ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

Effect of Behavioral Modification Program with Support Group on Nutritional Behaviors in Patients with Ischemic Heart Disease

ดวงตา สุวรรณรัตน์

Duangta Suwanarut

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้เขียน นางดวงตา สุวรรณรัตน์

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

……..….....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

……..
(รองศาสตราจารย์ไหมไทย ศรีแก้ว)

คณะกรรมการสอบ

……..ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิสระมาลัย)

……...……...…กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

……...…...….กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ไหมไทย ศรีแก้ว)

……...……...…กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์)

……...……...…กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

……..
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
ผู้เขียน นางดวงตา สุวรรณรัตน์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 52 ราย โดยจัดเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 26 ราย และจัดเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองจำนวน 26 ราย โดยมีการประชุมกลุ่ม 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที และมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ 1) แผนดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง 2) คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 3) แบบบันทึกการรับประทานอาหาร และ 4) ภาพพลิกอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สำหรับเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย และหาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไค-สแควร์ และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง สามารถช่วยสนับสนุนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้

The sis title	Effect of Behavioral Modification Program with Suppo Nutritional Behaviors in Patients with Ischemic Heart Disease
Author	Mrs. Duangta Suwanarut
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2009

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of Behavioral Modification Program with Support Group on Nutritional Behaviors in patients with ischemic heart disease. The 52 subjects were purposively selected and equally divided into control group (n = 26) and the experimental group (n = 26). The control group received routine care in the hospital and an experimental group received Behavioral Modification Program with Support Group from the researcher. One-hour weekly group meetings were conducted 4 times. Three phases of group process were carried out, i.e., 1) introductory phase, 2) intervention phase, and 3) final phase. The instruments of the research included 1) a behavioral modification program with support group, 2) a nutrition manual for ischemic heart disease patients, 3) a daily nutrition record, a food picture presentation for patients with ischemic heart disease. The instruments for data collection were 1) a demographic data questionnaire and 2) a nutritional behaviors questionnaire.

All instruments were tested for validity by 5 experts and reliability was tested for the content validity of the Nutritional behavioral questionnaire was tested for internal consistency using Cronbach's alpha coefficient a value of .85. The demographic data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, and chi-square. The research hypothesis testing was conducted by comparing the nutritional behaviors of the control group and experimental group using paired and independent t-test.

The results revealed that:

1. The mean total score of nutritional behaviors after intervention in experiment group was significantly higher than before intervention ($p < .001$).

2. The mean total score of nutritional behaviors after intervention in experiment group was significantly higher than in the control group ($p < .001$).

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ..... (3)

ABSTRACT……. (5)

สารบัญ..... (8)

รายการตาราง..... (11)

รายการภาพประกอบ..... (12)

บทที่ 1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์การวิจัย…..... 3

คำถามการวิจัย..... 4

สมมติฐานการวิจัย..... 4

กรอบแนวคิด..... 4

นิยามศัพท์..... 8

ขอบเขตการวิจัย..... 8

ความสำคัญของการวิจัย..... 9

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... 10

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด..... 11

ความหมายของโรคหัวใจขาดเลือด..... 11

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด..... 11

ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำ..... 13

ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด..... 17

ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพฤติกรรมการด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด..... 18

ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด……... 18

พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด..... 19

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด..... 27
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด..... 29
รูปแบบและวิธีส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด……. 32
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วย
โรคหัวใจขาดเลือด……..……... 33
แนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเพื่อควบคุมพฤติกรรมด้านโภชนาการ
ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด..... 36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 47
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... 49
การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง..... 50
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 50
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 59
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... 62
ผลการวิจัย..... 63
การอภิปรายผล..... 75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... 86
สรุปผลการวิจัย..... 86
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 88
บรรณานุกรม..... 90
ภาคผนวก..... 100
ก การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง..... 101
ข ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ..... 103

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ค การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม……. 106

ง การคำนวณ effect size …..……. 114

จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล…….. 115

ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย..... 119

ช คำถามที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่อยู่ในระยะเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง……... 127

ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ……..... 128

ประวัติผู้เขียน..... 129

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไค-สแคว์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ……..…….....	63
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไค-สแคว์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ……..……	67
3	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมและผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที …….....	70
4	แสดงค่าต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมและผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติที……..……	72
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่……..	73
6	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ……..	75
ข 1	การทดสอบโดยใช้การทดสอบการแจกแจงปกติ Shapiro-Walk ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.....	104
ข 2	การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการแยกรายด้านของกลุ่มทดลอง……..	104
ข 3	การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการแยกรายด้านของกลุ่มควบคุม……..……	105

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง **หน้า**

ข 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... 10

ค 1 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นรายข้อของกลุ่มควบคุม..... 106

ค 2 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นรายข้อของกลุ่มทดลอง..... 110

รายการภาพประกอบ

ภาพ **หน้า**

1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 7

2 แนวทางการดำเนินการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วม
กับกลุ่มประคับประคองกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วย
โรคหัวใจขาดเลือด……..…..... 61

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกในศตวรรษปัจจุบัน และเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกอย่างน้อย 17 ล้านคนต่อปี หรือประมาณหนึ่งในสามของการตายทั้งหมดทั่วโลก ทั้งนี้พบว่าเริ่มมีการระบาดของโรคเพิ่มมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาและกลุ่มประชากรด้อยโอกาส สำหรับในประเทศไทยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายมานานกว่า 20 ปี (ฉายศรี, 2550) และยังพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะมีอายุน้อยลง (ปัณวิทย์, 2550) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้อัตราการเกิดโรคและการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นมาจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด และภาวะอ้วน เป็นต้น (รวิภา, 2551; สรณ, 2551) และปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้อัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีระดับโคเลสเตอรอล ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำและระดับไตรกลีเซอไรด์สูง มีรสเค็มจัด หวานจัด อาหารที่มีพลังงาน โปรตีน และคาร์โบไฮเดรตสูงเกินความต้องการของร่างกาย ไม่ถูกสัดส่วน และมีภาวะอ้วน ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน (นัยนา, 2543; รวิภา, 2551; วีนัส, สุภาณี, และถนอมขวัญ, 2545; สรณ, 2551; Mead et al., 2006) เนื่องจากอาหารเหล่านี้จะทำให้เกิดการสะสมของระดับไขมัน โคเลสเตอรอลและระดับของไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมากขึ้น และในทางกลับกันจะทำให้ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงลดลง ซึ่งระดับไขมันและโคเลสเตอรอลที่สูงเกินความต้องการของร่างกายจะลอยไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดแดง เมื่อมีการสะสมเป็นระยะเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการตีบตัน ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อดันเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจตีบแคบลง หัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา (พจนา, 2541; รวิภา, 2551)

นอกจากนี้ผลจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันที่รับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตประจำวันมากขึ้น จนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการ

รับประทานอาหาร เนื่องจากการมีชีวิตที่เร่งรีบ โดยเฉพาะในสังคมเมืองที่ต้องแข่งกับเวลา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงหันมาพึ่งอาหารสำเร็จรูปซึ่งเป็นอาหารประเภทโปรตีนและไขมันเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาหารเหล่านี้สามารถหาซื้อได้ง่าย มีความสะดวก รวดเร็ว และไม่ต้องเสียเวลาในการปรุงอาหาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีระดับไขมันเกินความต้องการของร่างกาย จากพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นและยังส่งผลกระทบต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคมากขึ้นเช่นกัน (วินัย, 2545; วิมลรัตน์, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามความเคยชินกับรสชาติอาหารแบบดั้งเดิม และมีการรับประทานอาหารตามความชอบมากกว่าการคำนึงถึงคุณค่าของอาหาร (วลัย, 2547; อบเชย, 2542) รวมถึงการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดยังมีพฤติกรรมไม่สนใจที่จะเริ่มดูแลสุขภาพของตนเองจนกว่าจะมีอาการของโรคเกิดขึ้น หรืออาจเกิดอาการของโรคแล้วแต่ยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ หรือการที่ผู้ป่วยเป็นโรคหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคแล้วไม่ได้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเครื่องมือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และสิ่งที่เป็นปัญหาในการดูแลและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย คือ การให้คำแนะนำและการกำหนดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคลากรทางการพยาบาลไม่ชัดเจนและไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จึงทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มมากขึ้นตามมา (พิมพา, 2549; ลัดดาวรรณ, 2544)

วิธีการช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคและควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีความรุนแรงมากขึ้น สามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (วีนัสและคณะ, 2545) ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โคเลสเตอรรอล ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอาหารที่มีพลังงานสูงเกินความต้องการของร่างกาย ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวาน รวมถึงเครื่องดื่มต่างๆ ที่ส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้น และเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะกับสภาวะของโรคทั้งในด้านของการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหารที่รับประทาน (วินัย, 2545) อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่ทำได้ยากจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ (Prochaska et al., 1983 อ้างตาม Thomas, 2000) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และ 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และใช้แนวคิด

การทำกลุ่มประคับประคองเข้ามาช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำแนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเข้ามาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าการจัดให้ผู้ป่วยได้รับความรู้โดยผ่านการทำกลุ่ม สามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาโดยการใช้กระบวนการทำกลุ่มในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ พบว่าภายหลังจากเข้าร่วมการทำกิจกรรมโดยผ่านการทำกลุ่ม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและแรงกระตุ้นจากผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน รวมถึงบุคลากรทางการพยาบาลในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และการได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม (พัชราภรณ์, ลออ, นิลพรรณ, ศักดิ์, และพันทิพย์, 2547; รัศมี, 2542; สุพรรัตน์, สมบัติ, และดวงฤดี, 2548) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเข้ามาช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน และบุคลากรทางการพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการมากขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรคที่ตนเป็นอยู่ และผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการระหว่างผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองและผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับบริการตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองหรือไม่

2. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองมีพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการบริการตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการระหว่างผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองสูงกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการบริการตามปกติ

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ (Prochaska et al., 1983 อ้างตาม Thomas, 2000) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะเริ่มคิดตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้เริ่มรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเดิมของตนไม่เหมาะสม และเริ่มมีแนวโน้มในการแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและวิธีการสร้างพฤติกรรมใหม่ เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตน ซึ่งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 2 กระบวนการ (Prochaska et al., 1983 อ้างตาม ไหมไทย, 2547; Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998) คือ

1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และ 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเข้ามาช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของโรค โดยการจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการทำกิจกรรมกลุ่มตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

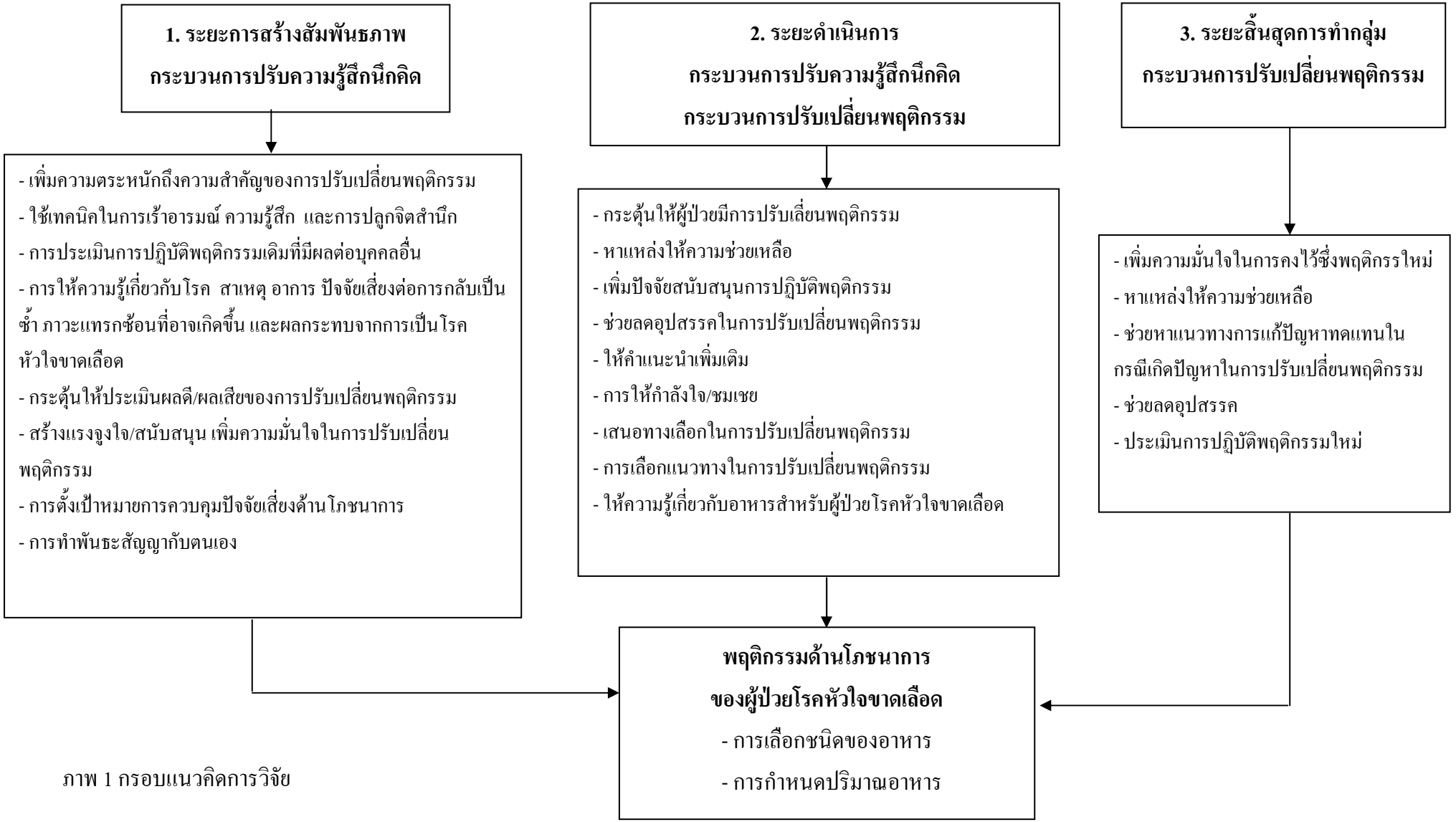
1. ระยะการสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะแรกของการพบกลุ่ม ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มใช้กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการปลูกจิตสำนึก เพื่อเพิ่มการรับรู้สาเหตุและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การเร้าอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบเดิมที่เคยปฏิบัติให้เปลี่ยนเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการประเมินพฤติกรรมเดิมของตนในขณะที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสนับสนุนให้ทำพันธะสัญญากับตนเอง เพื่อพัฒนาการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการหลังจากที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของตน พร้อมทั้งการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบจากการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับไปคิดทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมเดิมของตน เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่

2. ระยะดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มใช้กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิดร่วมกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันหาแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม ช่วยลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ พร้อมทั้งการให้แนะนำเพิ่มเติม การให้คำชมเชย การให้กำลังใจ การเสนอทางเลือก และช่วยเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดโดยครอบคลุมทั้งในด้านของการเลือกชนิดของอาหาร และการกำหนดปริมาณอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับจากกลุ่มและผู้วิจัยไปใช้ประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตามแนวทางที่ผู้ป่วยเลือก ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน สร้างความมั่นใจในแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่ที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง การให้

กำลังใจและเพิ่มความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแบบใหม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การให้แรงเสริม สนับสนุน หาแหล่งให้ความช่วยเหลือ การหาแนวทางการแก้ปัญหาทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การช่วยลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างปัจจัยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งการจัดให้สมาชิกกลุ่มประเมินผลของการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลดี/ผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ควรปรับปรุง และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตามแนวทางที่เลือกไว้อย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากนี้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองผู้วิจัยใช้เทคนิคในการให้ความรู้ การให้คำปรึกษาและการจัดให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างการทำกลุ่ม ซึ่งการใช้เทคนิคดังกล่าวข้างต้นจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้สำรวจปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญหน้ากับปัญหา และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม (ศันสนีย์, 2545) และยังช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทักษะในการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการด้วยตนเอง สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการทำกลุ่มไปวางแผนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการตามแนวทางที่ผู้ป่วยเลือกอย่างต่อเนื่องต่อไป



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง หมายถึง แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ (Prochaska et al., 1983 อ้างตาม Thomas, 2000) ซึ่งประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการนำแนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการทำกลุ่ม 3 ระยะ คือ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เข้ามาช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างเหมาะสม มีการประเมินผลโดยการสัมภาษณ์ การซักถามข้อมูลย้อนกลับ และแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์

พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดด้านการควบคุมพฤติกรรมด้านโภชนาการครอบคลุมถึงชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน โดยจัดให้ผู้ป่วยประเมินตนเองจากแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยนำแนวทางการสร้างข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของพิกุล (2550) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การได้รับบริการตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือตามกิจวัตร เช่น การวัดสัญญาณชีพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมพฤติกรรมด้านโภชนาการ จากพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคใต้

ความสำคัญของงานวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการนำแนวคิดการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของโรคต่อไป

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการกลับเป็นซ้ำ

1.1 ความหมายของโรคหัวใจขาดเลือด

1.2 ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด

1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำ

1.4 ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2. ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2.1 ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2.2 พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2.3 การประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

3. รูปแบบและวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

3.1 กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of change) เพื่อควบคุมพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

3.2 แนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเพื่อควบคุมพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด

ความหมายของโรคหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากการตีบแคบหรือการอุดกั้นการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารี่จากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Aterosclerosis) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงโดยมีการจับตัวของก้อนไขมันบริเวณเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเล็ก ๆ ในหลอดเลือด (อุไร, 2543) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมาเลี้ยงลดลง และเมื่อเกิดการอุดกั้นเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงมีการตีบแคบมากขึ้น การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่หัวใจลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา (กอบกุล, 2546)

ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีภาวะคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการเกิดโรคมีปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย โดยเฉพาะปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของบุคคลที่แตกต่างกัน หรือมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ประวัติของบุคคลในครอบครัว ลักษณะบุคลิกภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มพวกชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีระดับไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง (เสาวมาศ, 2540) ส่งผลให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น ทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น จากอาการของโรคหัวใจขาดเลือดที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

1.1 ความปวด เป็นผลกระทบที่สำคัญ เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความรู้สึกว่าอาการของโรคคุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการของโรคอย่างเฉียบพลัน ความปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้ทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น และทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (เดือนฉาย, 2540; ประวิชช์, 2546; รพีพล, 2549)

1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากอาการของโรค ความอ่อนเพลีย ความไม่สุขสบาย ร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออก หายใจเหนื่อย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (อุไร, 2542)

1.3 การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากความเจ็บปวดจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะรบกวนแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น (อุไร, 2542)

1.4 รูปแบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง จากการทำงานของลำไส้ลดลง หรือการเกิดอาการท้องผูก ผู้ป่วยต้องออกแรงเบ่งถ่าย ส่งผลให้แรงเบ่งในช่องท้องเพิ่มขึ้นเกิดแรงดันในช่องอกมากขึ้นตามมา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะและอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ (อุไร, 2542)

1.5 สติปัญญาและการรับรู้เปลี่ยนแปลง จากภาวะของโรคทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการที่สมองขาดออกซิเจนจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน ความคิดและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง เกิดปัญหาในการดูแลตนเองตามมา (อุไร, 2542)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

จากพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ทุกขณะ ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ดังนี้

2.1 ความวิตกกังวล จากอาการของโรคที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล กลัวความตาย กลัวความไม่ปลอดภัย และกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะของการถอยหนีหรือปฏิเสธหรือไม่ยอมรับ ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจเลือกแนวทางดูแลภาวะสุขภาพของตน (เดือนฉาย, 2540; ประวิชช์, 2546; รพีพล, 2549)

2.2 ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาให้เห็นในรูปของการร้องไห้ ความสิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ลดลง เกิดภาวะกดดันภายในจิตใจ ซึ่งล้วนเป็นผลกระทบที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง จากการศึกษาของโครว์, รูเนียส, แอปปิเซน, โอนริดต์ และสเตรนเนอร์ (Crowe, Runious, Ebbesen, Oldridge, & Streiner, 1996) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 9

2.3 ความมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุมการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ออกมาในรูปของการปฏิเสธความเจ็บป่วยเพื่อต่อต้านหรือหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้น (อุไร, 2542) ซึ่งเป็นที่มาของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็นคนไร้คุณค่า หมดหวัง ว้าเหว่ ต้องมีการพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลอื่นในสังคมมากขึ้น (วิจิตรา, 2544)

3. ผลกระทบด้านสังคม

จากภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดบทบาทของตนเอง ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานประจำที่เคยทำอยู่หรืออาจต้องเปลี่ยนประเภทของงานให้เหมาะสมกับสภาวะเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททั้งในครอบครัวและในการดำเนินชีวิตในสังคม ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทของตนได้อย่างเต็มที่ (อุไร, 2542)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องจากอาการของโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน เกิดความรู้สึกว่าอาการของโรคคุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการของโรคอย่างเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ท้อแท้ หมดกำลังใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดบทบาทของตนเอง เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำ

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นได้ถ้าผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค ได้แก่

1. อาหาร เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลทำให้ความรุนแรงของโรคและการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากการที่ร่างกายมีระดับไขมันหรือโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ถูกสัดส่วนหรือมีการรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันสัตว์ น้ำมันปาล์ม เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด สมองสัตว์ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เช่น หอยนางรม ปลาหมึก เป็นต้น (Carroll & Karen, 2001) จะทำให้ร่างกายเปลี่ยนสภาพอาหารเป็นก้อนไขมันเพิ่มขึ้นและลอยไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจอุดตันและตีบแคบลง การไหลเวียนของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง จึงเกิดโรคหัวใจขาดเลือดตามมาได้ (กอบกุล, 2546) ดังนั้นในการปรุงอาหารแนะนำให้ใช้วิธีการปิ้ง ย่าง หรืออบแทนการทอด และเปลี่ยนมาใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ เนื่องจากน้ำมันพืชจะมีกรดไลโนเลอิกที่เป็นตัวนำโคเลสเตอรอลไปเผาผลาญได้ดีกว่า (Carroll & Karen, 2001) อาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค ได้แก่

1.1 อาหารที่มีระดับไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง เป็นอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคโดยเฉพาะอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันจากสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด สมองสัตว์ อาหารทะเล รวมทั้งมันกุ้ง มันปูน้ำกะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนย

ประเภทต่างๆ เนื่องจากอาหารเหล่านี้มีส่วนสำคัญที่ทำให้ระดับไขมันและโคเลสเตอรรอลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นเกินความต้องการของร่างกาย ซึ่งไขมันส่วนเกินนี้จะลอยไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบ เมื่อมีการสะสมมากขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดตามมาได้

1.2 อาหารที่มีรสเค็มและพลังงานสูง เป็นอาหารที่มีโซเดียมและพลังงานเป็นส่วนประกอบ จะพบได้ในอาหารที่ปรุงโดยใช้เกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น อาหารกระป๋อง น้ำปลา อาหารหมักดองชนิดต่าง ๆ ซึ่งอาหารที่มีรสเค็ม จะทำให้มีระดับของโซเดียมและโพแทสเซียมในร่างกายสูงขึ้น เป็นผลให้ร่างกายมีการดูดน้ำกลับเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มสูงขึ้นจนอาจทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการของภาวะน้ำเกินหรือมีอาการบวมอย่างรุนแรงได้ และยังทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (อุไร, 2542) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดต้องมีการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและโพแทสเซียมสูง หรืออาหารที่ต้องปรุงแต่งรสชาติด้วยเครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น น้ำปลา เต้าเจี้ยว น้ำตาลทราย เป็นต้น จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและการกลับเป็นซ้ำของโรคลงได้ (Carroll & Karen, 2001; Susans, 2007) ส่วนอาหารที่มีพลังงานสูงจะทำให้ร่างกายเกิดภาวะโภชนาการเกินส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนสภาพอาหารเป็นไขมันเพิ่มขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเฉพาะในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (มนต์ชัย, 2550)

1.3 อาหารที่มีรสหวาน จะพบได้ในอาหารประเภทน้ำตาลแปรรูปต่างๆ เช่น ลูกกวาด น้ำผึ้ง น้ำอัดลม น้ำหวาน เป็นต้น ซึ่งอาหารที่มีระดับน้ำตาลสูงจะทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจนทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปสะสมไว้บริเวณผิวหนังในรูปของไขมันเพิ่มมากขึ้น (สมจิตต์และวารี, 2549) และยังพบว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าปกติจะทำให้ร่างกายเปลี่ยนน้ำตาลเป็นไขมันได้มากกว่าการเปลี่ยนเป็นไกลโคเจน ทั้งนี้เนื่องจากน้ำตาลจะเปลี่ยนเป็นกลูโคสและถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็วจนร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลส่วนเกินไปใช้เป็นพลังงานได้ทัน จึงทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดตามมาภายหลังได้ (วินัย, 2545)

1.4 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน มีผลทำให้ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำและระดับของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (วรรณี, 2543; วิมลรัตน์, 2543)

2. ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับแรกที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของระดับไขมันและโคเลสเตอรอลจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันจากการที่ไขมันหรือโคเลสเตอรอลเดินทางตามกระแสเลือดไปเกาะกับไลโพโปรตีน (lipoprotein) และตกตะกอนลอยไปจับบริเวณผนังหลอดเลือด หลอดเลือดเกิดการตีบแคบลง ประสิทธิภาพการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไป

ยังส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่สะดวก เซลล์ร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยง โดยเฉพาะเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้หัวใจขาดเลือดจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (กอบกุล, 2546) นอกจากนี้การที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงจะส่งผลทำให้การทำงานของสมองและไขสันหลัง ตับ ต่อมหมวกไต ไต และระบบน้ำดีเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะสมองและไขสันหลัง ซึ่งหากร่างกายมีระดับของไขมันหรือโคเลสเตอรอลสูงเกินความต้องการจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้ (Carroll & Karen, 2001) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดควรเน้นการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยจำพวกผักและผลไม้ เช่น ผักคะน้า ผักกาด ฝรั่ง ส้ม ซึ่งเป็นอาหารที่ช่วยให้ร่างกายมีการดูดซึมไขมันได้น้อยลง อาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ อาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 อาหารที่ทำมาจากถั่วเหลือง จะช่วยลดระดับของโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำลงได้ (Carroll & Karen, 2001; Susans, 2007) ซึ่งไขมันที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัว ใจขาดเลือดซ้ำ ได้แก่

2.1 ไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) เป็นโคเลสเตอรอลชนิดร้ายที่มีขนาดเล็กกว่าไคโลไมครอน ผลิตมาจากตับ ทำหน้าที่ในการขนถ่ายโคเลสเตอรอล หากร่างกายมีระดับของ LDL ในเลือดสูงกว่าปกติจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะเพิ่มโอกาสของการเกิดตะกอนของไขมันลอยไปเกาะที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้การทำงานของเนื้อเยื่อเอ็นโดทีเลียมผิดปกติและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มการสะสมของโคเลสเตอรอลบริเวณผนังของหลอดเลือดแดงจนกลายเป็นโรคหลอดเลือดโคโรนารี่แข็งได้ (บารมี, 2544; เสาวลักษณ์, 2550)

2.2 ไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) เป็นไลโพโปรตีนชนิดดีที่มีขนาดเล็กที่สุด ประกอบด้วย โปรตีน ที่ผลิตจากตับและทางเดินอาหาร ทำหน้าที่ในการขนส่งโคเลสเตอรอลออกจากผนังหลอดเลือดไปยังตับเพื่อทำลาย (catabolism) การที่ร่างกายมีระดับของไลโพโปรตีนชนิดนี้สูงจะเป็นตัวช่วยในการนำโคเลสเตอรอลจากเซลล์กลับไปทำลายที่ตับมากขึ้น ลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดลงได้ (อุไร, 2543)

2.3 ไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) เป็นไขมันที่ให้พลังงานแก่กล้ามเนื้อ การรับประทานไขมันชนิดอิ่มตัวหรืออาหารจำพวกแป้งในปริมาณมากเป็นเวลานาน จะทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ (กอบกุล, 2546)

3. ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น และเพิ่มแรงเสียดทานต่อเซลล์เอ็นโดทีเลียม มีผลทำให้เซลล์เอ็นโดทีเลียมที่บุผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหาย เกิดการฉีกขาด และเกิดภาวะหลอดเลือดโคโรนารีแข็งตามมา (กอบกุล, 2546)

4. การสูบบุหรี่ เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคและทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกิดจากสารในบุหรี่ คือ ทาร์ นิโคตินและคาร์บอน

โมนอกไซด์ โดยที่ทาร์จะมีส่วนผสมของไฮโดรคาร์บอนและสารก่อมะเร็ง ส่วนสารนิโคตินจะกระตุ้นการหลั่งของอีพิเนพฟรินและนอร์อิพิเนพฟริน ซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มปริมาณการหลั่งกรดไขมันอิสระ (free fatty acid) และกลูโคส มีผลให้เซลล์เอ็นโดทีเลียมได้รับความเสียหายและการทำหน้าที่เสียไป ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งตามมา (กอบกุล, 2546)

5. ขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้จากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้พลังงานที่สะสมไว้ในรูปของไขมันจากการรับประทานอาหารได้ ทำให้ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงลดลง ในทางกลับกันจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้นตามมาด้วย (กอบกุล, 2546; สุจินดา, สุดาพรรณ, และอรุณศรี, 2546)

6. โรคอ้วน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจขาดเลือด ในปัจจุบันโรคอ้วนเป็นสาเหตุใหญ่ของการเสียชีวิต แม้ว่าโรคอ้วนอาจจะเกิดจากกรรมพันธุ์หรือโรคบางชนิด แต่ในปัจจุบันสาเหตุใหญ่ของโรคอ้วนเกิดจากการรับประทานอาหารหรือการมีจำนวนแคลอรี่มากเกินกว่าการเผาผลาญแคลอรี่จากกิจกรรมประจำวัน การมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความอ้วนยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อีกหลายอย่าง คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และการขาดการออกกำลังกาย (กอบกุล, 2546) และยังมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับไตรกลิเซอไรด์และระดับโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำ ในขณะเดียวกันจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูงลดลง (สมจิตต์และวารี, 2549)

7. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 2 เท่าของคนปกติ เนื่องจากการเป็นโรคเรื้อรังนานๆ จะทำให้ผนังหลอดเลือดเล็กลง แข็งและเปราะบาง เป็นผลให้หลอดเลือดเกิดการฉีกขาดได้ง่าย นอกจากนี้จากภาวะดื้อต่ออินซูลินจะทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทำให้มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดแดงชั้นในถูกทำลาย กระตุ้นให้เกิดปื้นของไขมันเพิ่มขึ้นและลอยไปเกาะบริเวณหลอดเลือดแดงโคโรนารี่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจเพิ่มขึ้นตามมา (กอบกุล, 2546; สุจินดาและคณะ, 2546)

8. ความเครียด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีความเครียดเป็นประจำจะมีความเสียงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มขึ้น และยังเป็นสาเหตุทำให้มีการเพิ่มการขับนอร์อิพิเนฟริน และอีพิเนฟริน ซึ่งมีผลต่อการเผาผลาญไขมัน ส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (เฉลิมศรี, 2535 อ้างตามวิมลรัตน์, 2543) ผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความตึงเครียดต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ควรเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้ตื่นเต้นตกใจ เสียใจ เพราะสิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการของโรคแย่ลงได้ (กอบกุล, 2546)

9. ลักษณะบุคลิกภาพ โดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบเอ ซึ่งเป็นคนเอาจริงเอาจัง มีความอดทนในการรอคอยน้อย ฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย เคร่งครัด ชอบเอาชนะ เป็นต้น จะทำให้มีการหลั่งสารแคททีโคลามีนไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลทำให้มีการเพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ จึงทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคตามมาได้ (กอบกุล, 2546)

ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจจากภาวะไขมันในเลือดสูงขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทรุดลง ก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และเกิดอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีดังนี้

ด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย

1. การบริโภคอาหารของคนไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆ ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยม และพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งพบว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมีการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์และไขมันเพิ่มขึ้น มีการบริโภคผักและผลไม้ลดลง และมีการรับประทานอาหารตามกระแสการโฆษณาในยุคสังคมบริโภคนิยมมากขึ้น (กันทิมา, 2551; Wiriyaporn, 2009)

2. การเปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารรับประทานที่บ้านไปเป็นการรับประทานอาหารนอกบ้านซึ่งเป็นอาหารสำเร็จรูป อาหารพร้อมรับประทาน รวมทั้งการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานที่บ้านเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอาหารเหล่านี้มีความสะดวกและหาซื้อได้ง่าย (Wiriyaporn, 2009)

3. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามความเคยชินกับรสชาติอาหารแบบดั้งเดิม และมีการรับประทานอาหารตามความชอบมากกว่าการคำนึงถึงคุณค่าของอาหาร (วลัย, 2547; อบเชย, 2542)

4. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี สิ่งแวดล้อมต่างๆ และมีการรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก (ศิริวัลห์, 2543; อบเชย, 2542)

5. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพ ไม่คำนึงถึงประโยชน์จากอาหารที่ร่างกายต้องได้รับตามหลักโภชนาการ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมไม่สนใจที่จะเริ่มดูแลตนเองจนกว่าจะมีอาการของโรคเกิดขึ้น หรืออาจเกิดอาการของโรคแล้วแต่ไม่ตระหนัก ไม่สนใจนำ

วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยมีเหตุผลส่วนตัวของแต่ละบุคคล (นัยนาและกฤษณา, 2545; ลัดดาวรรณ, 2544)

ด้านความรู้และการสนับสนุนจากสังคม

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค โดยเฉพาะการขาดความรู้ในเรื่องอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์และไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (พิมพา, 2549; ศิริวัลห์, 2543; สุพัตรา, 2542)

2. การให้คำแนะนำและการกำหนดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคลากรทางการพยาบาลไม่ชัดเจนและไม่เหมาะสมสำหรับการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่าที่ควรจะเป็น (นัยนาและกฤษณา, 2545)

3.รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ปฏิบัติในปัจจุบันไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยส่วนใหญ่จะเน้นให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยหายเร็ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขาดการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (พิมพา, 2549; ลัดดาวรรณ, 2544)

4. ขาดการส่งเสริมสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และมีความพร่องในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร โดยยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีรสเค็มจัด หวานจัดเพิ่มมากขึ้น และมีการรับประทานผักและผลไม้ลดลง ส่งผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น (ชุมพล, 2547; ศิริวัลห์, 2543)

ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพฤติกรรมการด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

จากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆในสังคมไทยปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับสภาวะของโรค ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยจากการกลับเป็นซ้ำของโรคและความรุนแรงจากอาการของโรคเพิ่มสูงขึ้น (วิมลรัตน์, 2543) วิธีการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับโรคและลด

อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคทำได้โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า การศึกษาการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคผัก ผลไม้และไขมัน โดยทำการศึกษาย้อนหลังไปไม่เกิน 5 ปี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ผลการวิจัยพบว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น 3-4 มื้อต่อวัน และมีการรับประทานอาหารประเภทไขมันลดลงร้อยละ 5 (Jeffrey et.al., 2006) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับ ทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับอาหารไขมันต่ำ ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับประเภทอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และประเภทอาหารที่ควรรับประทาน พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Aquilani et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการประเมินจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในระดับทุติยภูมิของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ดำเนินการทดลองโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลักษณะการบรรยาย และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกฝนทักษะเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การจัดการกับความเครียด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเลิกบุหรี่ โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างมีการรวมกลุ่ม (5-8 คน) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อภิปรายเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีการจัดการกับความเครียด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และมีคุณภาพชีวิตเป็นไปในทางที่ดีขึ้น และผู้ป่วยร้อยละ 78 สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Lisspers et al., 1998)

พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการมีพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม ได้สัดส่วน เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และมีปริมาณที่เหมาะสมจะเป็นผลดีต่อสุขภาพทั้งในด้านของการป้องกันและการรักษาโรค รวมทั้งลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคลงได้ ดังนั้นการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกายจำเป็นต้องเน้นให้ผู้ป่วยมีการเลือก

รับประทานอาหารตามหลักปิรามิดแนะแนวอาหาร (The food guide Pyramid) (Susan, 2007) หรือมีการรับประทานอาหารตามหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

หลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

1. การเลือกชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

การเลือกชนิดของอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีความสำคัญ เนื่องจากจะมีผลต่ออัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคและช่วยลดความรุนแรงของโรค ดังนั้นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจึงจำเป็นต้องมีการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค ซึ่งชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีดังนี้

1.1 คาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดควรเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเนื่องจากเป็นแหล่งที่ให้พลังงานและใยอาหารแก่ร่างกาย เช่น แป้ง ข้าว ถั่วต่างๆ และธัญพืช เป็นต้น (คณิณญา, 2546) ซึ่งอาหารที่มีสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ได้แก่

1.1.1 อาหารที่มีใยอาหาร จัดเป็นสารอาหารในกลุ่มคาร์โบไฮเดรตกลุ่มหนึ่งที่ไม่ให้พลังงาน ใยอาหารมาจากพืชและผลไม้ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิดด้วยกัน คือ ชนิดไม่ละลายน้ำเป็นเซลลูโลสที่สามารถดูดซับน้ำได้ดี ทำให้ขับสารพิษต่างๆ ออกจากร่างกายทางลำไส้ได้เร็วขึ้น ซึ่งใยอาหารชนิดนี้พบมากใน รำข้าว ถั่วเปลือกแข็ง บร็อกโคลี เป็นต้น และชนิดที่ละลายน้ำเป็นใยอาหารที่ช่วยลดการดูดซึมโคเลสเตอรอลในทางเดินอาหาร พบมากในอาหารจำพวกข้าวโอ๊ต รำข้าวโอ๊ต กล้วย ผลไม้ตระกูลส้ม เป็นต้น (วินัย, 2545) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดควรเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีกากใยให้มากขึ้น เช่น ผักใบทุกชนิด ผักในตระกูลถั่ว ข้าวซ้อมมือ และข้าวกล้อง เป็นต้น (วรรณี, 2543) ผลไม้ต่างๆ สามารถรับประทานได้ตามปกติ ส่วนผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน สามารถรับประทานได้แต่ควรลดปริมาณการรับประทานลงจากปกติ ซึ่งอาหารที่มีกากใยสามารถช่วยลดหรือชะลอการดูดซึมของน้ำตาลและโคเลสเตอรอลจากอาหารลงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารประเภทผักและผลไม้ช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic stroke) ในผู้ชายได้ร้อยละ 4 และในผู้หญิงลดลงได้ร้อยละ 6 (Joshipura et. al.,1999 อ้างตาม Carroll & Karen, 2001) และมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานพืชประเภทฝัก เช่น ถั่วชนิดต่างๆ พบว่าสามารถช่วยลดระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำและเพิ่มระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงได้ (Anderson, Johnstone, & Cook-Newell, 1995)

1.1.2 อาหารประเภทแป้ง ได้แก่ ข้าวเหนียว ข้าวจ้าว ขนมปัง ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ แป้งเกี๊ยว วุ้นเส้น ควรรับประทานตามลักษณะการออกแรงในการทำงานและน้ำหนักตัว

1.1.3 ควรลดการบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ให้ใยอาหาร ได้แก่ น้ำตาลแปรรูปต่างๆ น้ำหวาน เครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม น้ำผลไม้ เป็นต้น ซึ่งน้ำตาลแปรรูปจะอยู่ในอาหารประเภท ลูกกวาด น้ำผึ้ง แยม เยลลี่และน้ำอัดลม เป็นต้น (มันทนาและวงเดือน, 2542)

1.2 ไขมัน เป็นอาหารที่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากเป็นอาหารที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีระดับไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด หนังสัตว์ น้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด อาหารทะเล เช่น ปู ปลาหมึก เครื่องในสัตว์ ไข่แดง รวมทั้งมันกุ้ง มันปู เนย น้ำกะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนยเทียมและเนยขาว งดหรือลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันแฝงอยู่ ได้แก่ อาหารทอด เช่น ไก่ทอด ไข่เจียว ขนมขบเคี้ยว เป็นต้น เนื่องจากอาหารดังกล่าวจะมีปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวสูง ส่งผลให้มีการเพิ่มการสะสมของไขมันบริเวณผนังหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลงมากขึ้น และหันมาใช้น้ำมันพืชที่สกัดจากถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวันหรือเมล็ดดอกคำฝอย น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอกและถั่วลิสงแทนน้ำมันจากสัตว์ เนื่องจากอาหารประเภทดังกล่าวจะมีกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวทั้งกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ที่ช่วยในการลดระดับของโคเลสเตอรอลชนิดร้ายในเลือดลงได้ (คณิณญา, 2546; วรรณี, 2543; Susan, 2007)

1.3 โปรตีน เป็นสารอาหารสำคัญที่ช่วยในการเสริมสร้างส่วนประกอบสำคัญของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การคงสภาพความสมดุลของของเหลวในร่างกาย ควบคุมความเป็นกรดด่าง สร้างฮอร์โมนและเอนไซม์ สร้างภูมิคุมกันโรค เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดควรได้รับโปรตีนจากสารอาหารในปริมาณเทียบเท่ากับภาวะปกติ (วีนัสและคณะ, 2545) ซึ่งแหล่งอาหารที่โปรตีน ได้แก่

1.3.1 ถั่วเหลือง เป็นอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า 6 ช่วยในการลดระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับประทานถั่วเหลืองวันละ 47 กรัม จะลดระดับโคเลสเตอรอลได้ 9.3-12.9 % และลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ 10.5 % (Anderson, Johnstone & Cook-Newell, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรับประทานโปรตีนจากถั่วเหลืองและโปรตีนจากสัตว์พบว่าสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลได้ไม่แตกต่างกัน (Wong et al., 1998) ดังนั้นถั่วเหลืองจึงเป็นอาหารที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

1.3.2 บริโภคอาหารโปรตีนชนิดอื่น ๆ เช่น ปลา นมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนยแทนนมธรรมดา และรับประทานอาหารประเภทเต้าหู้ ถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่างๆ และไข่ เป็นต้น

1.4 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

1.4.1 น้ำมันปลา เป็นน้ำมันที่สกัดได้จากส่วนของเนื้อและกระดูกปลาทะเล เป็นกรดไขมันในกลุ่มโอเมก้า-3 และเป็นกรดไขมันจำเป็นที่ร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ขึ้นมาเองได้ กรดไขมันโอเมก้า-3 จะพบมากในปลาทะเล เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแซลมอน ปลาทู ปลาแมคคาเรล ปลาทะเลขนาดใหญ่ ปลากะพง ปลาจรัสแสง และพบในปลาน้ำจืดบางชนิด เช่น ปลาช่อน ปลาบู่ สำหรับแหล่งของกรดไขมันโอเมก้า-3 ในพืชจะพบในถั่วเหลือง ถั่วลูปิน น้ำมันคาโนล่า เป็นต้น ส่วนอาหารชนิดอื่นๆ ที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 เช่น ผลไม้เปลือกแข็ง (วินัย, 2545; Carroll & Karen, 2001) น้ำมันปลากับน้ำมันตับปลามีความแตกต่างกัน เนื่องจากน้ำมันปลาสามารถลดระดับไขมัน โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอร์ไรด์ ในเลือดและช่วยเพิ่มระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (คณิณญา, 2546) ส่วนน้ำมันตับปลานิยมรับประทานเพื่อเป็นอาหารเสริมวิตามินเอและวิตามินดีให้แก่ร่างกาย การรับประทานน้ำมันปลา เป็นการช่วยให้ร่างกายได้รับกรดไขมันโอเมก้า-3 เพิ่มขึ้น สามารถรับประทานได้หลายทางไม่ว่าจะเป็นน้ำมันปลาในอาหารที่เป็นปลาหรือจากไขมันปลา หรือน้ำมันปลาในรูปแคปซูลที่เป็นสารอาหารเสริม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าไขมันในปลาเป็นไขมันไม่อิ่มตัว ช่วยป้องกันการสะสมตัวของไขมันอิ่มตัว หรือโคเลสเตอรอลอันเป็นสาเหตุที่ทำให้เส้นเลือดอุดตัน ซึ่งนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือดได้ (Susan, 2007) นอกจากนี้กรดไขมันโอเมก้า 3 ยังสามารถช่วยลดระดับของซีรั่มไตรกลีเซอไรด์ โคเลสเตอรอลและความดันโลหิตลงได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการรับประทานกรดไขมันโอเมก้า 3 ช่วยลดความเสี่ยงและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดลงได้ร้อยละ 25 (Carroll & Karen, 2001) และการรับประทานปลาที่อุดมด้วยกรดไขมันโอเมก้า 3 ปริมาณ 1.25 ออนซ์ต่อวันจะสามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 38 (Daviglus et al. อ้างตาม Carroll & Karen, 2001)

1.4.2 เลซิทิน เป็นสารอาหารกลุ่มไขมันที่พบได้ในพืชชั้นสูงและในสัตว์ ซึ่งจะอยู่ในรูปของสารฟอสโฟไลปิด อาหารที่มีเลซิทินเป็นส่วนประกอบจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำ หรือโคเลสเตอรอลชนิดร้าย (LDL) และเพิ่มโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) โดยจะดูดซึมโคเลสเตอรอลบริเวณทางเดินอาหาร เร่งการส่งกลับโคเลสเตอรอลไปยังตับ ช่วยละลายโคเลสเตอรอลในเลือด ส่วนใหญ่จะพบเลซิทินที่ใช้ในผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ทำจากถั่วเหลืองซึ่งเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงกลุ่มโอเมก้า 6 (วินัย, 2545; วิมลรัตน์, 2543)

1.5 เพิ่มรสชาติให้กับอาหารโดยใช้พริกไทย ผักชีสด ผงกะหรี่ พริกฝรั่ง ขมิ้น ขิง น้ำมะนาว มะขาม และน้ำส้มสายชู สามารถใช้ได้โดยไม่จำกัดปริมาณ (วิมลรัตน์, 2543)

1.6 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เนื่องจากเบียร์มีผลทำให้ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการสร้างไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น รวมทั้งควรมีการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนทุกชนิด (วิมลรัตน์, 2543)

1.7 อาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระประเภทวิตามินอี วิตามินซี และเบต้าแคโรทีน เนื่องจากอาหารที่มีสารเหล่านี้เป็นส่วนประกอบสามารถกำจัดอนุมูลอิสระได้ โดยวิตามินซีซึ่งละลายในน้ำได้จะช่วยทำหน้าที่ในการจับอนุมูลอิสระในเซลล์ที่เป็นของเหลว พบมากในผลไม้ เช่น ฝรั่งกลมสาลี่ มะขามป้อม มะขามเทศ เงาะโรงเรียน มะม่วงเขียวเสวย กล้วยไข่ แก้วมังกรเนื้อสีชมพู สตรอเบอรี่ เป็นต้น ส่วนวิตามินอีเป็นวิตามินที่ละลายในไขมัน ช่วยยับยั้งการเกิดอนุมูลอิสระ พบมากในน้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย เป็นต้น ขณะที่วิตามินเอซึ่งอยู่ในรูปของเบต้าแคโรทีนหรือแคโรทีนอยด์ทำหน้าที่ในการต่อต้านอนุมูลอิสระ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ยับยั้งการกลายพันธ์ ป้องกันการเกิดเนื้องอกและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคต้อกระจกและโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะพบมากในอาหารประเภทผลไม้ โดยเฉพาะชนิดที่มีสีแดงสด สีเขียว สีแสดและสีเหลือง เช่น ผักใบสีเขียวเข้ม ได้แก่ ผักขม ผักคะน้า ผักตำลึง เป็นต้น ผักที่มีสีเหลืองได้แก่ ฟักทอง แครอท มะเขือเทศ มะม่วงสุก มะละกอ แคนตาลูป เป็นต้น (เพื่อนผสส-อสม, 2551) ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 80,000 คน เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารที่มีวิตามินอีจำนวน 50-800 ยูนิตต่อวัน พบว่าการรับประทานอาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระสามารถลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ (Susan, 2007)

1.8 ควรจำกัดปริมาณอาหารที่มีโซเดียมและพลังงานในอาหารให้ลดลง ซึ่งในอาหารแต่ละชนิดจะประกอบด้วยปริมาณของโซเดียมไม่เท่ากัน แหล่งของโซเดียมที่ร่างกายได้รับมาจากเกลือในอาหารแปรรูป การถนอมอาหาร เช่น อาหารกระป๋อง ไข่เค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ของหมักดอง ไส้กรอก กุนเชียง แหนม หมูยอ แฮม อาหารกรอบเค็มชนิดต่าง ๆ มันฝรั่งอบเกลือ ข้าวโพดคั่ว หรือผงชูรส เป็นต้น (วิมลรัตน์, 2543)

2. การกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดควรมีการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อในปริมาณที่เท่า ๆ กัน และควรมีการควบคุมปริมาณการรับประทานอาหารที่มีระดับไขมัน โคเลสเตอรอลและพลังงานสูง เน้นการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพโดยมีปริมาณอาหารพอเหมาะและครบทั้ง 5 หมู่ มีสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งอาหารขั้นที่ 1 (Step 1 diet) ตามโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับระดับโคเลสเตอรอลแห่งชาติ (National Cholesteral Education Program) แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงปฏิบัติตาม (วรรณี, 2543) ดังนี้

2.1 ข้อปฏิบัติของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง คือ

2.1.1 ได้รับปริมาณอาหารหรือพลังงานต่อวันพอเหมาะ และรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2.1.2 ให้ได้รับปริมาณพลังงานจากไขมันต่อวันร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด การควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดให้น้อยกว่า 200 มิลลิกรัม/ 100 มิลลิลิตร ระดับ

ของไตรกลีเซอไรด์ให้ต่ำกว่า 150 มิลลิกรัม เป็นกรดไขมันอิ่มตัวร้อยละ 7-10 กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง และควรหลีกเลี่ยงไขมันแปรรูปให้แข็ง เช่น เนยเทียม (Margarine) เนยขาว (Shortning) เนื่องจากไขมันเหล่านี้จะมีกรดไขมันทรานส์สูง ส่งผลให้ระดับโคเลสเตอรอลที่มีความหนาแน่นต่ำในเลือดมีปริมาณสูงตามมาได้

2.1.3 ควรได้รับอาหารที่มีระดับโคเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มิลลิกรัม/วัน

2.1.4 ได้รับปริมาณโปรตีนที่ให้พลังงานร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมด พลังงานที่เหลือร้อยละ 55-65 ได้จากคาร์โบไฮเดรตประเภทแป้งและข้าว ซึ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน

2.1.5 รับประทานผักและผลไม้ทุกมื้อ เพื่อให้ร่างกายได้รับใยอาหาร (Dietary fiber) เพียงพอในการช่วยลดระดับของไขมัน โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลงได้

2.1.6 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือดื่มได้บ้างแต่ไม่ควรเกิน 6 ส่วนต่อสัปดาห์ (แอลกอฮอล์ 1 ส่วน เท่ากับวิสกี้ 65 มิลิตร หรือเบียร์ 12 ออนซ์ หรือไวน์ 4 ออนซ์ ยกเว้นผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เนื่องจากเมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายแล้วใช้ไม่หมด ร่างกายจะเปลี่ยนแอลกอฮอล์เป็นไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งมีโทษต่อหัวใจ (Carroll & Karen, 2001; Susans, 2007)

การกำหนดปริมาณการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของโรค

2.2 การกำหนดปริมาณการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดควรปฏิบัติ ดังนี้

