

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ภัทรสิริ พจมานพงศ์* จารุวรรณ กฤตย์ประชา* ทิพนาส ชินวงศ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 52 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จับฉลากสุ่มเลือกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบบบูรณาการที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 2) การตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การได้เห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยรับชมสื่อวีดิทัศน์พร้อมปฏิบัติในเรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ 4) การใช้คำพูดชักจูง พร้อมการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังการขยายหลอดเลือด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา 0.94 และทดสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำด้วยสถิติ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการศึกษา พบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.51, p < 0.05$)

* อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

2. คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 64.54, p < 0.001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถเสนอแนะพยาบาลในการนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวไปใช้ป้องกันการเกิดโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนของครอบครัว; พฤติกรรมป้องกันหัวใจกำเริบซ้ำ; กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน; การขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) รายงานว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวสูงถึงปีละ 17.3 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย สถิติในปีเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวน 159,176 ราย และในปี พ.ศ.2553 เพิ่มจำนวนเป็น 253,016 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค, 2553) ซึ่งนับเป็นอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นทุกปี ในปัจจุบันการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียก (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) จะทำโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งนับเป็นหัตถการที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดบริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนเลือดเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจ (Svilaas, Van der horst, & Zijlstra, 2006) แต่เนื่องจากภายหลังการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการสุขสบายเพิ่มขึ้นจึงมักกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงเดิม เช่น รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยกลับมีอาการของโรคหัวใจรุนแรงเพิ่มขึ้น (Giglioli, et al., 2009) ซึ่งอุบัติการณ์การตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในต่างประเทศ พบสูงที่สุดที่ระยะเวลา 4 - 6 เดือน (Mixon & Dehmer, 2003) และในประเทศไทย พบอัตราการตีบซ้ำร้อยละ 30 - 50 ที่ระยะเวลา 3 - 9 เดือน (จิราภรณ์, 2552) โดยสามารถเกิดได้ทั้งตำแหน่งเดิมและตำแหน่งใหม่ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วย ร้อยละ 2 - 8 มีการตีบซ้ำทันทีหลังการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ภายในเวลา 24 ชั่วโมงโดยมีอาการเหนื่อยง่าย และเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเกิดขึ้น (Mixon & Dehmer, 2003) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับรู้อาการและอาการแสดงของตนเอง ทราบว่าตนเองเป็นโรคที่เรื้อรัง ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมภายหลังจากจำหน่าย จึงนับเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวการกำเริบซ้ำของโรคขึ้นอีก (Park, et al., 2012)

แม้ว่าการได้รับคำแนะนำร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ (Smith, et al., 2006) แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่กล้าที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมบางกิจกรรมหรือเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงน้อย เพราะกลัวกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ จึงควบคุมโรคโดยการรับประทานยาเป็นประจำเพียงอย่างเดียว (ทัศนีย์, 2549) ดังนั้น การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงนับเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อ

ให้ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเหมาะสม หากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงก็มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (1997) มาใช้เสริมแรงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จ (จิราภรณ์, 2552) ทั้งนี้ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย (Han, Lee, Park, Park, & Cheol, 2005) นอกจากนี้ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วย จะสามารถช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการฝึกฝนทักษะและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมได้สำเร็จ (Eldredge, 2004) ซึ่งการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วยนับเป็นกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องกับระบบของสังคมไทย ในการที่จะคงไว้ซึ่งบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์อันดีของสมาชิกในครอบครัว

จากความต้องการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการบูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวมาใช้ เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีครอบครัวคอยช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคช่วยป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว

คำถามการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
2. คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยนำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) มาเป็นแนวทางส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองร่วมกับการบูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพซึ่งอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ คอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับเชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซาลัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติตัวในการรักษา (Smith, et al., 2006) ทั้งนี้ มีการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายทั่วไปและประเมินอาการก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมได้รับคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย และยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและปลอดภัย
2. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) โดยผู้ป่วยพิจารณาตรวจสอบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำที่ผ่านมาของตนเอง และสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีครอบครัวคอยอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือและสนับสนุนด้านวัตถุและสิ่งของให้แก่ผู้ป่วย
3. การได้เห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (modeling) โดยผู้ป่วยรับชมแบบอย่างหรือประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติ โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้วยการให้กำลังใจในการเผชิญภาวะเครียด
4. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยผู้ป่วยพิจารณาเสริมแรงตนเองในทางบวกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนยอมรับและเห็นคุณค่าผู้ป่วย และหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงบันดาลใจสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจที่เข้ารับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป และหอผู้ป่วยพิเศษ ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) คือ

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก
3. มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ โดยจำแนกความรุนแรงของโรคตามสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก ระดับ 1 - 2 (New York Heart Association FC I - II) คือ มีอาการของโรคหัวใจที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติใดๆ ภายหลังนำเข้มนหลอดเลือดออกกระยะเวลา 8 ชั่วโมง โดยมี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ
5. อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวและเป็นผู้ดูแลหลัก
6. ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยระบุว่า เป็นผู้ดูแล มีความยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย
7. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่เจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ (complex ventricular arrhythmia) ในขณะที่พักหรือออกแรง ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อคของหัวใจ (cardiogenic shock) หัวใจล้มเหลว

เปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.08 โดยหาขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาของ จิรพร, ศิริรัตน์, และทัศนาศ (2551) เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 2.35 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงปรับขนาดอิทธิพลให้เท่ากับ 0.08 เนื่องจากเป็นกลุ่มอิทธิพลขนาดกลาง จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่ มอ.600/803 และจากคณะแพทยศาสตร์ EC: 56-112-19-9-3 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยเริ่มจากขั้นตอนการแนะนำตนเอง บอกชื่องานวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับในการบันทึกข้อมูลโดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะใช้วิธีการใส่รหัสแทน พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการได้รับการบริการทางการแพทย์ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะยกเลิกหรือออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ดำเนินการทดลองที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 3) การได้เห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยรับชมสื่อวีดิทัศน์ พร้อมปฏิบัติในเรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ 4) การใช้คำพูดชักจูง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์

1.2 สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

1.3 คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.4 สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

2.2 แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (อรนุช, 2544) มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านการปฏิบัติตัวในการรักษา จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนน 0 - 4 การแปลผลคะแนน มีคะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 0 - 104 คะแนน แปลผลคะแนนโดยใช้การจัดคะแนนแบบอิงเกณฑ์หาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2550) ดังนี้

คะแนน 0 - 34.67 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 34.68 - 69.35 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 69.36 - 104.0 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอยู่ในระดับสูง

คุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ โดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 1 ท่าน แล้วผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.94 หลังจากนั้นนำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 20 ราย แล้วคำนวณค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้การคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ 0.73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ราย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินโปรแกรม และการเก็บข้อมูลจนมั่นใจว่า ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจรายละเอียดที่สำคัญต่างๆ เป็นอย่างดี ทั้งนี้ ในทุกขั้นตอนของการดำเนินโปรแกรม ผู้ช่วยวิจัยจะไม่มีส่วนร่วมในการให้โปรแกรม ส่วนผู้วิจัยเองก็จะมีไม่ส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แล้วจับสลากเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยในแต่ละกลุ่ม จะมีการเก็บข้อมูล จำนวน 4 ครั้ง

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยค้นหาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการซักถามและสังเกต หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วย และชี้แจงว่า จะมีการโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยค้นหาข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการซักถามและสังเกต หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบประเมินข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วย เมื่อผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในเบื้องต้นได้สมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ โดยใช้ระยะเวลา 35 นาที โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยประเมินอาการและตรวจร่างกายทั่วไป การสังเกตความผิดปกติ และมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจให้แก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ โดยจะขอความร่วมมือให้ครอบครัวคอยสนับสนุนการปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือชี้แจงเพิ่มเติมในบางส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ ช่วยเหลือในการอ่านคู่มือ หรือให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วย และการสนับสนุนยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและปลอดภัย

กิจกรรมที่ 2 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วย

กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมกับแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้รวบรวมข้อมูลและประเมินผลในแต่ละสัปดาห์ เป็นรายบุคคล รวมถึง ให้ผู้ป่วยพิจารณาตรวจสอบการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองที่ผ่านมา พร้อมทั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับชมสื่อวีดิทัศน์เรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยขอความร่วมมือให้ครอบครัวผู้ป่วยคอยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการให้กำลังใจในการเผชิญภาวะเครียด ให้ความใกล้ชิดสนิทสนม และความผูกพัน

กิจกรรมที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยจะใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิดในผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมในอดีต พร้อมชมเชยและกล่าวเสริมแรงให้แก่ผู้ป่วยในการกระตุ้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยขอความร่วมมือให้สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุน ยอมรับและเห็นคุณค่าผู้ป่วย

ภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมจนครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยให้คำชี้แจงแก่ผู้ป่วยว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจะมีการโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยทุกวันที่ 7 ของสัปดาห์ จำนวน 4 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้นำเสนอข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในแต่ละสัปดาห์ ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนทั่วไปของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 52)

ข้อมูลทั่วไป	Statistics value	p-value
เพศ	0.00 ^a	1.00
อายุ (ปี) (M = 59.04, SD = 10.06, Min = 38, Max = 82)	4.19 ^c	0.522
ศาสนา	5.02 ^a	0.025
ระดับการศึกษา	6.34 ^c	0.17*
สถานภาพสมรส	0.75 ^b	0.668
ผู้ดูแล	4.37 ^c	0.224
อาชีพ	9.55 ^c	0.096
ประวัติการสูบบุหรี่	0.315 ^a	0.575
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	0.843 ^a	0.358
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)	2.79 ^c	0.593
สิทธิในการรักษาพยาบาล	1.43 ^c	0.487

a = Pearson Chi-square, b = Fisher' s exact test, c = Likelihood Ratio

* p < 0.05

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษามีจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ผลการทดสอบคุณสมบัติข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างด้านลักษณะส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ยกเว้น ด้านศาสนา

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 52)

ข้อมูลทั่วไป	Statistics value	p-value
ประวัติโรคประจำตัว	1.44 ^b	0.229
ยาที่ใช้ประจำ	0.134 ^b	1.00
ระดับสมรรถภาพของหัวใจ	0.083 ^a	0.773
การได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ	0.000 ^a	1.00
ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ	3.92 ^c	0.270

a = Pearson Chi-square, b = Fisher's exact test, c = Likelihood Ratio

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษามีจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างด้านการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละสัปดาห์ (N = 52)

พฤติกรรม สัปดาห์	บริโภคอาหาร			ออกกำลังกายและพักผ่อน			จัดการความเครียด			ปฏิบัติตัวในการรักษา			พฤติกรรมรวม		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)															
กลุ่มควบคุม	29.57	4.80	สูง	13.61	4.41	ปานกลาง	9.34	2.57	สูง	20.76	2.43	สูง	73.31	8.77	สูง
กลุ่มทดลอง	28.19	5.06	สูง	12.88	4.85	ปานกลาง	8.73	2.73	สูง	18.07	4.91	สูง	67.88	13.68	ปานกลาง
สัปดาห์ที่ 2															
กลุ่มควบคุม	36.57	2.50	สูง	16.73	6.58	ปานกลาง	11.19	1.57	สูง	22.15	2.03	สูง	86.00	8.14	สูง
กลุ่มทดลอง	37.46	3.08	สูง	19.42	6.85	สูง	11.11	1.72	สูง	22.80	1.93	สูง	90.80	9.80	สูง
สัปดาห์ที่ 3															
กลุ่มทดลอง	37.42	1.81	สูง	17.34	7.50	ปานกลาง	11.80	0.80	สูง	23.15	1.37	สูง	89.54	8.33	สูง
กลุ่มทดลอง	38.57	1.70	สูง	21.88	5.56	สูง	11.38	2.07	สูง	23.30	1.28	สูง	95.15	7.77	สูง
สัปดาห์ที่ 4															
กลุ่มทดลอง	37.80	1.83	สูง	19.46	5.96	สูง	11.92	0.27	สูง	23.11	1.47	สูง	92.42	6.80	สูง
กลุ่มทดลอง	38.34	1.44	สูง	23.61	4.44	สูง	11.76	1.17	สูง	23.34	1.09	สูง	97.08	6.51	สูง

จากตาราง 3 กลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำทุกสัปดาห์ อยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 (T3) มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำสูงสุด 92.42 คะแนน (SD = 6.80) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวในการรักษาอยู่ในระดับสูงทุกสัปดาห์ ยกเว้น พฤติกรรมด้านออกกำลังกายและพักผ่อนอยู่ระดับปานกลางในสัปดาห์ที่ 1 ถึง 3 และเพิ่มเป็นระดับสูงในสัปดาห์ที่ 4

กลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอยู่ในระดับปานกลางในระยะก่อนการทดลอง และเพิ่มเป็นระดับสูงหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 4 โดยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำเพิ่มขึ้นสูงสุด 97.08 คะแนน (SD = 6.51) หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 (T3) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวในการรักษาอยู่ในระดับสูงทุกสัปดาห์ ยกเว้น พฤติกรรมด้านออกกำลังกายและพักผ่อนอยู่ระดับปานกลางในสัปดาห์ที่ 1 และเพิ่มเป็นระดับสูงในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) (N = 52)

พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ	N	M	SD	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง (To)				1.70	0.095
กลุ่มควบคุม	26	73.31	8.77		
กลุ่มทดลอง	26	67.88	13.68		
หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 2 (T1)				-1.92	0.060
กลุ่มควบคุม	26	86.00	8.14		
กลุ่มทดลอง	26	90.80	9.80		
หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 3 (T2)				-2.51*	0.015
กลุ่มควบคุม	26	89.54	8.33		
กลุ่มทดลอง	26	95.15	7.77		
หลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 (T3)				-2.51*	0.015
กลุ่มควบคุม	26	92.42	6.80		
กลุ่มทดลอง	26	97.08	6.51		

* p < 0.05

จากตาราง 4 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง (To) สัปดาห์ที่ 2 (T1) สัปดาห์ที่ 3 (T2) และ สัปดาห์ที่ 4 (T3) ตามลำดับ ด้วยสถิติทีอิสระ (independent t - test) พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง (To) และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 (T1) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนระยะหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 (T2 และ T3) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.51, p < 0.05$)

การอภิปรายผล

สมมุติฐานที่ 1 คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการบริการปกติ ($t = -2.51, p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการปฏิบัติตัวในการรักษาอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ยกเว้น พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางในสัปดาห์ก่อนการทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมใดๆ หรือเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงน้อยเพราะกลัวกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรม ห้ามออกกำลังกาย และควบคุมโรคโดยการรับประทานยาเป็นประจำเพียงอย่างเดียว (ทัศนีย์, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะมาศ (2555) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังรับการรักษาโดยการใส่ขดลวดค้ำยัน มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการบูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว เป็นรูปแบบการส่งเสริมความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่มีความสำคัญให้สำเร็จ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน และการแสดงออกของพฤติกรรม จะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ และนำไปสู่การปฏิบัติ (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยได้ส่งเสริมสมรรถนะความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการกำเริบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และการใช้คำพูดชักจูง เป็นการพูดคุยให้บุคคลพิจารณาเสริมแรงตนเองในทางบวกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้เกิดความเข้าใจศักยภาพที่เป็นจริงของตนเองพร้อม กับมีการติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกับการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุและสิ่งของ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ คอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับเชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซาลัส (Schacfer, et al., 1981) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (เพ็ญจันทร์, 2542 อ้างตาม ศศิธรณ์, 2551; อัมมฉัตร, 2554)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำอยู่ระดับสูงใน

สัปดาห์ที่ 3 และต่อเนื่องจนถึงสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยสามารถนำโปรแกรมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวไปปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำได้

สมมุติฐานที่ 2 คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 64.54$, $p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และได้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามแนวคิดของ แบบดูรา (Bandura, 1997) เป็นการให้การตัดสินใจในความสามารถของตนเองของบุคคลหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ระหว่างการกระทำพฤติกรรมและการคาดการณ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลที่มีความสามารถรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูง จะพยายามเอาใจใส่ในการกระทำพฤติกรรมอย่างสูง โดยมีการเรียนรู้ว่า อุปสรรคที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นให้เกิดความพยายามที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการสนับสนุนของครอบครัวมาเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Prociano & Heller อ้างตาม Zhang, 1997) ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวไทยที่มีลักษณะเด่นในการช่วยเหลือเกื้อกูลประคับประคองกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการรับรู้สถานการณ์วิกฤติของแต่ละบุคคลพร้อมแสวงหาแนวทางที่เหมาะสม (Schaefer, et al., 1981)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการส่งเสริมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยเริ่มตั้งแต่วันแรกหลังจากผู้ป่วยได้รับหัตถการขยายหลอดเลือด 8 ชั่วโมง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะใช้เวลาในการให้ข้อมูลระยะเวลา 30 นาที หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีการติดตามผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติทุกวันที่ 7 ของสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ทางโทรศัพท์ โดยใช้ระยะเวลา 15 นาที เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย

1) การประเมินสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ จะมีการกระตุ้นสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรม โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการควบคุมดูแลตนเอง และสนใจ ค้นหาความต้องการในการเรียนรู้ มีการประเมินอาการของภาวะโรคหัวใจกำเริบซ้ำ เช่น อาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก ร่วมกับการสังเกตสีหน้าและท่าทาง เพื่อส่งเสริมให้มีความพร้อมก่อนทำกิจกรรม พร้อมกับการสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรม ต่อมา ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำนำไปปฏิบัติที่บ้าน ซึ่งในคู่มือจะมีรูปภาพประกอบคำบรรยายและขั้นตอนการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย สามารถเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปรับตัวได้ (สู่ขวัญ, 2552) ทั้งนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเมื่อต้องการ และทำให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย และการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและปลอดภัย

2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยมีการเสริมความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคคล โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นรูปแบบการสอนที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ป่วยได้รับการสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ ได้แก่ การปฏิบัติกายบริหาร การฝึกจับชีพจรและประเมินระดับความเหนื่อยด้วยตนเองซึ่งผู้ป่วยจะตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง พร้อมจดบันทึกในสมุดบันทึกพฤติกรรมเพื่อใช้ติดตามและสะท้อนให้เห็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยวางแผนจัดการให้ถึงเป้าหมายที่กำหนด และเกิดประสบการณ์ที่สำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ โดยมีครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุนด้านวัตถุและสิ่งของ โดยการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย อีกทั้งสามารถใช้ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง เพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเอง ช่วยให้อำนาจในการจัดการตนเองให้ถึงเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดประสบการณ์ของความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ และเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน และประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดคล้อยตาม และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่า สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำได้สำเร็จ โดยการรับชมสื่อวีดิทัศน์เรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นสื่อการเรียนรู้ที่มีทั้งภาพและเสียงที่น่าสนใจ ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีและมีความสม่ำเสมอในเนื้อหา (ดารารัตน์, 2554) ในขั้นตอนนี้ จะมีครอบครัวให้การสนับสนุนยอมรับและเห็นคุณค่าผู้ป่วยจากภาวะของโรค พร้อมทั้ง สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีคุณค่าและเกิดความเข้าใจศักยภาพที่เป็นจริงของตนเองในการเผชิญปรับตัวกับโรค

4) การใช้คำพูดชักจูง เป็นการพูดคุยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จ ถือเป็นการเพิ่มกำลังใจและความเชื่อมั่นให้ตนเองในการกระทำพฤติกรรมที่มีอุปสรรคได้สำเร็จ ทั้งนี้จะมีการติดตามทางโทรศัพท์ทุกวันที 7 ของสัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติที่สำเร็จหรือปัญหาที่พบตลอดจนเสร็จสิ้นโปรแกรม ซึ่งการติดต่อทางโทรศัพท์เป็นวิธีที่สะดวกช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาล และทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น รวมทั้งได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (อ่อนน้อมและยุพิน, 2552) โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คอยให้กำลังใจ ให้ความใกล้ชิดสนิทสนม

การนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวมาใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมาย และลงมือปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยผู้ป่วยสามารถเลือกการปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละด้านให้เหมาะสมกับตนเอง พร้อมประเมินตนเองก่อนลงมือปฏิบัติ ทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในระยะยาวเพิ่มขึ้น เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่องด้านการปฏิบัติพยาบาล
2. พยาบาลควรมีเครื่องมือนำมาใช้ประเมินดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน

บรรณานุกรม

- จิรพร แอชตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทัศนีย์ ชูวรรณะปรกรณ์. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกายในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 35(3), 84-96.
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2552). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ดาร์รัตน์ บุญไชยสุริยา. (2554). การพัฒนาโปรแกรมตามแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2550). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์.
- ปิยะมาศ ชามุมพร. (2555). การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยใส่ขดลวดค้ำยัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทัศนีย์ แดชนท. (2549). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค. (2553). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือดปี พ.ศ. 2553-2554. ค้นจาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สู่ขวัญ จำปาวงษ์. (2552). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- ศศิธรณ์ นนทะโมลี. (2551). ผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์, และยุพิน อังสุโรจน์. (2552). ผลของการวางแผนจำหน่ายและติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในงานของพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 21(1), 77-93.
- อรนุช เขียวสะอาด. (2544). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อัชฌาณัฐ วังโสม. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต, ปทุมธานี.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and company.
- Cobb, Y. S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eldredge, D. (2004). Helping at the bedside: spouses preferences for helping critically ill patients. *Research in Nursing and Health*, 27, 307-321.
- Giglioli, C., Valente, S., Margheri, M., Comeglio, M., Chiostri, M., Romano, S. M., ...Gensini, G. F. (2009). An angiographic evaluation of restenosis rate at a six-month follow-up of patients with ST-elevation myocardial infarction submitted to primary percutaneous coronary intervention. *International Journal of Cardiology*, 131, 362-369.
- Han, S. K., Lee, J. S., Park, S. E., Park, Y. J., & Cheol, K. H. (2005). Structural model for quality of life of patients with chronic cardiovascular disease in Korea. *Nursing Research*, 54, 85-96.
- Mixon, A. T., & Dehmer, J. G. (2003). Patient Care before and after percutaneous coronary artery interventions. *The American Journal of medicine*, 115, 642-651.
- Park, W. M., Kim, H. J., Her, H. S., Cho, S. J., Choi, S. M., Gwoen, G. T., ...Go, H. (2012). Effects of Percutaneous Coronary Intervention on Depressive Symptoms in Chronic Stable Angina Patients. *Psychiatry Investigation*, 9, 252-256.

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice (5th ed). *Family and Community Health*, 30, 85-87.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Smith, S. C., Feldman, T. E., Hirshfeld, J. W., Jacobs, A. K., Kern, M. J., King, S. B., ..Riegel, B. (2006). American heart association, ACC/AHA/ACAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention. *American Heart Association*, 67, 87-112.
- Svilaas, T., Van der horst, I. C., & Zijlstra, F. (2006). Thrombus aspiration during percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction study (TAPAS) study design. *American Heart Journal*, 151, 597.e1. – 597.e7.
- White, R. E., & Frasure-Smith, N. (1995). Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. *Heart & Lung*, 24, 19 -27.
- World Health Organization. (2011). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
- Zhang, H. Y. (1997). *Family support and self care behaviors of breast cancer patients receiving combined therapy at six teaching hospital in Beijing*. Unpublished master' s thesis, Chiang Mai University, Thailand.

Effect of Self-Efficacy Integration With Family Support Program on Behaviors to Prevent Heart Attack Recurrence in Patients With Acute Myocardial Infarction After Revascularization

Pattarasiri Potjamanpong* Charuwan Kritpracha* Tippamas Chinnawong**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of self-efficacy integration with family support program on behaviors to prevent heart attack recurrence in patients with acute myocardial infarction after revascularization at a tertiary hospital in Southern Thailand. Fifty-two subjects were purposively selected and randomized into two groups; control and experimental. Patients in the control group received standard treatment and nursing care. It is coordinated Bandura's self-efficacy model and family support were used to guide intervention of this study with a pretest-posttest quasi experimental design. Patients in the experimental group received the program given by the researcher comprising 1) knowledge providing, counseling, and facilitating family to support patient's behaviors to prevent heart attack recurrence; 2) goals setting for modification of behaviors; 3) watching video of a patient who was successful in preventing recurrence of the disease; and 4) Used making word persuasion and follow the phone result as the second, third and fourth week. The research instruments were 1) demographic questionnaires 2) illness questionnaires, and 3) behaviors to prevent heart attack recurrence questionnaires. The scale-level content validity index of the preventing heart attack recurrence questionnaires validated by three experts was 0.94. Reliability was tested and yielded Cronbach's alpha coefficient of 0.73. The data were analyzed using descriptive statistics and chi-square. Repeated measures

* Lecture, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

** Assistant professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

ANOVA and independent t-test were used to analyze differences in mean score of behaviors to prevent heart attack recurrence.

The results revealed that:

1. The mean score of behaviors to prevent heart attack recurrence in the experimental group after receiving self-efficacy integration with family support program was statistically significantly higher than the control group ($t = -2.51, p < 0.05$)

2. The mean score of behaviors to prevent heart attack recurrence in the experimental group after receiving self-efficacy integration with family support program was statistically significantly higher than before receiving the information ($F = 64.54, p < 0.001$)

The results of this study indicate nurses should implement this self-efficacy integration with family support program in their practice in order to prevent heart attack recurrence in patients with acute myocardial infarction after revascularization.

Keywords: family support; behaviors to prevent heart attack recurrence; acute myocardial infarction; revascularization