยของตัวเอง
- 11.12** **ทำกิจกรรม**
ทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น เล่นกีฬา หรือทำอาหารที่ชอบ "Cooking class"
- 11.13** **พักผ่อน**
พักผ่อนอย่างเต็มที่ สดชื่น และผ่อนคลาย
- 11.14** **ผ่อนคลาย**
ฟังเพลงที่ชอบ นั่งสมาธิ หรือทำโยคะ
- 11.15** **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**
ปรึกษานักจิตวิทยา หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- 11.16** **ออกกำลังกาย**
ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 30 นาที
- 11.17** **เขียนไดอารี่**
เขียนความรู้สึกและอารมณ์ของตัวเองลงในไดอารี่
- 11.18** **ฝึกทักษะ**
ฝึกทักษะใหม่ๆ เช่น เรียนภาษา หรือเล่นดนตรี
- 11.19** **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**
ปรึกษานักจิตวิทยา หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ตระหนัก ไม่ตระหนก

เกิดอะไรขึ้นกับร่างกาย
เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก

NOTE: ปริมาณแอลกอฮอล์ที่เข้าสู่กระแสเลือดขึ้นอยู่กับปริมาณที่ดื่มและระยะเวลาในการดื่ม

อาการทำให้ หลอดอาหาร ระบายท้อง และเกิดเป็นมะเร็งหลอดอาหาร

เพิ่มความเสี่ยงในการสำลักอาหาร ทำให้อาจมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปใน ปอด

ทำให้ หลอดเลือด ขยายตัว
หัวใจเต้นช้าลง รูปร่าง ความดันโลหิตลดลง

ดื่ม ทำให้แอลกอฮอล์ >10 กรัมต่อชั่วโมง ปริมาณมากทำให้เกิดพิษเฉียบพลันและอันตราย

ทำให้ กระเพาะอาหาร ระบายท้องและเป็นแผล

เร่งการขับปัสสาวะ

การทำงานของสมองส่วนหน้า ลดลง
ทำให้ประมวลเหตุผล และตัดสินใจไม่ได้

การทำงานของ ระบบสืบพันธุ์
ที่กำหนัดควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมลดลง ทำให้ก้าวร้าว ไม่กลัว ไม่กังวล

ส่งผลต่อ สรีรกรรม ที่ควบคุมกล้ามเนื้อ ทำให้ไม่สามารถทรงตัวและเคลื่อนไหวได้ปกติ จึงเวียนศีรษะ และอาเจียน

เกิดอาการ "เมา"
แม้วิดิตดูลูกไม่กินนมมารู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนแอลงก็อาจเกิดอาการเมาพิษประสาธเพื่อการศึกษาเท่านั้น

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์คืออะไร?
คือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ เอทานอล (Ethanol) ซึ่งเกิดจากการหมักหรือพืช ผลไม้ หรือยีสต์ กับน้ำตาล

ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ถ้า...
ดื่มน้ำดื่ม ดื่มน้ำกรรตทำงานกับเครื่องจักร อายุอยู่ต่ำกว่า 21 ปี

เกิดอะไรขึ้นเมื่อสูบบุหรี่?

ควินนอร์เข้าสู่ร่างกายทำให้ เซลล์สมอง หลอดลมและปอดถูกทำลาย

คาร์บอนมอนอกไซด์ แยกออกซิเจนจับ เซลล์เม็ดเลือดแดง

ทำให้ห้องอกซิเจนในเลือดลดลง

70% ของ คาร์บอน ควินนอร์สะสมในปอด ทำให้ปอดมีสีดำ

นิโคติน เข้าถึงสมอง ภายในเวลา 10 วินาที และเพิ่มระดับ โดพามีน

Dopamine

สารสื่อประสาทที่ทำให้รู้สึกพอใจ สุขใจ

หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันสูงขึ้น

สนับสนุนโดย สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2021 – St – Nur – 040 (Internal)

ชื่อโครงการ: ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลที่มีความสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2021 - St – Nur 045 (Internal)

ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางศิริณัฐ ไวกษารัตน์

หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง: 16 ธันวาคม 2564

วันที่หมดอายุ: 16 ธันวาคม 2566

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนด์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม).....

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ทุมคง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางทีรณัฐ ไวศยาร์ธ

รหัสนักศึกษา 6210420015

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2556

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับระหว่างการการศึกษา)

- ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ประจำปี ประจำปีการศึกษา 2564 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC)

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลหาดใหญ่