

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร  
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ



นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECTS OF EDUCATIVE SUPPORTIVE NURSING PROGRAM ON DIETARY  
BEHAVIOR AMONG PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS  
TRANSLUMINAL CORONARY INTERVENTION

Miss Parichad Khongsuea



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
โดย	นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)



สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

# # 5477176336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: EDUCATIVE SUPPORTIVE NURSING / SELF-CARE / PERCUTANEOUS  
CORONARY INTERVENTION

PARICHAD KHONGSUEA: THE EFFECTS OF EDUCATIVE SUPPORTIVE NURSING PROGRAM ON DIETARY BEHAVIOR AMONG PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY INTERVENTION. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., CO-ADVISOR: POL.SUB.LT. PACHANAT TANTIKOSOOM, Ph.D., 126 pp.

This qua-si experimental research study aimed to compare dietary behavior in patients undergoing percutaneous intervention between the group receiving educative supportive nursing program (experimental group) and the group receiving usual care (control group). Participants were recruited from a cardiac out-patient unit, Bang Nam Prieo Hospital, Chachoengsao Province. Each group was composed of 22 cardiac participants undergoing percutaneous transluminal coronary intervention. The control group received usual care with a 4-time data collection with 2 weeks apart (30-45 minutes/visit). Questionnaires were composed of demographic information, a Thai version of Heart Healthy Eating questionnaire, and the Appraisal of self-care agency (ASA). The alpha were 0.70 equally. Descriptive analysis composed of percentages, mean, and standard deviation. Inferential analysis including the student t-test was used to analyze data.

The results revealed that

1. After participating in the educative supportive nursing program, the mean score of dietary behavior among patients after percutaneous transluminal coronary intervention was significantly higher than that before participating in the program ( $p < .05$ ).

2. After receiving the educative supportive nursing program, the mean score of dietary behavior among patients after percutaneous transluminal coronary intervention, was significantly higher than that of patients receiving usual care ( $p < .05$ ).

This research finding indicated that the educative supportive nursing program given could increase self-care ability and the dietary behavioral score in patients undergoing percutaneous transluminal coronary intervention.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2013

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณา การช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้ความกรุณาให้ คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ ความเมตตา เป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่าง สูง จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการ ทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งตรวจสอบ เครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาง น้ำเปรี้ยว ทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บิดา มารดา นายน้อมและนางสุมาลี คงเสื่อ ผู้เป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญที่สุด อบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษา น้องสาว น.ส.คณิงนิจ คงเสื่อ และ ครอบครัวอัครวิทยานันท์ ที่เป็นกำลังใจให้เสมอ พร้อมให้ความห่วงใย เป็นผู้สนับสนุนในการ เดินทาง รวมทั้งเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ ศึกษา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอื้อนมา

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ประชากรวิจัย.....	7
กลุ่มตัวอย่าง.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease).....	11
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ...18	
3. แนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	28
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	29
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	30
เครื่องมือการวิจัย.....	32

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	52
สรุปผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	54
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	56
ข้อเสนอแนะ.....	57
รายการอ้างอิง.....	58
ภาคผนวก.....	64
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	65
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	67
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม.....	77
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	126



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ตารางแสดงคุณสมบัติกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบอายุและระดับการศึกษา .....31

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index : CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30).....38

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวต่อเดือน.....46

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....47

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=22).....48

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test (n=22) .....49

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=22) .....50

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test (n=22).....51

ตารางที่ 9 คะแนน และการแปลคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง. 120

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง..... 121

ตารางที่ 11 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	122
ตารางที่ 12 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	123
ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	124

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี (Orem, 1991).....24

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....27

ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....44



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ( $\bar{X}$ ).....	125
แผนภูมิที่ 2 ร้อยละคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (%) .....	125



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประชากรทั่วโลก (Martinez and House-Fancher, 2000) จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี 2553 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคน เสียชีวิตชั่วโมงละ 4 คน หรือคิดเป็น 12.2% ของสาเหตุการตายทั้งหมด (American Heart Association, 2007) และทำให้มีการเสียชีวิตสูงขึ้นถึง 17.3 ล้านคนต่อปี (World Heart Organization, 2012) และในปัจจุบัน พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) พบได้ในผู้ที่มีอายุน้อยลง (ปัญญวิทย์, 2550 อ่างใน ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552; ACS Thai Registry, 2549) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) จะมีการเสียชีวิตจากโรคนี้ เพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนจากทั่วโลก (World Heart Federation, 2012) สำหรับอัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) ในประเทศไทยมีประมาณปีละ 37,000 ราย (American Heart Association, 2007) อัตราการเสียชีวิต ต่อแสนประชากรทั่วประเทศจากร้อยละ 20.8 ในปี 2550 เพิ่มเป็นร้อยละ 23.4 ในปี 2555 และอัตราการเสียชีวิต ต่อแสนประชากรในภาคกลาง จากร้อยละ 26.9 ในปี 2550 เพิ่มเป็นร้อยละ 28.3 ในปี 2555 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ในระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2552 คนไทยต้องป่วยเป็นโรคหัวใจ และต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 รายต่อวัน (American Heart Association, 2007)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหลอดเลือดที่มีการผลทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความผิดปกติของการไหลเวียนเลือด ถ้าภาวะนี้ดำเนินไปโดยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจทั้งระบบ นั้นหมายถึงว่าผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายและภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (กอบกุล บุญปราศภัย, 2547) ปัจจุบันวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมีการพัฒนาตามวิวัฒนาการทางการแพทย์ทั้งการไม่ใช้ยาและการใช้ยา เพื่อลดการทำงานของหัวใจทั้ง Preload และ after load การแก้ไขพื้หลอดเลือดที่อุดตัน ได้แก่ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน (Balloon angioplasty) การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้โครงร่างตาข่าย (Coronary artery stents) การตัดคราบไขมันออก (Atherectomy) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting surgery: CABG) การขยายหลอดเลือดด้วยเลเซอร์ (Coronary laser angioplasty) เป็นต้น

จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในแต่ละปีมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในจำนวนที่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษานี้มีผู้ป่วยที่เคยเข้ามารับการรักษาขยายหลอดเลือดมาแล้ว (Eastwood, 2001) แม้ว่าในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อพักฟื้น ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปพักฟื้นต่อหลังการรักษา แต่ยังคงพบว่ามีอาการกลับมารับการรักษาซ้ำ อุบัติการณ์ของการเกิดการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจก็ยังคงเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่าการตีบตันของหลอดเลือดจะเกิดซ้ำภายหลังจากการขยายหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 33 เกิดขึ้น

ภายหลัง 3- 6 เดือน (Serruys et al., 1998) ในกลุ่มผู้ป่วยที่กระทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าต้องกลับเข้ารับการรักษาภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.6 อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดไปแล้วแต่ก็สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ ถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Eagle et al., 2004) นั้น หมายความว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เพียงแต่ให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดในการดำรงชีวิตเท่านั้น แต่ต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรักษาไว้ซึ่งสุขภาพในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยก็จะสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงจัดการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมแล้ว ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจลดลงด้วย (จิราลี สิวระณะ และคณะ, 2551; Orem, 1991)

ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจนทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ว่าจากการตีบซ้ำ หรือเกิดจากภาวะเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและภาวะเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ใจสั่น อ่อนเพลีย เนื่องจากประสิทธิภาพในการบีบตัวของหลอดเลือดหัวใจลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมออกแรงในการทำกิจกรรมต่างๆ (ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, 2543; Barry et al., 2006) รวมถึงผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ความกลัวตาย เห็นคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Toogin, 2000) จากการศึกษาของ Fitzsimon et al. (2003) ศึกษาในผู้ป่วยที่รอทำการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีความสัมพันธ์กับอาการแสดงในอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมผู้ป่วย ในคำรักษาพยาบาล เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต สูญเสียรายได้จากการทำงานรวมทั้งมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านสัมพันธภาพและบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วย (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, 2550)

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะการตีบซ้ำของหลอดเลือด พบได้จากหลายสาเหตุ ทั้งที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น กรรมพันธุ์ อายุที่มากขึ้น ฮอโมนเพศหญิง และสาเหตุที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การควบคุมภาวะความดันโลหิต ระดับไขมันในเส้นเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำหนักเกิน และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อาทิ การรับประทานอาหารกากใยน้อย การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน การไม่ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวการกำเริบซ้ำของโรคหัวใจ รวมถึงการรับประทานยาไม่ตรงเวลา การหยุดรับประทานยาเอง เป็นต้น (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2553; นิตญา ฤทธิเพชร และคณะ, 2556; Leonetal, 2010)

อาหารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญบ่งบอกถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เพื่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Orem, 1991) ดังนั้นการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมหรือมีภาวะพร่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจึงเป็นภาวะที่ส่งเสริมให้เกิดโรคได้เช่นกัน การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีการรับประทานอาหารตามความเคยชิน และความชอบมากกว่าที่จะคำนึงถึงประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง รวมถึงการขาดความตระหนักดูแลตนเองของผู้ป่วย จนกระทั่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นมา

ได้ (ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ความรุนแรงมากขึ้น ถึงร้อยละ 69.7 (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, 2550) ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารเค็มจัด หวานจัด รับประทานอาหารไม่ได้ค่านึงถึงปริมาณ แคลอรี จะทำให้การเพิ่มขึ้นของระดับโคเลสเตอรอล และเพิ่มการสะสมของคราบไขมันในเส้นเลือด (Tantikosoom, Aunguroch, and Jitpanya, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของสุดใจ บูรณพุกษา (2549) พบว่าการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจจะส่งผลให้เกิดการอุดตันซ้ำได้เมื่อเทียบกับผู้มีระดับไขมันปกติและมีโอกาสเกิดการเสียชีวิตเป็น 3 เท่าของผู้มีระดับไขมันปกติ และจากการศึกษาของ Tantikosoom et al., (2010) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสูงโดยพฤติกรรมการบริโภคทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน จิราภรณ์ นาสูงชน (2553) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และขดลวดโครงตาข่าย ยังคงรับประทานเค็มจากเครื่องปรุงรสเช่นกะปิ น้ำปลา จากความเคยชินของคนไทยที่ชอบรสจัดรวมถึงการรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารจานด่วนและอาหารกากไยน้อยโดยไม่คำนึงถึงปริมาณแคลอรีไขมันอิ่มตัวและปริมาณเกลือ (Leonetal.,2010; ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552) การรับประทานอาหารเค็ม หรืออาหารที่มีระดับเกลือโซเดียมสูง จะทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งร่างกายทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และปัจจัยที่สามารถควบคุมหรือจัดกระทำได้ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์หรือแหล่งประโยชน์ การมีโอกาสได้ปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับตนเองและบุคคลอื่น แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2553 ; อัจฉริยา พวงแก้ว, 2540 ) จากทฤษฎีของOrem ( 1991) ที่กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐานที่จะช่วยพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง(Self care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) คือ ระบบการให้บริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด การนำระบบการพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือโดยการจัดให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิสัมพันธ์กัน และกระตุ้นให้เกิดการลงมือกระทำ พร้อมให้การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความต้องการในการดูแลตนเอง โดยวิธีการให้ความช่วยเหลือโดยการกระทำให้หรือทำแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติพร วิชิตงไชย (2555) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารการรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพและการได้มีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลสนับสนุนหรือคำแนะนำ การให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (ศิริวัลย์ วัฒนศิลป์, 2542 ; Holmes et al, 2005 ; Orem, 1991)

กิจกรรมการพยาบาลในลักษณะกลุ่มโดยการจัดทำกลุ่มเรียนรู้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ (Johnston, 1994 ; Froger-Bompas, 2009 ; ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552) เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลตามที่วางแผนไว้ ซึ่งการจัดทำกลุ่มเรียนรู้จะเป็นการพัฒนา รวมถึงการเปลี่ยนแปลง เจตคติและคุณค่า การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการพัฒนาทางด้านร่างกาย ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการจัดให้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อได้รับคำแนะนำและสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่น (Orem, 1991) การศึกษาของ Jackson และคณะ (2009) พบว่าการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบรายกลุ่ม จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ในชีวิตประจำวันและแก้ไขอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งผลของการจัดกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Rozanski, Blumenthal&Kaplan, 1999 ; La Veist et al, 1997 ) เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาของรัศมี สิทธิพันธ์ (2548) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังสามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 89.10 (ปารรีนา ปรียาโชติ, 2551) ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพดีขึ้นด้วย (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา เป็นสิ่งที่จะสามารถช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำได้ นั้นหมายถึงว่า ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของตนเอง ระบบพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ นั่นคือ ระบบการพยาบาลแบบการสอนและการสนับสนุนผู้ป่วย การให้การช่วยเหลือ ทั้งแบบสอนให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากปัญหาที่พบในกลุ่มผู้ป่วยหลังทำขยายหลอดเลือดหัวใจว่ามีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ดังกล่าวข้างต้น และจากการสอบถามพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจระดับปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาบริบทการดำรงชีวิตซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่าประชาชนในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอัตราการป่วย 410.96 ต่อประชากรแสนคน และยังมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการรับประทานอาหาร (อัจฉราณี สังชนะ, 2553) มีแบบแผนการดำรงชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการทำนา เลี้ยงสัตว์น้ำ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีบางส่วนนับถือศาสนาอิสลาม (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย [ออนไลน์], 2556) พฤติกรรมการ



รับประทานอาหารรับประทานตามความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว มีการรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลเช่น มะม่วงสุก ซึ่งมีรสหวานเช่นกันและเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมในการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (ประภาพรณ นิลศิริ และคณะ, 2555)

พบว่ารูปแบบการพยาบาลการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารยังไม่ชัดเจน เป็นเพียงการให้คำแนะนำตามระยะเวลาที่มีจำกัด ในลักษณะรายบุคคล หลังได้รับการตรวจจากแพทย์ โดยพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ให้คำแนะนำในระยะเวลาสั้นๆ จากการช่วยเหลือในการพยาบาลดังกล่าว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการให้คำแนะนำเรื่องทั่วไปในการดูแลตนเอง ไม่ได้มีการเฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยไม่ได้คำนึงถึงภาวะสุขภาพ รับประทานตามลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นชุมชนส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม การรับประทานอาหาร การปรุงอาหารยังคงทำตามเดิม ไม่ได้เปลี่ยนแปลงหลังจากการเจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาของจันทิรา ทรงเต๊ะ (2554) พบว่าชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร ยังคงรับประทานอาหารและปฏิบัติตนตามความเคยชิน ตลอดจนถึงติดในความเชื่อเดิมๆ ทำตามความคิดของตนเอง โดยยังรับประทานอาหารตามวัฒนธรรม เช่น แกงมัสมั่น ที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ ซึ่งจากลักษณะของชุมชนดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการกลับเป็นซ้ำจากการศึกษาของดวงตา สุวรรณรัตน์ (2554) โดยการจัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยใช้กระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการ และบุคลากรทางการพยาบาลช่วยส่งเสริมให้เกิดการนึกคิด ให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการส่งเสริมพฤติกรรมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในระยะเวลา 1 เดือน พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดในระยะยาว ด้วยวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทน(Acting for or doing for) การชี้แนะ(Guiding another) การสนับสนุน (Supporting another) การสอน(Teaching) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคคลเกิดการพัฒนา (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2534) เมื่อผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานและตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ตามแนวคิดของโอเร็ม (1991) แล้วหมายถึงว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารดีขึ้นแล้วจะส่งผลต่อการชะลอการดำเนินของโรค ลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย

ประยุกต์แนวคิดของOrem (1991) กล่าวถึง ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่จะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองดังกล่าว ประกอบด้วย 1) ความสามารถด้านการคาดการณ์ เพื่อตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบของตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 2) การปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควร จะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และ 3) การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรม เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่สถานการณ์บางอย่าง เช่น ความเจ็บป่วยทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และจำเป็นต้องพึ่งพาศักดิ์คนอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ผู้ป่วยบางคนมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและได้รับความรู้ที่เหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Orem, 1991) เพื่อให้ผู้ป่วยริเริ่มตัดสินใจและทำการดูแลตนเองโดยพยาบาลสนับสนุนให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด บนปัจจัยพื้นฐานเบื้องต้นของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังเช่นการศึกษาของจิราภรณ์ นาสูงชน (2553) ที่พบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและขดลวดโครงตาข่าย ยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม จากเครื่องปรุงรส เพราะมีพฤติกรรมเคยชินที่รับประทานอาหารรสจัดและการรับประทานอาหารนอกบ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วน อาหารที่มีกากใยน้อย (Leonatal, 2010; ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552) และไม่คำนึงถึงอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง (Tantikosoom, 2010) ดังนั้นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด และเลือกวิธีการให้ความช่วยเหลือทั้งแบบสอนให้ความรู้รายกลุ่ม (Teaching) การชี้แนะ ( Guiding another) การสนับสนุน (Supporting another)และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2534; Orem, 1991)

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลปทุมภูมิ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 1-3 เดือน เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมการรับประทานอาหาร** หมายถึง การรับประทานเป็นการกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือปฏิบัติเป็นประจำ หากมีการปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์แล้ว โดยการคำนึงถึงประโยชน์ และความสมดุลของอาหารที่เลือกรับประทาน คำนึงถึงสัดส่วนปริมาณการรับประทานอาหาร รวมถึงการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ การหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารตามความเคยชินโดยเฉพาะการปรุงรส การเลือกรับประทานผักสดและผลไม้ เป็นต้น จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี โดยใช้แบบประเมิน Thai version of Heart Healthy Eating ของ Maegaret (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ปชานัญญ์ ตันติโกสุม, ยุพิน อังศ์โรจน์ และชนกพร จิตปัญญา (2553)

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** หมายถึง การกระทำที่แสดงออกทางพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ เกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการคำนึงถึงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ การสนใจ การเอาใจใส่ รวมถึงการแสวงหาความรู้วิธีการเพื่อการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ สามารถดูแลตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และสามารถแลกเปลี่ยนความรู้แบ่งปันประสบการณ์การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับบุคคลอื่นได้ โดยใช้แบบประเมินความประเมิน

ความสามารถในการดูแลตนเอง The Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale (Jaarsma et al, 1999) ซึ่งผู้วิจัยปรับให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง

**โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล อย่างมีแบบแผนที่ ออกแบบตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) เพื่อให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อนำไปสู่ พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดย การจัดให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประสบการณ์การ ดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร รวมถึงการสนับสนุนด้านข้อมูลในการเลือก รับประทานอาหารที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

**ครั้งที่ 1** เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วย พร้อมทั้งการให้ข้อมูลเพื่อเน้นการรับรู้ภาวะสุขภาพและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วย และการปฏิบัติดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร

**ครั้งที่ 2** เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์ เพื่อทบทวนเนื้อหา นำเสนอปัญหา และอุปสรรคของสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ร่วมกันวิเคราะห์ หาแนวทาง แก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอ แนวทางแก้ไขปัญหา อีกทั้งมีการให้กำลังใจและนัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไปโดยผู้วิจัยกระตุ้นเตือน การเข้ากลุ่มทางโทรศัพท์

**ครั้งที่ 3** เปิดโอกาสให้สมาชิกระบายและเล่าประสบการณ์การเลือกรับประทาน ระหว่างอยู่บ้าน ปัญหา อุปสรรค กระตุ้นเพื่อให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อร่วมกันวางแผน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรม พร้อมทั้งให้กำลังใจและนัดหมายการ เข้ากลุ่มครั้งต่อไปโดยผู้วิจัยกระตุ้นเตือนการเข้ากลุ่มทางโทรศัพท์

**ครั้งที่ 4** ติดตามผลของการปฏิบัติตามแนวทางการรับประทานอาหารจากการ นำเสนอของกลุ่มครั้งก่อน ร่วมกันสรุป ประเมินผลกลุ่ม และประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกลุ่ม

**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ** หมายถึง บุคคลทั้งเพศ ชายและหญิงวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติของเส้นเลือดใน หัวใจ และได้รับการรักษาโดยวิธีการทางการแพทย์โดยการสอดใส่เครื่องมือ ในการขยายหลอดเลือด หัวใจ เพื่อให้หัวใจมีการไหลเวียนเลือดรวมถึงการขนถ่ายออกซิเจนไปส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ ตามปกติ มีภาวะปกติหลังการรักษาประมาณ 1-3 เดือน

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การพยาบาลของพยาบาลประจำการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการดูแลให้ ความรู้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองทั่วไปเป็นรายเดี่ยว โดย การมีปฏิสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลเชิงรุกด้านการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา แนวคิดทฤษฎี เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอตามลำดับต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
3. แนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
4. โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
5. บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease)

เป็นกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่นำมาเรียกรวมกัน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Ischemic Heart Disease) โรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease) เป็นโรคที่เกิดจากการอุดตันเป็นความผิดปกติในการเมตาบอลิซึมของไขมันหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดที่มีปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดโคโรนารีไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและทำให้เสียชีวิต

### 1.1 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหลอดเลือดโคโรนารีแข็ง

กลไกการเกิดหลอดเลือดโคโรนารีแข็ง ยังไม่สรุปแน่ชัดว่ามาจากสาเหตุใด แต่จากพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับเซลล์เอนโดทีเลียมและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือด รวมทั้งส่วนประกอบของเลือดที่ไหลเวียนได้แก่ โมโนไซด์ เกล็ดเลือด Lipoprotein และสารเคมีต่างๆ ที่เชื่อว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้และแก้ไขได้ อธิบายได้ว่าเซลล์เอนโดทีเลียมชั้นในสุดที่บุผนังหลอดเลือดโคโรนารีได้รับความเสียหาย มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ภาวะสารไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง อาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงเดียวหรือปัจจัยเสี่ยงร่วม และอาจมีสาเหตุร่วมกับแรงกระแทกซึ่งเกิดจากการไหลเวียนเลือด ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ตีบตันแตกแขนง ออกมาหรือเกิดจากความดันโลหิตสูงจนเซลล์เอนโดทีเลียมได้รับความเสียหายรอยต่อระหว่างเซลล์ฉีกขาดแยกจากกันเกิดการฉีกขาดของFibrous plaque จะเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ฉีกขาด ลิ่มเลือดที่มีขนาดใหญ่ จะทำให้เกิดการอุดตันรูหลอดเลือดจนการไหลเวียนเลือดลดลงทำให้อาการของหลอดเลือดโคโรนารี มีความรุนแรงมากขึ้น อาการแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### 1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในปัจจุบันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง เพราะผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินกิจกรรมบางอย่างได้เหมือนคนทั่วไป ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคมามากจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นสามารถ จำแนกออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

#### 1.2.1 ลักษณะทางประชากร (Demography Characteristic)

1) พันธุกรรมและเชื้อชาติ เด็กที่มีพ่อแม่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบได้สูง ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคหัวใจได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันผิดปกติ เบาหวานและอ้วนมากมีการศึกษาในฝาแฝดชาวสวีเดนที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 8.1% และมีอัตราการตายก่อนอายุ 55 ปี ( Woods, 2005 อ้างใน Marenberg, 1994) และจากการศึกษาพบว่าชายผิวสีมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าชายผิวขาว โดยมีอัตราส่วน การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 206 : 176 ต่อประชากรแสนคนของสหรัฐอเมริกา เนื่องมาจาก การขาดความรู้ในการดูแลตนเองรวมถึงปัจจัยทางด้านภาวะเศรษฐกิจ (Bays et al., 2010)

2) เพศ ผู้ชายมักเกิดโรคเมื่ออายุ 40 ปี พบว่าหลอดเลือดแข็งกว่าและเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง 13 เท่า (พูลสุข หิรัญสาย, 2550) รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิตในเพศชายที่มักมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ส่วนผู้หญิง มักเกิดเมื่ออายุเกิน 55 ปี เพศชายเสี่ยงต่อการมีโรคความดันโลหิต

และโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน และพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่าโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลงดังนั้นในช่วงอายุ 60-70 ปี อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงเท่ากันทั้งสองเพศ (Martinez, 2004)

3) อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่าง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (อรนุช คงเหลี่ยม, 2552) เมื่ออายุมากขึ้นโอกาสที่เกิดโรคก็พบมากขึ้น สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้โรครุนแรง อาการของโรคมักเกิดชัดเจนหลังอายุ 40 ปี พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้ อายุเกิน 65 ปี อายุที่มากขึ้นผู้หญิงเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ (Heart attack) เป็น 2 เท่าของผู้ชายจากการศึกษาพบว่าหลอดเลือดมีการเปาะหรือแข็งเนื่องจากการเสื่อมสภาพเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (Martinez and House-Fancher, 2000)

4) ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว คนที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจ ก่อนอายุ 50 ปี มีโอกาสโรคหลอดเลือดแข็งได้ง่ายกว่าปกติ (Premature atherosclerosis)

### 1.2.2 ความเจ็บป่วย (Illness)

1) ความดันโลหิตสูง ในคนปกติของประเทศไทย พบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเป็นหลอดเลือดหัวใจตีบ มากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า ความดันโลหิตสูงทำให้เกิด อเทอโรสเคลอโรซิส และเร่งให้โรคหลอดเลือดแข็งในบุคคลที่มีไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) องค์การอนามัยโลก กำหนดให้รักษาความดันโลหิตไว้ให้ไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท

2) ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีระดับโคเรสเตอรอล ในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ประมาณ 3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับไขมันปกติและมีโอกาสเกิดการเสียชีวิต (จิตติพร วิชิตธงไชย, 2555) ไขมันที่มีความสำคัญ คือ แอลดีแอล (LDL) เพราะมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงมาก ในการป้องกันโรคนี้จึงควรควบคุมโคเรสเตอรอลรวมและป้องกันไตรกลีเซอไรด์ให้ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควบคุมแอลดีแอลให้ต่ำกว่า 100-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเอชดีแอล (HDL) ควรส่งเสริมให้มีมากๆ พบว่า ในปัจจุบันพบว่าเอชดีแอลต่ำทำให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากยิ่งขึ้นกว่าการมี แอลดีแอลสูง

3) โรคเบาหวาน และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักอยู่ในวัยกลางคนและผู้มีน้ำหนักมาก มีความดันโลหิตสูงและมีไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวาน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งเร็วกว่าปกติ และมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

4) ระดับ Homocysteine ในเลือดสูง เกี่ยวกับความผิดปกติเมตาบอริซึมของร่างกายที่มีผลต่อ Homocysteine ซึ่งเป็นกรดอะมิโนในเลือดสูง และในปัสสาวะสูงด้วย เริ่มตั้งแต่ปี คศ.1960 ที่เชื่อว่า Homocysteine ในเลือดสูง น่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง 2.5 อ้วนมาก ความอ้วนสร้างภาระให้กับหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานอย่างหนัก เพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความอ้วนทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีน้ำหนักเกินพอดีหรือเกินมาตรฐานเพียงร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และพบว่าผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าปกติ 2-3 เท่า



การกระจายไขมันในส่วนต่างๆ ของร่างกายนับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ ตีบโดยพบว่าสัดส่วนของเอว และสะโพก(waist to hip ratio) ที่เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคในผู้หญิงสูงอายุ นอกจากนี้ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน จะมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย เช่นกัน มักพบในผู้ที่นั่งโต๊ะทำงาน ความอ้วนทำให้มีผลให้หัวใจทำงานหนักตามด้วยหัวใจโต (กอบกุล บุญปราศัย, 2549)

### 1.2.3 พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behaviors)

1) การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20มวน/วัน) เสี่ยงการเกิดโรคถึง 6.5 เท่า สารนิโคตินจากบุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์ จะรบกวนการได้รับออกซิเจน ของเนื้อเยื่อ และทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่ ทำให้เอชดีแอลในเลือดลดลง

2) การออกกำลังกาย ผู้ที่นั่งโต๊ะทำงานและขาดการออกกำลังกาย จึงเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จากการศึกษาของ Surgeon General's Report แนะนำในการออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย30 นาที มากกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ และพบว่าผู้ที่มีการออกกำลังกายจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเลย (U.S Department, 1996) เนื่องจากการออกกำลังกายจะทำให้หลอดเลือดมีการยืดขยายระดับโคเรสเตอรอลและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง น้ำหนักตัวลดลง และความดันโลหิตลดลง (กอบกุล บุญปราศัย, 2549)

3) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงมีความเคยชินในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ และทัศนคติที่ดี (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารแต่เนื่องจากการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ยังคงมีการรับประทานอาหารนอกบ้าน การไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง รวมถึงการเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ผงชูรส น้ำตาล เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยยังคงยึดติดในรสชาติเดิม ๆ และยังปฏิบัติตนซ้ำๆ ถึงแม้ผู้ป่วยจะทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Chow et al., 2012)

4) ความเครียด มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงแม้ว่าการมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมจะทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานได้แต่หากมีมากเกินไปอาจมีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ โดยบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ A (Type A Behavior) มีลักษณะเอาจริงเอาจัง มีความทะเยอทะยาน ชอบเอาชนะแข่งขัน และหมกมุ่นอยู่กับการทำงานให้เสร็จทันเวลา พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง

ผู้ป่วยหากมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป เช่น มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น จะเพิ่มมากขึ้นหากมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (Artinian et al., 2010)

### 1.3 แนวทางการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวทางดังนี้ (American Heart Association, 2007)

1.3.1 การซักประวัติ อาการแสดงของอาการเจ็บหน้าอก เจ็บแบบเหมือนมีอะไรมาบีบรัด บางรายอาจรู้สึกเหมือนถูกกด หายใจไม่สะดวก เจ็บบริเวณใต้กระดูกหน้าอก และอาจแผ่ร้าวไปถึงแขนซ้าย คอ ขากรรไกร ไหล่หลัง หรือบริเวณอื่นๆ คล้ายอาการเจ็บหน้าอกแบบ angina pectoris อาการเจ็บแบบบริเวณยอดอกลักษณะแบบกรดไหลย้อน พบว่ามีถึง 13% พบว่าเป็นอาการของการมีหลอดเลือดหัวใจตีบ (Garcia-Pulido, 2011) ระยะเวลาในการเจ็บหน้าอกมักเกินกว่า 20 นาที อาการเจ็บหน้าอกจะบรรเทาเมื่อพัก เมื่อมีการใช้ยาไนโตรกลีเซอริน อาการเจ็บหน้าอกลดลง (กอบกุล บุญปราศรัย, 2549)

1.3.2 อาการและอาการแสดงของการเจ็บหน้าอก เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคในด้านตำแหน่ง ลักษณะ ระยะเวลา ความรุนแรง การเริ่ม ปัจจัยที่กระตุ้น และปัจจัยที่ทำให้อาการดีขึ้น

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Eletrocardiogram, ECG) การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเกิดได้หลายตำแหน่งของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ หากเกิดการขาดเลือดหรือมีการอุดตันจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ จนเกิดเป็น Q wave และจะเกิด ST segment ยกขึ้นในระยะเวลาต่อมา หากมีการเปิดทางให้เลือดไหลผ่านอีกครั้ง กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นตัวได้ทันยังไม่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจะไม่พบ Q wave ใน ECG แต่จะพบภาวะนี้ในผู้ป่วยชนิด Unstable angina (กอบกุล บุญปราศรัย, 2549)

1.3.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory test) ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากจะอาศัยจากการซักประวัติ การมีอาการเจ็บหน้าอกแล้ว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งสำคัญที่จะสนับสนุนในการช่วยวินิจฉัยโรคได้อีกด้วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่

1) CPK-MB (Creatinin kinase –MB) เป็นโปรตีนที่พบในกล้ามเนื้อหัวใจและพบได้น้อยในกล้ามเนื้อปกติ เมื่อมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจก็จะมีสารนี้เข้ามาในกระแสเลือด การตรวจด้วยวิธีนี้เป็นที่นิยมกันในอดีตแต่ปัจจุบันได้รับความนิยมลดลง เนื่องจากเราสามารถตรวจพบสารนี้ในคนปกติและในคนที่กล้ามเนื้อปกติได้รับบาดเจ็บ นอกจากนั้นสารตัวนี้ยังมีความไว sensitivity ละเอียดเฉพาะ specific ต่อโรคหัวใจปัจจุบันการเจาะเลือดนี้ใช้ในการวินิจฉัยว่ากล้ามเนื้อหัวใจยังคงมีการขาดเลือดอยู่หรือมีกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดซ้ำ

2) Troponin T เป็นโปรตีนที่พบได้ในกล้ามเนื้อหัวใจเท่านั้น เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และตายโปรตีนจะถูกหลั่งออกมาอย่างรวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมง สามารถอยู่ในเลือดได้นานถึง 2 สัปดาห์หลังจากเกิดอาการเจ็บหน้าอก ในระยะแรกอาจตรวจไม่พบ อาจพบหลังเกิดอาการไปแล้ว 6-8 ชั่วโมง

3) Myoglobin มีความไวสูงมาก มีประโยชน์ในการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นโปรตีนที่พบได้ในกล้ามเนื้อหัวใจ ไม่นิยมในการนำมาตรวจหา

4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการชนิดอื่นๆ ได้แก่ CBC with platelet count, Blood chemistry