2.2.1 คาร์โบไฮเดรต ประกอบด้วย

1) อาหารที่มีใยอาหาร สามารถรับประทานได้ไม่จำกัดปริมาณ ผลไม้ต่างๆ สามารถรับประทานได้ตามปกติ ส่วนผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน สามารถรับประทานได้แต่ควรลดปริมาณลง โดยให้รับประทานได้มื้อละ 6-12 คำ ส่วนผักประเภทหัวและฝักสามารถรับประทานได้แต่พอควร (วรรณี, 2543) หรือรับประทานอาหารที่มีใยอาหารวันละ 20-53 กรัม หรือผักประเภทต่างๆ 5-6 ทัพพี/วัน ผลไม้ 4-5 ส่วน/วัน (วินัย, 2545; วีนัส, และคณะ, 2545)

2) อาหารประเภทแป้ง ถ้ามีการทำงานที่ไม่ต้องออกแรงให้รับประทานข้าวสวยมื้อละ 1-2 ทัพพี ถ้าออกแรงมาก เช่น ขุดดิน ทำสวน ให้รับประทานมื้อละ 3-6 ทัพพี แต่ถ้ารับประทานก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ ให้เทียบกับปริมาณข้าวสวย โดยขนมจีนหรือบะหมี่ 1 จับ/ก้อน เท่ากับข้าวสวย 3 ทัพพี ส่วนขนมปัง 1 แผ่น หรือแครกเกอร์ 2 แผ่น เทียบเท่ากับ

การับประทานข้าวสวย 1 ทัพพี หรือรับประทานข้าวสวย 6-11 ถ้วยต่อวัน (Susan, 2007) หรือให้รับประทานร้อยละ 50-60 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมด หรือประมาณ 10-12 ทัพพี/วัน (วีนัสและคณะ, 2545)

3) ควรลดอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ให้ใยอาหาร ได้แก่ น้ำตาลแปรรูปต่างๆ เช่น ลูกกวาด น้ำผึ้ง แยม เยลลี่ และน้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ เป็นต้น ลดหรืองดการใช้น้ำตาลทราย โดยรับประทานขนมหวานได้ไม่เกิน 3 ถ้วย หรือ 1 ชิ้นต่อวัน ไม่ควรใส่น้ำตาลหรือนมข้นหวานในกาแฟหรือโอวัลติน เกิน 2 ช้อนชาต่อถ้วยต่อวัน และไม่ควรเติมน้ำตาลในอาหารซ้ำอีก (มันทนา และวงเดือน, 2542)

2.2.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีระดับไขมันสูงทุกชนิด เช่น เนื้อสัตว์ติดมันทุกชนิด อาหารทะเลจำพวก ปลาหมึก หอยต่างๆ อาหารที่มีไขมันแฝงอยู่ เช่น อาหารที่ปรุงโดยการทอดด้วยน้ำมันสัตว์ทุกชนิด และเน้นการรับประทานปลาทุกชนิด ไก่ เป็ด หมู เนื้อวัวที่ไม่ติดหนังและมันในปริมาณวันละ 2-4 ขีด (200-400 กรัม) (วรรณี, 2543)

2.2.3 โปรตีน ควรได้รับปริมาณโปรตีนจากอาหารเท่ากับภาวะปกติ คือ ร้อยละ 10-20 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งหมด หรือประมาณ 0.8-1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน รับประทานไข่ได้ไม่เกินวันละ 3 ฟอง อาหารประเภทเนื้อสัตว์วันละประมาณ 6-12 ช้อนกินข้าว ดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนยแทนนมธรรมดา วันละ 1-2 แก้วหรือ นมสดไม่เกินวันละ 1 ถ้วยตวง (วรรณี, 2543; วีนัสและคณะ, 2545) หรือ รับประทานโยเกิร์สรสธรรมชาติ 1 ½ - 2 ออนซ์ต่อวัน เลือกดื่มนมที่มีส่วนผสมของเนยแข็งจากธรรมชาติมากกว่าหรือเท่ากับ 3 กรัมของไขมันต่อออนซ์ (Susan, 2007)

2.2.4 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ประเภทน้ำมันปลา เป็นกรดไขมันโอเมก้า-3 จะพบมากในปลาทะเล เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแซลมอน ปลาทู ปลากะพง ปลาจรัสแสง และพบในปลาน้ำจืดบางชนิด เช่น ปลาช่อน ปลาบู่ สำหรับแหล่งของกรดไขมันโอเมก้า-3 ปริมาณที่แนะนำให้รับประทาน คือ 5 ออนซ์/วัน ส่วนในพืช เช่น ถั่วเหลือง ถั่วลูปิน น้ำมันคาโนล่า ปริมาณที่แนะนำให้รับประทาน คือ 0.65 กรัม/วัน (Susan, 2007) หรืออาจรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 ประมาณ 250-300 มิลลิกรัม/วัน (วินัย, 2545)

2.2.5 การเพิ่มรสชาติให้กับอาหารโดยใช้พริกไทย ผักชีสด ผงกะหรี่ พริกฝรั่ง ขมิ้น ขิง น้ำมะนาว มะขาม และน้ำส้มสายชู สามารถใช้ได้โดยไม่จำกัดปริมาณ

2.2.6 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ไม่ควรดื่มเกิน 6 ส่วนต่อสัปดาห์ (แอลกอฮอล์ 1 ส่วน เท่ากับวิสกี้ 65 มิลิตร หรือเบียร์ 12 ออนซ์ หรือไวน์ 4 ออนซ์ หรือไม่ควรดื่มเบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, น้ำตวาก เหล้า ยาดองมากกว่า 30-45 มล./วัน (~ 1 แป๊ก), ไวน์มากกว่า 100-120 มล./วัน (~ 3-4 แป๊ก) (วรรณี, 2543)

2.2.7 อาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระประเภทวิตามินอี วิตามินซี และเบต้าแคโรทีน จะพบมากในอาหารประเภทผลไม้ โดยเฉพาะชนิดที่มีสีแดงสด สีเขียว สีแสด และสีเหลือง เช่น ผักใบสีเขียวเข้ม ได้แก่ ผักขม ผักคะน้า ผักตำลึง เป็นต้น ผักที่มีสีเหลืองได้แก่ ฟักทอง แครอท มะเขือเทศ มะม่วงสุก มะละกอ แคนตาลูป เป็นต้น (เพื่อนผสส-อสม, 2551) การรับประทานผักและผลไม้ที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ สามารถทำได้โดยรับประทานผัก 5-6 ทัพพี/วัน ผลไม้ 4-5 ส่วน/วัน เช่น ผักดิบ 1 ถ้วยตวง กล้วยหอม ½ ผล ส้มผลใหญ่ 1 ผล เงาะ 4 ผล เป็นต้น (วีนัสและคณะ, 2545)

2.2.8 ควรจำกัดปริมาณอาหารที่มีโซเดียมและพลังงานในอาหารให้ลดลง โดยการลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ ดังนี้ (วิมลรัตน์, 2543)

1) อาหารไม่เติมเกลืออีกเมื่อปรุงเสร็จ (non extra salt) เป็นอาหารที่มีโซเดียมได้ในปริมาณ 4 กรัม/วัน หรือประมาณ 174 มิลิอีควิวาเล้น การปรุงอาหารสามารถใช้เกลือหรือน้ำปลาหรือซีอิ้วได้เพียงเล็กน้อย เพื่อให้มีรสได้บ้างโดยการใช้เกลือประมาณ 3 ช้อนชาต่อวัน แต่ไม่ให้มีการเติมน้ำปลา เกลือ หรือซีอิ้วซ้ำอีก และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรือมีโซเดียมสูง เช่น อาหารกระป๋อง ไข่เค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ของหมักดอง ไส้กรอก กุนเชียง แหนม หมูยอ แฮม อาหารกรอบเค็มชนิดต่างๆ มันฝรั่งอบเกลือ ข้าวโพดคั่ว หรือผงชูรส เป็นต้น

2) อาหารที่จำกัดโซเดียมเล็กน้อย (mild sodium restriction) เป็นอาหารที่มีโซเดียมประมาณ 2-3 กรัม/วัน หรือประมาณ 87-130 มิลิอีควิวาเล้น โดยให้ใส่เกลือ น้ำปลา หรือซีอิ้ว ได้ประมาณ 2 ช้อนชา / วัน และเมื่อปรุงอาหารเสร็จแล้วจะไม่มีการเติมซ้ำอีก ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรือมีโซเดียมสูงมากทุกชนิด เช่น เต้าเจี้ยว น้ำบูดู ปลาร้า ซอสชูรส ผงกันบูด กะปิ ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม อาหารกระป๋องสำเร็จรูปและอาหารหมักดองชนิดต่าง ๆ

3) อาหารจำกัดโซเดียมระดับปานกลาง (moderate sodium restriction) เป็นอาหารที่จำกัดให้มีโซเดียมได้ประมาณวันละ 1 กรัม/วัน หรือ 43.5 มิลิอีควิวาเล้น โดยไม่มีการเติมน้ำปลา เกลือ ซีอิ้ว หรือผงชูรส ทั้งในขณะปรุงอาหารหรือขณะรับประทานอาหาร จำกัดให้ได้รับนมไม่เกิน 2 ส่วน/วัน เนื้อสัตว์ไม่เกิน 4 ส่วน ควรรับประทานผักที่มีโซเดียมต่ำและจำกัดอาหารจำพวกแป้ง ขนมปัง คุกกี้ และขนมเค้ก

4) อาหารจำกัดโซเดียมมาก (severe sodium restriction) เป็นอาหารที่จำกัดให้มีโซเดียมได้ประมาณ 500 มิลลิกรัม/วัน หรือ 22 มิลิอีควิวาเล้น เป็นอาหารประเภทที่ไม่มีการเติมเครื่องชูรส เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือผงชูรสทั้งในขณะปรุงอาหารและขณะรับประทาน ต้องจำกัดนมที่ควรได้รับไม่เกิน 1 ส่วน/วัน เนื้อสัตว์ไม่เกิน 3 ส่วน และงดอาหารที่มีโซเดียมมาก เช่น ขนมปัง ผักที่มีโซเดียมสูง เนย หรือเนยเทียม เป็นต้น

การประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

การประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีความสำคัญในการช่วยประเมินการได้รับสารอาหารของผู้ป่วย โดยเฉพาะอาหารที่มีระดับไขมันและโคเลสเตอรอลสูง เนื่องจากอาหารเหล่านี้จะทำให้เกิดการสะสมของโคเลสเตอรอลชนิดร้าย หรือ LDL บริเวณผนังหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น และยังช่วยในการค้นหาภาวะทุพโภชนาการทั้งประเภทขาดสารอาหารและการได้รับอาหารเกินความจำเป็นของร่างกาย รวมทั้งภาวะอ้วน ซึ่งการประเมินพฤติกรรมการด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะต้องครอบคลุมทั้งชนิดและปริมาณของอาหารที่รับรับประทานในแต่ละวันตลอดสัปดาห์ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการประเมินสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ การกำหนดเป้าหมายทางด้านสุขภาพและเป็นแนวทางในการแก้ไขหรือส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวิธีการประเมินสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การประเมินอาหารที่บริโภค (dietary assessment) เป็นการศึกษาปริมาณของอาหารชนิดต่างๆ ที่ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่าผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ วิธีการประเมินสามารถทำหลายวิธี ดังนี้

1.1 การประเมินอาหารที่รับประทานในปัจจุบัน ใช้วิธีการจดบันทึกอาหารที่รับประทาน ได้แก่ การชั่งน้ำหนักอาหารที่รับประทาน ซึ่งวิธีนี้จะได้ค่าความถูกต้องของการรับประทานอาหารมากที่สุด แต่มีข้อเสียในเรื่องของเวลาและการปฏิบัติ (วีนัสและคณะ, 2545)

1.2 วิธีการประเมินอาหารที่รับประทานในอดีต โดยการสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถามประเมินการรับประทานอาหารและรูปแบบของการรับประทานอาหารย้อนหลัง ได้แก่ การประเมินการรับประทานอาหารโดยการบันทึกย้อนหลังเป็นเวลา 24 ชั่วโมง วิธีการนี้จะเป็นการถามถึงจำนวนหรือปริมาณของอาหารแต่ละอย่างที่ผู้ป่วยรับประทานโดยประมาณ และเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สามารถทำได้โดยการสัมภาษณ์จากพยาบาลหรือนักโภชนากรหรืออาจให้ผู้ป่วยจดบันทึกการรับประทานอาหารใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาด้วยตนเอง (วีนัสและคณะ, 2545) แต่การประเมินด้วยวิธีการนี้จะต้องอาศัยความเข้าใจ ระยะเวลาและความร่วมมือจากผู้ป่วยในการลงบันทึกรายละเอียดต่างๆ ในการรับประทานอาหาร (พัชราภรณ์, ลออ, นิลพรรณ, ศักดิ์, และพันทิพย์, 2542)

1.3 การประเมินความบ่อยของการรับประทานอาหาร เป็นวิธีการประเมินโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประมาณ 40-120 รายการ ขึ้นอยู่กับชนิดของการศึกษา การประเมินด้วยวิธีนี้จะทำให้ทราบถึงรายการอาหารชนิดต่างๆ และความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด วิธีการนี้จะเสียค่าใช้จ่ายน้อย สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ง่าย แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถวัดรายละเอียดของอาหารที่บริโภคได้ (รุ่งนภา, 2542)

2. การประเมินทางชีวเคมี (biochemical assessment) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการที่มีความแม่นยำสูงและมีความถูกต้อง เช่น การตรวจร่างกายบริเวณผิวหนัง เล็บ ผม การการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต โปรตีนทั้งหมด แอลบูมินหรือซีรั่มแอลบูมินและจำนวนเม็ดเลือดชนิดลิมโฟซัยท์ เป็นต้น (วีนัสและคณะ, 2545) แต่วิธีการประเมินด้วยวิธีนี้จะมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้ความระมัดระวังและความรอบคอบในการวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. การวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นวิธีการประเมินภาวะโภชนาการที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มวลกล้ามเนื้อ และปริมาณไขมันสะสม ซึ่งวิธีในการวัดสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การวัดเส้นรอบวงของกึ่งกลางแขนท่อนบน การการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง การหาค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น (วีนัสและคณะ, 2545)

4. การตรวจร่างกายทางคลีนิค เป็นวิธีการตรวจร่างกายเช่นเดียวกับการประเมินภาวะสุขภาพ แต่จะให้ความสนใจทางด้านการตรวจเล็บ ผิวหนัง ผม ฟัน เหงือก ริมผีปาก ลิ้น และตา (สุทธิชัย, 2542) เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีการแสดงถึงภาวะการขาดสารอาหารได้อย่างรวดเร็ว และเป็นวิธีการที่ง่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ยุ่งยาก แต่จะมีข้อจำกัดในการแปรผลเนื่องจากอาการทางคลีนิคบางอย่างไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นผลมาจากภาวะขาดสารอาหาร (วีนัสและคณะ, 2545) ดังนั้นต้องทำการตรวจโดยใช้วิธีการอื่นร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการนำวิธีการประเมินแบบต่างๆ มาใช้ในการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่จะเลือกวิธีการประเมินโดยการสัมภาษณ์หรือการใช้แบบสอบถามการรับประทานอาหารย้อนหลังในระยะเวลา 24 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย ผู้ป่วยสามารถบันทึกการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มต่างๆ ได้ด้วยตนเอง (พัชราภรณ์และคณะ, 2547) นอกจากนี้ยังมีการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินทางชีวเคมี เช่น การวัดดัชนีมวลกาย การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง เป็นต้น เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีความแม่นยำ มีความน่าเชื่อถือ และผลการประเมินพฤติกรรมใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด (ปราณีต, 2539; สรวงสุดา, 2544) และจากการศึกษาเปรียบเทียบความถูกต้องของแบบสอบถามความถี่อาหารบริโภคกึ่งปริมาณกับการสัมภาษณ์อาหารที่บริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน ในการประเมินสารอาหารที่ได้รับของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่าการประเมินทั้ง 2 วิธี ไม่มีความแตกต่างกัน (สุคนธ์, 2541) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินการรับประทานอาหารโดยการบันทึกการรับประทานอาหารย้อนหลังเป็นเวลา 24 ชั่วโมง และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ผู้วิจัยนำแนวทางการสร้างข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของพิกุล (2550) มาสร้างข้อคำถามและจากการศึกษาตำราต่างๆ (วิมลรัตน์, 2545; วีนัสและคณะ, 2545) เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการบันทึกและการตอบแบบสอบถามมา

วิเคราะห์หาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพิ่มเติมผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะร่วมกับการประยุกต์ใช้การทำกลุ่มประคับประคองโดยมีการแผนดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านโภชนาการแบ่งออกเป็น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของบุคคลที่สะสมมา โดยจะส่งผลถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ธันยาภรณ์, 2549) เนื่องจากอายุที่ต่างกันจะส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพต่างกัน

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล จากการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่มีความไวต่อสารเคมี พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าเพศชาย (Gibson, Cheavens ,& Warren, 1998 อ้างตาม สรินดา, 2545) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนมากกว่าเพศชาย เพราะว่ามีความผูกพันใกล้ชิดทางอารมณ์และการแสดงอารมณ์มากกว่า และมีการรับรู้และเครือข่ายทางสังคมมากกว่าเพศชาย (เกศินี, 2550)

1.3 สถานภาพสมรส เกิดจากการได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยในการให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง (สมจิต, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของวาสนา, ศิริรัตน์, และดวงฤดี (2548) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60 จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสหรือบุคคลที่แต่งงานแล้วจะได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส และบุคคลอื่นในสังคมอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุ

1.4 ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ในการนำมาใช้ในการตัดสินใจโดยใช้สติปัญญาหรือเหตุผลเข้ามาใช้ในการเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ

ระดับการศึกษาของบุคคลที่มีความแตกต่างกันจะมีผลต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาจะมีการติดต่อกับเครือข่ายทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา จึงส่งผลให้การตัดสินในเลือกปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกัน (Turmer & Mario, 1994)

1.5 รายได้ เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการอำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้บุคคลสามารถเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และมีความเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Pender, 1982) จากการศึกษาของจตุรงค์ (2540) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งบุคคลที่มีรายได้เพียงพอจะไม่เกิดปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.6 อาชีพ เป็นปัจจัยที่บอกถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ทำงานจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากการประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อกับเพื่อนร่วมงาน ก่อให้เกิดเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น (Norbect, 1982 อ้างตาม สรินดา, 2545)

1.7 ลักษณะที่อยู่อาศัย จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากการรับประทานอาหารเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อนิสัยการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ร่วมกับการที่ผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมเมืองจะมีโอกาสในการเลือกรับประทานอาหารจากแหล่งอาหารหลายแหล่งด้วยกัน เช่น ตลาดสด ภัตตาคาร ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น (พิมพ์ใจ, 2551; ภูษนิศา, 2551)

1.8 ความเชื่อ ทัศนคติ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและศาสนา จะมีผลต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยในแต่ละสังคมจะมีลักษณะการรับประทานอาหารที่แตกต่างกันออกไปแล้วแต่ความเชื่อ ทัศนคติ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและศาสนาของแต่ละบุคคล

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ

2.1 ระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรค การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาของสุวิมล (2543) พบว่า ระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีโอกาสในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคมาใช้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง

2.2 ความรุนแรงของโรค การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อความเสี่ยงและอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันแตกต่างกัน (Becker, Drachman & Kirscht, 1974) จากการศึกษาของชวนพิศ (2541) ที่ศึกษา

ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นการเผชิญกับอาการของโรคอย่างเฉียบพลันทำให้ต้องรีบหาแนวทางในการจัดการกับอาการของโรคหรือประคับประคองอาการของโรคไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยการปรับแผนการดำเนินชีวิตและการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อควบคุมอาการของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีย์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพบุคลิกภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 180 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของโรคจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 200 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคในระดับมากจะมีการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อยู่ในระดับน้อย (ปิยนุช, 2549)

2.3 ระดับไขมันในเลือด เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับแรกที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากระดับไขมันและโคเลสเตอรอลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบตันจากการที่ไขมันหรือโคเลสเตอรอลตกตะกอนลอยไปจับตามผนังหลอดเลือด ประสิทธิภาพการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง การไหลเวียนเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่สะดวก เซลล์ร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยง โดยเฉพาะเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่งผลให้หัวใจขาดเลือดจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (กอบกุล, 2546)

3. ปัจจัยทางด้านสังคม มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเครือข่ายทางสังคมจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลในสังคมมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามความต้องการของตน โดยอยู่บนพื้นฐานของการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (สมยศ, 2545) แรงจูงใจที่จะผลักดันให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

3.1 ทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความคิด ความสนใจ ความตั้งใจ การมองเห็นคุณค่า ความพอใจ ความต้องการ และการรับรู้ สิ่งต่างๆ ดังกล่าวนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เนื่องจากการที่บุคคลมีการรับรู้หรือมีความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความความต้องการของตน (สมยศ, 2545)

3.2 การได้รับรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม หรือยกย่องจากบุคคลอื่นในสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือการที่บุคคลได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่นในสังคมจะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ที่ตนเองต้องการ (สมยศ, 2545)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้มีการพบกลุ่มตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3 ระยะด้วยกัน คือ ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยใช้หลักในการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการทำกลุ่ม และการเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างเหมาะสม

รูปแบบและวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

การช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการได้นั้นต้องใช้การส่งเสริมและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ามาช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและเกิดพลังในการดึงความสามารถของตนออกมาใช้เพื่อค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในขั้นตอนของการปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดของโปรชาสการ์และคณะ จะเน้นให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองโดยผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 ขั้นตอน (ดารณี, 2551; Prochaska et al., 1983 อ้างตาม ไหมไทย, 2547) คือ 1) กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และ 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเดิมให้เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมแบบใหม่ได้นั้นต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเริ่มคิดตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนการจัดให้ผู้ป่วยมีการเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้จะเป็นผู้ป่วยที่เริ่มมีความตระหนักว่าการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบเดิมของตนเป็นปัญหาต่อการกลับเป็นซ้ำ และทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะมาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าการศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 95 ราย โดยมีการพบกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารเค็ม ไขมัน แป้งและน้ำตาลอยู่ในขั้นตอนของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น (ดวงเดือน, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโรคหัวใจ

และหลอดเลือดของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี จำนวน 223 ราย โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะการปฏิบัติพฤติกรรมมากที่สุด โดยเฉพาะการควบคุมการรับประทานอาหารทะเล เครื่องในสัตว์ การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต และการระวังตัวเองไม่ให้เกิดความเครียด (ศรัณย์, วิไล, และเบญจมาศ, 2546) และจากการศึกษาการนำทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 3 กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 100 ราย โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดในช่วงสัปดาห์ที่ 6-8 เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (McKee, Bannon, Kerins , & FitzGerald, 2007)

กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยผ่านกระบวนการคิด ตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยได้รับแรงสนับสนุน กำลังใจจากผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายๆ กับตน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคและลดความรุนแรงของโรค กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย ((Prochaska et al., 1983 อ้างตามไหมไทย, 2547; Velicer et al., 1983)

1. กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด (cognitive or experiential process) ประกอบด้วย

1.1 การปลูกจิตสำนึก (consciousness or experiential process) เป็นการเพิ่มการรับรู้สาเหตุของปัญหา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาของการมีพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ข้อมูลโดยการสอนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 การเร้าอารมณ์และความรู้สึก (dramatic relief) เป็นการกระตุ้นอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบเดิมที่เคยปฏิบัติให้เปลี่ยนเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่ โดยเน้นการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย สารต่อต้านอนุมูลอิสระ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัวสูง เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การใช้กิจกรรมหรือการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้จะจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มประคับประคองเพื่อให้กลุ่มสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการให้

ความรู้เรื่องโรค อาการของโรค สาเหตุ โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน การเลือกชนิดของอาหารและ การกำหนดปริมาณอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

1.3 การประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง (self – reevaluation) เป็นส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการประเมินความรู้และความรู้สึกของสมาชิกอื่นในกลุ่มต่อภาพลักษณ์ของตนในขณะที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและเห็นคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยอภิปราย การสัมภาษณ์ ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและผู้นำกลุ่มในขณะเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

1.4 การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (social liberation) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการจากสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มประคับประคองจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และจัดให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาอย่างเดียวกันเข้ามาช่วยเป็นแรงเสริมและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของตน

1.5 การทำพันธะสัญญากับตนเอง (self- liberation) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านโภชนาการหลังจากที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของตน ในกระบวนการนี้ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มจะสนับสนุนและให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

2. กระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral process) ประกอบด้วย

2.1 การหาแรงสนับสนุนทางสังคม (helping relationships) เป็นวิธีการจัดระบบการสนับสนุนทางสังคมในการช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่นโดยการเข้าร่วมกลุ่มประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเครือข่ายทางสังคมเข้ามาเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ พร้อมทั้งแจกคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2 การทดแทนด้วยสิ่งอื่น (counter conditioning) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ไม่ถูกต้องมาเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องทั้งในการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณของอาหาร เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนการกลับเป็นซ้ำของโรคและลดความรุนแรงจากอาการของโรค

2.3 การประเมินผลของพฤติกรรมเดิมที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและบุคลอื่น (environmental reevaluation) เป็นกระบวนการประเมินความรู้และความรู้สึกจากสมาชิกในกลุ่มถึงผลของ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดแต่ละรายที่เข้าร่วมกลุ่มประคับประคอง ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกอื่นในกลุ่มว่าตนปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการเหมาะสมกับสภาวะของโรคหรือไม่ ผลดี/ผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งนี้มีอะไรบ้าง และมีพฤติกรรมด้านโภชนาการใดบ้างที่ควรปรับปรุง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อไป

2.4 การลดอุปสรรคและการเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมใหม่ (stimulus control) เป็นการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการให้แรงสนับสนุน สร้างกำลังใจ แรงจูงจากการเข้าร่วมกลุ่มประคับประคอง เนื่องจากการเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสม

2.5 การให้แรงเสริม (reinforcement management) สามารถให้แรงเสริมได้ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งการให้แรงเสริมทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาพฤติกรรมที่พึงประสงค์เอาไว้ได้ ในขณะที่ทางลบจะช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนและถาวรต่อไป วิธีการให้แรงเสริมจะต้องเป็นไปตามธรรมชาติและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งทำได้โดยการพูดคุย ซักถามถึงปัญหา และอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำมาหาแนวทางให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำยกย่องชมเชย การให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากการใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ เข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วยังมีวิธีการอื่นๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม นั่นคือ การสอนเป็นรายบุคคล การสอนเป็นรายกลุ่ม การให้คำปรึกษา เป็นต้น และพบว่าการสอนโดยการจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการทำกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพลังในการดึงความสามารถของตนออกมาใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองไปในทางที่ถูกต้องโดยได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจจากผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน (Manidipa, 2001) ซึ่งในปัจจุบันได้มีการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยการนำวิธีการรักษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยทางจิตเวชมาดัดแปลงให้เหมาะสมและพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วยทางกายหรือผู้รับบริการสุขภาพทั่วไป (อรพรรณ, 2543) จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการทำกลุ่มในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ พบว่าหลังจากเข้าร่วมการทำกิจกรรมโดยผ่านการทำกลุ่ม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและแรงกระตุ้นจากผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันรวมถึงบุคลากรทางการพยาบาลในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และการได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

ทำให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม (พัชราภรณ์และคณะ, 2547; รัศมี, 2542; สุพรรัตน์และคณะ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาภายหลังเข้าร่วมกลุ่มประคับประคองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์, 2546) และจากการศึกษาของดาวลอย (2551) ที่ศึกษาการเสริมศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใช้บริการที่มีภาวะอ้วนลงพุง: กรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการหญิงอายุ 57 ปี ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าภายหลังผู้ป่วยได้รับความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการสอน ผู้ใช้บริการมีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ และมีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ต่างๆ เพิ่มขึ้น สามารถลดรอบเอวลงได้ 7 เซนติเมตร. และน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 15.8 ของน้ำหนักตัวเดิม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

จึงจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรค การดูแลสุขภาพของตนเอง ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการพยาบาลและบุคคลอื่นในสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการสามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลและบุคคลอื่นในสังคมเข้ามาช่วยเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยดึงความสามารถของตนออกมาใช้ในการเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

แนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเพื่อควบคุมพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

กลุ่มประคับประคองเป็นการรวมกลุ่มกันของสมาชิกที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน เพื่อให้การสนับสนุนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งให้กำลังใจและประคับประคองทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกภายในกลุ่มให้เกิดความตระหนักถึงความมีคุณค่าแห่งตน การทำกลุ่มประคับประคองจะมีการพบปะกันเดือนละครั้งหรืออาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะประกอบด้วยสมาชิก 4-12 คน (ศันสนีย์, 2545) โดยทั่วไปได้มีการนำการทำ

กลุ่มประคับประคองมาใช้ในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่ม ในการร่วมกันแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกร่วมกันและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กลุ่มประคับประคองจะทำหน้าที่เป็นตัวประสานสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ (พรทิพย์, 2546) ประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มประคับประคอง คือ การได้นำประสบการณ์ต่างๆ ที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่มมาใช้ในการป้องกันและดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Murray & Huelskoetter, 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนำแนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองมาใช้กับผู้ป่วย พบว่า ในปัจจุบันมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้น เพราะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากกระบวนการดำเนินงานของกลุ่มประคับประคองจะช่วยให้สมาชิกที่มีปัญหาอย่างเดียวกันได้มาพบปะพูดคุย เสนอแนะความคิดเห็นและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้กลุ่มเกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างกว้างขวางในการยอมรับสภาพปัญหาของตนเองและสมาชิกคนอื่นๆ ภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดึงความสามารถของตนมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการของตน (พรทิพย์, 2546) และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งของตนเองและสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม ก่อให้เกิดกำลังใจและแรงจูงใจในดึงความสามารถของตนเองออกมาใช้ ส่งผลให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นและเกิดความรู้สึกภูมิใจที่ตนสามารถแก้ปัญหาของตนเองและสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในกลุ่มได้

กลไกการดำเนินกิจกรรมกลุ่มประคับประคอง

การดำเนินกลุ่มประคับประคองจะดำเนินกิจกรรมของกลุ่มโดยมีพยาบาลแสดงบทบาทเป็นผู้นำกลุ่ม และสมาชิกภายในกลุ่มจะเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาอย่างเดียวกันมารวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่มประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ กระบวนการที่เป็นกลไกของการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม เช่น บรรยากาศภายในกลุ่ม ความรู้สึกถึงการได้ใช้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา การประสานงาน เป็นต้น และ เนื้อหาที่ใช้ในการทำกลุ่ม เป็นเนื้อหาที่สมาชิกภายในกลุ่มนำมาสร้างหรือใช้ในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ซึ่งการกำหนดวัตถุประสงค์ จะขึ้นอยู่กับความสนใจของสมาชิกภายในกลุ่ม ลักษณะของสมาชิก และเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งกลไกในการดำเนินกิจกรรมประคับประคอง (ศันสนีย์, 2545; สมพร, 2546) มีดังนี้

1. โครงสร้างของการทำกลุ่ม จะช่วยให้การดำเนินกลุ่มบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้โดย

1.1 ประเภทของกลุ่ม โดยทั่วไปมีอยู่ 2 แบบ คือกลุ่มปิด ซึ่งสมาชิกของกลุ่มจะเป็นคนเดียวกันตลอดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และกลุ่มเปิด ลักษณะของกลุ่มจะมีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งปิดการดำเนินกลุ่ม

1.2 ขนาดของกลุ่ม ไม่ควรจะมากหรือน้อยจนเกินไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เนื่องจากการมีสมาชิกกลุ่มมากเกินไปจะส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มได้

1.3 บรรยากาศและสถานที่ในการทำกลุ่ม ควรเป็นสถานที่ที่สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทได้สะดวก เนื่องจากจะช่วยให้การดำเนินกลุ่มเป็นไปได้ด้วยดี

1.4 ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่ม โดยทั่วไปจะใช้เวลาในการพบกลุ่มประมาณ 60 – 90 นาที และมีการจัดพบปะกลุ่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

2. กระบวนการของการทำกลุ่ม เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่มในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายของการจัดตั้งกลุ่ม มีการกำหนดสถานที่ เวลา ในการประชุมกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองและปัญหาของกลุ่มทางด้านพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งกระบวนการทำกลุ่มประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (introductory or initial phase) เป็นระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่มได้มีโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพ และทำความรู้จักกัน ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ที่เข้าร่วมกลุ่ม ในระยะนี้จะเป็นการสร้างความไว้วางใจระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกมีความรู้สึกถึงความเป็นกันเอง ความปลอดภัย และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจะได้ทำความเข้าใจลักษณะของกลุ่ม ข้อจำกัด เป้าหมายและระยะเวลาในการเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในระยะนี้ คือ การดูแลและเอาใจใส่ โดยการสร้างบรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มด้วยความเป็นมิตร การให้ข้อมูล เช่น การบอกเป้าหมายของกลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม การกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน และส่งเสริมให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก มีความมั่นใจในการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

2.2 ระยะดำเนินการ (working phase) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกภายในกลุ่มมีความไว้วางใจกันมากขึ้น สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเองให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มฟัง ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา และรับฟังแนวทางแก้ไขปัญหาจากสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์มาก่อนและจะเลือกวิธีการแก้ปัญหาเพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง ดังนั้นระยะนี้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าไม่ได้มีเพียงตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา แต่ยังมีสมาชิกคนอื่นๆ ภายในกลุ่มที่มีปัญหาเดียวกับตน ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้นจากการได้รับการยอมรับและการให้คำแนะนำแก่ผู้อื่น หน้าที่ของผู้นำกลุ่มในระยะนี้ คือ จะต้องดูแล

กระตุ้นให้สมาชิกได้มีโอกาสระบายความรู้สึกมากขึ้น และช่วยให้สมาชิกมีการประเมินการดำเนินกิจกรรมกลุ่มว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่

2.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (final phase) เป็นระยะที่การดำเนินการของกลุ่มจะยุติลงภายหลังที่มีการดำเนินการของกลุ่มมาระยะหนึ่งแล้ว ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องแจ้งให้สมาชิกทราบล่วงหน้า ซึ่งในระยะนี้จะมีการสรุปและประเมินผลการดำเนินการของกลุ่มจากสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้งการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการทำให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มและนำประโยชน์ที่ได้ไปปรับใช้กับการดำเนินชีวิตเมื่อการดำเนินการกลุ่มยุติลง ในระยะนี้สมาชิกภายในกลุ่มจะรู้สึกผูกพัน ไว้ใจ และเชื่อถือซึ่งกันและกันมากขึ้น ดังนั้นก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องมีการโน้มน้าวให้สมาชิกได้รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และความสำเร็จของกลุ่ม ซึ่งลักษณะของกลุ่มที่สมบูรณ์จะประกอบด้วยการเกิดความผูกพัน มีการสื่อสารอย่างชัดเจน สมาชิกในกลุ่มยอมรับเป้าหมายของกลุ่ม มีกลไกการสะท้อนกลับภายในกลุ่มและมีการตัดสินใจร่วมกัน (ศันสนีย์, 2545)

3. การประเมินผลกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ผู้นำกลุ่มที่ทำหน้าที่ในการสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่มและวางแผนการดำเนินกลุ่มในครั้งต่อไป การประเมินผลกลุ่มแบ่งเป็น 2 ประเภท (ศันสนีย์, 2545) ได้แก่

3.1 การประเมินกระบวนการของการจัดกลุ่ม เป็นการประเมินผลของการจัดกลุ่มโดยมีองค์ประกอบคือ ผู้นำกลุ่ม สมาชิกลุ่มและปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เพื่อให้เข้าใจถึงกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้นำกลุ่ม

3.2 การประเมินผลลัพธ์ของกลุ่ม เป็นการประเมินถึงประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่เกิดขึ้นกับสมาชิกภายในกลุ่ม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การประเมินผลลัพธ์จะเกิดขึ้นภายหลังจากที่การดำเนินกลุ่มสิ้นสุดลง

กลไกการดำเนินกิจกรรมกลุ่มประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มประคับประคองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองในการช่วยให้ผู้ป่วยมีเครือข่ายทางสังคมที่มีปัญหาอย่างเดียวกันเข้ามาพูดคุย อภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอความคิดเห็นร่วมกันในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มดังนี้

1. โครงสร้างของการทำกลุ่ม จะช่วยให้การดำเนินกลุ่มบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้โดย

1.1 ประเภทของกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการกลุ่มแบบกลุ่มปิด เนื่องจากผู้วิจัยต้องการให้กลุ่มมีการพัฒนาตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพจนถึงระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม

1.2 ขนาดของกลุ่ม ผู้วิจัยจะจัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยครั้งละ 4-9 ราย เนื่องจากการจัดให้มีขนาดของกลุ่มมากเกินไปจะทำให้การดำเนินกลุ่มไม่ทั่วถึง โดยจะจัดการพบกลุ่มย่อยจนได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองครบ 26 ราย

1.3 บรรยากาศและสถานที่ในการทำกลุ่ม ผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบกลุ่มในห้องที่ปิดมิดชิด ไม่มีบุคคลภายนอกรบกวน

1.4 ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยมีการพบกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที โดยใช้ระยะเวลาการทำกลุ่มแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการนำความรู้และข้อมูลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

2. กระบวนการของการทำกลุ่ม เป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่มในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายร่วมกัน แสดงความคิดเห็น การสัมภาษณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการกำหนดจุดมุ่งหมายของการจัดตั้งกลุ่มเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองและปัญหาของกลุ่มในเรื่องของพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งกระบวนการทำกลุ่มประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (introductory or initial phase) เป็นระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกภายในกลุ่มได้มีโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพ และทำความรู้จักกัน ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ที่เข้าร่วมกลุ่ม ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองโดยใช้กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มาเข้าร่วมกลุ่มประคับประคองเริ่มมีความตระหนักว่าการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองเป็นปัญหาและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเกี่ยวกับความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการปลูกจิตสำนึก เพื่อเพิ่มการรับรู้สาเหตุและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การใช้เทคนิคเร้าอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบเดิมที่เคยปฏิบัติให้เปลี่ยนเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการประเมินพฤติกรรมเดิมของตนในขณะที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การจัดให้

ผู้ป่วยแต่ละรายตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการทำพันธะสัญญากับตนเอง เพื่อพัฒนาการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการหลังจากที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของตน พร้อมทั้งการให้ความรู้แก่เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบจากการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ผ่านสื่อการสอนซึ่งเป็นภาพพลิกอาหารและคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับไปคิดทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมเดิมของตน เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่

2.2 ระยะดำเนินการ (working phase) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกภายในกลุ่มมีความไว้วางใจกันมากขึ้น สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเองให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มฟัง ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา และรับฟังแนวทางแก้ไขปัญหาจากสมาชิกคนอื่นๆ ที่มีประสบการณ์มาก่อนและจะเลือกวิธีการแก้ปัญหาเพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง ในระยะนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มจะจัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิดร่วมกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยถึงแนวทางที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการเดิมของตนไม่ถูกต้อง และเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละรายในกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางที่ผู้ป่วยเลือก และผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มให้การสนับสนุน เสริมแรงจูงใจ สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางที่ผู้ป่วยเลือก พร้อมทั้งให้คำแนะนำเมื่อสมาชิกในกลุ่มมีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หาแหล่งให้ความช่วยเหลือ ช่วยลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งให้แนะนำเพิ่มเติม ให้คำชมเชย ให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพลังในการดึงความสามารถของตนออกมาใช้ในการดูสุขภาพของตนเอง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของตนเองได้จนเป็นนิสัย พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในด้านของการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มเติม

2.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (final phase) ในระยะนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มจะจัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน สร้างความมั่นใจในแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่ การให้กำลังใจและเพิ่มความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแบบใหม่ที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแบบใหม่ การให้แรงเสริม สนับสนุน

หาแหล่งให้ความช่วยเหลือ การหาแนวทางการแก้ปัญหาทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การช่วยลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างปัจจัยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งการจัดให้สมาชิกกลุ่มประเมินผลของการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลดี/ผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ควรปรับปรุง และการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

3. การประเมินผลกลุ่ม สำหรับการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองผู้วิจัยประเมินผลโดย

3.1 ใช้วิธีการสัมภาษณ์ การซักถาม การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้ป่วยแต่ละราย

3.2 แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัว ใจขาดเลือด

บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มในการทำกลุ่มประคับประคอง

ผู้นำกลุ่ม/ผู้วิจัย ในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มประคับประคองควรมีการเตรียมผู้นำกลุ่ม ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่สามารถให้คำปรึกษา และช่วยเหลือสมาชิกภายในกลุ่มได้ ในการจัดตั้งกลุ่มผู้นำกลุ่มควรเป็นบุคลากรทางด้านวิชาชีพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มยังไม่เข้าใจหลักการดำเนินงานและกลไกของการทำกลุ่มประคับประคอง ลักษณะของผู้นำกลุ่มจะต้องมีการส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์และการดำเนินการกิจกรรมของกลุ่มอย่างชัดเจน มีความเป็นกลาง เป็นผู้ฟังที่ดี เปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มได้อภิปรายทุกคนและให้ความสำคัญกับปัญหาของสมาชิกทุกคน รวมทั้งการเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวต่อปัญหาของตนได้ดี และพร้อมที่จะช่วยเหลือสมาชิกทุกคนภายในกลุ่ม (อัตถิยา, 2548) หน้าที่สำคัญของผู้นำกลุ่มมี 4 ประการ คือ การอำนวยความสะดวกและประโยชน์ที่จะเกิดกับกลุ่ม การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและมีชีวิตให้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม การควบคุมกลุ่มให้ดำเนินการไปตามวัตถุประสงค์ และการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มโดยดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการทำกลุ่มประคับประคองเพื่อให้การดำเนินงานของกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ บทบาทสำคัญของผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นบุคลากรทางการพยาบาล จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่ม มีความยั่งยืนและสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้นำกลุ่มมีบทบาทของผู้ให้ความช่วยเหลือในการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม หรือให้การสนับสนุนใน

ทุกๆ ด้าน การให้ความรู้ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งสิ่งที่ควรปฏิบัติมีดังนี้ (สมจิต, วัลภา และรวมพร, 2543)

1. เป็นที่ปรึกษาในการจัดตั้งกลุ่ม ที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลสุขภาพ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพ

2. เป็นผู้นำในการจัดตั้งกลุ่มประคับประคอง เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์

3. เป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุน เช่น การจัดหาวิทยากร การจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งการจัดสถานที่ในการประชุม

4. เป็นผู้ประสานงานให้กับกลุ่ม เช่น การจัดหาสมาชิกใหม่และการติดต่อกับสมาชิกใหม่ในระยะแรกๆ เพื่อให้กลุ่มมีความมั่นคงมากขึ้น

5. ทำหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มและเมื่อสมาชิกมีปัญหาสุขภาพต้องส่งต่อไปรับการรักษาในที่เหมาะสมกับปัญหา

6. เป็นผู้สนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมและกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนเอง

7. ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

สมาชิกกลุ่ม มีหน้าที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อนสมาชิก คอยกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มได้แสดงหรือเสนอความคิดเห็นที่ตรงกับปัญหาของกลุ่ม เป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเป็นต่าง ๆ ของสมาชิก และช่วยลดความขัดแย้งและลดความตึงเครียดภายในกลุ่ม และที่สำคัญสมาชิกกลุ่มต้องการรักษาความลับของเพื่อนสมาชิกด้วยกัน และในการคัดเลือกสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มประคับประคองจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และความสนใจของกลุ่ม

สรุป

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ มีการทบทวนเนื้อหาโดยครอบคลุมถึงความรู้ทั่วไปของโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับ ความหมายของโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ปัจจัยที่ส่งเสริมการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และเชื่อมโยงถึงแนวคิดพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด รวมถึงรูปแบบและวิธีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วยความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแนวคิดการทำกลุ่มประคับประคอง โดยการนำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ เพื่อช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและลดความรุนแรงจากอาการของโรค โดยอาศัยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเข้ามาช่วยในการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจ จากกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน รวมถึงบุคลากรทางการพยาบาลเข้ามาช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพลังในการดึงความรู้และความสามารถของตนออกมาใช้ในการเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ผ่านแนวทางการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3 ระยะด้วยกัน คือ ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งเป็นการจัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้รับความรู้โดยการสอน การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ตรงตามความต้องการและตรงกับสภาพปัญหาของตน รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่มีปัญหาอย่าเดียวกับตนเข้ามาช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเป็นไปในทางที่ดีขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมกับกลุ่มประคับประคองไปพัฒนาการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของตนให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่ตนเป็นอยู่เพิ่มมากขึ้น

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มโดยวัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม (Pretest-posttest, control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา ซึ่งผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดทั้งรายใหม่และรายเก่าที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่เกิน 5 ปี
2. เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่อยู่ในระยะเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประเมินได้จากการใช้คำถามซักถามผู้ป่วยแต่ละราย (ภาคผนวก ช)
3. ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ร่วมด้วย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 % อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 โดยขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา (Effect size) ที่ 0.70 ซึ่งในการกำหนดค่า effect size ได้ศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมาและใกล้เคียงที่สุด คืองานวิจัยของธิติมา (2547) ในเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ซึ่งคำนวณหาค่า effect size ได้ 1.72 (ภาคผนวก ง) ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดสูง (large effect size) เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ ภาพพลิกประกอบการสอนและมีการฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารจากของจริง แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรการศึกษาที่แตกต่างกันคือ การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการให้ความรู้โดยใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยาย และคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยจึงลดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 เพื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปิดตารางการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 รายต่อกลุ่ม รวมเป็น 52 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย

การเลือกและการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ให้มีลักษณะตรงกันหรือมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรค หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (matching) โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งประมาณ 2-6 คนต่อวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติครบจำนวน 52 ราย ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้งสองกลุ่ม โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 26 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 26 รายต่อมา จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด และมีอิสระจากกัน เพื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ให้มีความแตกต่างกัน และอธิบายได้ว่าผลของตัวแปรตามมาจากตัวแปรต้นเท่านั้นและทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยอาศัยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ (Prochas□a et al., 1983 อ้างตาม Thomas, 2000) ร่วมกับแนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเข้ามาช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

1.2 คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราต่าง ๆ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการของโรคหัวใจขาดเลือด ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน แนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลักในการควบคุมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

1.3 แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ เป็นแบบประเมินภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วยโดยครอบคลุมถึงชนิดของอาหาร ปริมาณอาหาร และเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวันตลอดสัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลของอาหารทุกอย่างที่รับประทานในแต่ละวัน เพื่อนำมาประเมินถึงการได้รับอาหารและการควบคุมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

1.4 สื่อการสอน ประกอบด้วย ภาพพลิกประกอบการบรรยาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยและตำราต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาใช้ประกอบการให้ความรู้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลในการประกอบอาหารให้รับประทานในแต่ละวัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน น้ำหนักตัวปัจจุบัน ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือด จำนวน 21 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยนำแนวทางการสร้างข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของพิกุล (2550) มาสร้างข้อคำถามและจากการศึกษาตำราต่างๆ (วิมลรัตน์, 2545; วีนัส, สุภาณี, และถนอมขวัญ, 2545) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ผ่านมาในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ข้อคำถามจะเป็นการเลือกชนิดของอาหารจำนวน

20 ข้อ การกำหนดปริมาณจำนวน 16 ข้อ ซึ่งข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกในข้อที่ 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29 และ 30 และคำถามด้านลบในข้อที่ 2, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 22,27, 31, 32, 33, 34, 35 และ 36 คำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อทั้งในด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

คำถามด้านบวก ได้แก่

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นทุกวันหรือปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นบ่อยครั้งหรือปฏิบัติ 3-6 วัน/สัปดาห์

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นบางครั้งหรือปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์

คะแนน 0 หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติในข้อนั้นเลย

ส่วนข้อคำถามในด้านลบจะให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อคำถามด้านบวก ได้แก่

คะแนน 0 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นทุกวันหรือปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นบ่อยครั้งหรือปฏิบัติ 3-6 วัน/สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นบางครั้งหรือปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติในข้อนั้นเลย

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งรายโดยรวม รายด้านและรายข้อ ใช้หลักการจัดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น โดยการนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง (ชูศรี, 2546) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเป็น 3 ระดับ และมีการแปลผลดังนี้

1. การแปลผลคะแนนรายข้อ

คะแนน 0.00 – 1.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 1.01 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2.01 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง

2. การแปลผลคะแนนรายด้าน

2.1 ด้านการเลือกชนิดของอาหาร

คะแนน 0.00 – 20.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 20.01 – 40.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 40.01 – 60.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง

2.2 ด้านการกำหนดปริมาณของอาหาร

คะแนน 0.00 – 29.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 29.01 – 58.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 58.01 – 78.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง

3. การแปลผลคะแนนโดยรวม

คะแนน 0.00 – 36.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 36.01 – 72.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 72.01 – 108.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สื่อภาพพลิกประกอบการบรรยาย แบบบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน นักโภชนากรที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นนำมาทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ’s alpha coefficient) และได้ระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ระดับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายก่อนการเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอยกเลิกการให้ข้อมูลและการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างที่ทำการศึกษาได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากบุคลากรทางการพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพื่อทำการทดลองต่อไป ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ซึ่งจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างการดำเนินกลุ่ม การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งการให้ข้อมูลอาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอาจเกิดความไม่สบายใจหรือมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจะดูแลผู้ป่วยโดยการให้การพยาบาลขั้นต้นเพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยและอาการเจ็บหน้าอก หรือถ้ามีอาการรุนแรงจะส่งต่อให้แพทย์เป็นผู้รักษาต่อ และช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยการคอยสอบถามและให้ความรู้ คำอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจที่ถูกต้อง และถ้าหากกลุ่มตัวอย่างต้องการทราบข้อมูลนอกเหนือจากปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการผู้วิจัยจะจัดให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้ภายหลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่มในแต่ละครั้ง พร้อมกับแจกคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้ผู้ป่วยนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ถ้ากรณีที่กลุ่มควบคุมต้องการคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยจะแจกให้ภายหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธ์กลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ก) และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ จะนำมาเสนอเฉพาะในการวิจัยเท่านั้น และหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยประการใดสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่าไม่มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการผิดปกติหรือมีความวิตกกังวลในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดครั้งที่ 1 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง และเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มในครั้งที่ 4

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มทดลองจัดให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินตามขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เสนอโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย

2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ขออนุมัติทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุมัติหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และนำหนังสือแนะนำตัวถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. พยาบาลประจำคลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นจะเป็นผู้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่าง 26 รายแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม 26 รายต่อมาจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง

5. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลประจำการคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลหาดใหญ่ 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี มีความตั้งใจและยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อลดความลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดภายหลังสิ้นสุดการทดลองในการพบกลุ่มครั้งที่ 4

6. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อพูดคุยชี้แจง และทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและวิธีการให้คะแนนทั้งหมดเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและทดลองใช้แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ร่วมกับผู้วิจัยก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

7. หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบโดยการประเมินจริงกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 3 ราย จากนั้นนำมาหาข้อผิดพลาดและปรับวิธีการประเมินให้ถูกต้องตรงกัน

ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งจากการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมดในกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นตามด้วยการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีวิธีในการดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและปฐมนิเทศกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยแบ่งเป็น

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยไม่มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยซักถามอาการทั่วไป ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ

3) ผู้วิจัยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้คำถาม “ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหรือไม่ อย่างไร” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามว่า “ผม/ฉันเคยมีความคิดอยากเปลี่ยนการรับประทานอาหารแบบเดิมเป็นการรับประทานอาหารแบบใหม่ โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดระดับไขมันในเลือด” เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดด้วยตนเอง ซึ่งในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลเป็นรายกลุ่มครั้งละ 2-6 คนต่อวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 26 ราย

5) ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมแต่ละกลุ่มอีกครั้งในสัปดาห์ 4 หลังจากการพบกลุ่มครั้งแรก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

6) ก่อนถึงสัปดาห์ที่ 4 ของการพบกลุ่ม ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อยืนยันการนัดหมาย กรณีที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่สามารถเดินทางมาพบกลุ่มที่โรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มย่อยกลุ่มเดียวกันพบกลุ่มที่บ้านของผู้ป่วยแทน เพื่อความสะดวกต่อ

การเดินทางมาพบกลุ่ม และเพื่อจัดให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

7) สัปดาห์ที่ 4 ของการพบกลุ่มผู้วิจัยบอกให้กลุ่มควบคุมทราบถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัยในครั้งนี้และจัดให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดฉบับเดิมอีกครั้งโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และแจกคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้ผู้ป่วยนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหาดใหญ่

2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยซักถามอาการทั่วไป ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือและความพร้อมในการเริ่มคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ

3) ผู้วิจัยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยใช้คำถามซักถาม “ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหรือไม่ อย่างไร” ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มทดลองตอบว่า “ผม/ฉันเคยคิดที่จะปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพื่อจะได้ควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น”

4) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการวิจัย สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

5) ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ซึ่งในการทำกลุ่มแต่ละครั้งจัดให้มีการพบกลุ่มที่โรงพยาบาลและที่บ้านของผู้ป่วย มีสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มย่อยประมาณ 2-6 คนต่อวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติครบจำนวน 26 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3 การพบกลุ่มครั้งที่ 1 กลุ่มย่อยที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 สมาชิก 2-6 คน (ระยะการสร้างสัมพันธภาพ)

1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยซักถามอาการทั่วไป ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการวิจัย สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจัดให้ผู้ป่วยตอบ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

2) จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการทำกลุ่มตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาในการพบกลุ่ม 60 นาที ซึ่งในระยะนี้ผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และก่อนจัดให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มครั้งที่ 1 คือ เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนของโรคและผลกระทบของโรคหัวใจขาดเลือด และเพื่อให้สมาชิกมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมอภิปรายกลุ่ม

3) หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มปรับประคองโดยการสัมภาษณ์การซักถามถึงปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ รวมทั้งการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมเดิมของผู้ป่วยว่ามีปัญหาใดบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประเมินความรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย และความรู้สึกของสมาชิกอื่นในกลุ่มต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มในขณะที่ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยนำปัญหาที่ค้นพบมาใช้ในการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในการพบกลุ่มครั้งที่ 1 สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ อยากให้ตนเองสามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ เพื่อลดระดับไขมันในเลือด ลดอาการเจ็บหน้าอกและอาการเหนื่อย สามารถทำงานได้ตามปกติ ลดความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกำเริบของอาการเจ็บหน้าอก

4) เมื่อผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แล้ว ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะกับสภาวะของโรค ซึ่งผู้ป่วยมีการพูดคุยถึงการควบคุมการรับประทานอาหารว่า ควรลดการรับประทานอาหารเค็ม อาหารมัน และจัดให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การควบคุมอาหารได้ดี และมีระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นผู้เล่าประสบการณ์ที่ใช้ในการควบคุมการรับประทานอาหารให้แก่สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มฟัง

5) ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบจากการเป็นโรคและความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพิ่มเติม โดยใช้ภาพพลิกอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดประกอบการบรรยาย

6) ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปลูกจิตสำนึกของผู้ป่วยโดยการเน้นให้ผู้ป่วยหาสาเหตุของปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย

เห็นถึงปัญหาจากการปฏิบัติพฤติกรรมเดิมของตน กระตุ้นเร้าอารมณ์โดยผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มในการให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบเดิมให้เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่ โดยเน้นการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย อาหารที่มีสารต่อต้านอนุมูลอิสระให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัวสูง โคเลสเตอรอล อาหารที่มีพลังงานสูง ลดอาหารที่มีรสเค็มและรสหวาน เป็นต้น

7) หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการทำพันธะสัญญากับตนเองว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการแบบใหม่ตามแนวทางที่เลือก ซึ่งในกระบวนการนี้ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มต้องสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

8) หลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่มครั้งที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองในครั้งที่ 1 และผู้วิจัยจะนัดผู้ป่วยอีก 1 สัปดาห์ เพื่อร่วมการทำกลุ่มครั้งที่ 2 พร้อมทั้งแจกคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนที่บ้าน แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปจดบันทึกการรับประทานอาหารที่บ้านภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม และให้ผู้ป่วยนำมาให้ผู้วิจัยอีกครั้งในการพบกลุ่มครั้งที่ 2 เพื่อนำมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยและการให้คำแนะนำที่ถูกต้องต่อไป และแจกตารางนัดหมายเวลาในการทำกลุ่มในแต่ละครั้งให้กับกลุ่มตัวอย่าง

1.4 การพบกลุ่มครั้งที่ 2 กลุ่มย่อยที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 สมาชิก 2-6 คน (ระยะดำเนินการ)

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อยเป็นครั้งที่ 2 ซึ่งเรื่องที่พูดคุยครอบคลุมถึงผลของการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยซักถามอาการทั่วไป ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในครั้งที่ 2 คือ เพื่อให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เตรียมความพร้อมเข้าสู่การปฏิบัติพฤติกรรมตามแนวทางที่ผู้ป่วยเลือก และเพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำความรู้ที่ได้จากการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ

3) ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการพบกลุ่มครั้งที่ 1 และนำข้อมูลการรับประทานอาหารของผู้ป่วยจากแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ และแบบบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อในระยะเวลา 24

ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ มาบอกให้ผู้ป่วยทราบว่ายังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในข้อใดบ้างที่ผู้ป่วยยังมีการรับประทานไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปประกอบการปฏิบัติพฤติกรรม

4) หลังจากนั้นจึงจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การสนับสนุน เสริมแรงจูงใจ สร้างกำลังใจจากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายและแนวทางที่ผู้ป่วยเลือก ซึ่งแนวทางที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ คือ เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด ลดการรับประทานอาหารมันมีรสเค็มและหวานจัด งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ทุกชนิด และการบอกข้อมูลที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมไปแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวทราบ เพื่อนำมาใช้ประกอบการปรุงอาหารและการเลือกซื้ออาหารมารับประทาน

5) หลังจากผู้ป่วยได้เลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มช่วยลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการซักถามปัญหา อุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม แล้วให้คำแนะนำและตอบข้อสงสัยเพิ่มเติม หาแหล่งให้ความช่วยเหลือ เพิ่มปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น สื่อต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถหาได้ในชุมชน การเลือกอาหารที่มีอยู่ในชุมชนมาปรุงอาหารเพื่อให้เหมาะกับภาวะสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามได้อย่างเต็มที่ การรับฟังปัญหา การให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาภายหลังการพบกลุ่ม การจัดให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง เป็นต้น

6) ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในด้านของการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มเติม โดยใช้ภาพพลิกอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้ามามีส่วนช่วยประกอบการสอน

7) ในการพบกลุ่มครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มย่อยที่ 1 จำนวน 2 ราย ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สบาย และติดงาน ไม่สามารถลางานได้ ผู้วิจัยจึงจัดให้ผู้ป่วยพบกลุ่มครั้งที่ 2, 3 และ 4 ร่วมกับการพบกลุ่มย่อยกลุ่มที่ 2 แทน โดยในการพบกลุ่มย่อยกลุ่มที่ 2 และ 3 ในครั้งที่ 2 จัดให้มีการพบกลุ่มที่โรงพยาบาล ส่วนกลุ่มย่อยที่ 4 และ 5 ผู้วิจัยจัดให้มีการพบกลุ่มในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และชุมชนใกล้เคียงแทน (ดำเนินกิจกรรมกลุ่มในวันทำการและวันหยุดเสาร์-อาทิตย์) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการเดินทางมาพบกลุ่มและใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยก่อนวันนัดอีกครั้ง เพื่อยืนยันการนัดหมาย พบว่าในการพบกลุ่มย่อยที่ 2, 3, 4 และ 5 ผู้ป่วยสามารถเดินทางมาพบกลุ่มได้ครบทุกคน เนื่องจากในการพบกลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการจูงใจโดยวิธีการช่วยอำนวยความสะดวกในการเดินทางมาพบกลุ่มของผู้ป่วยแต่ละราย

8) ภายหลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่มครั้งที่ 2 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองในครั้งที่ 2 และผู้วิจัยนัดผู้ป่วยอีก 1 สัปดาห์ เพื่อร่วมการทำกลุ่มครั้งที่ 3 พร้อมทั้งแจกแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปจดบันทึกการรับประทานอาหารที่บ้านภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม และให้ผู้ป่วยนำมาให้ผู้วิจัยอีกครั้งในการพบกลุ่มครั้งที่ 3 เพื่อนำมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยและการให้คำแนะนำที่ถูกต้องต่อไป

1.5 การพบกลุ่มครั้งที่ 3 กลุ่มย่อยที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 สมาชิก 2-6 คน (ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม)

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อยเป็นครั้งที่ 3 ซึ่งเรื่องที่จะพูดคุยจะเป็นการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการพบกลุ่มครั้งที่ 1 และ 2 สรุปผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง และผลของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยซักถามอาการทั่วไป ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในครั้งที่ 3 คือ เพื่อให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการด้วยตนเองและมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการใหม่อย่างต่อเนื่อง

3) ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการพบกลุ่มครั้งที่ 1 และ 2 และนำข้อมูลการรับประทานอาหารของผู้ป่วยจากจากแบบบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ มาบอกให้ผู้ป่วยทราบว่ายังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในข้อใดบ้างที่ผู้ป่วยยังมีการรับประทานไม่ถูกต้อง พบว่า ผู้ป่วยบางรายยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลน้อยและยังมีการรับประทานอาหารประเภทแป้ง ซึ่งจากการซักถามผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่ชอบรับประทานอาหารประเภทข้าวกล้อง งา แต่จะรับประทานผักทดแทน ส่วนการรับประทานอาหารประเภทแป้งโดยเฉพาะขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ในปริมาณน้อยจะทำให้รู้สึกไม่อิ่มท้อง ผู้วิจัยจึงให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องสามารถนำไปประกอบการปฏิบัติพฤติกรรมจนเป็นนิสัยได้

4) ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสนับสนุน ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแนวทางที่ผู้ป่วยเลือก กล่าวชมเชยสมาชิกกลุ่มที่มีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

5) จัดให้สมาชิกกลุ่มช่วยประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม หาแหล่งให้ความช่วยเหลือ ช่วยหาแนวทางการแก้ปัญหาทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ และช่วยลดอุปสรรคที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6) หลังสิ้นสุดการทำกลุ่มครั้งที่ 3 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองในครั้งที่ 3 และผู้วิจัยนัดผู้ป่วยอีก 1 สัปดาห์ เพื่อร่วมการทำกลุ่มครั้งที่ 4 พร้อมทั้งแจกแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปจดบันทึกการรับประทานอาหารที่บ้านภายหลังจากการเข้าร่วมการใช้โปรแกรม และให้ผู้ป่วยนำมาให้ผู้วิจัยอีกครั้งในการพบกลุ่มครั้งที่ 4 เพื่อนำมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยและการให้คำแนะนำที่ถูกต้องต่อไป

7) ในการพบกลุ่มครั้งที่ 3 พบว่าในการพบกลุ่มย่อยที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ผู้วิจัยจัดให้มีการพบกลุ่มในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และชุมชนใกล้เคียงแทน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการเดินทางมาพบกลุ่มและใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยก่อนถึงวันนัดอีกครั้ง เพื่อยืนยันการนัดหมาย พบว่าในการพบกลุ่มย่อยที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ผู้ป่วยสามารถเดินทางมาพบกลุ่มได้ครบทุกคน

1.6 การพบกลุ่มครั้งที่ 4 กลุ่มย่อยที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 สมาชิก 2-6 คน (ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม)

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อยเป็นครั้งที่ 4 ซึ่งเรื่องที่จะพูดคุยจะเป็นการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังการพบกลุ่มครั้งที่ 1, 2 และ 3

2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยซักถามอาการทั่วไป ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในครั้งที่ 4 คือการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด หลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด การประเมินผลและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

3) ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพิ่มเติม มีการอภิปรายกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ประโยชน์ที่ได้รับ ร่วมกับการนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ของผู้ป่วยมา

วิเคราะห์ เพื่อค้นหาปัญหา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นกว่าการบันทึกในครั้งที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยจึงให้คำชมเชยแก่ผู้ป่วย และกระตุ้น ให้กำลัง และสร้างความมั่นใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

4) ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยทบทวนเนื้อหาจากการพบกลุ่มครั้งที่ 1, 2 และ 3 พร้อมทั้งตอบข้อซักถามและข้อสงสัยเพิ่มเติม หลังจากนั้นจัดให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นคำถามชุดเดิมอีกครั้ง โดยจัดให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดของข้อมูล และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลในการประกอบอาหารให้รับประทานในแต่ละวัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน น้ำหนักตัวปัจจุบัน ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกายและระดับไขมันในเลือด มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi square test)

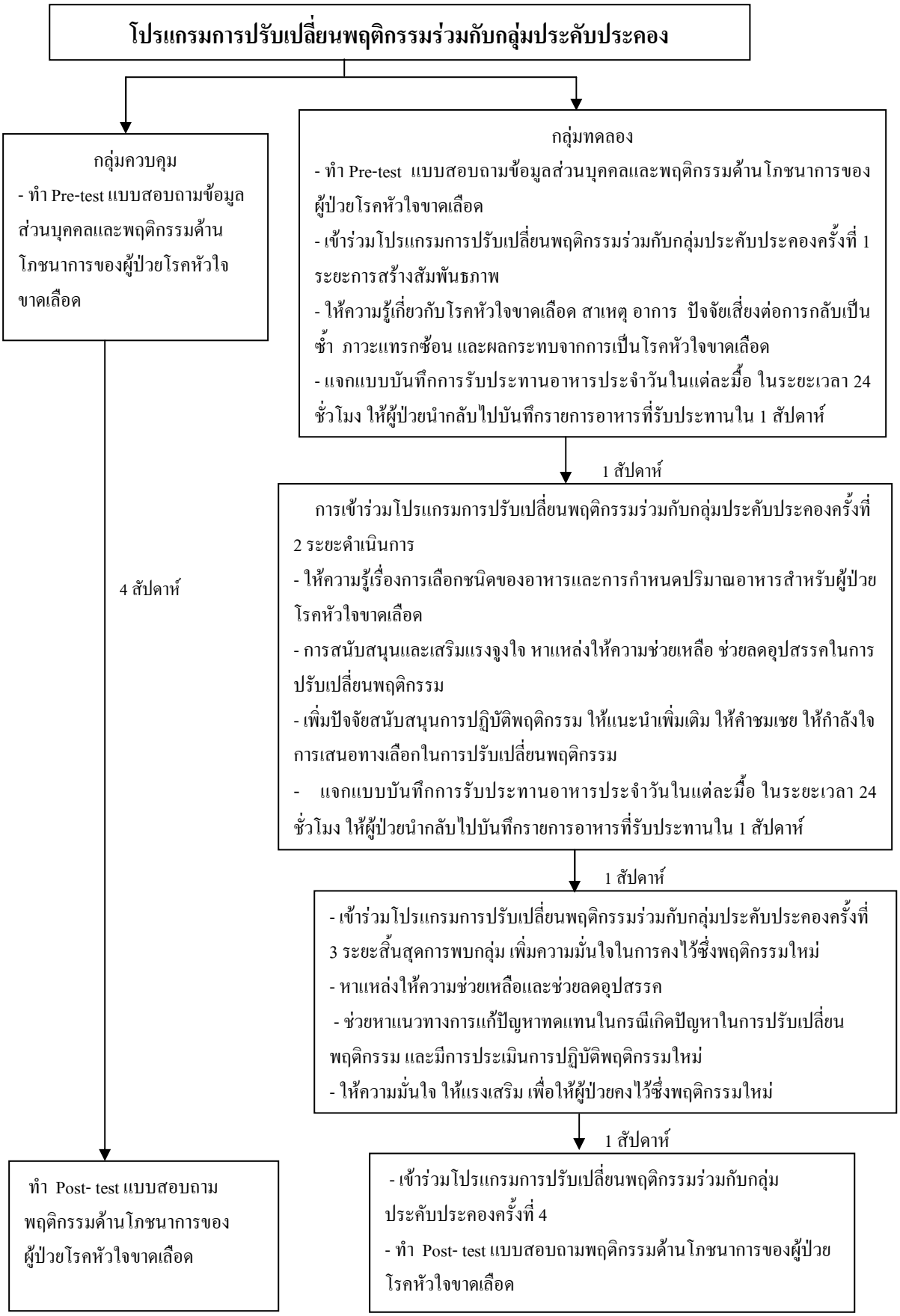
2. วิเคราะห์ค่าคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวมและรายด้านโดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับพฤติกรรมด้านโภชนาการจากค่าคะแนนโดยรวมรายด้านและรายข้อ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติทีคู่ กรณี 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์กัน (paired t-test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติทีคู่ กรณี 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์กัน (paired t-test)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม ภายหลังการทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติทีอิสระ กรณี 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)



ภาพ 2 แนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองกับพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองและกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 52 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติจำนวน 26 ราย และกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองจำนวน 26 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และผลการวิจัยได้มีการนำเสนอเพื่อประกอบการบรรยายตารางดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีคู่

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่นำมาศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ จากการทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร โดยมีรายละเอียดดังนี้

จากตาราง 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.08 โดยกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 38.50) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุ > 60 ปี (ร้อยละ38.50) ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 88.50 ส่วนกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 73.10 ระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 การประกอบอาชีพของกลุ่มควบคุมคือเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.20 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.90 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ มากกว่า 9,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.80 และ 38.50 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่ายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ เพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 53.80 และ 57.70 ตามลำดับ การประกอบอาหารรับประทานของทั้งสองกลุ่มคือ การประกอบอาหารรับประทานเองและการซื้ออาหารมารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 63.38 และ19.23 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไค-สแคว์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (N=52)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 52)	กลุ่มควบคุม (n =26)	กลุ่มทดลอง (n=26)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	38 (73.08)	19 (73.10)	19 (73.10)	.00^{ns}
หญิง	14 (26.92)	7 (26.90)	7 (26.90)	

ns = not significant

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 52)	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 26)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)				
< 40 ปี	3 (5.77)	2 (7.70)	1 (38.00)	30.67^{ns}
40-50 ปี	12 (23.08)	6 (23.10)	6 (23.10)	
51-60 ปี	19 (36.54)	10 (38.50)	9 (34.60)	
> 60 ปี	18 (34.62)	8 (30.80)	10 (38.50)	
สถานภาพสมรส				
โสด	3 (5.77)	2 (7.70)	1 (3.80)	4.29^{ns}
คู่	42 (80.77)	23 (88.50)	19 (73.10)	
หม้าย/หย่า/แยก	7 (13.46)	1 (3.80)	6 (23.10)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	5 (9.62)	2 (7.70)	3 (11.50)	1.51^{ns}
ประถมศึกษา	26 (50.00)	13 (50.00)	13 (50.00)	
มัธยมศึกษา	9 (17.31)	5 (19.20)	4 (15.40)	
ประกาศณียบัตร/อนุปริญญา	6 (11.54)	3 (11.50)	3 (11.50)	
ปริญญาตรี	5 (9.62)	2 (7.70)	3 (11.50)	
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (1.92)	1 (3.80)	0 (0.00)	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9 (17.31)	3 (11.50)	6 (23.10)	9.33^{ns}
เกษตรกร	15 (28.85)	12 (46.20)	3 (11.50)	
ค้าขาย	8 (15.30)	2 (7.70)	6 (23.10)	
รับจ้าง	11 (21.15)	4 (15.40)	7 (26.90)	
อื่น ๆ	9 (7.31)	5 (19.20)	4 (15.40)	

ns = not significant

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 52)	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 26)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับรายได้เฉลี่ยของครอบครัว				
ไม่มีรายได้	1 (1.92)	0 (0.00)	1 (3.80)	4.20^{ns}
< 3,000 บาท/เดือน	10 (19.23)	6 (26.10)	4 (15.40)	
3,001-6,000 บาท/เดือน	12 (23.08)	5 (19.20)	7 (26.90)	
6,001-9,000 บาท/เดือน	5 (9.62)	1 (3.80)	4 (15.40)	
> 9,001 บาท/เดือน	24 (46.15)	14 (53.80)	10 (38.50)	
ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย				
เพียงพอเหลือเก็บ	13 (25.00)	7 (26.90)	6 (23.10)	.11^{ns}
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	29 (55.77)	14 (53.80)	15 (57.70)	
ไม่เพียงพอ	10 (19.23)	5 (19.20)	5 (19.20)	
บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย				
ภรรยา/สามี	36 (69.23)	21 (80.80)	15 (57.70)	3.80^{ns}
บุตร	10 (19.23)	3 (11.50)	7 (26.90)	
หลาน	1 (1.92)	0 (0.00)	1 (3.80)	
อื่นๆ	5 (9.62)	2 (7.70)	3 (11.50)	
ผู้ดูแลในการประกอบอาหารให้รับประทานในแต่ละวัน				
ไม่มี				
ซื้อกินเอง	10 (19.23)	5 (19.20)	5 (19.20)	.62^{ns}
ประกอบอาหารทานเอง	34 (63.38)	16 (61.50)	18 (69.20)	
มี				
ผู้ดูแล	8 (15.39)	5 (19.20)	3 (11.50)	

ns = not significant

จากตาราง 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มควบคุมมีขนาดรอบเอวเฉลี่ย 34.27 นิ้ว (SD = 5.24) และมีรอบเอวเกินกำหนดจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.77 ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 24.87 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 4.50) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็น

ร้อยละ 42.3 มีระดับโคเลสเตอรอลรวมเฉลี่ย 175.27 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD =34.98) ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมีค่าเฉลี่ย 104.66 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเดซิลิตร (SD = 25.04) ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงเฉลี่ย 46.88 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 10.29) และมีระดับไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ย 157.12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 96.40) ส่วนกลุ่มทดลองมีขนาดรอบเอวเฉลี่ย 35 นิ้ว (SD = 5.23) และมีรอบเอวเกินกำหนดจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.92 ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 26.13 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 5.23) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 46.95 ระดับระดับโคเลสเตอรอลรวมมีค่าเฉลี่ย 189.12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 50.84) ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมีค่าเฉลี่ย 112.29 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 35.47) ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงมีค่าเฉลี่ย 47.08 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 12.71) และมีระดับไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ย 186.50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 116.08) (ตาราง 2)

ทั้งนี้ได้มีการควบคุมคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ป่วยให้มีความคล้ายคลึงกันโดยการจับคู่คุณสมบัติในเรื่อง ระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้ว และได้ทำการเปรียบเทียบคุณสมบัติอื่นๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลในการประกอบอาหาร จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือด เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1 และ ตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไค-สแคว์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (N=52)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 52)	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 26)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด (ปี)				
1-2.5	20 (38.46)	3 (11.50)	8 (15.38)	1.30^{ns}
2.6-5	32 (61.54)	14 (53.80)	18 (84.62)	
	$\bar{X}_t$ = 3.1, SD = 15.63	$\bar{X}_c$ = 3.1, SD = 15.63	$\bar{X}_e$ = 3.1, SD = 15.63	
	Min = 1, Max = 4.9	Min = 1, Max = 4.9	Min = 1, Max = 4.9	
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใน 6 เดือน				
	$\bar{X}_t$ = 1, SD = 1.43	$\bar{X}_c$ = 1.3, SD = 1.75	$\bar{X}_e$ = 1, SD = 0.81	6.70^{ns}
	Min = 0, Max = 6	Min = 0, Max = 6	Min = 0, Max = 3	
รอบเอว	$\bar{X}_t$ = 34.27, SD = 4.43	$\bar{X}_c$ = 34.27, SD = 5.24	$\bar{X}_e$ = 35, SD = 5.23	19.21^{ns}
	Min = 24, Max = 53	Min = 24, Max = 53	Min = 29, Max = 46	
ดัชนีมวลกาย				
โภชนาการพร่อง	3 (5.77)	3 (11.54)	0 (0.00)	3.20^{ns}
โภชนาการปกติ	26 (50.00	12 (46.15)	14 (53.85)	
โภชนาการเกิน	23 (44.23)	11 (42.31)	12 (46.15)	
	$\bar{X}_t$ = 25.19, SD = 4.88	$\bar{X}_c$ = 24.87, SD = 4.5	$\bar{X}_e$ = 26.13, SD = 5.24	
	Min = 14.81, Max = 44.08	Min = 141, Max = 37.87	Min = 18.5, Max = 44.08	
ระดับโคเลสเตอรอลรวม				
ปกติ	44 (84.62)	23 (88.50)	21 (80.77)	.52^{ns}
มากกว่าปกติ	8 (15.38)	3 (11.50)	5 (19.23)	
	$\bar{X}_t$ = 182.19, SD = 43.77	$\bar{X}_c$ = 175.27, SD = 34.98	$\bar{X}_e$ = 189.12, SD = 50.84	
	Min = 103, Max = 342	Min = 109, Max = 285	Min = 103, Max = 342	

ns = not significant

$\bar{X}_t$ = ค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม, $\bar{X}_c$ = ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม, $\bar{X}_e$ = ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 52)	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 26)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ				
ปกติ	43 (82.69)	21(80.80)	22 (84.62)	.13^{ns}
สูงกว่าปกติ	9 (17.31)	5 (19.20)	4 (15.38)	
	$\bar{X}_t$ = 104.66, SD = 33.38	$\bar{X}_c$ = 104.66, SD = 25.04	$\bar{X}_e$ = 112.29, SD = 35.47	
	Min = 120, Max = 222	Min = 59.8, Max = 161	Min = 70, Max = 222	
ระดับระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง				
ปกติ	41 (78.85)	21 (80.80)	20 (76.92)	.12^{ns}
ต่ำกว่าปกติ	11 (21.15)	5 (19.20)	6 (23.08)	
	$\bar{X}_t$ = 46.98, SD = 11.45	$\bar{X}_c$ = 46.88, SD = 10.29	$\bar{X}_e$ = 47.08, SD = 12.71	
	Min = 26, Max = 74	Min = 26, Max = 74	Min = 30, Max = 70	
ระดับไตรกลีเซอไรด์				
ปกติ	28 (53.45)	16 (61.54)	12 (23.5)	1.24^{ns}
มากกว่าปกติ	24 (46.15)	10 (38.46)	14 (53.5)	
	$\bar{X}_t$ = 171.81, SD = 106.68	$\bar{X}_c$ = 157.12, SD = 96.40	$\bar{X}_e$ = 186.50, SD = 116.08	
	Min = 53, Max = 564	Min = 53, Max = 474	Min = 86, Max = 564	

ns = not significant

$\bar{X}_t$ = ค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม, $\bar{X}_c$ = ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม, $\bar{X}_e$ = ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีคู่

กลุ่มควบคุม

ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ($\bar{X}$ = 61.04, SD = 7.68) (ตาราง 3) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการรายด้านการเลือกชนิดของอาหารอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านการกำหนด

ปริมาณอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 33.31, SD = 5.33, $\bar{X}$ = 27.73, SD = 3.11 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยสุดและอยู่ในระดับต่ำ คือ การดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนยแทนนมธรรมดา 1-2 แก้วต่อวัน ($\bar{X}$ = .35, SD = .56) และข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับต่ำ คือ การเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง งา ข้าวโอ๊ต เป็นต้น ($\bar{X}$ = .54, SD = .65) ส่วนข้อที่เหลือมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (ตาราง ค 1 ภาคผนวก)

หลังจากได้รับบริการตามปกติในสัปดาห์ที่ 4 พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเช่นเดียวกับก่อนได้รับบริการตามปกติ ($\bar{X}$ = 61.65, SD = 7.36) ทั้งในด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหาร ($\bar{X}$ = 35.23, SD = 5.04, $\bar{X}$ = 26.43, SD = 3.86 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยสุดและอยู่ในระดับต่ำ คือ การรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง งา ข้าวโอ๊ต และการดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนยแทนนมธรรมดา 1-2 แก้วต่อวัน ($\bar{X}$ = .62, SD = .50 และ $\bar{X}$ = .62, SD = .85 ตามลำดับ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับต่ำ คือ การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน 6-12 คำต่อมื้อ ($\bar{X}$ = .96, SD = .87 ส่วนในข้ออื่นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (ตาราง ค 1 ภาคผนวก)

จากตาราง 3 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติที่คู่ (pair t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งรายด้านและโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมและผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที (n = 26)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	กลุ่มควบคุม (n=26)				
	Min-Max	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t
รายด้าน					
การเลือกชนิดของอาหาร					
ก่อนการทดลอง	26-46	33.31	5.33	ปานกลาง	-1.94^{ns}
หลังการทดลอง	27-46	35.23	5.04	ปานกลาง	
การกำหนดปริมาณอาหาร					
ก่อนการทดลอง	21-34	27.73	3.11	ต่ำ	1.77^{ns}
หลังการทดลอง	21-34	26.43	3.86	ต่ำ	
โดยรวม					
ก่อนการทดลอง	48-79	61.04	7.68	ปานกลาง	.44^{ns}
หลังการทดลอง	48-72	61.65	7.36	ปานกลาง	

ns = not significant

กลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย (ตาราง 4) พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 60.65, SD = 9.34) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการรายด้านการเลือกชนิดของอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และการกำหนดปริมาณอาหารอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 33.58, SD = 5.65, $\bar{X}$ = 27.08, SD = 4.74 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ คือ การดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนยแทนนมธรรมดา 1-2 แก้วต่อวัน ($\bar{X}$ = .58, SD = .86) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับต่ำ คือ การรับประทานอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือบะหมี่มากกว่า 3 ก้อนต่อวัน ($\bar{X}$ = .69, SD = .68) ส่วนข้อที่เหลือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง (ตาราง ค 2 ภาคผนวก)

ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 73.62, SD = 6.22) และมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการรายด้านการเลือกชนิดของอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 41.15, SD = 4.20) และด้านการกำหนดปริมาณอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 32.46, SD = 3.25) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการน้อยที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ คือ การดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมขาดมันเนยแทนนมธรรมดา 1-2 แก้วต่อวัน ($\bar{X}$ = .65, SD = .89) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับต่ำ คือ รับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง งา ข้าวโอ๊ต เป็นต้น ($\bar{X}$ = .77, SD = .82) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงสุดอยู่และอยู่ในระดับสูง คือ การควบคุมการรับประทานขนมปังปอนด์ทาแยมหรือแครกเกอร์มากกว่า 4 แผ่นต่อวัน การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, น้ำตวาก เหล้า ยาดองมากกว่า 30-45 มิลลิลิตรต่อวัน (~ 1 แป๊ก), ไวน์มากกว่า 100-120 มิลลิลิตรต่อวัน (~ 3-4 แป๊ก) และการหลีกเลี่ยง การดื่มชาหรือกาแฟเกิน 2 แก้วต่อวัน ($\bar{X}$ = 2.96, SD = .17, $\bar{X}$ = 2.85, SD = .37 และ $\bar{X}$ = 2.81, SD = .63 ตามลำดับ) (ตาราง ค 2 ภาคผนวก) ส่วนข้อที่เหลืออยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองโดยใช้สถิติที่คู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 6.64 , df = 25) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและด้านการกำหนดปริมาณอาหารภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 4)

ตาราง 4

แสดงค่าต่ำสุด-สูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมและผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติที (N= 26)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	กลุ่มทดลอง				
	Min-Max	$\bar{x}$	SD	ระดับ	t
รายด้าน					
การเลือกชนิดของอาหาร					
ก่อนการทดลอง	18-43	33.58	5.65	ปานกลาง	5.71***
หลังการทดลอง	31-48	41.15	4.20	สูง	
การกำหนดปริมาณอาหาร					
ก่อนการทดลอง	17-35	27.08	4.74	ต่ำ	5.72***
หลังการทดลอง	25-36	32.46	3.25	ปานกลาง	
โดยรวม					
ก่อนการทดลอง	38-75	60.65	9.34	ปานกลาง	6.64***
หลังการทดลอง	57-83	73.62	6.22	สูง	

*** $p < .001$

จากตาราง 5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 6.64$, $df = 25$)

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (N = 52)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 26)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 26)		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
กลุ่มควบคุม	61.04	7.68	61.65	7.36	-.44
กลุ่มทดลอง	60.65	9.34	73.62	6.22	6.64***

*** $p < .001$

ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณของอาหารภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ด้านการเลือกชนิดของอาหารอยู่ในระดับสูง และข้อที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ม้าม ปอด กระเพาะอาหาร เป็นต้น การลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือของหมักดอง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ผักผลไม้ดอง บูดู ปลาร้า และการหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมที่มีเนยหรือครีม เป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมเค้ก โรตี โดนัท เป็นต้น ($\bar{X}$ = 2.65, SD = .49, $\bar{X}$ = 2.62, SD = .57 และ $\bar{X}$ = 2.58, SD = .50 ตามลำดับ) (ตาราง ค 2 ภาคผนวก)

ส่วนข้อที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเลือกชนิดของอาหารต่ำสุดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง งา ข้าวโอ๊ต เป็นต้น การหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน ลองกอง เป็นต้น และการรับประทานอาหารถั่วประเภทต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง เป็นต้น ($\bar{X}$ = .77, SD = .82, $\bar{X}$ = 1.31, SD = 1.09 และ $\bar{X}$ = 1.35, SD = .89 ตามลำดับ) (ตาราง ค 2 ภาคผนวก)

2. ด้านการกำหนดปริมาณอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การควบคุมการรับประทานขนม

ปังปอนด์ทาแยมหรือแครกเกอร์มากกว่า 4 แผ่นต่อวัน การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, น้ำตวาก เหล้า ยาดองมากกว่า 30-45 มิลลิลิตรต่อวัน (~ 1 แป๊ก), ไวน์มากกว่า 100-120 มิลลิลิตรต่อวัน (~ 3-4 แป๊ก) และการหลีกเลี่ยงการดื่มชาหรือกาแฟเกิน 2 แก้วต่อวัน ($\bar{X}$ = 2.96, SD = .17, $\bar{X}$ = 2.85, SD = .37 และ $\bar{X}$ = 2.81, SD = .63 ตามลำดับ) (ตาราง ค 2 ภาคผนวก)

ส่วนข้อที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยด้านการกำหนดปริมาณอาหารต่ำสุดหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน 6-12 คำ/มื้อ การดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนยแทนนมธรรมดา 1-2 แก้วต่อวัน และการรับประทานอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือบะหมี่มากกว่า 3 ก้อน/วัน ($\bar{X}$ = .58, SD = .70, $\bar{X}$ = .65, SD = .89 และ $\bar{X}$ = .88, SD = .77 ตามลำดับ) (ตาราง ค 2 ภาคผนวก)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองและกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปทดสอบการแจกแจงปกติ (Shapiro-Walk) พบว่าคะแนนของทั้งสองกลุ่มมีการกระจายแบบปกติโดยได้ค่าสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (ตาราง ข 1 ภาคผนวก) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการก่อนการทดลองไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนโดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .16$, $p > .05$) (ตาราง ข 4 ภาคผนวก) เมื่อแยกเป็นรายด้านผู้วิจัยได้นำไปทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยดูจากค่า z – value ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ซึ่งได้ค่าไม่เกิน ±1.96 (Munro, 2001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุดของคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการเมื่อจำแนกเป็นรายด้านมีการกระจายของข้อมูลเป็นไปตามปกติ (normal distribution) (ตาราง ข 2 และ ข 3) และเมื่อนำชุดข้อมูลมาทดสอบความแปรปรวน (Test of Hemogeneity) พบว่าชุดข้อมูลมีความแปรปรวนภายในไม่แตกต่างกัน

จากตาราง 6 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวม

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 6.33, df = 50) (ตาราง 5) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหารของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.60, df = 50 และ t = 6.10, df = 50 ตามลำดับ) (ตาราง 5)

ตาราง 6

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยรวมและรายด้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (N =52)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	คะแนนหลังการทดลอง				t
	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	
รายด้าน					
การเลือกชนิดของอาหาร	35.23	5.04	41.15	4.20	4.60***
การกำหนดปริมาณอาหาร	26.43	3.86	32.46	3.25	6.10***
โดยรวม	61.65	7.36	73.62	6.22	6.33***

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งการพบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จากรายงานการศึกษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาพบว่า เพศชายที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่าในช่วงอายุเดียวกัน (จริยา, 2542;

วิศาล, 2543; Smith et al., 2006) ร่วมกับการที่เพศชายมีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าเพศหญิง จึงทำให้พบโรคหัวใจขาดเลือดในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิงประมาณ 10 เท่า (วิมลรัตน์, 2543) และส่วนหนึ่งมาจากการที่เพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ช่วยลดระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ และช่วยเพิ่มระดับของไลโพโปตีนที่มีความหนาแน่นสูง มีขนาดของหัวใจ หลอดเลือดแดงโคโรนารี่ และขนาดของทรวงอกเล็กว่าเพศชาย และมีระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงมากกว่าเพศชาย จึงทำให้พบอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเพศชายได้มากกว่า (วิมลรัตน์, 2543; สมจิตต์และวารี, 2549; อุไร, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าเพศชายที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า 260 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถึง 5 เท่า (สุรัตน์, 2537 อ้างตามบารมี, 2544) นอกจากนี้ยังสามารถพบโรคหัวใจขาดเลือดในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (วิมลรัตน์, 2543) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายจะลดลง โดยเฉพาะการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด จะมีผลทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย (วินัย, 2545)

ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยรวมเฉลี่ย 25.19 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 44.23 โดยผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 42.31 ส่วนกลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการเกิน คิดเป็นร้อยละ 46.15 ซึ่งดัชนีมวลกายจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยเพศชายมีค่าดัชนีมวลกายปกติ 20-25 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร ส่วนในเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายปกติ 19-20 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยจากดัชนีมวลกายเป็นการประเมินเกี่ยวกับชนิดของอาหาร ปริมาณอาหาร และเครื่องดื่มต่างๆ ที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวัน โดยเฉพาะปริมาณไขมันในร่างกาย (มนต์ชัย, 2548) เนื่องจากค่าดัชนีมวลกายจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณอาหารประเภทไขมันสูงสุด (วิมลรัตน์, 2543) ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง มีระดับไขมันสูงและมีโปรตีนสูงเป็นประจำ จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินจากการได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไป จนทำให้ร่างกายเปลี่ยนสภาพอาหารเป็นไขมันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเฉพาะในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (มนต์ชัย, 2548) และภาวะอ้วนจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับไตรกลีเซอไรด์และระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ ในขณะเดียวกันจะทำให้ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงลดลงตามมาด้วย (สมจิตต์และวารี, 2549)

ระดับโคเลสเตอรอลรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเฉลี่ย 182.19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทั้งสองกลุ่มมีระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 15.38 ส่วนระดับไลโพโปรตีนที่

มีความหนาแน่นต่ำของทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ย 104.66 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ สูงกว่าปกติคิดเป็นร้อยละ 17.31 ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงของทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ย 46.98 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยทั้งสองกลุ่มมีระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง ต่ำกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 21.15 และทั้งสองกลุ่มมีระดับไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ย 171.81 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยทั้งสองกลุ่มมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติคิดเป็นร้อยละ 46.15 ซึ่งผลของการการตรวจหาระดับไขมันในเลือดโดยเฉพาะระดับของโคเลสเตอรอลรวม ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง และระดับไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับแรกที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากการที่ร่างกายมีระดับไขมันและโคเลสเตอรอลที่เพิ่มสูงขึ้นอันเป็นผลมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน เกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง มีคาร์โบไฮเดรตสูง มีโปรตีนและพลังงานสูง ทำให้ร่างกายมีระดับไขมันสะสมเพิ่มมากขึ้น และตกตะกอนลอยไปเกาะบริเวณผนังหลอดเลือดแดง เมื่อมีการสะสมเป็นระยะเวลานาน ไขมันเหล่านี้จะกลายเป็นแผ่นผังผืด และถ้ามีหินปูนมาเกาะหรือมีเลือดออกใต้แผ่นผังผืดจะเกิดการตายของเซลล์ เกิดเป็นก้อนเลือดที่แข็งและหนาตัวขึ้น จนทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบตัน ส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสียความยืดหยุ่นและเกิดการอุดตันขึ้นได้ (พจนา, 2541) และยังทำให้เกิดธรอมบัสที่เป็นเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และไฟบริน มารวมตัวกันทำให้หลอดเลือดมีการหนาตัวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดตามมาได้ (กอบกุล, 2546; อุไร, 2543)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 60.65, SD = 9.34) และภายหลัง

การทดลองผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 73.62, SD = 6.22) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเป็นดำเนินการจากผู้วิจัยตลอดโครงการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะพูดคุยซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ที่เข้าร่วมกลุ่ม และเกิดความมั่นใจในการซักถามข้อสงสัยต่างๆ มากขึ้น (ปราณีและอาภรณ์, 2550) และก่อนที่จะให้ความรู้ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบอกเป้าหมายของการทำกลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม การกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเองและการส่งเสริมให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก มีความมั่นใจในการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างเต็มที่ และมีการเก็บข้อมูลผลการตรวจวัดระดับไขมันในเลือด เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเกี่ยวกับหลักการควบคุมอาหารซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหาร และการกำหนดปริมาณอาหารเพิ่มเติม และมีการตอบคำถามจากการซักถามของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ซึ่งตรงกับปัญหาและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการมากขึ้น และผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจดบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อในระยะเลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยแต่ละรายภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำชี้แนะที่ถูกต้อง กล้าตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง และนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้เลือกไว้ไปวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ในการให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้สื่อประกอบการสอนผ่านภาพพลิกอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ตรงกับหลักในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย คือเป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและเป็นการให้ความรู้เสริมจากความรู้เดิมของผู้ป่วย การเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ และมีการซักถามผู้ป่วยเป็นระยะๆ และเมื่อเสร็จสิ้นการให้ความรู้ตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยแจกคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วย

นำกลับไปอ่านประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการให้ความรู้โดยผ่านสื่อการสอนต่างๆ เช่น ภาพพลิกประกอบการบรรยาย คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยถ่ายทอดข้อมูลไปยังกลุ่มผู้ป่วยให้มีความเข้าใจเนื้อหาที่ผู้วิจัยสอนได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น เกิดการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม (นที, 2542) และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเป็นไปตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยวางไว้ ซึ่งสื่อการสอนที่ผู้วิจัยนำมาใช้มีเนื้อหาความสอดคล้องกับแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมจึงช่วยดึงดูดและกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย ข้อดีของภาพพลิก คือ ใช้งานง่าย สามารถพลิกกลับมาอธิบายใหม่ในหัวข้อที่ผู้ป่วยยังมีข้อสงสัยและยังไม่เข้าใจได้ เห็นความสำคัญของเนื้อหา ช่วยแสดงลำดับขั้นตอนของเนื้อหา และเหมาะสำหรับการสอนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขนาดเล็ก (กิดานันท์, 2540) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้มีการพบกลุ่มย่อยจำนวน 2-6 คนต่อวัน ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มที่เล็กทำให้การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มมีอย่างต่อเนื่อง (ศันสนีย์, 2545; สมพร, 2546) ส่วนคู่มืออาหารที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจเนื้อหาในคู่มือ เนื่องจากอ่านเข้าใจง่าย มีภาพประกอบชัดเจน ชวนให้ติดตาม สามารถนำมาอ่านทบทวนได้ตลอดเวลา และสามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้ ซึ่งจากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพตามแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นการให้ความรู้รายบุคคล มีการใช้ภาพพลิกและคู่มือสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุพัตรา, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดความรู้สึกไม่แน่นอนของสตรีที่ได้รับการขูดมดลูกแบบแยกส่วนพบว่า การใช้อุปกรณ์การสอนโดยใช้ภาพพลิกเป็นสื่อประกอบการให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นในทางที่ดีขึ้นและช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลงได้ (จันทร์จิรา, 2545) และจากการศึกษาของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โดยใช้อุปกรณ์การสอนจากตัวอย่างจริง การแจกคู่มือในการสอน ช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กัลยาณี, จงจิต, และบุญศรี, 2551)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้หรือการสอน และการใช้การทำกลุ่มประคับประคองช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้นและมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น การศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมการทำกลุ่มและได้รับความรู้ที่ถูกต้องตรงตามความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางด้านจิตสังคมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (อรพรรณ, 2543) การศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่ม

ประคับประคองต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มประคับประคองผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์, 2546) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (นฤยาและสุรีพร, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของธันยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหืด และการศึกษาของจริยาและวันดี (2550) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในมารดาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าภายหลังผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ภายหลังการได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (จุฬา, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาการให้ความรู้การป้องกันโรคจากพยาบาลในการปรับปรุงการดูแลตนเองของประชาชนในสเปน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาคมโรคหัวใจล้มเหลวแห่งยุโรป พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับปรุงการดูแลตนเอง ทั้งในด้านการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่มีรสเค็มลดลง มีการหยุดพักระหว่างวัน การทำใจให้สบาย และการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ (Josep et al., 2007)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหารภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหาร เป็นความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดทักษะจากการเรียนรู้ และมีการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมตามความรู้ที่ได้รับ เกิดการรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่ตนเป็นอยู่เพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่ม ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการรายข้ออยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และภายหลังการเข้าร่วมกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและด้านการกำหนดปริมาณอาหารรายข้ออยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า จากการได้รับความรู้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติใน

การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะของโรคที่ตนเป็นอยู่ จึงทำให้พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการรายข้อสูงกว่าก่อนการทดลอง

อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลองยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการด้านเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณของอาหารรายข้อของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ข้อของการรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด และการรับประทานอาหารถั่วประเภทต่างๆ สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับความรู้ด้านโภชนาการถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานทุกชนิด ร่วมกับเหตุผลที่ผู้ป่วยบางรายไม่ชอบการรับประทานอาหารประเภทข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ และการรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากถั่ว จึงทำให้พบว่าภายหลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการในข้อดังกล่าวข้างต้นของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับบริการตามปกติ พบว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 61.04, SD =7.68) และภายหลังจากการได้รับบริการตามปกติผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X}$ = 61.65, SD = 7.36) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการได้รับบริการตามปกติไม่มีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนการให้ความรู้ และผู้ป่วยจะได้รับความรู้จากพยาบาลประจำคลินิก ซึ่งเป็นการได้รับความรู้ในระยะเวลาสั้นๆ ก่อนได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เท่านั้น ทำให้การใช้เวลาในการพูดคุยค่อนข้างจำกัด และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นการให้ข้อมูลจากพยาบาลหลายคนทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลไม่ต่อเนื่อง รวมถึงไม่มีการส่งต่อข้อมูลในการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยระหว่างพยาบาลด้วยกันเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่ต่อเนื่อง และไม่กล้าซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากพยาบาลเพิ่มเติม ส่วนในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่มีแรงจูงใจจากบุคคลอื่นเข้ามาช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่แตกต่างจากก่อนได้รับบริการตามปกติ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับบริการตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณของอาหารทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับหลักการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณของอาหารที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับเป็นความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิก ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำเรื่องหลักการควบคุม

อาหารโดยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยมีการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่ตนเป็นอยู่น้อย ร่วมกับการที่ผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน จึงอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ามาช่วยในการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับสภาวะของโรคที่ตนเป็นอยู่น้อย จึงทำให้พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหารไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการด้านการเลือกชนิดของอาหารทั้งก่อนและหลังการทดลองรายข้ออยู่ในระดับต่ำ โดยข้อที่อยู่ในระดับต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด และการดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมขาดมันเนยแทนนมธรรมดาอยู่ในระดับต่ำ โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ .54, .96 และ .35 ตามลำดับ และภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ .62, .73 และ .62 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการในข้อดังกล่าวข้างต้นอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เฉพาะการเลือกชนิดของอาหาร แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการกำหนดปริมาณของอาหารที่สามารถรับประทานได้ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองจากสื่อต่างๆ ที่มีอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจเนื้อหาที่ได้รับจากสื่อเหล่านั้น และไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการของตนให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคได้ จึงทำให้พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการในข้อดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 5) ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้าร่วมการทำกลุ่มประคับประคองโดยผ่านแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ ซึ่งประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการการปรับความรู้สึกนึกคิด และ 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการนำแนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเข้ามาช่วยส่งเสริม สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งแนวคิดการทำกลุ่มประคับประคองเป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพลังในการดึงความสามารถของตนออกมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองไปในทางที่ถูกต้องโดยได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจจากผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน (Manidipa, 2001) และเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ตามที่ตนเองต้องการ (สมยศ, 2545) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยดูได้จากคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วย พบว่าเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองจาก 60.65 คะแนน เป็น 73.62 คะแนน และในขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจัดเข้าร่วมโปรแกรม เช่น การสังเกตท่าทาง สีหน้า การพูดคุยซักถาม ซึ่งพบว่าในขณะดำเนินการทดลองไม่พบความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการให้ข้อมูลต่างๆ เช่น การบอกเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม วิธีการดำเนินกลุ่ม และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก มีความมั่นใจในการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ รวมถึงให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเข้ามาช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแบบใหม่ที่ผู้ป่วยเลือก

ตลอดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมผู้วิจัยได้นำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเริ่มจากกระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยแต่ละรายก่อน โดยใช้เทคนิคการปลูกจิตสำนึก เพื่อเพิ่มการรับรู้ปัญหา การกระตุ้นเร้าอารมณ์ ความรู้สึกแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการตามเป้าหมายและแนวทางที่ผู้ป่วยเลือก โดยการจัดให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มมีการสนับสนุน และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กล้าซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ มากขึ้น การจัดให้ผู้ป่วยมีการประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่สามารถช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย การกระตุ้นให้

ผู้ป่วยประเมินผลดี/ผลเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายร่วมกัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำพันธะสัญญากับตนเอง เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ และเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับความรู้สึกนึกคิดของตนเองได้แล้วผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคในการจัดให้สมาชิกกลุ่มการสนับสนุนซึ่งกันและกัน การสร้างแรงจูงใจโดยจัดให้ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดปกติและไม่มีอาการเจ็บหน้าอกภายใน 6 เดือนเป็นผู้เล่าประสบการณ์การควบคุมอาหารและผลของการควบคุมอาหารให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทำกลุ่มฟัง การหาแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น สื่อต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถหาได้ในชุมชน การนำอาหารที่มีอยู่ในชุมชนมาปรุงอาหารรับประทานเอง วิธีการปรุงอาหารที่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการเพิ่มปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการจัดให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมในโปรแกรมดังกล่าวด้วย การช่วยลดอุปสรรค การให้คำแนะนำเพิ่มเติม การเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการช่วยผู้ป่วยเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือในเรื่องของการให้ความรู้เพิ่มเติม ให้คำปรึกษา ให้คำชมเชยแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่สามารถปรับเปลี่ยนและปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็ง เกิดทักษะ พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาและเกิดพลังอำนาจในการดึงความสามารถของตนออกมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการจนเป็นนิสัยและมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ก่อนสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่มผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยช่วยกันสรุปปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมายที่วางไว้ วิธีการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมในรายที่ยังมีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำชมเชยแก่สมาชิกที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมด้านโภชนาการใหม่ที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จากการซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีการประเมินผลว่าการได้เข้าร่วมทำกลุ่มและพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ทำให้ไม่รู้สึกว่ามีตนเพียงคนเดียวที่มีปัญหา แต่ยังมีผู้อื่นที่มีปัญหาอย่างเดียวกับตน ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและหลักในการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคเพิ่มมากขึ้น และเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้อาการของโรคดีขึ้น อาการเจ็บหน้าอกและอาการเหนื่อยลดลง สามารถทำงานได้มากขึ้น และการที่ผู้วิจัยอนุญาตให้ผู้ดูแลเข้าร่วมในโปรแกรมด้วยช่วยให้มีบุคคลคอยเตือนและปรับเปลี่ยนวิธีการเลือกอาหารให้รับประทาน รวมทั้งการได้นำความรู้ที่ได้รับไปบอกเล่าแก่บุคคลอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการทำกลุ่มที่นำมาใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ภายหลังการจัดให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันผ่านการทำกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (กมลวรรณ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองสตรีวัยหมดประจำเดือน และการศึกษาของจิรารัตน์ (2542) ที่ศึกษาผลของกระบวนการกลุ่มต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าภายหลังการทำกิจกรรมโดยผ่านการทำกลุ่ม ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของรัศมี (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความหวังในด้านความพึงพอใจต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น ต่อชีวิตและความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางโภชนาการต่อภาวะโภชนาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 50 ราย พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะการติดตามครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัชราภรณ์และคณะ, 2547) และการศึกษาของสุพรรัตน์และคณะ (2548) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังจากได้รับความรู้ผ่านการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 52 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง 2) คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 3) แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 4) ภาพพลิกอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้ระดับความเชื่อมั่นที่ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ขั้นตอนการดำเนินกลุ่มและขอความร่วมมือในการทำวิจัย การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มในแต่ละครั้งประมาณ 2-6 คนต่อวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติครบจำนวน 52 ราย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 26 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 26 รายต่อมา จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยจัดให้มีการพบกลุ่มตามแผนการดำเนินกิจกรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองจำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ใช้เวลาในการพบกลุ่มครั้งละ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi square test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ($p < .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยไม่สามารถตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในแต่ละวันตลอดระยะเวลา 1 สัปดาห์ของผู้ป่วยได้ และไม่มีการประเมินผลการใช้คู่มือของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวเนื่องจากผู้วิจัยใช้เครื่องมือดังกล่าวในการเสริมกิจกรรมกลุ่มและการสอน ซึ่งอาจมีผลต่อการบันทึกปริมาณของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้

2. การนัดผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ ผู้วิจัยต้องจัดให้ผู้ป่วยมีการพบกลุ่มเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวที่บ้านของผู้ป่วยแทน จึงอาจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เนื่องจากสถานที่ที่ใช้ในการพบกลุ่มเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ซึ่งการจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมที่โรงพยาบาลอาจทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลต่อเวลาที่จะต้องรีบออกไปพบแพทย์ แต่การจัดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมที่บ้านตามความสะดวกของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกผ่อนคลาย และมีการแสดงออกได้อย่างเต็มที่

3. ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองมีการพบกลุ่มย่อยจำนวน 5 กลุ่ม ซึ่งในการพบกลุ่มแต่ละครั้งมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มไม่เท่ากันโดยมีการสอน 2-6 คน/กลุ่ม และในการสอนในกลุ่มย่อยที่ 1 มีสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มเพียง 2 ราย จึงอาจส่งผลต่อการเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้าร่วมการพบกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการพบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแนวทางและเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่ม การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูสุขภาพร่วมกันเข้ามาช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการเป็นไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ควรเน้นการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพด้านโภชนาการในเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด การรับประทานอาหารถั่วประเภทต่างๆ และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแป้งเพิ่มเติม เนื่องจากภายหลังการทดลองผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ

3. พยาบาลสามารถนำแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ภาพพลิกประกอบการบรรยายและคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้ามาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยการจัดให้ผู้ป่วยมีการประเมินพฤติกรรมเดิม

ของตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์

ด้านการศึกษา

ควรเน้นให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในด้านโภชนาการที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค และผู้ให้ความรู้ต้องมีความรู้ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถประยุกต์แนวทางในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ นอกเหนือจากด้านโภชนาการ เช่น ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของโรคต่อไป

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้มีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการเหมาะสมกับสภาวะของโรค

4. ควรมีการพัฒนาการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้มีการคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านที่เหมาะสมและมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.

กมลวรรณ หวังสุข. (2541). ประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี : โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วรสารพยาบาลทหารบก*, *2000, 1(1),* 15-19.

กันทิมา ลีจันทึก. (2551). *โรคหัวใจในยุคเร่งรีบ*. ค้นเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2551, จาก http://www.thaihealth.or.th/ode/9920

กัลยาณี บุญสิน, จงจิตร ตรีทศายุธ, และบุญศรี เจริญมาก. (2551). ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6),* 519-525.

กิดานันท์ มลิทอง. (2540). *เทคโนโลยีทางการศึกษาและนวัตกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

เกศินี บัวชื่น. (2550). *การสนับสนุนของครอบครัวต่อความต้องการด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

คณิณญา พรนริศ. (2546). *โภชนาการผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: สถาบันราชภัฏเชียงใหม่.

จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จริยา ตันติธรรม. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. ในคณะกรรมการพัฒนาพยาบาลหน่วยบำบัดวิกฤต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการพิมพ์.

จริยา สายวารี, และวันดี ชูชาติ. (2550). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(3),* 180-184.

จันจิรา คำใหม่. (2545). *ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการขูดมดลูกแบบแยกส่วน ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จารุณี รุ่งรัตน์ตระกูล. (2542). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

จิรารัตน์ จีนวัฒนะ. (2542). ผลของกระบวนการกลุ่มต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. *วารสารพยาบาลกองทัพบก, 17(3)*, 10-15.

จุฬา ช่วยเมือง. (2549). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2550). *โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคระบบไหลเวียน*. ค้นเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2550, จาก http://dpc10.ddc.moph.go.th/heart.htm

ชวนพิศ ทำนอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์. (2547*)*. Management of acute coronary syndrome. ใน ดุสิต สถาวร และ ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). *Update in critical care 2004*. กรุงเทพหมานคร: บียอน เอ็นเทอร์ไพร์.

ชูศรี วงศ์รัตน์. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒน์.

ดวงเดือน เที่ยงสันเทียะ. (2544). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ดาวลอย กลิ่นสีสุข. (2551). การเสริมศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใช้บริการที่มีภาวะอ้วนลงพุง: กรณีศึกษา. ค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2552, จาก 203.157.71.149/users_file/File/Information/.../dowroy.doc

ดารณี สืบจากดี. (2551). *ทำความรู้จักกับ TTM: "Transtheoritical model-TTM*. ค้นเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2551, จาก http://203.155.220.217/doh/deptd/Article_05.doc

เดือนฉาย ชยานนท์. (2540). การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการเกิด Acute myocardial infarction. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *โรคอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้พับลิเคชั่น

ธันยาภรณ์ โพธิ์ถาวร. (2549). *ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ธิติมา วิริยา. (2547). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ คลีนิคโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

นัยนา หนูนิล. (2543). การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ใน สมจิต หนุเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

นัยนา กาญจนพิบูรณ์, และกฤษณา พูลเพิ่ม. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของนักศึกษาพยาบาล. *วิทยาสารพยาบาล, 27(1),* 56-65.

นที เกื้อกูลกิจการ. (2542). *การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นฤยา ภักตรเจริญ, และสุรีพร ธนศิลป์. (2547). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *16 (3)*, 23-34.

บารมี ธนาประชุม. (2544). โภชนาการกับภาวะไขมันในเลือดสูง. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2(1),* 32-38.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

ปัณวิทย์ วงศ์วิวัฒนานนท์. (2551). *มาออกกำลังกายด้วยการฝึกลมปราณกันเถอะ.* ค้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2551, จาก http:// imrta.thaikm4u.com/blog/qikong/7?class=yuimenuitemlabel

ปราณี กาญจนวรวงศ์, และอาภรณ์ ดำรงวัฒนกุล. (2550). ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ: บุคคลสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารพยาบาลศิริราช, 1(1),* 66-74.

ปราณีต ผ่องแผ้ว. (2539). *โภชนาการชุมชน: ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว.* กรุงเทพมหานคร: บริษัทลิฟวิ่งทรานส์มีเดีย จำกัด.

ปราณีต สิงห์ทอง. (2540). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพหานคร.

ประวิชช์ ตันประเสริฐ. (2546). ความเป็นมาและความหมายของเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ. ใน วิศาล คันธารัตนกุล และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ.* กรุงเทพมหานคร: ชมรมฟื้นฟูโรคหัวใจแห่งประเทศไทย.

ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สบช.

พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. (2546). *ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พัชราภรณ์ อารีย์, ละออ ตันติศิรินทร์, นิลพรรณ รัตน์ดิลกพานิชย์, ศักดิ์ พรึงลำภู, และพันทิพย์ จอมศรี. (2542). *ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของเด็กนักเรียน*. รายงานวิจัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พัชราภรณ์ อารีย์, ทิพาพร วงษ์หงส์กุล, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, ปิยวรรณ สวาสดิ์สิงห์, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, และมาลัย มุตตารักษ์. (2547). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางโภชนาการต่อภาวะโภชนาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม*. รายงานวิจัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พิกุล บุญช่วง. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิกุล ตินามาส. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พิมพ์ใจ คงกาล. (2551). *การสนับสนุนของครอบครัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรุนแรงของโรคและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พิมพา เทพวัลย์. (2549). *โครงการใช้ผลงานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล "เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อหัวใจที่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ"* ค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2549, จาก www.ns.mahidol.ac.th/fongcum/index_files/.../2.%20 พิมพา.doc

เพื่อน ผสส.-อสม. (2551). รณรงค์คนไทยกินผัก-ผลไม้ต้านโรคมะเร็งและโรคหัวใจ. *วารสารเพื่อน ผสส.-อสม, 26 (4)*.

ภูษนิศา ไพโรจน์. (2551). *การรับรู้การควบคุมอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหารและพฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

มนชัยต์ ชาลาประวรรตน์. (2548). บทนำโภชนาการคลินิก. ใน วิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ). *ตำราอายุรศาสตร์ 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มันทนา ประทีปเสน, และวงเดือน ปั้นดี. (2542*). อาหาร: โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

รวมพร คงกำเนิด. (2543). การสร้างกลุ่มสนับสนุนทางสังคม. ใน สมจิต หนุเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. (บรรณาธิการ). *การส่งเสริมสุขภาพ* .นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

รพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2549). *โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. ค้นเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2551, จาก http://www.astrazeneca.co.th/thai/patient33.html

รวิภา บุญชูช่วย. (2551). *การสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบองค์รวม*. ค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2551, จาก http://www.medicalrtaf.com/index.php

รัชนีย์ ไกรยศรี. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

รัศมี วิบูลย์กุล. (2542). *ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความหวังในบุคคลที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

รุ่งทิพย์ แปงใจ. (2542). *การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

รุ่งนภา ป้องเกียรติภัย. (2542). *การศึกษาการได้รับสารอาหารของนักเรียนมัธยมปลายในกรุงเทพมหานครโดยใช้แบบสอบถามความถี่ของอาหารที่บริโภคกึ่งปริมาณ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ลัดดาวรรณ จรัสนิโรจน์. (2544). *หัวใจคือชีวิต*. ค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2551, จาก http://ftp.school. net.th/libary/create_web/10000/technology/10000-426.html

วรรณี นิธิยานันท์. (2543). New concept in the management of dyslipidemia. อ้างใน นิพนธ์ พวงวรินทร์. (บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์นวทัศน์ 1*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

วาสนา ครุฑเมือง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และดวงฤดี ลาศุขะ. (2548). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร, 32(4),* 53-68.

วลัย อินทรัมพรรย์. (2547). *อาหารสำหรับบุคคลในภาวะเปลี่ยนแปลง*. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 8-15 (หน้า 688-702). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.

วินัย ดะห์ลัน. (2545). *อาหาร โภชนาการ และ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายเอกสารและตำรา คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วินัส ลีพหกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม, และถนอมขวัญ ทวีบูรณ์. (2545). *โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์.

วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). *โภชนบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. สงขลา: โรงพิมพ์ชานเมือง.

วิศาล คันธารัตนกุล. (2543). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Rehabilitation). ใน วิศาล คันธารัตนกุล และภาริส วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ). *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. (2545). *คู่มือการให้การปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.

ศรันย์ จึงทองดี, วิไล วิชากร, และเบญจมาศ ทองประเสริฐ. (2546). *การเฝ้าระวังพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี*. ค้นเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2551, จาก http://203.157.44.100/file/doc/107.doc

ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2543). ความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลบูรพา, 7(3)*, 58-64.

สมจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และวารี วณิชปัญจพล. (2549). *คู่มือการสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2541). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พริ้นติ้ง.

สมจิต หนุเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และรวมพร คงกำเนิด. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ*. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สมยศ นาวีการ. (2545). *พฤติกรรมองค์การ*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์อักษรไทย.

สรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2551). *แพทย์เตือนระวังโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว มฤตยูร้ายตัวจริงของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุการตายอันดับ 1 ของโลก*. ค้นเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2550, จาก http://www.thaipr.net/nc/printprnews.aspx? newsid=7E6DF92076A3 B829D235 EFDB242284FF.

สรินดา น้อยสุข. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลีนิคจิตเวช*. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สรวงสุดา เจริญวงศ์. (2544). *ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุคนธ์ บุบผา. (2541). *การเปรียบเทียบความถูกต้องของแบบสอบถามความถี่อาหารบริโภคกึ่งปริมาณกับการสัมภาษณ์อาหารที่บริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน ในการประเมินสารอาหารที่ได้รับของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, และอรุณศรี เตชัสหงส์. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรชัย กองพัฒนากูล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคหัวใจขาดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สุพรรัตน์ ซี่โล่, สมบัติ ไชยวัณณ์, และดวงฤดี ลาศุขะ. (2548). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร, 32(2),* 58-71.

สุพัตรา ไตรอุดมศรี. (2543). *ผลการให้ขอมูลทางสุขภาพตามแบบแผนความเชื้อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุพัตรา ธรรมธิษฐาน. (2542). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลวชิรภูเก็ต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุวิมล แทนพระเดช. (2543). *คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

เสาวลักษณ์ พรหมพงศา. (2550). Atherosclerosis. ใน สูงชัย อังธารารักษ์, กำธร ลีลามะลิ, และ ยุพิน ไทยพิสุทธิกุล (บรรณาธิการ). *อายุรศาสตร์: Current concepts and update treatment (2)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทซิตี้พริ้นท์ จำกัด.

เสาวมาศ เถื่อนนาดี. (2540). *การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด: การนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล*. ขอนแก่น: มปพ.

ไหมไทย ศรีแก้ว. (2547). การพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ. *เอกสารการสอน เรื่อง แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพ* (หน้า 1-12). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อัตถิยา นวนหนู. (2548). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อบเชย วงศ์ทอง. (2542). *โภชนศาสตร์ครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

อรพรรณ ทองคำ. (2543). *ผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อุไร ศรีแก้ว. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์

อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. สงขลา: บริษัท ลิมบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด.

Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Cook-Newell, M. E. (1995). Meta-analysis of the effect of soy protein intake on serum lipids. *Nursing Engishl Jurnal Medicine, 333*. 276.

Andres, A., Gomez, J., & Saldana, C. (2008). Challenges and applications of the transtheoretical model in patient with diabetes Mellitus. *Disease Management and Health Outcomes Journal, 16(1),* 31-46.

Aquilani, R., Boni, S., Verdirosi, S., Pastoris, O., Assandri, J., Rossi, A., et al. (2002). An organizational model to translate nutritional recommendations into routine clinical practice in secondary prevention of coronary artery disease. *Preventive Medicine. 34,* 138-143.

Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick role behavior in low income population. *American Journal of Public Health, 64(3),* 205-216.

Bruckert E., Giral, P., Paillard F., Ferrières J., Schlienger J. L., Renucci J. F., et al. (2008). Effect of an education program (PEGASE) on cardiovascular risk in hypercholesterolaemic patients. *Cardiovascular Drugs and Therapy Journal, 10*, 10557-61374.

Carroll, A. L. & Karen, R. P. (2001). *Nutrition and diet therapy edition 3*. United States of America. F. A. Davis Company.

Carrol, C., & Geraldine, M. (2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patient perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*, 37-44.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York.

Crowe, J. M., Runious, J., Ebbesen, L. S., Oldridge, N. B., & Streiner, D. L. (1996). Anxiety and depression after acute myocardial infarction. Retrieved May 20, 2008, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8682691

Jeffrey, J., VanWormer, M.S., Jackie, L., Boucher, M.S.,RD & Nicolaas, P.P. (2006). *Telephone-based counseling: Improves dietary fat, fruit ,and vegetable consumption: A best-evidence synthesis*. Retrieved July 17, 2009, from www.medihealing.com/.../EE8E6 การวิจัยเรื่อง บริโภคผักผลไม้.doc

Josep, L., Beatriz, G., Dolors, M., Aqustin, U., Migvel, A., Mar., D., et al. (2008). Patients's self–care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European heart failure self-care behaviour scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 7*, 16-20.

Lisspers J., Hofman-Bang, C., Nordlander, R., Rydèn, L., Sundin, O., Ohman, A., et al. (1998). Multifac-torial evaluation of a program for lifestyle behavior change in rehabilita-tion and secondary prevention of coronary artery disease. *Scandinavian Cardiovascular Journal, 33(1),* 9-16.

Manidipa, G. (2001). *Self support group for the HIV individuals*. The fifth International Conference on home and community care for persons living with HIV/AIDS.

McKee G., Bannon J., Kerins M., & FitzGerald G. (2007). Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stage of change model in cardiac rehabilitation patient. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 6*, 223-240.

Mead, A., Atkinson, G., Albin, D., Alphey, D., Baic, S., Boyd, O., et al. (2006). Dietetic guidelines in food and nutrition in the secondary prevention of cardiovascular disease evidence from systematic reviews of randomized controlled trials (second update, January 2006). London: *Journal Human Nutrition Dietetic,* 19, 401-419.

Munro, B. H. (2001). *Statistic method for health care research.* (4th ed.) Philadelphia: W. B. Saunders.

Murray, R.B., & Huelskoetter, M. M. W. (1991). (3rd ed.). The group as a client: group dynamics and caring process. Psychiatric mental health nursing:Norwalk: Appleton & Lang. *Giving Emotional care*, 297-321.

Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice.* New York. Appleton Century Crofts.

Smith, J. S. C., Allen, J., Blair, S. N., Bonow, R. O., Brass, L. M., Fonarow, G. C., et al. (2006). AHA/ACC Guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 Update: endorsed by the national heart, lung, and blood institute. *Journal of the American College of Cardiology, 47(10)*, 2130-2139.

Susan G.D. (2007). *Nutrition essential for nursing practice*. New York. Lippincott Williams & Wilkins.

Thomas, J. (2000). *Principle of health education and health promotion.* United States of America. Wadworth, a division of Thomson Leraning, Inc.

Turner, R.F., Mario, F. (1994). Social support and social structure : A descriptive edidemiology. *Journal of health and Social Behavior*, *35*, 193-212.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). *Transtheoretical model*. Retrieved July 7, 2008, from http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm

Wiriyaporn. (2551). *บทที่ 1*. Retrieved August, 20, 2009, from http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn_less_1 doc

Wong, W.W., Smith E. O., Stuff, J. E., Hachey, D. L., Heird, W. C., Pownell, H. J., et al. (1998). Cholesteral-lowering effect of soy protein in normocholesteralemic and hypercholesteralemic. *American Journal of Clinical Nutrition, 68(6),* 1385S-1389S.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

(สำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง)

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางดวงตา สุวรรณรัตน์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งหากท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับการจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง โดยผู้วิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มแก่ท่านต่อไป หากท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุมท่านจะได้รับบริการปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งหากท่านมีความสนใจจะเข้าร่วมการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ผู้วิจัยยินดีที่จะให้ท่านเข้าร่วมในภายหลัง

นอกจากนี้ท่านสามารถยกเลิกหรือออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะนำมาเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในการนำแนวทางในการมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือไม่ประสงค์ลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันขอขอบพระคุณมากค่ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ สำหรับท่านที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ดิฉันจะอธิบายข้อมูลเพิ่มเติมและให้ท่านแสดงความยินยอมอีกครั้งก่อนเริ่มการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

.....	.....
(.....)	(นางดวงตา สุวรรณรัตน์)
ผู้เข้าร่วมวิจัย	ผู้วิจัย
.....	.....
(วัน/เดือน/ปีเกิด)	(วัน/เดือน/ปีเกิด)

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

(สำหรับกลุ่มทดลอง)

สวัสดีค่ะดิฉันนางดวงตา สุวรรณรัตน์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองและท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งหากท่านถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านจะได้รับการจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง โดยผู้วิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มแก่ท่าน พร้อมทั้งแจกคู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ท่านนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน และในการดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดให้ท่านทำแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ก่อนการเข้าร่วมการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่ 1 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะจัดให้ท่านเข้าพบกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที เมื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มครบทั้ง 4 ครั้งแล้ว ผู้วิจัยจะจัดให้ท่านทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง

นอกจากนี้ท่านสามารถยกเลิกหรือออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะนำมาเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในการนำแนวทางในการมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถลงนามไว้เป็นหลักฐาน หรือไม่ประสงค์ลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันขอขอบพระคุณมากค่ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

.....	…….
(.....)	(นางดวงตา สุวรรณรัตน์)
ผู้เข้าร่วมวิจัย	ผู้วิจัย
.....	.....
(วัน/เดือน/ปีเกิด)	(วัน/เดือน/ปีเกิด)

ภาคผนวก ข
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (pair t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) ในการทดสอบก่อนจะใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต้องตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล คือ ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติและทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Homegeneiy of variance) ของข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ดังนี้

1. ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

2. การกระจายของข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบโดยใช้การทดสอบการแจกแจงปกติ Shapiro-Walk พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงปกติ ได้ค่าสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง ข 1

3. ทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Homegeneity of variance) ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ของครอบครัว ความเพียง พอของรายได้กับค่าใช้จ่าย บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลการประกอบอาหาร ระยะเวลาการเป็นโรค จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ Skewness และ Kurtosis พบว่า ระยะเวลา เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการ ศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลการประกอบอาหาร จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือด มีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ตาราง ข 1

การทดสอบโดยใช้การทดสอบการแจกแจงปกติ Shapiro-Walk ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

การกระจายของข้อมูล	คะแนนก่อนการทดลอง		คะแนนหลังการทดลอง	
Shapiro-Walk (n=26)	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
พฤติกรรมด้านโภชนาการ				
โดยรวม	.10*	.18 *	.16	.006**

*p >.05, **p<.05

การทดสอบพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดรายด้านการเลือกชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณอาหาร ทดสอบโดยใช้ Z-value ซึ่งได้ค่าไม่เกิน ±1.96 นั่นคือ ชุดของคะแนนมีการแจกแจงแบบปกติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที (ตาราง ข 2 และ ข 3)

ตาราง ข 2

การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการแยกรายด้านของกลุ่มทดลอง (n=26)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Z-value	Statistic	Z-value
การเลือกชนิดของอาหาร				
ก่อนการทดลอง	-.66	-1.45	.93	1.05
หลังการทดลอง	-.78	-1.71	.30	.34
การกำหนดปริมาณอาหาร				
ก่อนการทดลอง	-.16	-.35	-.53	-.60
หลังการทดลอง	-.65	-1.43	-.35	-.39

SE ของ Skewness = .456 Kurtosis = .887

สูตรการคำนวณค่า Z-value = $\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$

P < .05

ตาราง ข 3

การทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการแยกรายด้านของกลุ่มควบคุม (n=26)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Z-value	Statistic	Z-value
การเลือกชนิดของอาหาร				
ก่อนการทดลอง	.89	1.95	.22	.25
หลังการทดลอง	.20	.44	-.58	-.65
การกำหนดปริมาณอาหาร				
ก่อนการทดลอง	.03	.07	-.20	-.23
หลังการทดลอง	.28	.61	-1.07	-1.21

SE ของ Skewness = .456 Kurtosis = .887

สูตรการคำนวณค่า $Z\text{-value} = \frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$

$P < .05$

ตาราง ข 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	คะแนนก่อนการทดลอง				t
	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
รายด้าน					
การเลือกชนิดของอาหาร	33.58	5.65	33.31	5.33	$-.18^{ns}$
การกำหนดปริมาณอาหาร	27.08	4.74	27.73	3.11	$.59^{ns}$
โดยรวม	60.50	9.34	61.04	7.68	$.16^{ns}$

ns = not significant

ภาคผนวก ค
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ค 1

คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นรายข้อของกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านการเลือกชนิดของอาหาร						
1. ท่านรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง งา ข้าวโอ๊ต เป็นต้น	**.54**	**.65**	**ต่ำ**	**.62**	**.50**	**ต่ำ**
2. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูปที่ทำมาจากแป้ง เช่น มาม่า ข้าวกล่องสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยวต่างๆ	1.96	.66	ปานกลาง	1.92	.63	ปานกลาง
3. ท่านรับประทานผักที่มีใยอาหารสูง เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง บร็อกโคลี่ ถั่วงอก แตงกวา ผักในตระกูลถั่ว ผักตำลึง ฟักทอง แครอท มะเขือเทศ เป็นต้น	1.77	.71	ปานกลาง	1.88	.71	ปานกลาง
4. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง ส้ม ส้มโอ เป็นต้น	1.77	.82	ปานกลาง	1.73	.72	ปานกลาง
5. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดเช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน ลองกอง เป็นต้น	1.19	.80	ปานกลาง	1.15	.78	ปานกลาง
6. ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลาหรือเต้าหู้บ่อยกว่าอาหารประเภทเนื้อไก่ เนื้อวัว เนื้อเป็ด	1.77	.91	ปานกลาง	1.85	.97	ปานกลาง
7. ท่านชอบรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก และหอยชนิดต่างๆ	1.69	.84	ปานกลาง	2.04	.72	ปานกลาง
8. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน เช่น หนังไก่ หนังเป็ด หนังหมู หมูสามชั้น	**2.04**	**.99**	**สูง**	**2.27**	**.53**	**สูง**

