



ผลของโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน

The Effects of Health Belief Application Program in Older Adults with Risk of Coronary Artery Disease in a Community

ปณวัตร สันประโคน¹ อรรณูช ชูศรี¹ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล¹

Panawat Sanprakhon¹, Orranuch Chusri¹, Sresuda Wongwisadkul¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹School of Nursing, Suan Dusit University

Corresponding author; Email: panawat.san@gmail.com

Received: 10 June 2018 Revised: 31 July 2018 Accepted: 11 October 2018

บทคัดย่อ

การขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคมีผลต่อความรู้สึกลดลงประกอบกับการขาดการรับรู้ประโยชน์และความสามารถแห่งตน ร่วมกับการรับรู้อุปสรรคที่สูงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจในชุมชนจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมฯ เป็นเวลา 6 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพื้นฐานและสถิติที่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือควรนำโปรแกรกดังกล่าวไปศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ต่อระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ; ความเชื่อด้านสุขภาพ; ผู้สูงอายุ



The Effects of Health Belief Application Program in Older Adults with Risk of Coronary Artery Disease in a Community

Panawat Sanprakhon¹, Orranuch Chusri¹, Sresuda Wongwisadkul¹

¹School of Nursing, Suan Dusit University

Corresponding author; Email: panawat.san@gmail.com

Received: 10 June 2018 Revised: 31 July 2018 Accepted: 11 October 2018

Abstract

The lack of perceived risk in disease severity can reduce the perception of health threat. Deficiency of perceived benefit and perceived self-efficacy can also lead to low self-protective behavior. This quasi-experimental research study was designed using a pretest-posttest control group. The purpose of the study was to test the effects of a health belief application program among older adults in a community. The sample consisted of 70 older adults with risk of coronary artery disease (CAD). 35 subjects in each group were equally assigned by random to an experimental group and a control group, and both groups did not differ in other characteristics. Those in the experimental group received the program for 6 weeks, while those of in the control group received usual care. The data were collected and analyzed with descriptive statistics and independent t-tests. The findings indicated that after application of the program, the mean score of health belief in the experimental group was found to be significantly higher than that of the control group ($p < 0.05$). It could be concluded that the health belief application program was a useful tool for increasing the health belief in older adults with a risk of coronary artery disease in the community. Thus, the researchers suggest that future research should examine this program for the testing of self-protective behavior in older adults with risk of CAD and the time for experiment should also be expanded.

Keywords: coronary artery disease (CAD); health belief; older adults.



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของ coronary artery ทำให้เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตนับพันล้านก่อนวัยอันควรและก่อให้เกิดความพิการของประชากรทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ซึ่งมีรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงถึง 720,000 รายและมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 366,800 คนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่มากถึง 98,148 คนอุบัติการณ์ 150.01 รายต่อประชากรแสนคนสัดส่วนการเกิดโรคระหว่างเพศหญิงและชายใกล้เคียงกันที่ 1:1.2 และพบอุบัติการณ์เกิดโรคและเสียชีวิตมากที่สุดในวัยสูงอายุ² เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญหลายประการ ได้แก่ภาวะความดันเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงคอเลสเตอรอลในเลือดสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะอ้วน³ ความรุนแรงของโรคสะท้อนจากอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าและแยกตัวจากสังคมมากขึ้นโดยมีงานศึกษาที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะซึมเศร้าจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมักจะไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บางรายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความจำและความรู้คิดในการตัดสินใจบกพร่องไป⁴ ด้วยเหตุนี้การป้องกันระยะที่สองจึงมีความจำเป็นเนื่องจากการเตรียมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตจากการหลีกเลี่ยงควันและการสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่เหมาะสม รับประทานป้องกันโรคหัวใจหัวใจใหญ่และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่เกณฑ์ปกติ หรือวิธีการบำบัดรักษาด้วยยา ACEI, aspirin, beta blocker เพื่อควบคุมอาการของภาวะเสี่ยงและคงระดับความดันเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (<140/90 mm Hg หรือ <130/80 mm Hg ในผู้ป่วยเบาหวานและไตวายเรื้อรัง) รวมถึงควบคุมระดับคอเลสเตอรอลไม่ให้สูงเกินไปในผู้ป่วยเบาหวาน⁵ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นพฤติกรรมที่มีกระบวนการซับซ้อน จะต้องเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของพฤติกรรมเหล่านั้น จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมาอธิบายโดยความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่น่าสนใจ เพราะกล่าวถึงการรับรู้ว่าคุณค่าจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคด้วยการสร้างการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) และความรุนแรงของโรค (perceived severity) ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติ (perceived benefits) ว่ามีประโยชน์สูงสุดเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับ การรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น (perceived barriers) พร้อมกับส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน (perceived self-efficacy) ว่าจะสามารถปฏิบัติได้ โดยอาศัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cues to action) ที่มากพอ ก็จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้⁶ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมใดๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพนั้นจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีงานวิจัยที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพด้วยวิธีการที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการช่วยเหลือแบบรายบุคคล (individual) ทั้งการอบรมให้ความรู้และการเยี่ยมบ้าน ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถสร้างการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี⁷

การเยี่ยมบ้าน (home visit) จัดเป็นวิธีการในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน ถูกนำมาใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านตามปกติกระทำอย่างน้อยปีละครั้งต่อครอบครัว และเพิ่มจำนวน



ครั้งในการเยี่ยมตามปัญหาสุขภาพของแต่ละครอบครัว อย่างไรก็ตาม ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้านอยู่ระหว่าง 643.80-694.70 บาทต่อครั้ง⁸ และเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและลดช่องว่างด้านข้อจำกัดในการรับรู้ของผู้สูงอายุ และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีมากถึง 2,091 คนและส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังอันจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจฉับพลัน ผู้วิจัยจึงนำวิธีการทางสุขศึกษาแบบอภิปรายกลุ่มระหว่างบุคคล เน้นให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นประสบการณ์ รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและเข้าใจตนเอง ทั้งยังได้รับการกระตุ้นให้มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาอย่างเต็มที่ ภายใต้กระบวนการกลุ่มด้วยการสนับสนุนของสมาชิกภายในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันเพื่อให้เกิดการรับรู้ทางความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี⁹ ดังนั้นการศึกษครั้งนี้จึงนำโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพด้วยกระบวนการกลุ่มและการเยี่ยมบ้านมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกันเพื่อให้เกิดการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีและจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยของระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁶ โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมีการรับรู้เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหัวใจโดยอาศัยกิจกรรมซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ที่จะได้จากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ two groups pretest-posttest design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจในชุมชนเขตฝั่งธนบุรี กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 สัปดาห์



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจในกรุงเทพมหานครฝั่งธนบุรี ซึ่งประกอบด้วย เขตธนบุรี บางกอกใหญ่ คลองสาน ตลิ่งชัน บางกอกน้อย บางขุนเทียน ภาษีเจริญ หนองแขม ราษฎร์บูรณะ บางพลัด จอมทอง บางแค ทวีวัฒนา ทุ่งครุ และบางบอน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจทั้งชายและหญิงอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครฝั่งธนบุรี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ ต้องเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งหรือร่วมกันของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง หรือสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และไม่มีอาการใดๆ ที่กำลังคุกคามต่อชีวิต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจับสลาก 2 ครั้ง จากในเขตทั้งฝั่งธนบุรี 15 แห่ง และเพื่อป้องกัน contaminated จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เป็นพื้นที่ต่างกัน กำหนดให้ครั้งที่ 1 ให้เป็นกลุ่มทดลอง ได้ชุมชนในเขตบางกอกน้อย และครั้งที่ 2 ได้ชุมชนในเขตบางพลัด เป็นกลุ่มควบคุมจากนั้น เพศ และประเภทของปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันและจับสลากเข้ากลุ่มกลุ่มละ 35 คน จำนวนทั้งหมด 70 คน

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ power analysis จากโปรแกรม G*Power ในการกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.43 ที่ได้จากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยกล้มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี¹⁰ เป็นขนาดอิทธิพลใหญ่ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงได้กำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ .80 ค่าระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 อำนาจการทนายที่ .95¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คนต่อกลุ่ม ทั้งนี้กิจกรรมกลุ่มของโปรแกรมมี 1 ครั้งเท่านั้น สอดคล้องกับระยะดำเนินการกิจกรรมสั้นเพียง 6 สัปดาห์ผู้วิจัยจึงไม่คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณี drop out เพื่อไม่รบกวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และภาวะสุขภาพ

2. แบบประเมินการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือจากวิจัย เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร¹² ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้แหล่งต้นในการป้องกันโรคหัวใจ และแบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจ ซึ่งผ่านการ try out และได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ .91, .86, .86, .81, .82, และ .90 ตามลำดับ ค่าถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหัวใจ ผู้วิจัยได้กำหนดค่าคะแนนแบบย้อนกลับ การแปลผลเป็นดังนี้

60 -120 คะแนน หมายถึง การรับรู้ตามความเชื่อทางสุขภาพระดับต่ำ

121-180 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตามความเชื่อทางสุขภาพระดับปานกลาง

181-240 คะแนน หมายถึง การรับรู้ตามความเชื่อทางสุขภาพระดับสูง



3. โปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพโดยผู้วิจัยสร้างจากองค์ประกอบพื้นฐานของแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ⁶ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งมีค่า content of validity index เท่ากับ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กระบวนการกลุ่มและการเยี่ยมบ้านโดยดำเนินงานของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยจำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ดำเนินการของโปรแกรมเป็นไปในแนวทางเดียวกันมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

3.1 กิจกรรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพด้วยกระบวนการกลุ่ม 1 ครั้งดำเนินการกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยกระบวนการกลุ่มในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค ร่วมกับการสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน¹³ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจ 2) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจ 3) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรค และ 4) กิจกรรมการสร้างการรับรู้แห่งตน

3.2 กิจกรรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้าน¹ ครั้งในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อเป็นกิจกรรมเสริมสร้างสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ร่วมกับการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคของกิจกรรม จากค่าความดันโลหิตที่ประเมินได้ ขณะเยี่ยมรวมทั้งให้คำแนะนำในข้อที่สงสัย สร้างกำลังใจและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างการรับรู้

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลอง ทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 60 ข้อ จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มรับบริการตามปกติจากศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินงานซึ่งมีเนื้อหาที่แตกต่างและไม่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม

2. สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพด้วยกระบวนการกลุ่มใน 4 กิจกรรมดังนี้กิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจ กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจ กิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรค กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม 2 ชั่วโมง 50 นาที รายละเอียดตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 กิจกรรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพด้วยกระบวนการกลุ่ม

ความเชื่อด้านสุขภาพ	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)
การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของโรคหัวใจ	กิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจ -เริ่มจากการสอบถามปัจจัยและความเสี่ยงของโรคหัวใจของผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละบุคคล เช่น การมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง น้ำหนักตัวเกิน หรือสูบบุหรี่ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยนำประเด็นที่ได้จากการสอบถาม แสดงข้อมูลบนพาวเวอร์พอยท์ให้กลุ่มตัวอย่าง -ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลและอธิบายถึงความเสี่ยง โดยใช้ข้อมูลบ่งชี้ทางสุขภาพพื้นฐานที่ผู้เข้าร่วมวิจัยประสบอยู่ มาเป็นตัวนำไปสู่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค โดยให้ความรู้ถึงกลไกความผิดปกติของตัวบ่งชี้สุขภาพนั้น ๆ ที่เป็นสาเหตุไปสู่โรคหัวใจในอนาคต	40
การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหัวใจ	กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจ -ผู้วิจัยอธิบายภาวะโรคหัวใจและภาวะแทรกซ้อน โดยใช้วีดิทัศน์นำเสนอ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ความรุนแรงให้มากที่สุด เรื่อง โอกาสสุดท้าย ตายแล้วฟื้น ซึ่งได้รับอนุญาตเจ้าของลิขสิทธิ์แล้วเพื่อใช้สำหรับการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุการตายเฉียบพลัน จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปประเด็นสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง	30
การรับรู้ประโยชน์และ ลดอุปสรรคในการ ป้องกันโรคหัวใจ	กิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรค -อภิปรายกลุ่ม จัดกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมอภิปรายปัญหาและอุปสรรค โดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นกระบวนการกลุ่มให้สามารถกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลดการรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น ชี้ให้เห็นถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อให้ทราบแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ -อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหัวใจ เพื่อสร้างทั้งการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเอง	40
การรับรู้ความสามารถ ของตนในการป้องกัน โรคหัวใจ	กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถของตน -นำเสนอตัวแบบ โดยให้ผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์โรคหัวใจในชุมชน เป็นผู้บอกเล่าสาเหตุ อาการและความรู้สึกที่ยากลำบากจากภาวะโรคดังกล่าว โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามในประเด็นที่สนใจ จากนั้นให้แต่ละกลุ่มได้สะท้อนคิดภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการมีพฤติกรรมที่ดี และตัวแบบได้บอกเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม -ตัวแทนกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นต่อกลุ่มใหญ่ และผู้วิจัยสรุปประเด็นแนวทางการป้องกันตนเองจากภาวะโรคหัวใจและการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเอง	60



3. สัปดาห์ที่ 3-5 ไม่มีกิจกรรมใดๆ เป็นช่วงเวลาที่ กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจากกิจกรรมกลุ่ม

4. สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นกิจกรรมเสริมสร้างสิ่งชักนำในการปฏิบัติ ร่วมกับการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคของกิจกรรม จากค่าความดันโลหิตที่ประเมินได้ขณะเยี่ยม หากพบว่า สูงกว่าปกติผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายถึงความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นเฉียบพลันอันตราย แต่หากพบว่า ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ก็จะชมเชยและให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลชุมชน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการเยี่ยมบ้านดำเนินการเยี่ยมคนละ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์และหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มที่ไม่ได้รับด้วยทดสอบสถิติ (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่ SDU-RDI 2018-009 จึงเข้าสู่กระบวนการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย ทำการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการและประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย เชื้อเชิญโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่และไปสเตอร์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นติดไว้ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการกิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการออกจากการศึกษา และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารชี้แจง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-88 ปี (Mean=70.8 ปี, SD=7.57) ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 71.4) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่มีสมาชิกอยู่กับครอบครัวน้อยกว่า 4 คน (ร้อยละ 67.1) และมีรายได้ครัวเรือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 51.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วร้อยละ 41.4 และร้อยละ 60 ตามลำดับ และพบว่ามีปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ คือป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 22 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ มีภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างเดียว 21 คน มีโรคร่วม 2 ชนิด จำนวน 11 คน มีโรคร่วมมากกว่าสองชนิด จำนวน 10 คน และป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างเดียว จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30, 15.7, 14.3 และ 8.6 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทางประชากร พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่าง ($p>.05$)



ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในภาพรวมในระลอกการทดลอง พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ส่วนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 150.28 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.28 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 125.74 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.29 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของผลต่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนการทดลองของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	109.83	10.47	108.09	10.41	.69	.480
หลังการทดลอง	150.28	9.28	125.74	11.29	9.93*	<.001

คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ รายด้านระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองระดับการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละด้านของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.5$) โดยพบว่าในหมวดของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดโดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 31.89 คะแนน และ 25.69 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยที่แปลผลกลับ นั่นหมายถึง กลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนหมวดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 21.26 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม หมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ เท่ากับ 17.46 คะแนนดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการทดลองของระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=42)		กลุ่มควบคุม (n=42)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	22.54	3.01	19.4	2.43	4.8*	.015
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	21.26	2.57	18.14	2.3	5.34*	.020



การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=42)		กลุ่มควบคุม (n=42)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกัน	21.46	2.64	17.46	2.51	6.50*	<.001
ด้านการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกัน	31.89	3.60	25.69	5.05	5.92*	<.001
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน	27.11	4.37	21.25	4.90	5.28*	.040
ด้านการรับรู้ของสิ่งชักนำในการปฏิบัติ	26.03	3.12	23.80	4.84	2.30*	<.001

อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัย คือ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยของระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยภาพรวมของระดับความเชื่อด้านสุขภาพในทุกด้านและรายด้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ในชุมชนของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสมมติฐานได้รับการสนับสนุน สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพที่ออกแบบด้วยการกระบวนกรกลุ่มและการเยี่ยมบ้านที่เน้นวิถีทางสุขศึกษาด้วยแบบอภิปรายกลุ่ม สะท้อนคิด เสนอตัวแบบและการเยี่ยมบ้าน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ดีได้ครบทุกองค์ประกอบ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ทำให้เกิดการรับรู้ได้โดยง่ายทั้งเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้ในสิ่งชักนำในการปฏิบัติ และสามารถลดการรับรู้อุปสรรคได้เป็นอย่างดีจนผลักดันให้ผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิภาพของโปรแกรมได้ก่อให้เกิดการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพได้จริง กิจกรรมที่ดำเนินงานทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ไปพร้อม ๆ กัน การใช้ผลของคำความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันในเลือดมาเป็นตัวกำหนด และชี้ให้เห็นกลไกของตัวบ่งชี้ทางสุขภาพแต่ละชนิดที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจกระบวนการเกิดโรคหัวใจและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างชัดเจน ประกอบกับผลจากการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องโอกาสสุดท้ายตายแล้วฟื้น เป็นการให้ข้อมูลที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคที่อันตรายถึงแก่ชีวิตฉับพลันทันที ยิ่งไปกว่านั้นการร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ความยากลำบากและทุกข์ทรมานจากโรคหัวใจของผู้ที่เคยประสบเหตุ ก็ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนและความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น สิ่งที่สำคัญที่ทำให้เพิ่มการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนรวมทั้งลดการรับรู้อุปสรรคได้มากคือ ประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ประกอบด้วย กิจกรรมสุขศึกษาด้วยกระบวนกรกลุ่ม การอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและเชื่อในความสามารถของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ มั่นใจและรับรู้ความเชื่อในทุกด้าน ประกอบกับการรับรู้ถูกกระตุ้นจากการเยี่ยมบ้านในการให้ความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่ยังไม่เข้าใจ รวมทั้งติดตาม



ค่าความดันโลหิตและใช้ค่าบ่งชี้โลหิตนั้นเป็นตัวที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงที่กำลังคุกคามสุขภาพ และให้กำลังใจ ตลอดจนให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นและมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น วิธีการนั้นนอกจากจะช่วยเพิ่มการรับรู้ในด้านต่าง ๆ และลดการรับรู้อุปสรรคแล้ว ยังเป็นวิธีการกระตุ้นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่ดีอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า หากผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง และรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และต้องรับรู้ความสามารถแห่งตนที่มากขึ้น โดยเชื่อว่าตนนั้นมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่ยาก ก็จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในอนาคต⁶

สอดคล้องกับการศึกษาผลของดวงเดือน หันทุยงและคณะ¹⁴ ที่นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้วยการเสนอตัวแบบ การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่มและติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันกับ ธาวิณี ช่วยแท่นและ นรลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยการให้ความรู้และติดตามเยี่ยม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การจัดการอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐจิรา ประสาทแก้วและคณะ¹⁵ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผลของการเยี่ยมบ้านทำให้คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพการปฏิบัติตัวดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁶ เช่นเดียวกันผลการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ที่ใช้กิจกรรมให้ความรู้ แบบบรรยายประกอบสื่อ การสาธิต การแนะนำ การฝึกปฏิบัติ การประชุมกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตจากโรคเบาหวานในด้านการควบคุมอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการคลายเครียด ด้านการรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด การทำความสะอาดร่างกาย มีค่าของคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁷

สรุป โปรแกรมการสร้าง ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทกลุ่มตัวอย่าง สามารถทำให้



ผู้สูงอายุในชุมชนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพได้ดีและอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไปในอนาคต

ข้อจำกัดและเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ คือ ระยะเวลาการศึกษาน้อยเกินไป ทำให้การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพไม่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรสนับสนุนให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ปฏิบัติงานในสถานสาธารณสุขพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ ได้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้พัฒนาทักษะกระบวนการต่างๆ ได้แก่ กระบวนการสอนแบบกลุ่ม กระบวนการเยี่ยมบ้านในการสร้างการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น¹⁸ ซึ่งควรใช้การเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการรับรู้ที่ดีและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ
2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษามากกว่า 6 สัปดาห์และขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น เพื่อติดตามระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมได้ดียิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ต่อระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและตัวบ่งชี้ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับคอเลสเตอรอลชนิด LDL, BMI, BP, FBS HbA1C เป็นต้น เพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ชัดเจนขึ้น

References

1. American Heart Association Council. Heart disease and stroke statistics 2018 update. A report from the American Heart Association [Internet]. 2018 [cited 2018 September 12]. Available from: https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/heart-disease-and-stroke-statistics-2018---at-a-glance-ucm_498848.pdf.
2. Karnjanapiboonwong A. Coronary Artery Disease (CAD). Annual epidemiological surveillance report [Internet]. 2015 [cited 2018 March 14]. Available from: <http://obe.moph.go.th/>
3. Nuchanart S, Nantarat K, Nongnuch S, Chatri S, Upa K, Vichai S. Thrombomodulin Gene -33GA Polymorphism in Thai patients with coronary artery disease. Srinagarind Med J 2015;30 (6):543-51.
4. Goldston K, Baillie J. Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological



- evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 288–306.
5. Scottl H, Todd L. Secondary prevention of coronary artery disease. *American Family Physician* 2010;81(3):289–96.
 6. Rosenstock M, Strecher J, Becker H. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* 1988;15(2).
 7. Fatma E, Zuhail B. Effect of health belief model and health promotion model on breast cancer early diagnosis behavior: a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2011;12:2555–62.
 8. Prasartkaew N, Terathongkum S, Maneesriwongkul W. The effect of a home visit and telephone follow-up program on health beliefs and blood pressure in persons with uncontrolled hypertension. *J Public Health* 2012;42(3):19–31.
 9. Srimahachota S, Wunsuwan R, Siritantikorn A, Boonla C, Chaiwongkarjohn S, Tosukhowong P. Effects of lifestyle modification on oxidized LDL, reactive oxygen species production and endothelial cell viability inpatients with coronary artery disease. *Clin Biochem* 2010;43:858–62.
 10. Chuaytaen T, Ua-Kit N. The effect of promoting perceived benefits and perceived barriers program on medication adherence of myocardial infarction patients who underwent percutaneous coronary intervention. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2016;36:56–75.
 11. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988
 12. Chareerat S, Ratsiri T. That factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2017;28(2):111–25.
 13. Carpenter J. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication* 2010;25:661–9.
 14. Hunthayung D, Waengnork W, Kriengkaisakda W. The effects of an applied health belief model program on self-care behavior of diabetic patients in Meung-Pai sundistrict health promotion hospital zone. *Phranakhon Rajabhat Research journal (Science and Technology)* 2016;11: 36–51.
 15. Prasartkaew N, Terathongkum S, Maneesriwongkul W. The effect of a home visit and telephone follow-up program on health beliefs and blood pressure in persons with uncontrolled hypertension. *J Public Health* 2012;42(3):19–31.
 16. Maleewan S, Chamusri S, Wongpiriyayothar A. Effects of home visit program on health beliefs, behaviors and blood pressure among patients with hypertension in community. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34(4):63–72.
 17. Muenkaewkram S, Duangsong R. Effects of behavioral development program in the prevention



of Complicated Kidney Disease among Type 2 Diabetic Patients: A case study in Banphue hospital Banphue District, Udonthani province. Srinagarind Med J 2013;28(4):461-8.

18. Sarakshetrin A, Chantra R, Kunlaka S. Nursing competency in primary care services in a changing era. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2017;27(3):19-28.