1.3.5 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) เป็นการตรวจหัวใจโดยใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูง ทำงานโดยอาศัยหลักการส่งคลื่นเสียงความถี่สูงซึ่งส่งออกมาจาก ผลึกแร่ชนิดพิเศษ และเมื่อรับสัญญาณคลื่นเสียงที่ส่งออกไป นำมาแปรสัญญาณ เป็นภาพขึ้น จะทำให้สามารถเห็นการทำงานของหัวใจ ขณะกำลังบีบตัว และคลายตัว รวมถึงการไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจห้องต่างๆ การปิดเปิดของลิ้นหัวใจทั้งสี่ ทำให้ได้ข้อมูลของขนาดของห้องหัวใจ วัดเปอร์เซ็นต์การบีบตัว วัดความเร็วและแรงดันที่จุดต่างๆในหัวใจ ช่วงบีบตัวเรียก systolic เป็นช่วงที่หัวใจบีบเลือดออก ส่วนช่วงคลายตัวเรียก Diastolic เป็นช่วงที่หัวใจคลายตัวเพื่อรับเลือดกลับสู่หัวใจ Ejection Fraction คือปริมาณเลือดที่บีบออกไปในแต่ละครั้งโดยเทียบกับปริมาณเลือดที่มีอยู่ ค่าปกติประมาณ 55-70%

1.3.6 การเดินสายพาน (Exercise Stress Test; EST) เป็นการตรวจระบบไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อโดยรวม สนองต่อการออกกำลังกาย จึงจัดเป็น physiologic stress testing การทดสอบนี้ถูกนำมาใช้บ่อยในการตรวจความผิดปกติของระบบหัวใจ และหลอดเลือดที่ตรวจไม่พบขณะหยุดพัก เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ตัวชี้วัดที่มักใช้ในการวินิจฉัย คือ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (ECG Stress Testing) พร้อมๆกับการวัดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้อาจใช้ตัวชี้วัดอื่นๆ เช่น การดูการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนต่างๆโดยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Stress Echocardiography Testing) หรือการใช้สารกัมมันตภาพรังสีแล้วสร้างภาพ Myocardial Perfusion Scan (Stress Myocardial perfusion Scan) ECG Stress Testing โดยมีความคุ้มค่ามากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน, กลุ่มที่สูบบุหรี่ กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง และกลุ่มผู้ป่วยชายที่อายุ 45 ขึ้นไปตามลำดับ โดยมีความค้ำค่าน้อยที่สุดในกลุ่มผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี (ครรชิต เชี่ยวชาญ, 2551) ในรายที่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายไม่สามารถเดินสายพานได้ อาจประเมิน functional capacity โดยการทำ 6-minutes walk คือการให้ผู้ป่วยเดินเป็นเวลา 6 นาทีในพื้นที่ราบ แล้ววัดระยะทางที่สามารถเดินได้ และอาการที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงได้ (เชาว์ ชนกโอรพาทย์, 2556)

1.3.7 การตรวจหลอดเลือดหัวใจโดยใช้รังสีไอโซโทป (Radioisotope Image) เป็นการตรวจลักษณะกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด โดยใช้สารรังสีไอโซโทป เป็นการตรวจที่ให้ผู้ป่วยวิ่งบนสายพานตามเวลาที่กำหนด และฉีดสารกัมมันตรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำ ทำการถ่ายภาพกัมมันตรังสีทันที และถ่ายซ้ำอีกครั้งในวันรุ่งขึ้น

1.3.8 การสวนหลอดเลือดด้วยคลื่นสะท้อนเสียง (Intravascular ultrasound) เป็นวิธีการถ่ายภาพลักษณะหลอดเลือดหัวใจได้อย่างละเอียด สามารถเห็นลักษณะคราบไขมันลักษณะหินปูน ที่เกาะกึ่งผนังหลอดเลือด ร่องรอยการปริแยกของผนังหลอดเลือด ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจและรอยยึดเกาะของโคโรนารี

1.3.9 การฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Angiography; CAG) เป็นวิธีการที่แม่นยำที่สุด เป็นวิธีการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ให้ผลแม่นยำ เป็นที่นิยมในปัจจุบัน และยอมรับว่าเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำการตรวจนี้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ เพื่อประโยชน์ในการปรับการรักษาได้แก่วิธีการใช้ยา การขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.3.10 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่จำเป็นต้องทำทุกวิธี ดังกล่าวข้างต้น เนื่องจากแต่ละรายมีความจำเป็นต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรคและระยะเวลาของการเกิดโรค โดยการวินิจฉัยร่วมกับอาการแสดงของผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการตรวจพิเศษ เช่นการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซึ่งบางครั้งยังไม่สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคได้อย่างชัดเจน อาจต้องทำอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิกหรือร่วมด้วยวิธีอื่น จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรคได้

#### 1.4 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาโดยการลดการทำงานของหัวใจ แบ่งเป็นวิธีไม่ใช้ยาและวิธีการใช้ยารักษา โดยการลดการทำงานของหัวใจ ทั้ง Preload และ afterload และการฟื้นฟูหลอดเลือดในบริเวณที่มีการอุดตันโดยการเปิดทางให้เลือดไหลเวียนได้ใหม่ (Revascularization) เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ให้กับหลอดเลือดที่อุดตัน ซึ่งเป็นการช่วยให้เลือดมีการไหลผ่านเซลล์ได้มากขึ้น (American Heart Association, 2007)

##### 1.4.1 การรักษาโดยใช้ยา แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่ม Nitrate มี 2 แบบ คือ ยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่มีอาการ ออกฤทธิ์โดยการขยายหลอดเลือดแดงและขยายหลอดเลือดดำ หลอดเลือดดำขยายเพื่อลดปริมาณเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจ เพื่อเป็นการลด Preload (ลดปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างขณะคลายตัว) และลดการกดหลอดเลือดบริเวณ Subendocardial โดยให้หลอดเลือดขยายเพื่อเลือดจะไหลเวียนได้เต็มที่ ขณะที่หัวใจคลายตัวก่อนที่หัวใจจะบีบตัว ยาในกลุ่มนี้ยังลดแรงตึงของผนังหัวใจห้องล่าง ทำให้แรงหดตัวส่งเลือดออกจากหัวใจลดลง ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง หลอดเลือดแดงคลายตัวเป็นการลดแรงต้านการทำงานของหัวใจขณะหดตัวถือเป็นการลด Afterload (คือ ความดันเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายในขณะหดตัว) นอกจากนี้ Nitrate ยังยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดโคโรนารี

2) กลุ่ม beta-blocker คือยาที่ทำหน้าที่ปิดกั้นตัวรับชนิดเบต้า(receptor) โดยการลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก ตัวรับชนิด เบต้ามี 2 ชนิด คือ B1และB2 โดย B1 ออกฤทธิ์โดยการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อและลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ B2 ทำให้หลอดเลือดและหลอดเลือดหดตัว

3) กลุ่มCalcium channel blocker (calcium antagonist) ออกฤทธิ์โดยการทำให้หลอดเลือดโคโรนารีขยายตัว ลดการเมตาบอริซึมของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลให้ลด preload ลดความดันโลหิต

4) แอสไพริน (Aspirin) เป็นยามาตรฐานรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเกล็ดเลือดมาเกาะกลุ่ม และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายใน ผู้ที่เจ็บหน้าอกเรื้อรัง

##### 1.4.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา

1) การซ่อมแซมหรือฟื้นฟูให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เพียงพอ (Restore Blood Supply) การทำให้มีการไหลเวียนของหลอดเลือดใหม่ เช่น การทำ Percutaneous transluminal coronary angioplasty หรือ PTCA การทำ Coronary artery bypass Graft หรือ

CABG แนวทางเวชปฏิบัติ นี้ยึดตาม Guidelines for Percutaneous Coronary Interventions ปี 2005 ของ European Society of Cardiology และ Update for Percutaneous Coronary Intervention ของ ACC/AHA/SCAI ปี 2005 (สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2555)

2) Percutaneous transluminal coronary angioplasty หรือ PTCA เป็นการรักษาโดยการสวนหัวใจ ทำในรายที่มีการอุดตันของหลอดเลือด कोरोนารี เพียงเส้นเดียว เป็นการใช้แรงทางกลศาสตร์ ขยายหลอดเลือดโดยการกดคราบไขมัน ให้แตกเพื่อขยายรูหลอดเลือดที่มีการอุดตัน สายสวนส่วนปลายที่มีบอลูนติดอยู่จะถูกสอดเข้า ทางหลอดเลือด Pulmonary artery ไปยังหลอดเลือด कोरोนารีที่มีการตีบแคบ มีการขยายบอลูน ให้ไปยึดหลอดเลือดและทำให้คราบไขมันแบนลง