ตาราง ค 1 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากเนื้อปลาต่างๆเช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแซลมอน ปลาทู ปลากะพง ปลาช่อน	1.27	.72	ปานกลาง	1.69	.55	ปานกลาง
10.ท่านรับประทานอาหารถั่วประเภทต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง	**.85**	**.61**	**ต่ำ**	**1.00**	**.63**	**ปานกลาง**
11. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ม้าม ปอด กระเพาะอาหาร เป็นต้น	**2.19**	**.69**	**สูง**	**2.31**	**.84**	**สูง**
12. ท่านดื่มนมปรุงรส เช่น นมรสหวาน นมรสกาแฟ นมรสช็อคโกแล็ต เป็นต้น	**2.12**	**.99**	**สูง**	**2.23**	**.59**	**สูง**
13. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด รวมทั้งน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม	**.92**	**.89**	**ต่ำ**	**1.12**	**1.03**	**ปานกลาง**
14. ท่านรับประทานขนมหวานที่ทำจากกะทิ เช่นตะโก้ วุ้นหน้ากะทิ กล้วยบวดชี บัวลอย	**2.12**	**.65**	**สูง**	**2.15**	**.54**	**สูง**
15. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด เช่น ไก่ทอด ไข่เจียว กล้วยทอด โดนัท ปลาท่องโก๋	1.69	.93	ปานกลาง	1.65	.75	ปานกลาง
16. ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงเทโพ แกงกะทิ มัสมั่น เป็นต้น	**1.88**	**.65**	**ปานกลาง**	**2.08**	**.56**	**สูง**
17.ท่านรับประทานขนมที่มีเนยหรือครีมเป็นส่วนประกอบเช่น ขนมเค้ก โรตี โดนัท เป็นต้น	**2.15**	**.61**	**สูง**	**2.12**	**.65**	**สูง**
18. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง	1.50	.86	ปานกลาง	1.35	.98	ปานกลาง

ตาราง ค 1 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว						
19. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือของหมักดอง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ผักผลไม้ดอง บูดู ปลาร้า	1.96	.66	ปานกลาง	1.73	.67	ปานกลาง
20. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้กระเทียม พริกไทย ตะไคร้ ขิง ข่า เป็นส่วนประกอบ	**2.08**	**.74**	**สูง**	**2.19**	**.63**	**สูง**
การกำหนดปริมาณอาหาร						
21. ท่านรับประทานข้าวสวยวันละ 2-8 ทัพพี หรือประมาณวันละ 3-4 ถ้วยตวง	**2.00**	**1.02**	**ปานกลาง**	**2.00**	**.85**	**สูง**
22. ท่านรับประทานขนมปังปอนด์ทาแยมหรือแครกเกอร์มากกว่า 4 แผ่นต่อวัน	**2.50**	**.71**	**สูง**	**2.23**	**1.18**	**สูง**
23. ท่านรับประทานอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือบะหมี่มากกว่า 3 ก้อน/วัน	**.77**	**.86**	**ต่ำ**	**.81**	**.90**	**ต่ำ**
24.ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัดวันละ 4-5 ส่วน/วัน เช่น รับประทานกล้วย ส้ม ชมพู่ 1-2 ผลต่อวัน	1.31	.79	ปานกลาง	1.27	.60	ปานกลาง
25. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน 6-12 คำ/มื้อ	**.96**	**.87**	**ต่ำ**	**.73**	**.67**	**ต่ำ**
26. ท่านรับประทานผักชนิดต่างๆ 5- 6 ทัพพี ต่อวัน	1.31	.70	ปานกลาง	1.38	.98	ปานกลาง
27. ท่านรับประทานไข่ไก่ไม่มากกว่า 3 ฟอง ต่อ 1 สัปดาห์	**2.23**	**.86**	**สูง**	**1.92**	**.85**	**ปานกลาง**
28. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ประมาณ 6-12 ช้อนกินข้าว/วัน	1.27	.72	ปานกลาง	1.12	.71	ปานกลาง
29. ท่านดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนย แทนนมธรรมดา 1-2 แก้วต่อวัน	**.35**	**.56**	**ต่ำ**	**.62**	**.85**	**ต่ำ**

ตาราง ค 1 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
30. ท่านปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันพืช 5-6 ช้อนชา/วัน	1.38	.90	ปานกลาง	1.46	.81	ปานกลาง
31. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซอสปรุงรส มากกว่า 3 ช้อนชา/วัน	1.85	1.12	ปานกลาง	1.77	.91	ปานกลาง
32. ท่านใส่น้ำตาลหรือนมข้นหวานในการชงกาแฟหรือโอวัลตินมากกว่า 2 ช้อนชาต่อถ้วยต่อวัน	1.81	1.27	ปานกลาง	1.73	1.12	ปานกลาง
33. ท่านรับประทานขนมหวานที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบมากกว่า 3 ถ้วยตวง หรือมากกว่า 1 ชิ้นต่อวัน	**2.19**	**.69**	**สูง**	**1.88**	**.82**	**ปานกลาง**
34. ท่านดื่มชาหรือกาแฟเกิน 2 แก้ว/วัน	**2.69**	**.47**	**สูง**	**2.42**	**.86**	**สูง**
35. ท่านดื่มน้ำอัดลม, น้ำหวาน หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น เอ็มร้อย กระทิงแดง มากกว่า 1 แก้วต่อวัน	**2.46**	**.86**	**สูง**	**2.50**	**.95**	**สูง**
36.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, น้ำตวาก เหล้า ยาดองมากกว่า 30-45 มล./วัน (~ 1 แป๊ก), ไวน์มากกว่า 100-120 มล./วัน (~ 3-4 แป๊ก)	**2.65**	**.63**	**สูง**	**2.69**	**.55**	**สูง**

ตาราง ค 2

คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นรายข้อของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การเลือกชนิดของอาหาร						
1. ท่านรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง งา ข้าวโอ๊ต เป็นต้น	**.81**	**.98**	**ต่ำ**	**.77**	**.82**	**ต่ำ**
2. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูปที่ทำมาจากแป้ง เช่น มาม่า ข้าวกล่องสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยวต่างๆ	**2.08**	**.74**	**สูง**	**2.23**	**.65**	**สูง**
3. ท่านรับประทานผักที่มีใยอาหารสูง เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง บร็อกโคลี่ ถั่วงอก แตงกวา ผักในตระกูลถั่ว ผักตำลึง ฟักทอง แครอท มะเขือเทศ เป็นต้น	**2.00**	**.63**	**ปานกลาง**	**2.46**	**.65**	**สูง**
4. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่งส้ม ส้มโอ เป็นต้น	1.38	.75	ปานกลาง	1.92	.63	ปานกลาง
5. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดเช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน ลองกอง เป็นต้น	**.81**	**.98**	**ต่ำ**	**1.31**	**1.09**	**ปานกลาง**
6. ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลาหรือเต้าหู้บ่อยกว่าอาหารประเภทเนื้อไก่ เนื้อวัว เนื้อเป็ด	1.54	1.10	ปานกลาง	1.88	.86	ปานกลาง
7. ท่านชอบรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก และหอยชนิดต่างๆ	**1.73**	**.68**	**ปานกลาง**	**2.46**	**.51**	**สูง**
8. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน เช่น หนังไก่ หนังเป็ด หนังหมู หมูสามชั้น	**1.88**	**.82**	**ปานกลาง**	**2.38**	**.70**	**สูง**
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากเนื้อปลาต่างๆ เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแซลมอน ปลาทู ปลากะพง ปลาช่อน	1.38	.80	ปานกลาง	1.50	.71	ปานกลาง

ตาราง ค 2 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
10.ท่านรับประทานอาหารถั่วประเภทต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง	1.58	.90	ปานกลาง	1.35	.89	ปานกลาง
11. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ม้าม ปอด กระเพาะอาหาร เป็นต้น	**2.19**	**.69**	**สูง**	**2.65**	**.49**	**สูง**
12. ท่านดื่มนมปรุงรส เช่น นมรสหวาน นมรสกาแฟ นมรสช็อคโกแล็ต เป็นต้น	**2.00**	**.80**	**สูง**	**2.50**	**.58**	**สูง**
13. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด รวมทั้งน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม	**.85**	**.78**	**ต่ำ**	**1.85**	**.97**	**ปานกลาง**
14. ท่านรับประทานขนมหวานที่ทำจากกะทิ เช่น ตะโก้ วุ้นหน้ากะทิ กล้วยบวดชี บัวลอย	**1.92**	**.80**	**ปานกลาง**	**2.23**	**.51**	**สูง**
15. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด เช่น ไก่ทอด ไข่เจียว กล้วยทอด โดนัท ปลาท่องโก๋	**1.54**	**.76**	**ปานกลาง**	**2.04**	**.45**	**สูง**
16. ท่านรับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงเทโพ แกงกะทิ มัสมั่น เป็นต้น	**1.92**	**.56**	**ปานกลาง**	**2.19**	**.49**	**สูง**
17.ท่านรับประทานขนมที่มีเนยหรือครีมเป็นส่วนประกอบเช่น ขนมเค้ก โรตี โดนัท เป็นต้น	**2.23**	**.43**	**สูง**	**2.58**	**.50**	**สูง**
18. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากน้ำมันพืชเช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว	1.58	.90	ปานกลาง	2.00	.69	ปานกลาง
19. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือของหมักดอง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ผักผลไม้ดอง บูดู ปลาร้า	**2.15**	**.88**	**สูง**	**2.62**	**.57**	**สูง**

ตาราง ค 2 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การเลือกชนิดของอาหาร (ต่อ)						
20. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้กระเทียม พริกไทย ตะไคร้ ขิง ข่า เป็นส่วนประกอบ	**2.00**	**.94**	**ปานกลาง**	**2.23**	**.59**	**สูง**
การกำหนดปริมาณอาหาร						
21. ท่านรับประทานข้าวสวยวันละ 2-8 ทัพพี หรือประมาณวันละ 3-4 ถ้วยตวง	**1.92**	**1.05**	**ปานกลาง**	**2.38**	**.59**	**สูง**
22. ท่านรับประทานขนมปังปอนด์ทาแยมหรือแครกเกอร์มากกว่า 4 แผ่นต่อวัน	**2.77**	**.65**	**สูง**	**2.96**	**.17**	**สูง**
23. ท่านรับประทานอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือบะหมี่มากกว่า 3 ก้อน/วัน	**.69**	**.68**	**ต่ำ**	**.88**	**.77**	**ต่ำ**
24.ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัดวันละ 4-5 ส่วน/วัน เช่น รับประทานกล้วย ส้ม ชมพู่ 1-2 ผลต่อวัน	1.00	.75	ปานกลาง	1.85	.73	ปานกลาง
25. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น น้อยหน่า ละมุด ทุเรียน ขนุน 6-12 คำ/มื้อ	**.73**	**.83**	**ต่ำ**	**.58**	**.70**	**ต่ำ**
26. ท่านรับประทานผักชนิดต่างๆ 5- 6 ทัพพี ต่อวัน	**1.12**	**.91**	**ปานกลาง**	**2.04**	**.72**	**สูง**
27. ท่านรับประทานไข่ไก่ไม่มากกว่า 3 ฟอง ต่อ 1 สัปดาห์	**1.96**	**.92**	**ปานกลาง**	**2.38**	**.80**	**สูง**
28. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ประมาณ 6-12 ช้อนกินข้าว/วัน	1.27	.78	ปานกลาง	1.58	.76	ปานกลาง
29. ท่านดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมขาดมันเนย แทนนมธรรมดา 1-2 แก้วต่อวัน	**.58**	**.86**	**ต่ำ**	**.65**	**.89**	**ต่ำ**
30. ท่านปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันพืช 5-6 ช้อนชา/วัน	1.23	.77	ปานกลาง	1.46	.65	ปานกลาง

ตาราง ค 2 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ก่อน			หลัง		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
31. ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซอสปรุงรส มากกว่า 3 ช้อนชา/วัน	**1.88**	**.99**	**ปานกลาง**	**2.38**	**.64**	**สูง**
32. ท่านใส่น้ำตาลหรือนมข้นหวานในการชงกาแฟหรือโอวัลตินมากกว่า 2 ช้อนชาต่อถ้วยต่อวัน	**1.81**	**1.20**	**ปานกลาง**	**2.62**	**.64**	**สูง**
33. ท่านรับประทานขนมหวานที่มีน้ำตาลเป็นส่วนระกอบมากกว่า 3 ถ้วยตวง หรือมากกว่า 1 ชิ้นต่อวัน	**2.08**	**.74**	**สูง**	**2.46**	**.71**	**สูง**
34. ท่านดื่มชาหรือกาแฟเกิน 2 แก้ว/วัน	**2.58**	**.76**	**สูง**	**2.81**	**.63**	**สูง**
35. ท่านดื่มน้ำอัดลม, น้ำหวาน หรือเครื่องดื่มบำรุง กำลัง เช่น เอ็มร้อย กระทิงแดง มากกว่า 1 แก้วต่อวัน	**2.58**	**.73**	**สูง**	**2.58**	**.70**	**สูง**
36.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, น้ำตวาก เหล้ายาดองมากกว่า 30-45 มล./วัน (~ 1 แป๊ก), ไวน์มากกว่า 100-120 มล./วัน (~ 3-4 แป๊ก)	**2.88**	**.33**	**สูง**	**2.85**	**.37**	**สูง**

ภาคผนวก ง

การคำนวณ Effect size

จากผลการศึกษาของ ธิติมา (2547) นำมาคำนวณหาค่า effect size ดังนี้

ผลการศึกษาได้ค่า $X_1 = 43.73$ $X_2 = 39.93$

$SD_1^2 = 2.4649$ $SD_2^2 = 4.7961$

แทนค่าในสูตร $$\text{pooled SD} = \sqrt{\frac{(2.4649) + (4.7961)}{2}}$$

$$= 1.5369$$

$$\text{ES} = \sqrt{\frac{43.73 - 39.93}{1.5369}}$$

$$= 1.7185$$

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยการทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ..... ปี

3. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์
☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ.....

4. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่
☐ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศณียบัตร/อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ เกษตรกร
☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง
☐ อื่น ๆ

7.ระดับรายได้ของครอบครัว
☐ ไม่มีรายได้ ☐ < 3,000 บาท/เดือน
☐ 3,001 – 6,000 บาท/เดือน ☐ 6,001 – 9,000 บาท/เดือน
☐ > 9,001 บาท/เดือน

8. ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย
☐ เพียงพอเหลือเก็บ ☐ เพียงพอไม่เหลือเก็บ
☐ ไม่เพียงพอ

9. บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย
☐ ภรรยา/สามี ☐ บุตร
☐ หลาน ☐ อื่น ๆ.....

10. ผู้ดูแลหลัก ☐ มี คือ.....

☐ ไม่มี เหตุผล.....

11. ผู้ดูแลในการประกอบอาหารให้ท่านรับประทานในแต่ละวัน

☐ ซื้อกินเอง ☐ ประกอบอาหารทานเอง

☐ ผู้ดูแล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

12. ระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด.....ปี

13. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน……ครั้ง

14. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม

15. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

16. รอบเอว.....นิ้ว

17. ดัชนีมวลกาย = $\frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$

= …… กก/ม^2

18. ระดับโคเลสเตอรอลรวม.....มิลลิกรัม/เดซิลิตร

19. ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (HDL)……มิลลิกรัม/เดซิลิตร

20. ระดับไลโพโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (LDL)……มิลลิกรัม/เดซิลิตร

21. ระดับไตรกลีเซอไรด์.....มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยให้ท่านระบุการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ตรงกับความเป็นจริง แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุดในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คะแนน 0 หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติในข้อนั้นเลย

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นบางครั้งหรือปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นบ่อยครั้งหรือปฏิบัติ 3-6 วัน/สัปดาห์

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นทุกวันหรือปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์

พฤติกรรมด้านโภชนาการ	ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม			
	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติทุกวัน
การเลือกชนิดของอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหารที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง งา ข้าวโอ๊ต เป็นต้น				
.				
.				
.				
การกำหนดปริมาณอาหาร				
21. ท่านรับประทานข้าวสวยตามลักษณะการออกแรง คือ				
.				
.				
.				
.				
36.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, น้ำตวาก เหล้า ยาดองมากกว่า 30-45 มล./วัน (~ 1 แป๊ก), ไวน์มากกว่า 100-120 มล./วัน (~ 3-4 แป๊ก)				

ภาคผนวก ฉ
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ตอนที่ 2 คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ตอนที่ 3 แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์

ตอนที่ 4 ภาพพลิกอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางในการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมของผู้นำกลุ่ม	กิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. ระยะการสร้างสัมพันธภาพ **วัตถุประสงค์** . . **2. ระยะดำเนินการ** **วัตถุประสงค์** . . **3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** **วัตถุประสงค์** .	**ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร** . . **ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด** . . **หลักการควบคุมการรับประทานอาหาร** . . **สรุป** . .	- บอกหัวข้อและวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง . . -ใช้กระบวนการปรับความรู้สึกนึกคิด . . -ใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม .	- ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ . . - ฟังการบรรยายให้ความรู้ . . . - การอภิปรายกลุ่ม . . .	- ภาพพลิกอาหารประกอบการบรรยาย . .	- แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ . . . . - การสัมภาษณ์ . . . - การสอบถามข้อมูลย้อนกลับ .

คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

จัดทำโดย
นางดวงตา สุวรรณรัตน์
นักศึกษาปริญญาโท
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ความหมายของโรคหัวใจขาดเลือด	1
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	1
ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำ	2
อาการของโรคหัวใจขาดเลือด	4
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือด	4
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมการรับประทานอาหาร	5
หลักในการควบคุมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด	5

แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในแต่ละมื้อ ในระยะ เวลา 24 ชั่วโมง

คำชี้แจง กรุณาบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดที่ท่านรับประทานในแต่ละมื้อในระยะเวลา 1 วัน เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งลงบันทึกชื่อ –สกุล และวัน เดือน ปี ที่ตรงกับการรับประทานอาหารของท่าน

ชื่อ..... นามสกุล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ……

มื้ออาหาร	**อาหารที่รับประทานและเครื่องดื่ม**	**ปริมาณ**
มื้อเช้า		
หมวดข้าว/แป้ง		
	ข้าวสวย	.....ทัพพี
	ขนมจีน/ก๋วยเตี๋ยว/บะหมี่	.....ก้อน
	ขนมปังปอนด์/แครกเกอร์	.....แผ่น
หมวดผักและผลไม้		
	ชนิดของผัก.....	……ทัพพี
	ชนิดของผลไม้.....	.....ผล/ส่วน
หมวดโปรตีน/เนื้อสัตว์		
	การดื่มนม	.....แก้ว
	เนื้อสัตว์	.....ช้อนกินข้าว
	ปลา	.....ช้อนกินข้าว
	ไข่	.....ฟอง
หมวดไขมัน		
	อาหารที่ปรุงจากน้ำมันสัตว์	
.....		.....ช้อนชา
	อาหารที่ปรุงจากน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง	
.....		.....ช้อนชา
	อาหารที่ปรุงโดยใช้กะทิเป็นส่วนประกอบ	
.....		.....ช้อนชา
	อาหารที่ปรุงโดยใช้เนยเป็นส่วนประกอบ	
.....		.....ช้อนชา
	ขนมหวาน	.....ชิ้น
หมวดเครื่องปรุงรส		
	น้ำตาล	.....ช้อนชา
	น้ำปลา	.....ช้อนชา

ชื่อ..... นามสกุล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ……..

มื้ออาหาร	**อาหารที่รับประทานและเครื่องดื่ม**	**ปริมาณ**
มื้อเช้า (ต่อ)		
หมวดเครื่องปรุงรส		
	น้ำบูดู/ปลาร้า	.....ช้อนชา
	เกลือ	.....ช้อนชา
หมวดเครื่องดื่ม		
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		..... แก้ว
กาแฟ / น้ำชา		.....แก้ว
	น้ำเปล่า	.....แก้ว
	น้ำหวาน	.....แก้ว
มื้อกลางวัน		
หมวดข้าว/แป้ง		
	ข้าวสวย	.....ทัพพี
	ขนมจีน/ก๊วยเตี๋ยว/บะหมี่	.....ก้อน
	ขนมปังปอนด์/แครกเกอร์	.....แผ่น
หมวดผักและผลไม้		
	ชนิดของผัก.....	……ทัพพี
	ชนิดของผลไม้.....	.....ผล/ส่วน
หมวดโปรตีน/เนื้อสัตว์		
	การดื่มนม	.....แก้ว
	เนื้อสัตว์	.....ช้อนกินข้าว
	ปลา	.....ช้อนกินข้าว
	ไข่	.....ฟอง
หมวดไขมัน		
	อาหารที่ปรุงจากน้ำมันสัตว์	
.....		.....ช้อนชา
	อาหารที่ปรุงจากน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง	
.....		.....ช้อนชา
	อาหารที่ปรุงโดยใช้กะทิเป็นส่วนประกอบ	
.....		.....ช้อนชา
	อาหารที่ปรุงโดยใช้เนยเป็นส่วนประกอบ	
.....		.....ช้อนชา
	ขนมหวาน	.....ชิ้น/ถ้วย

ชื่อ..... นามสกุล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มื้ออาหาร	**อาหารที่รับประทานและเครื่องดื่ม**	**ปริมาณ**
มื้อกลางวัน (ต่อ)		
หมวดเครื่องปรุงรส		
	น้ำตาล	.....ช้อนชา
	น้ำปลา	.....ช้อนชา
	น้ำบูดู/ปลาร้า	.....ช้อนชา
	เกลือ	.....ช้อนชา
หมวดเครื่องดื่ม		
	เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	..... แก้ว
	กาแฟ / น้ำชา	.....แก้ว
	น้ำเปล่า	.....แก้ว
	น้ำหวาน	.....แก้ว
มื้อเย็น		
หมวดข้าว/แป้ง		
	ข้าวสวย	.....ทัพพี
	ขนมจีน/ก๋วยเตี๋ยว/บะหมี่	.....ก้อน
	ขนมปังปอนด์/แครกเกอร์	.....แผ่น
หมวดผักและผลไม้		
	ชนิดของผัก.....	……..ทัพพี
	ชนิดของผลไม้.....	.....ผล/ส่วน
หมวดโปรตีน/เนื้อสัตว์		
	การดื่มนม	.....แก้ว
	เนื้อสัตว์	.....ช้อนกินข้าว
	ปลา	.....ช้อนกินข้าว
	ไข่	.....ฟอง
หมวดไขมัน		
	อาหารที่ปรุงจากน้ำมันสัตว์	
.....		.....ช้อนชา
	อาหารที่ปรุงจากน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง	
.....		.....ช้อนชา
	อาหารที่ปรุงโดยใช้กะทิเป็นส่วนประกอบ	
.....		.....ช้อนชา

ชื่อ..... นามสกุล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ……..

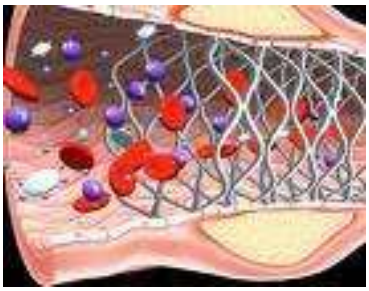
มื้ออาหาร	**อาหารที่รับประทานและเครื่องดื่ม**	**ปริมาณ**
มื้อเย็น (ต่อ)		
	อาหารที่ปรุงโดยใช้เนยเป็นส่วนประกอบ	
	.....	.....ช้อนชา
	ขนมหวาน	.....ชิ้น
	หมวดเครื่องปรุงรส	
	น้ำตาล	.....ช้อนชา
	น้ำปลา	.....ช้อนชา
	น้ำบูดู/ปลาร้า	.....ช้อนชา
	เกลือ	.....ช้อนชา
	หมวดเครื่องดื่ม	
	เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	..... แก้ว
	กาแฟ / น้ำชา	.....แก้ว
	น้ำเปล่า	.....แก้ว
	น้ำหวาน	.....แก้ว
	อาหารว่างหรืออาหารอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากอาหารมื้อหลัก	
	.....	.....
	....	.....
	.....	.....
	.....	.....

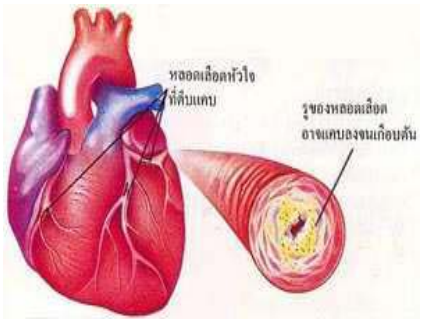
คุณรับประทานวิตามินหรืออาหารเสริมชนิดใดบ้างหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุชนิดและปริมาณ.....

ภาพพลิกประกอบการบรรยายเรื่องอาหาร
สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด





โรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากการตีบแคบหรือการอุดกั้นการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ จากการมีก้อนไขมันลอยไปเกาะอยู่บริเวณเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเล็ก ๆ ในหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง

ภาคผนวก ช

คำถามที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่อยู่ในระยะเริ่มคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคอง

คำถาม

“ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหรือไม่ อย่างไร”

ภาคผนวก ซ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ จงเจริญ
   อาจารย์ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการพยาบาล
   คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. นายแพทย์อำนาจ อัครวิเนต
   แพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด
   โรงพยาบาลหาดใหญ่

3. คุณพรพิศ เรืองขจร
   นักโภชนากร 6
   คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

4. คุณสุดา ขำนุรักษ์
   พยาบาลวิชาชีพ หน่วยเวชปฏิบัติชุมชน
   กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกงหรา

5. คุณจิรวรรณ เดชอดิศัย
   พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรรม
   กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางดวงตา สุวรรณรัตน์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5010420008

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2543

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลปัตตานี
อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี