

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

นภาพรณ ธงสันเทียะ*

จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, ปร.ด.** และ ขนิษฐา รัตนกัลยา, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในรูปแบบการศึกษา 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์การทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 56 ราย ที่เข้ารับการรักษานอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ 4C และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16B คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมจำนวน 28 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวาทีนิ สุขมาก และคณะ (2545) 2) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 3) คู่มือเรื่องโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม 4) สื่อวิดีโอต้นแบบสไลด์ลักษณะเรื่อง พฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสม 5) สื่อวิดีโอต้นแบบสไลด์ลักษณะเรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของจิพร แอชตัน (2551) 6) แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยบัณฑิตกุล (2553) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.81 7) แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจของตานิภา หลานวงศ์ (2558) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบแมน-วิทนียู และสถิติทดสอบทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ($M = 59.00$) และการออกกำลังกาย ($M = 43.50$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 37.00$; $M = 21.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ และควรบูรณาการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับคู่มือความรู้และการใช้ LINE Official Account เพื่อกระตุ้นและติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงพิจารณาบรรจุในกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังรักษา จัดอบรมบุคลากร และจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Corresponding E-mail: chirapom.tac@cmu.ac.th

(Received: May 24, 2025; Revised: August 12, 2025; Accepted: September 1, 2025)

Effect of a Self-Efficacy Enhancing Program on Dietary and Exercise Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease After Receiving Percutaneous Coronary Intervention Treatment

Napapan Thongsantia, *

Chiraporn Tachaudomdach, Ph.D.** & Kanittha Rattanakanlaya, Ph.D.**

Abstract

This study aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancing program on dietary and exercise behaviors among patients with coronary artery disease (CAD) after receiving percutaneous coronary intervention (PCI) treatment. This research is a quasi-experimental study using a two-group posttest design. Purposive sampling was used to recruit 56 patients with CAD who had received PCI at Petcharat Cardiac Intensive Care Unit 4C and Petcharat Ward 16B, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, between June 2024 and January 2025. Of these, 28 patients were assigned to a control group that received standard care, while the remaining 28 patients in the experimental group received a self-efficacy enhancing program on dietary and exercise behaviors. The research instruments included: 1) the General Perceived Self-Efficacy Scale, Thai version translated by Sukmak et al. (2001); 2) a self-efficacy enhancing program on dietary and exercise behaviors developed based on the self-efficacy framework by Bandura (1997) in combination with the literature review; 3) a handbook on disease and appropriate health behavior regarding diet and exercise; 4) video media presenting a symbolic model on appropriate eating behavior; 5) video media presenting a symbolic model on appropriate exercise behavior by Ashton (2008); 6) a questionnaire on dietary behavior specific to cardiovascular disease, Thai version translated by Tantikusum (2010). The reliability coefficient of the questionnaire was 0.81; and 7) a questionnaire on exercise behavior of patients with acute myocardial infarction after undergoing coronary angioplasty by Lanwong (2015). The reliability coefficient of the questionnaire was 0.82. Analysis of data was conducted using descriptive statistics, and the Mann-Whitney U and independent t-test.

The findings revealed that the experimental group which received the self-efficacy enhancing program had significantly higher scores for both dietary ($M = 59.00$) and exercise behaviors ($M = 43.50$) compared to the control group ($M = 37.00$; $M = 21.00$) ($p < 0.05$). These results indicate that the program was effective in promoting healthy dietary and exercise behaviors among patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. Integration of the program with educational manuals and a LINE Official Account is recommended to stimulate and monitor these health behaviors in this patient group. Furthermore, consideration should be given to incorporating the program into post-treatment rehabilitation, providing staff training, and allocating resources to support sustainable behavior change.

Keywords: coronary artery disease percutaneous coronary intervention a Self-Efficacy Enhancing Program

Dietary and Exercise Behaviors.

* Graduate Student in Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Faculty of Nursing, Chiang Mai University

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: [CAD]) เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) รายงานว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่า 17.9 ล้านคนต่อปี โดยมีสัดส่วนกว่าร้อยละ 75 เกิดในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ รวมถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทย โรคนี้ติดหนึ่งในห้าของสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568) สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรวดเร็ว โดยวิธีหลักได้แก่ 1) การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) และ 2) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) (Lawton et al, 2021) ซึ่งการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ถึงร้อยละ 90.16 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2565; Central Chest Institute of Thailand, 2019) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการรักษาด้วยวิธีนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลทะเบียนโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของประเทศไทย (Thai Registry in Acute Coronary Syndrome) ระหว่างปี 2560–2566 พบผู้ป่วยรวม 3,537–4,882 รายต่อปี ขณะที่ข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างปี 2561–2566 พบจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 236–494 รายต่อปี สะท้อนแนวโน้มการรักษาที่ต่อเนื่องและเพิ่มขึ้น (ข้อมูลสถิติคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2566)

ภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยยังเสี่ยงเกิดภาวะตีบซ้ำของหลอดเลือดบริเวณขดลวดค้ำยัน (In-stent restenosis: ISR) และภาวะหัวใจอื่น ๆ โดยความเสี่ยงสูงสุดอยู่ใน 1 ปีแรกหลังการรักษา (Johansson et al, 2017) ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Kwok et al, 2020) อัตราการกลับเข้ารับรักษาใน 30 วันแรกอยู่ที่ ร้อยละ 3.30–15.80 โดยสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำหรือเกิดลิ่มเลือดในขดลวด (Oliveira et al, 2019) ดังนั้น การดูแลหลังการรักษาควรมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการตีบซ้ำ โดยเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม (Lawton et al, 2021) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Pender et al, 2011) พฤติกรรมที่ควรปรับเปลี่ยนมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่หลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัว โซเดียม และน้ำตาลสูง (Lawton et al, 2021) 2) การออกกำลังกายแอโรบิกอย่างน้อย 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์ (O'Donovan et al, 2017) 3) การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (Sinha et al, 2016) 4) การเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2565) 5) การจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Assadi, 2017) และ 6) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำแพทย์ (Du et al, 2017) สำหรับสถานการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้านภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านในผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกัน โดยพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และการจัดการความเครียด (ณัฐกฤตา วงศ์ตระกูล และคณะ, 2560; ศันสนีย์ ดำรงศิลป์ และคณะ, 2560; ศันธารัตน์ จันทรศิริ และคณะ, 2559) ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (คันสนีย์ ดำรงศิลป์ และคณะ, 2560; คันธรัตน์ จันทรศิริ และคณะ, 2559) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่การจัดการความเครียดมีการปฏิบัติในระดับตั้งแต่ปานกลางจนถึงดี ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเป็นประเด็นสำคัญที่ควรส่งเสริมและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจยังมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะตีบซ้ำโดยเฉพาะบริเวณที่ใส่ขดลวดค้ำยันอย่างมีนัยสำคัญ (สุภาวรรณ ชินพันธ์ และคณะ, 2562; Nazeri et al., 2020; Yan Fang Wan et al., 2015) โดยพบว่า ผู้ป่วยมีโภชนาการที่มีโซเดียมและไขมันสูง และออกกำลังกายไม่เพียงพอ บางรายหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายจากความกลัวหรือขาดความรู้ในการเริ่มต้น (คันสนีย์ ดำรงศิลป์ และคณะ, 2560) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งสองด้านอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความเสี่ยงของการตีบซ้ำ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและไม่สามารถเกิดขึ้นได้ทันที เนื่องจากขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความพร้อมและความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender et al., 2011; Lawton et al., 2021) โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในตนเองหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงมักสามารถเริ่มต้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า โดยงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มความมั่นใจและความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ (เอกพลพลเดช เดชแก้ว และคณะ, 2564; ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557; Alizadeh et al., 2018; Kang et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนถูกนำมาใช้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือด โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เช่น การศึกษาของศรพิศ พรหมผิว และคณะ (2558) พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มการรับรู้และความสามารถในการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้ยังไม่ส่งผลชัดเจนต่อระดับไขมันในเลือด อย่างไรก็ตามโปรแกรมยังขาดการติดตามต่อเนื่องและการกระตุ้นเตือนในชีวิตประจำวัน ซึ่งจำเป็นต่อความยั่งยืนของพฤติกรรม งานวิจัยปัจจุบันแนะนำให้ใช้เทคโนโลยี เช่น การส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (กมลชนก เจริญวงศา และคณะ, 2565; Dale et al., 2015) ทั้งยังควรเพิ่มเติมกิจกรรมส่งเสริมความมั่นใจในการจัดอาหารเมดิเตอร์เรเนียน และการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารนอกบ้านให้เหมาะสม ซึ่งยังการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นทักษะที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเพิ่มเติม

การศึกษาที่ผ่านมาแม้มีความพยายามในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมแล้วในอดีต แต่โปรแกรมเหล่านี้ยังขาดองค์ประกอบสำคัญ เช่น การติดตามต่อเนื่อง การกระตุ้นเตือนรายวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักฐานจากงานวิจัยของ ชาร์มา และคณะ (Sharma et al., 2016) และการเสริมความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองที่เฉพาะเจาะจงด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมใหม่ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ผ่านกิจกรรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การส่งเสริมกระทำที่ประสบความสำเร็จ โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับทักษะที่เกี่ยวข้อง 2) การสังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึง ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งสองด้านนี้ 3) การส่งเสริมการได้รับคำแนะนำ หรือชักจูงด้วยคำพูดและใช้ไลน์ บัญชีทางการ (LINE Official Account) เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ และ 4) การส่งเสริมด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์

ด้วยการส่งเสริมความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ พร้อมทั้งใช้การพูดสะท้อนความสามารถของตนเอง (Reflective) โดยคาดว่าโปรแกรมนี้จะช่วยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการลดความเสี่ยงจากภาวะตีบซ้ำหลังการรักษาด้วยการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงขาดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านี้ตามแนวคิดของแบนดูรา การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในครั้งนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนจาก 4 แหล่งสำคัญ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริง เช่น การเตรียมอาหาร อ่านฉลากโภชนาการ และออกกำลังกาย 3 ระยะ เพื่อสร้างความสำเร็จในบริบทที่ปลอดภัย 2) การส่งเสริมการสังเกตตัวแบบ ด้วยการรับชมวิดีโอตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการปรับพฤติกรรม เพื่อเสริมแรงจิตใจและความเชื่อมั่น 3) การส่งเสริมการได้รับคำแนะนำ หรือชักจูงด้วยคำพูด ผ่านทุกขั้นตอนของโปรแกรม รวมถึงการส่งข้อความผ่านไลน์บัญชีทางการ (Line Official Account) เพื่อกระตุ้นและเตือน 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ด้วยการประเมินความพร้อมทางร่างกายและจัดกิจกรรมในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความผ่อนคลาย การสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และมีความเชื่อมั่นในการดำเนินพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองผ่านกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์เชิงบวก จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ฯ

ครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาล หลังถ่ายฉายหลอดเลือดหัวใจวันที่ 1

การส่งเสริมการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)

-การรับชมตัวแบบที่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ด้วยการนำเสนอผ่านสื่อวิดีโอ และอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางที่ได้รับชมจากตัวแบบ

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่2 หลังได้รับการถ่ายฉายหลอดเลือดหัวใจ

การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience)

-การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เรื่อง พฤติกรรมมารับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 2-4 ดำเนินโปรแกรมที่บ้าน

ครั้งที่3 ในสัปดาห์ที่4 หลังได้รับการถ่ายฉายหลอดเลือดหัวใจ

การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states)

-การใช้คำพูดสะท้อนการกระทำของตนเองที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นตนเองภายใต้บริบทจากประสบการณ์ของตนเอง (Reflective)

การส่งเสริมการได้รับคำแนะนำ หรือชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion)

-การใช้คำพูดในการกล่าวชมเชย ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้ถูกต้อง

-การใช้คำพูดในการกล่าวให้กำลังใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้ถูกต้อง

-การใช้คำพูดกล่าวชักจูง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแสดงสีหน้า ท่าทาง หรือคำพูดที่บ่งบอกว่ายากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 5-12 ดำเนินโปรแกรมที่บ้าน

ติดตามการประเมินผลของโปรแกรมในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ

1.พฤติกรรมมารับประทานอาหาร

2.พฤติกรรมออกกำลังกาย

ภาพที่1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบการศึกษา 2 กลุ่ม วัดหลังการทดลอง (two groups posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายฉายหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมหัวใจเพชรรัตน์ 4C และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 16 B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.5 กำหนดค่าความเชื่อมั่น 0.05 (Burn & Glove, 2009) และอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 (Polit & Beck, 2004) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย รวม 44 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของ

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกร่วมการวิจัย 1. อายุ 40-75 ปี 2. ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาหยอดเลือดหัวใจครั้งแรก ตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไป 3. มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำจนถึงระดับปานกลาง โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4. สามารถอ่าน พูด เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5. มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนพร้อมอินเทอร์เน็ตและมีความสามารถในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ด้วยตนเอง และ 6. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย 1. มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมทางร่างกายที่มีอาการรุนแรงและไม่สามารถควบคุมโรคได้ และ 2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตใจ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย 1. เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยจนต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. ไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มากกว่า 24 ชั่วโมงติดต่อกัน 3 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของโครงการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป (General Perceived Self-Efficacy Scale) ฉบับภาษาไทยโดย วาทีณี สุขุมก และคณะ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินความมั่นใจของบุคคลในการรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด การเอาชนะอุปสรรค และการจัดการปัญหาสุขภาพ การตอบแบบเป็นรูปแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ 1 = ไม่จริงเลย ถึง 4 = จริงที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน โดยคะแนนต่ำกว่า 29 หมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ คะแนน 29-34 หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 35 ขึ้นไปหมายถึงระดับสูง (นิติกร ภูสุวรรณ และสันติสุข ไชยมงคล, 2563)

2. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์ประกอบดังนี้

2.1 ส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จ ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริงเพื่อสร้างความมั่นใจด้านการรับประทานอาหาร เช่น การฝึกเตรียมอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียน อ่านฉลากโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสม และด้านการออกกำลังกาย เช่น การจับชีพจร คำนวณอัตราการเต้นของหัวใจ และการออกกำลังกาย 3 ระยะ

2.2 ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยให้ผู้ป่วยรับชมวิดีโอของตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ป่วยและประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อเสริมความสนใจ การจดจำ และความเชื่อมั่นในตนเองให้สามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

2.3 ส่งเสริมด้วยคำพูด โดยการให้คำแนะนำ ชื่นชม และให้กำลังใจทั้งในระหว่างกิจกรรมและผ่านไลน์บัญชีทางการ (Line Official Account) เป็นรายรายบุคคลในขณะผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน

2.4 ส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนทำกิจกรรม เช่น การประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนปฏิบัติกิจกรรม พร้อมทั้งสอนวิธีจัดการเมื่อเกิดอาการผิดปกติ รวมถึงใช้เทคนิคสะท้อนตนเองเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน

กิจกรรมในโปรแกรมเป็นการพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในครั้งที่ 1 ในวันแรกหลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่หอผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมในครั้งที่ 2 และ 3 เป็นกิจกรรมกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจที่แผนกผู้ป่วยนอก และมีการส่งข้อความส่วนตัวผ่านไลน์บัญชีทางการ (LINE Official Account) เพื่อกระตุ้น เตือนเป็นรายบุคคล ตลอดจนเข้าร่วมโปรแกรม รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ และประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม โดยการพัฒนาโปรแกรม นำไปทดลองใช้พบว่า ไม่มีข้อบกพร่อง แล้วจึงนำไปใช้งานจริง

3. คู่มือเรื่องโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรค การถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะตีบซ้ำ และการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม คู่มือฯ ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน และทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 รายที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเนื้อหาชัดเจนและภาษาเหมาะสมจึงนำไปใช้งานจริง

4. สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม พัฒนาโดยผู้วิจัย นำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยตัวแบบจะบอกเล่าประสบการณ์ อุปสรรค และวิธีการจัดการกับอุปสรรค พร้อมทั้งชักจูงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจเช่นเดียวกับตัวแบบวีดิทัศน์ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน และทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเนื้อหาชัดเจนและภาษาเหมาะสมจึงนำไปใช้งานจริง

5. สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมของ จิรพร แอชตัน (2551) นำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมออกกำลังกายแล้วประสบความสำเร็จ โดยตัวแบบบอกเล่าประสบการณ์ ประโยชน์ อุปสรรคและการแก้ไข พร้อมทั้งชักจูงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจเช่นเดียวกับตัวแบบ

6. แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของปาณัญญ์ ดันติกุสุม (2553) มี 16 ข้อคำถาม ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.81 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 1 ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย ถึงระดับ 5 มีการรับประทานทุกวัน การแปลความหมายของคะแนน ใช้คะแนนรวมมีค่าอยู่ในช่วง 16 ถึง 80 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูง คะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่ำ

7. แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยตานิภา หลานวงศ์ (2558) มี 16 ข้อคำถาม โดย 15 ข้อเป็นคำถามเชิงบวก และ 1 ข้อเป็นคำถามเชิงลบ (ต้องกลับคะแนน) ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติ ถึง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลความหมาย คะแนนรวม 16-48 คะแนน ยิ่งคะแนนสูง ยิ่งสะท้อนพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับดี (จิรพร แอชตัน 2550)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2567-EXP005) และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนครินทร์ (เลขที่ 063/67 FB) รวมถึงได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาลในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ทั้งวัตถุประสงค์

ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชิริพยาบาลในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน ทั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ และผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ณ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจเพชรรัตน์ 4C และเพชรรัตน์ 16B โรงพยาบาลศิริพยาบาล โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมก่อน ตามด้วยกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม: ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้:

1. ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หลังได้รับการถ่ายทอดหัวใจ): ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมแต่ละรายเป็นรายบุคคล ณ หอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้เข้าร่วมกรอกแบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคล และนัดหมายการติดต่อทางโทรศัพท์ในภายหลัง หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลในหอผู้ป่วย

ในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 หลังถ่ายทอดหัวใจ ผู้วิจัยติดต่อผู้เข้าร่วมทางโทรศัพท์ที่บ้าน เพื่อให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จากนั้นได้ปิดโปรแกรมและขอบคุณผู้เข้าร่วมที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มทดลอง: ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หลังได้รับการถ่ายทอดหัวใจ): จัดกิจกรรมแบบรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กิจกรรมประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพ ตรวจอาการทั่วไป และวัดสัญญาณชีพ ให้ผู้เข้าร่วมกรอกข้อมูลส่วนบุคคล และอธิบายภาพรวมของโปรแกรม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ให้ชมวิดีโอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แล้วให้ผู้เข้าร่วมอภิปรายถึงการนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในชีวิตตนเอง

2. ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 หลังถ่ายทอดหัวใจ): จัดกิจกรรมกลุ่ม (4-5 คน) ณ แผนกผู้ป่วยนอก เป็นเวลา 45 นาที กิจกรรมประกอบด้วย ตรวจอาการทั่วไปและวัดสัญญาณชีพ ชมวิดีโอต้นแบบอีกครั้งเพื่อเสริมความเข้าใจจากต้นแบบ สาธิตการเตรียมอาหารรูปแบบเมดิเตอร์เรเนียน การอ่านฉลากโภชนาการ และการวัดปริมาณโซเดียมและน้ำตาล จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมฝึกฝนด้วยวิธีการย้อนกลับ จากนั้นร่วมอภิปรายกลุ่มในหัวข้อ “การเลือกรับประทานอาหารนอกบ้านอย่างเหมาะสม” สาธิตการคล้ำชีพจรที่ข้อมือเพื่อวัดอัตราการเต้นของหัวใจ และสาธิตการออกกำลังกายทั้ง 3 ช่วง ได้แก่ อบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกายจริง และผ่อนคลาย โดยใช้วิธีการสาธิตย้อนกลับ หลังจบกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างได้รับมอบหมายให้ทำกิจกรรมที่บ้าน ดังนี้:

2.1 บันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยจดรายการอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อ ระบุว่าเป็นอาหารที่ทำเอง ซื้อ หรือสำเร็จรูป และบันทึกปริมาณโซเดียม เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือน้ำตาลที่บริโภค

2.2 ฝึกพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที โดยมีการอบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกาย และผ่อนคลายเหมือนในการฝึกในกลุ่ม และให้คล้ำชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกายเพื่อวัดอัตราการเต้นของหัวใจ

2.3 บันทึกพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย โดยระบุ 1) ซิพจรก่อนออกกำลังกาย 2) ซิพจรสูงสุดขณะออกกำลังกาย 3) ซิพจรหลังออกกำลังกาย และ 4) อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นการติดตามการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด

2.4 ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเพิ่มเพื่อนด้วยแอปพลิเคชันไลน์บัญชีทางการ (LINE Official Account) เพื่อรับคำแนะนำและแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง พร้อมมอบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์และสมุดบันทึกเพื่อประเมินตนเอง จากนั้นนัดหมายการพบครั้งถัดไป

3. ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4 หลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ): จัดกิจกรรมกลุ่ม (4-5 คน) ณ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 10 นาที กิจกรรมประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพ ชักถามสุขภาพทั่วไป ตรวจอาการเจ็บหน้าอก และวัดสัญญาณชีพ เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมพูดสะท้อนความมั่นใจในพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (Reflective) และผู้วิจัยสรุปเนื้อหา และเน้นย้ำความสำคัญของการปฏิบัติต่อเนื่องจนถึงสัปดาห์ที่ 12 พร้อมนัดหมายการประเมินครั้งสุดท้าย

วันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 12 หลังถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทางโทรศัพท์เป็นเวลา 10 นาที โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสำหรับความร่วมมือ และแจ้งการสิ้นสุดของทั้งกิจกรรมและการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS โดยข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้การทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney U test) ในขณะที่การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) ในการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน โดยมีเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.14 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.86 กลุ่มควบคุมมีอายุน้อยที่สุด 40 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี มีอายุเฉลี่ย 63 ปี ($SD = 10.06$) และกลุ่มทดลองมีอายุน้อยที่สุด 45 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี มีอายุเฉลี่ย 60 ปี ($SD = 8.31$) ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.71 กลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีอาชีพและไม่มีอาชีพในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 50.00 ขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพ ร้อยละ 71.43 ทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 64.29 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.57 ส่วนกลุ่มทดลองมีรายได้ในระดับเดียวกันมากที่สุด ร้อยละ 57.14 ในด้านสุขภาพ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนร้อยละ 57.14 และ 53.57 ตามลำดับ และมีโรคอ้วนร้อยละ 75.00 และ 78.57 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการออกกำลังกายร้อยละ 78.57 และ 75.00 ตามลำดับ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 92.90 ในทั้งสองกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.29 และ 85.71 ตามลำดับ และไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 78.57 และ 82.14 ตามลำดับ ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์เอ็กแซค พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบแมน-วิทนีเยน ผลการวิจัยพบว่า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ ผลการวิจัยพบว่า พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง (หลังทดลอง)

พฤติกรรม	กลุ่มควบคุม (n = 28)		กลุ่มทดลอง (n = 28)		t	p-value*
	M	IQR	M	IQR		
การรับประทานอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	37.00	4.00	59.00	1.00	-6.48	.001**
การออกกำลังกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	21.00	8.50	43.50	3.00	-22.94	.001**

หมายเหตุ.* p < .05, **p < .001, M = มัชฐาน (median) IQR = พิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range)

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยสามารถอธิบายโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

1. การส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการเน้นการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองผ่านโปรแกรมที่ออกแบบตามแนวคิด ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ดีขึ้น กิจกรรมในโปรแกรมนี้ประกอบด้วย การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และแนวคิดในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งการให้ความรู้ดังกล่าว ช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ (Noar & Willoughby, 2020)

หลังการให้ความรู้ ผู้วิจัยส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหารผ่านการสาธิตวิธีปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ได้แก่ การเตรียมอาหารแบบเต็เดออร์เรเนียน การอ่านฉลากโภชนาการ และการตรวจเครื่องปรุงรสอย่างเหมาะสม จากนั้นให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจ ผลการดำเนินงานกิจกรรมพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถและความเชื่อมั่นในการควบคุมโซเดียม ไขมัน และน้ำตาลในอาหารดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การสาธิตร่วมกับการฝึกปฏิบัติมีส่วนช่วยพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม (ยุภาณี แต้มเรืองอิทธิ และคณะ, 2560)

ผู้วิจัยส่งเสริมการกระทำที่ประสบความสำเร็จเพิ่มเติมผ่านกิจกรรมอภิปรายกลุ่มเรื่อง “รับประทานอาหารนอกบ้านอย่างไรให้เหมาะสม” โดยให้กลุ่มทดลองเสนอแนวทางปรับเปลี่ยนเมนูอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโรค เช่น การเลือกเส้นหมี่แทนเส้นใหญ่ในเมนูก๋วยเตี๋ยว และเปลี่ยนจากข้าวมันเป็นข้าวสวยธรรมดาในเมนูข้าวมันไก่ พร้อมลดการปรุงรสและการบริโภคส่วนประกอบที่มีไขมันและโซเดียมสูง ผลการดำเนินงานกิจกรรมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองสามารถวิเคราะห์และเลือกอาหารนอกบ้านได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งช่วยแก้ไขปัญหาการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่ากิจกรรมอภิปรายร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมได้ (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2553; ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552; ยุภาณี แต้มเรืองอิทธิ และคณะ, 2560)

ในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย ผู้วิจัยใช้วิธีการสาธิตควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้วิธีจับชีพจรและคำนวณอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายเพื่อประเมินความเหมาะสมของการออกกำลังกายตามสภาพร่างกายตนเอง ลดความกลัวการเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ และเพิ่มความมั่นใจในการออกกำลังกาย (ประวิทย์ ต้นประเสริฐ, 2553; วุฒิพงศ์ สายสงเคราะห์ และคณะ, 2553) นอกจากนี้การสาธิตการออกกำลังกายอย่างปลอดภัยทั้ง 3 ระยะ พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างฝึกสาธิตย้อนกลับ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจขั้นตอนและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง

อีกทั้งการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสะท้อนและประเมินพฤติกรรมของตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น กระตุ้นการไตร่ตรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะโรค และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในบทบาทของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (สุรีย์พร พงษ์จันทร์, 2557; Shin et al., 2011)

2. การส่งเสริมการสังเกตตัวแบบ

การใช้สื่อวีดิทัศน์ที่นำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยวีดิทัศน์ช่วยจำลองประสบการณ์โดยอ้อมผ่านตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยทำให้เกิดแรงบันดาลใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ ชิน และคณะ (Shin et al., 2011) ที่พบว่าสื่อวีดิทัศน์ที่มีตัวแบบสัญลักษณ์ช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งวีดิทัศน์ทั้งสองเรื่องนำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายหลังการรักษา ช่วยให้ผู้ชมมองเห็นตนเองในตัวแบบนั้น และเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้เช่นกัน ตามหลักของการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน จึงช่วยส่งเสริมการจดจำและการนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura, 1997)

3. การส่งเสริมการได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด

กิจกรรมที่ใช้ถ้อยคำในการแนะนำ ชักจูง ชมเชย และให้กำลังใจ ถือเป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยใช้คำพูดเชิงบวกอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ ทั้งในการอธิบายขั้นตอนกิจกรรม การชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง การให้กำลังใจเมื่อประสบความยากลำบาก และการกระตุ้นผ่านข้อความทางไลน์บัญชีทางการ (LINE Official Account) ซึ่งช่วยเพิ่มแรงจูงใจภายในและลดโอกาสการละเลยการปฏิบัติกิจกรรม (Buis et al, 2020)

แม้ว่าการชักจูงทางวาจาอาจมีอิทธิพลน้อยกว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงหรือการสังเกตตัวแบบ แต่เมื่อใช้ร่วมกับวิธีอื่น เช่น การฝึกปฏิบัติจริงและการสังเกตตัวแบบที่เหมาะสม ก็สามารถเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยของ จีรพร แอชตัน (2551) ศรีพิศ พรหมผิว (2558) และบุสดี พุดดี และคณะ (2560) รวมถึงการศึกษาของ ฮอลล์ และคณะ (Hall et al, 2015) ที่พบว่า การส่งข้อความชักจูงสามารถเพิ่มการยึดมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการชักจูงทางวาจาจึงนับเป็นบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมความเชื่อมั่นและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืนในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. การส่งเสริมสภาวะทางสรีรและอารมณ์

ในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายผ่านการทักทาย พูดคุยอย่างเป็นกันเอง และการตรวจประเมินสัญญาณชีพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในสภาวะร่างกายของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ชี้ให้เห็นว่า ความรู้สึกทางกายภาพและอารมณ์มีอิทธิพลต่อการประเมินสมรรถนะแห่งตน หากรู้สึกดี ผ่อนคลาย จะส่งเสริมความมั่นใจในการลงมือกระทำ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้นำกิจกรรมการพูดสะท้อน (reflective) มาใช้ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนและพูดถึงความเชื่อ ความรู้สึก และความสำเร็จเล็ก ๆ ในการปรับพฤติกรรมของตน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฟิชเชอร์ และคณะ (Fisher et al, 2018) ที่ระบุว่า การสะท้อนความสำเร็จส่วนตัว ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมตนเองในระยะยาว

ผลการศึกษาชี้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เน้นการรับรู้ความสามารถตนเองและการเห็นคุณค่าของผลลัพธ์จากพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ปฏิบัติงาน: ควรบูรณาการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับคู่มือความรู้และการใช้ LINE Official Account เพื่อกระตุ้นและติดตามพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณานำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก และควรจัดอบรมพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้โปรแกรมดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. นโยบาย: ควรบรรจุในกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังรักษา จัดอบรมบุคลากร และจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังจบโปรแกรม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ โปรแกรมดำเนินการนาน 12 สัปดาห์ และประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุด จึงยังไม่อาจสรุปได้ว่าความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยยั่งยืนจริงหรือไม่ จึงแนะนำให้ติดตามผลอย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังจบโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

เอกสารอ้างอิง

กมลชนก เจริญวงษา, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(2), 313-325.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566*.

https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf

จิรพร แอชตัน, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 35(3), 84-96.

จิราภรณ์ นาสูงชน. (2553). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ณัฐกฤตา วงศ์ตระกูล และ รัตนกัญจวรรณ อยู่เนาค. (2560). พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ไม่มีการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการถ่างขยายด้วยขดลวดค้ำยัน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(3), 138-147.

ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ตัวแพง และเขมมาธิ มาสิงบุญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(3), 112-119.

ดวงตา สุวรรณรัตน์. (2552). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตานิภา หลานวงศ์. (2558). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เน้นการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความสามารถด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปชาณัฐย์ ตันติสุขุม และจันทร์เพ็ญ จันทร์เจริญ. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการตนเองและพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*, 18(4), 1-10.

ประวิทย์ ตันประเสริฐ. (2553). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Rehabilitation Guideline)*. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์. thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf

- ผุสดี พุฒดี, ปาณัญญ์ ตันติโกสุม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการสวนหัวใจขยายหลอดเลือด. *วารสารกึ่งการณย์*, 24(1), 147-162.
- ยุภาณี แต้มเรืองอิทธิ, มณิรัตน์ อธิระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล, นิรัตน์ อิมามิ และธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. (2560). โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ สถาบันโรคทรวงอก ประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(5), 53-61.
- วาทีนี สุขมาก, อัจฉรีย์ ศิริสุนทร และประภากร มีนา. (2545). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถตนเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(1), 31-36.
- คันสนีย์ ดำรงค์ศิลป์, พรณนดี พุทธรังษะ และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 220-227.
- ศรพิศ พรหมผิว, ขวณพิศ ทำนอง, สุพร วงศ์ประทุม และไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร. (2558). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(1), 23-33.
- สุภาวรรณ ชินพันธุ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, สมบัติ อ่อนศิริ และอมอชฌม วัฒนบุรณน. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3), 218-226.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ.2564*.
http://www.thaiheart.org/images/introc_1646981507/Thai%20Chronic%20Coronary%20Syndromes%20Guidelines%202021.pdf
- เอกพลพลเดช เดชแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และ เขมรดี มาสิงบุญ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(2), 71-80.
- Alizadeh, M., Feizollahzadeh, H., Abdollahzadeh, F., Hasankhani, H., Dadashzadeh, A., & Rezaei, T. (2018). The relationship between self-efficacy and compliance with self-care behaviors in patients with acute coronary syndrome after coronary angioplasty in Shahid Madani Hospital, 2016: a health belief model. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(3), 415-420. doi. 10.24896/jrmds.20186364
- Assadi, S. N. (2017). What are the effects of psychological stress and physical work on blood lipid profiles. *Medicine*, 96(18), doi: 10.1097/MD.00000000000006816
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., ...Muntner, P. (2018). Heart disease and stroke statistics-2018 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67-e492. doi: 10.1161/CIR.0000000000000558

- Buis, L. R., Dawood, R. M., Brescia, S. J., Dawood, K. L., Barone, B. A., & Steinberger, E. C. (2020). Individual versus group-based self-efficacy-enhancing mHealth interventions for physical activity promotion: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(1), e14797. <https://doi.org/10.2196/14797>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Central Chest Institute of Thailand. (2019). *Save Thais from Heart Disease*.
<https://www.ccit.go.th/saveheart/document/2562/project2562.pdf>.
- Dale, L. P., Whitteaker, R., Jiang, Y., Stewart, R., Rolleston, A., & Maddison, R. (2015). Text Message and Internet Support for Coronary Heart Disease Self-Management: Results from the Text4Heart Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10), e237.
- Du, L., Cheng, Z., Zhang, Y., Li, Y., & Mei, D. (2017). The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(9), 962-970.
<https://doi.org/10.1177/2047487317695628>
- Fisher, E. B., Boothroyd, R. I., Elstad, E. A., Hays, L., Henes, A., Maslow, G. R., & Velicer, C. (2018). Peer support of complex health behaviors in prevention and disease management with special reference to diabetes: Systematic reviews. *Clinical Diabetes and Endocrinology*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40842-018-0065-2>
- Hall, A. K., Cole-Lewis, H., & Bernhardt, J. M. (2015). Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annual Review of Public Health*, 36, 393–415.
- Johansson, S., Rosengren, A., Young, K., & Jennings, E. (2017). Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: a systematic review. *BioMed Central Cardiovascular Disorder*, 17(1), doi: 10.1186/s12872-017-0482-9.
- Kang, Y., Yang, I. S. & Kim, N. (2010). Correlates of Health Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease. *Asian Nursing Research*, 4(1), 45-55.
- Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Banglore, S., Bates, T. M., Bischoff, J. M., Bittl, J. A., Cohen, M. G., DiMaio, J. M., Don, C. W., Fremes, S. E., Guadino, M. F., Grant, M. C., Jaswal, J. B., Kurlansky, P. A., Mehran, R., Metkus, T. S., Nwacheta, L. C., Rao, A. V. . . Zwischenberger, B. A. (2021). 2021 ACC/AHA/SCAI Guidelines for Coronary Revascularization. *Journal of The American College of Cardiology*, 79(2), e21–e129.
<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000001038>
- Noar, S. M., & Willoughby, J. F. (2020). eHealth interventions for behavior change: A systematic review of reviews. *American Journal of Public Health*, 110(2), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305490>

- O'Donovan, G., Lee, I. M., Hamer, M., & Stamatakis, E. (2017). Association of "Weekend Warrior" and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality. *Journal Archives of Internal Medicine*, 177(3), 335-342. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8014
- Oliveira, L. M. S. M. D., Costa, I. M. N. B. D., Silva, D. G. D., Silva, J. R. S. S., Barreto-Filho, J. A. S., Almeida-Santos, M. A., . . . Sousa, A. C. S. (2018). Readmission of Patients with Acute Coronary Syndrome and Determinants. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 113(1), 42-49. doi: 10.5935/abc.20190104
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice (6th ed.)*. Pearson Education.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods (7th ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Shin, H., Lee, H., Kim, M., & Song, R. (2011). The effects of a self-monitoring program using a PDA on self-efficacy and physical activity in obese women. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1294-1303.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03667.x>
- Sinha, S. K., Goel, A., Madaan, A., Thakur, R., Krishna, V., & Singh, K., Sachan, M., Pandey, U., & Varma, C. M. (2016). Prevalence of metabolic syndrome and its clinical and angiographic profile in patients with naïve acute coronary syndrome in North Indian population. *Journal of Clinical Medicine Research*, 8(9), 667. doi: 10.14740/jocmr2655w
- Thai Acute Coronary Syndrome Registry. (n.d.). *Summary report on the management of ACS registry data 2017-2022*.
<http://www.ncvdt.org/Default.aspx>
- World Health Organization. (2023). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. <https://www.who.int>