ข้อบ่งชี้ในการทำการรักษาโดยการสวนหัวใจ (วาราลักษณ์ ราหุลันท์, 2545 )

1. เส้นเลือดมีการอุดตันมากกว่า 1 แห่ง
2. มีการอุดตันหลายเส้น
3. หัวใจห้องล่างซ้ายมีสมรรถภาพดี
4. รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล
5. เป็นผู้ป่วยที่สามารถทำการผ่าตัดต่อเส้นเลือดในหัวใจได้ (CABG)

ภายหลังจากการทำการรักษาโดยการสวนหัวใจ ผู้ป่วยสามารถกลับมาเป็นหลอดเลือดหัวใจตีบได้อีกและมีการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 43 (เชิดชัย ตันติศิรินทร์ และพันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญสูง, 2544; Pachanat, 2010)

3) Intracoronary stent เป็นการใส่ stent ค้างไว้ในหลอดเลือด कोरोนารีบริเวณที่ตีบแคบ เพื่อลดปัญหาการหดตัวของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลัน หลังการทำ PTCA และเพื่อยืดเวลาความไม่อุดตันของหลอดเลือด การทำเช่นเดียวกับการทำ PTCA เพียงแต่คาท่อหรือ stent ไว้ในตำแหน่งที่อุดตัน stent จะทำหน้าที่เป็นโครงร่างหลอดเลือดให้ขยายออก วัสดุที่ใช้ทำ stent มีหลายประเภท เช่น สแตนเลส หรือเป็นองประกอบทางชีวภาพที่สามารถละลายได้ หลังใส่ stent จะป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การอุดตันและเกิดการเซาะของหลอดเลือด कोरोนารี

4) การผ่าตัดทำ Coronary artery bypass graft หรือ CABG เป็นการผ่าตัดทำให้เลือดไหลอ้อมบริเวณที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือด อาจมี 1 เส้นหรือมากกว่า เพื่อให้เนื้อเยื่อที่อยู่ตำแหน่งต่ำกว่าที่มีการอุดตัน ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้เพียงพอ กับความต้องการ หลอดเลือดที่นำมาต่อเป็นเสมือนทางเบี่ยง ได้แก่ Saphynous vein, Mammary artery, Radial artery, Cardiopulmonary bypass ในการต่อหลอดเลือดดำต้องนำเอาส่วนปลายมาต่อกับเอออร์ตาและต่อส่วนต้น เข้ากับส่วนปลายที่ต่ำกว่า ตำแหน่งของหลอดเลือด कोरोนารี ที่มีการอุดตัน เพื่อลดปัญหาหลอดเลือดอุดตัน ปัญหาการรบกวนการไหลของเลือด เนื่องจากลิ่มในหลอดเลือดดำ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

ข้อบ่งชี้ในการทำการผ่าตัดทำ Coronary artery bypass graft หรือ CABG (วาราลักษณ์ ราชูลักษณ์, 2545 )

1. Left main stenosis > 50%
2. Triple vessels disease โดยเฉพาะที่มี poor LV function หรือมี Proximal LAD lesion
3. Multivessel disease with complex lesion ที่ทำการสวนหัวใจไม่ได้
4. Double vessel disease with proximal large LAD lesion, with severe angina, with LV dysfunction or with ischemic on exercise test
5. ได้ตรวจสอบสวนหัวใจหรือตรวจ Coronary imaging อื่นๆ พบว่าเป็นโรคหลอดเลือด left main ตีบตัน หรือหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่า 3 เส้น หรือมีการบีบตัวของหัวใจบกพร่องหรือต่ำกว่าปกติ (left ventricular contraction) น้อยกว่า 40% (สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2555)

ข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ทำการสวนหัวใจล้มเหลวหรือ lesion ที่ทำการสวนหัวใจไม่ได้

1. ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเฉพาะรายที่ shock หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ
2. มีโรคหัวใจอื่นร่วมด้วย เช่น มีลิ้นหัวใจพิการ Carotid stenosis เป็นต้น

## 2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การรับประทานอาหารมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากอาหารมีผลต่อระดับไขมันในหลอดเลือด ซึ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่า ยังคงรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น อาหารทะเลไขมันจากสัตว์ถึงร้อยละ 87 (ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์, 2543) สอดคล้องกับ Tantikosoom et al.,2010 พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสูง โดยพฤติกรรมการบริโภคทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างนอกจากนี้ จิราภรณ์ นาสูงชน (2553) พบว่าภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่ายยังคงรับประทานเค็มจากเครื่องปรุงรสเช่นกะปิ น้ำปลา จากความเคยชินของคนไทยที่ชอบรสจัด รวมถึงการรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารจานด่วนและอาหารกึ่งสำเร็จ โดยไม่คำนึงถึงปริมาณแคลอรีไขมันอิ่มตัวและปริมาณเกลือ ( Leonetal.,2010; ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552) จากพฤติกรรมการรับประทานอาหารดังกล่าวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจช่วงเวลา 3-6 เดือนแรกมีการเกิดตีบตันซ้ำ ร้อยละ 33 เกิดขึ้นภายหลัง 3- 6 เดือน (Serruys,et al.,1998) และพบว่ามีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ74 ( Frattaroli et al., 2007)

### ความหมายพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร

การมีสุขภาวะที่ดีอาจขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างการพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีสามารถลดและชะลอการเกิดโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ผาสุกและ ยืนนานบ่งบอกถึงการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

สุนตรา นิมานันท์ (2537) พฤติกรรมการรับประทานอาหารหมายถึง ลักษณะความชอบ ความเคยชิน ในการรับประทานอาหาร โดยสังเกตได้จากการใช้เครื่องปรุง การถนอมอาหาร และการรับประทานอย่างสม่ำเสมอจนเคยชินหรือหมายถึงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่กระทำด้วยความพึงใจ เต็มใจ ในการรับประทานอาหาร เพื่อสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมนี้ได้กระทำมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานยากที่จะเปลี่ยนแปลง

กัลยา ศรีมหันต์ (2541) ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่บุคคลกระทำเป็นประจำ ซึ่งการแสดงออกนั้นอาจเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ เช่น การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียมการปรุงอาหาร การบริโภค สุขนิสัยในการบริโภค และทางด้านความคิด ความรู้สึกต่างๆต่อการบริโภคอาหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าบุคคลได้ปฏิบัติอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้ว ก็จะส่งผลให้บุคคลมีภาวะการโภชนาการที่ดี แต่ถ้าบุคคลปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่นการเลือกรับประทานอาหารบางชนิดซึ่งเป็นอาหารที่ชอบ แต่ไม่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย หรือมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพตามมา ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี จึงต้องเริ่มที่การส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ดีก่อน

Engel, Kollat, andBlackwell, 1968 อ้างถึงใน สุรีย์พร โสกันเขตต์, 2544 ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดหาให้ได้มา และการใช้สินค้าหรือบริการ รวมถึงกระบวนการในการตัดสินใจที่จะรับประทานอาหารที่มีอยู่ก่อนแล้ว และมีส่วนกำหนดให้เกิดการรับประทาน

ดวงตา สุวรรณรัตน์ (2552) ให้ความหมายพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารครอบคลุมถึงชนิดของอาหารและการกำหนดปริมาณของอาหารที่รับประทาน โดยจัดให้ผู้ป่วยประเมินตนเองจากแบบสอบถาม

อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550) ให้ความหมายพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึงการปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งแสดงออกทางด้านทางเลือก การเตรียม การบริโภค การรับประทานอาหารหรือการไม่รับประทานอาหารตามความชอบหรือความเคยชินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นปฏิบัติได้เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพและเหมาะสมกับโรค ก็จะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคล มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพหรือโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

Tantikosoom et al., 2010 ให้ความหมายพฤติกรรมมารับประทานอาหารว่า หมายถึง การปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหาร โดยคงไว้ที่น้ำหนักหรือความสมดุลของอาหารที่เลือกรับประทาน ในการเลือกรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ การรับประทานขนมปังไม่ขัดสี การลดปริมาณเกลือ ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต ซึ่งหากรับประทานอาหารดังกล่าวมากเกินไป จะทำให้เกิด ภาวะอ้วน ภาวะไขมันเกิน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่า พฤติกรรมมารับประทานอาหาร หมายถึง พฤติกรรมมารับประทานเป็นการกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การปรุงรส การจัดเตรียมอาหาร ตามลักษณะนิสัย ความเคยชิน โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่บุคคลกระทำด้วยความเต็มใจกระทำโดยไม่ขัดกับความรูสึกนึกคิด ซึ่งหากบุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์แล้ว จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี แต่หากบุคคลเลือกรับประทานอาหารตามใจตนเองโดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ หรือผลเสียที่อาจตามมาในระยะยาว

จากการวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐาน (Orem, 1991)และการทบทวนวรรณกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารพบว่า กลุ่มปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และกลุ่มปัจจัยสำคัญที่สามารถควบคุมหรือจัดกระทำได้ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การมีโอกาสได้ปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับตนเองและบุคคลอื่นและแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2553; อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2540; Orem. 2001) จากการศึกษาของจิตติพร วิชิตรงไชย (2555) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารการรับรู้ภาวะสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพและการได้มีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลสนับสนุนหรือคำแนะนำการให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร (ศิริวัลย์ วัฒนศิลป์, 2542; Holmes et al, 2005; Orem, 1991)

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

1. **เพศ** เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารตนเองทั้งนี้เพราะเพศทำให้เกิดความแตกต่างกันทางด้านจิตใจและด้านโครงสร้าง สรีระภาพเพศชาย เพศหญิง จากการศึกษาของจิราภรณ์ ใจสบายและคณะ (2554) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน โดยพบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศ สอดคล้องกับบุรณามณีโชติสกุลวงษ์และคณะ (2552) พบว่าอายุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร Chow et al. (2012) ศึกษาถึงการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่า โดยพบว่าเพศ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญในพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2. **อายุ** เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่าง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรูสึกนึกคิด เป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพ (อรนุช คงเหลี่ยม, 2552) บ่งบอกถึงปริมาณ และวิธีการช่วยเหลือที่บุคคลต้องการมีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลตนเอง และพัฒนาสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1991) มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่สะสมมา โดยมีผลต่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น แต่แต่ละบุคคลจะมีวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันไป รวมถึงการกำหนดพฤติกรรมของตนเอง เนื่องจาก



อายุแตกต่างกันความสามารถในการดูแลตนเองจะมีความแตกต่างกัน(ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552) กล่าวว่าคุณสมบัติในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลา ประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝน จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, 2550; นุสรรา มณีโชติสกุลวงษ์และคณะ, 2552) Chow et al. (2012) ศึกษาถึงการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่า โดยพบว่าอายุ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญในพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

**3. รายได้** จัดเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เพราะรายได้เป็นตัวแสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูง จะมีความสามารถในการเลือกซื้อหรือการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้มาก นั่นคือมีทางเลือกสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จากการศึกษาของอัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเลือกซื้อหรือจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยสอดคล้องกับการศึกษาของธิดาสา ลีวัธนะและคณะ (2550) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องรับประทานอาหาร เนื่องจากมีโอกาสที่จะสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองในระหว่างการเจ็บป่วย

**4. ระดับการศึกษา** ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงหรือมีความรู้ จะทำให้ง่ายต่อการนำข้อมูลหรือนำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การเข้าถึงข้อมูล การเลือกปฏิบัติมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งรวมถึงการแก้ปัญหาในการรับประทานอาหาร ความเข้าใจในสุขภาพอนามัย การแก้ปัญหาภาวะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยจากการศึกษาของนุสรรา มณีโชติสกุลวงษ์และคณะ (2552) พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อม มีโอกาสเฝ้าหาความรู้ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ การซักถามปัญหาดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของธิดาสา ลีวัธนะและคณะ (2550) ที่พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องรับประทานอาหารเช่นกัน

**5. การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล** ติดต่อกันเอง และระหว่างบุคคล การสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ เพื่อเกิดเป็นการสนับสนุนด้านความคิด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่สำคัญ เพื่อเกิดเป็นแนวความคิดในการดูแลตนเอง การรับรู้จัดกระทำ การติดต่อ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมถึงการพัฒนาตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2534) การสนับสนุนให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนและโน้มน้าวในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของดวงตา สุวรรณรัตน์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มประคับประคอง ต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ป่วยยังคงมีการรับประทานอาหารตามความเคยชิน

จึงได้ใช้กลุ่มประคับประคองควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยใช้วิธีการแบ่งปันประสบการณ์ การพูดคุย การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยเดียวกัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการดูแลตนเองดีขึ้นจากการศึกษาของ Chang (2008) พบว่าปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลรอบข้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกเช่นเพื่อนร่วมงาน เพื่อน บุคคลในครอบครัว มีผลต่อการเลือกการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

**6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ** เป็นการรับรู้ เรียนรู้ส่วนบุคคล เป็นการตอบสนองของบุคคลในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่จะยอมรับและประเมินค่าจากกระบวนการคิดในการปฏิบัติตน การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะวิกฤติของโรครวมถึงภาวะแทรกซ้อน อัตราการเป็นซ้ำมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง การปรับแผนการดำเนินชีวิต และการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลตนเอง ซึ่งในช่วงเวลาหนึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพจะแสดงออกเป็นความรู้สึก และความเห็นต่อภาพรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (นูมาร์ แวบือฮาร, 2551) จากการศึกษาของจิตติพร วิชิตธงไชย (2555) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

**7. การรับรู้ประโยชน์** เนื่องจากการเป็นกระทำของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ เกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมที่ได้รับประโยชน์ ในการลดภาวะวิกฤติและ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงการรับรู้พฤติกรรมที่ปฏิบัติผ่านมา โดยบุคคลมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมที่แนวโน้มความเป็นไปได้ว่าจะเกิดประโยชน์ บุคคลแต่ละบุคคลมีศักยภาพในการดำเนินชีวิต และเรียนรู้ พัฒนาตนเองตามความต้องการในการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิต คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่แข็งแรงจากการศึกษาของอัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550) พบว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นการกระทำของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อ และประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับความรู้ ก็จะสามารถปฏิบัติตนในการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องจากการศึกษาของจิตติพร วิชิตธงไชย (2555) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทราบว่าการรับประทานอาหารเช้าจะช่วยให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และอาจทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 รวมถึงสัดส่วนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีความแตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราณี สังสะนะ (2553) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูง แต่ยังไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

**8. การสนับสนุนจากบุคคลากรทางการแพทย์** ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย กล่าวคือได้รับการสนับสนุนจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ ด้านการช่วยเหลือ ชี้แนะ ด้านข้อมูล การสนับสนุน ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อม (Orem, 1991) ให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองความต้องการบางอย่างเป็นอยู่ชั่วคราวและต้องการทักษะพิเศษที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลากรทางสุขภาพ เช่น ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทักษะการเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งจะตอบสนองให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนของบุคคลากรทางการแพทย์ จะประคับประคองให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง พัฒนาความสามารถและและเพิ่มทักษะในการตัดสินใจ ในการแสวงหาความ

ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2534) เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค จากการศึกษาของจิราภรณ์ นาสูงชน (2553)พบว่า การสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางสุขภาพที่ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้วยการให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติให้ตรงตามเป้าหมาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จูงใจให้เกิดการวางแผนในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Barandon et al. (2008) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ในเรื่องการปฏิบัติตัว เช่นการรับประทานอาหารเช้า อัตรากาการกลับมา รักษาซ้ำหลังจากจำหน่ายอย่างน้อย 7 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย โดยการใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น

- Eating habits Questionnaire เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารของผู้ป่วย รวมถึงลักษณะการรับประทานอาหารในมีสถานที่ทำงาน ลักษณะการรับประทานอาหารของครอบครัว แบบประเมินส่วนประกอบของอาหารมีทั้งหมด 21 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .74 - .87 (Erin et al., 2003)

- Eating behavior pattern Questionnaire เป็นแบบสอบถามในการประเมินพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ที่กล่าวถึงการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในกลุ่มผู้หญิงชาวออฟฟิศกันอเมริกันที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยการประเมินในพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมันต่ำ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานขนมขบเคี้ยว วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร และการงดเว้นอาหารของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถาม 51 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .65 (David et al., 2003)

- The Dutch eating behavior Questionnaire เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินการตั้งเป้าหมายในการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ประเมินพฤติกรรมส่วนบุคคล มีข้อคำถาม 33 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .77 พบว่ามีการศึกษาในชาวอิตาลีเพื่อใช้ในการประเมินร่วมกับเพศ ดัชนีมวลกาย และอายุ ซึ่งประเมินในพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับประทาน อาหารนอกบ้าน รวมถึงการตั้งเป้าหมายในการรับประทานอาหาร (Antonios et al, 2013 )

- Heart Healthy Eating Questionnaire ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการลดปริมาณไขมัน รวมถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารกากใย ข้อคำถามมีทั้งหมด 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด (Maegaret, 2003)

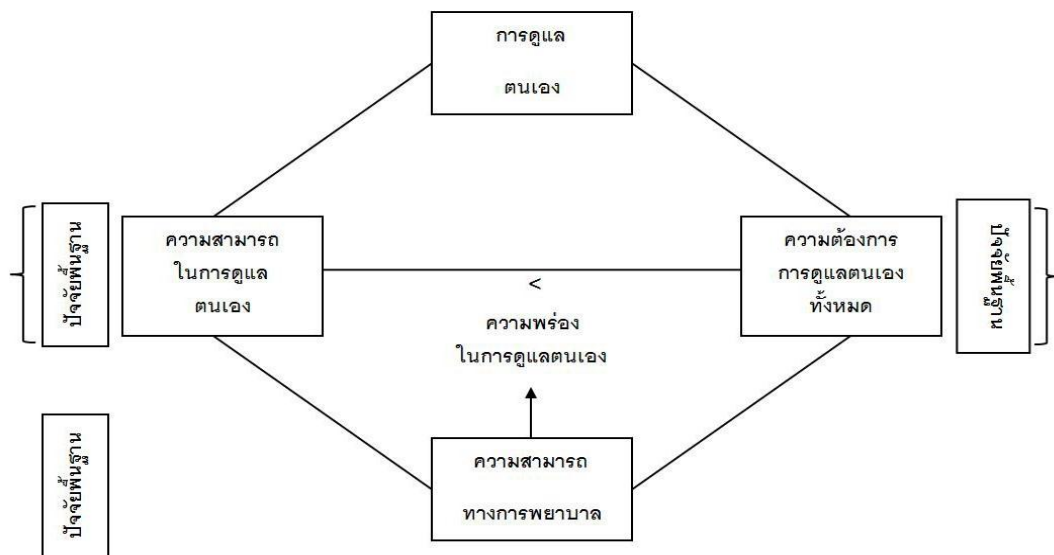
จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาใช้แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร Heart Healthy Eating Questionnaire ของ Maegaret (2003) โดยแปลเป็นภาษาไทยโดย ปชานัญญ์ ตันติโกสม (2553) เนื่องจากในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงสามารถนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างครอบคลุม

3. แนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

แนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วย

แนวคิดการดูแลตนเองในปัจจุบันเป็นที่สนใจของบุคลากรทางสุขภาพ และได้นำมาให้การดูแลผู้ป่วยในแนวทางที่ต่างกันออกไป โดยแนวคิดของโอเร็ม (1991) เป็นแนวคิดในการดูแลตนเองซึ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2539)

Orem (1991) ได้กล่าวว่าการช่วยเหลือบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพพ้นจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการกระทำนั้นต้องเป็นการกระทำที่มีหลักเกณฑ์ เหมาะสมกับบุคคล ขนบธรรมเนียม ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม เมื่อกระทำไปแล้วมีส่วนช่วยเหลือในการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น จากทฤษฎีการพยาบาลโอเร็ม (1991) มีเป้าหมายและจุดเน้นชัดเจนในการแบ่งขอบเขตชัดเจนในการรับผิดชอบของพยาบาล ทักษะเกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติของพยาบาลต่อผู้รับบริการ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2539) โดยการกระทำของพยาบาลต้องได้รับความยินยอม และเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ดังรูปภาพที่ 1 จากกรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงแนวคิดที่สำคัญ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี (Orem, 1991)

### ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ การฟื้นจากความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บและการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติในด้านต่างๆ จะการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisities) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นมีดังนี้

#### 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 อากาศ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอาจมีอาการอ่อนเพลีย เมื่อมีการทำกิจกรรมมากเกินไปความสามารถของหัวใจในการทำงาน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่อยากทำอะไรควรมีการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การที่ผู้ป่วยได้รับอากาศที่บริสุทธิ์และเพียงพอจะส่งผลให้มีร่างกายและจิตใจที่ดีต่อไป (นิพากร ตันติโกสม, 2544)

1.1.2 อาหารที่เพียงพอ สนับสนุนในการลดการทำงานของหัวใจโดยการจัดอาหารที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย การรับประทานอาหารกากใยประเภทผักและผลไม้ ทำให้หลอดเลือดมีการยืดหยุ่น ป้องกันการอักเสบ ลดการเกาะของกลุ่มเกล็ดเลือด ลดอาหารเค็ม จำกัดอาหารที่มีไขมันมาก อาหารรสหวาน หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลการเพิ่มขึ้นของไลโปโปรตีนไลโปโปรตีนและและการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด แนะนำในการดื่มน้ำให้มีปริมาณพอเหมาะกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค (ภัทรสิริ พจมานพงศ์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา และทิพมาศ ชินวงศ์, 2556)

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติเนื่องจากผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มักมีการได้รับยาตามแผนการรักษา อาจทำให้มีอาการท้องผูก รวมถึงการสังเกตจำนวนปัสสาวะในแต่ละวันควรมี การสนับสนุนให้มีการรับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อส่งเสริมการลดการเกิดอาการท้องผูก การรับประทานอาหารกากใยทั้งจากพืชและผลไม้ ซึ่งทำให้เกิดการขับสารพิษออกจากร่างกายทางลำไส้ได้เร็วขึ้น (ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552)

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างมีกิจกรรมและการพักผ่อน ได้รับการสนับสนุนให้มีเคลื่อนไหว การออกกำลังกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง จะทำให้อวัยวะเกิดการผ่อนคลาย และเป็นวิธีการสนับสนุนในพฤติกรรมกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ (ภัทรสิริ พจมานพงศ์, 2556 )

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การพบปะทำให้ผู้ป่วยร่วมกันเผชิญปัญหา และร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีสุขภาพที่ดี และเป็นการช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552)

1.5 ป้องกันอันตราย ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง โดยการสอนเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย หรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้ ให้เกิดการตระหนักโดยการป้องกันอันตรายที่สามารถเกิดขึ้นได้ หากไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งนอกจากการสอนแล้ว การกระตุ้นและการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย จะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมผู้ป่วยในการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

2. การดูแลตนเองจำเป็นตามพัฒนาการ (Development self-care requisities) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น





ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub>

O<sub>2</sub>

#### กลุ่มทดลอง

O<sub>3</sub>

X

O<sub>4</sub>

O<sub>1</sub> หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>2</sub> หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>3</sub> หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

O<sub>4</sub> หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

X หมายถึง โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18-59 ปีที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 1-3 เดือน เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนทั้งสิ้น 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 22 คน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 คน



เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้าร่วมวิจัยดังนี้
  - 1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดมาแล้ว 1- 3 เดือน
  - 1.2 ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก
  - 1.3 สติสัมปชัญญะ สมบูรณ์สามารถพูด เขียน และอ่านภาษาไทยได้
  - 1.4) มีโทรศัพท์บ้านหรือโทรศัพท์มือถือ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร
  - 1.5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตามเวลาจนสิ้นสุดโครงการ

2. เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษา หรือขณะอยู่ที่บ้าน เช่น มีอาการเหนื่อย หอบ เจ็บหน้าอก ใจสั่น มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดี ขณะทำกลุ่มไม่พบมีอาการเหนื่อย หน้ามืด ใจสั่น หรือมีอาการเจ็บหน้าอก และไม่มีผู้แสดงความจำนงในขอออกจากงานวิจัย

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ด้วยวิธีการจับคู่ (matched pair) เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 44 คนซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกัน โดยพิจารณาองค์ประกอบดังต่อไปนี้

3.1) อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552)

3.2) ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อายุระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์ และคณะ, 2552)

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางอำนาจทดสอบของ Burns & Grove (2009; 683) กำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง อำนาจทดสอบ .80 และระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และใช้วิธีการจับคู่ (Matched pairs) โดยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ได้เปิดทำการคลินิกโรคหัวใจวันอังคารและวันศุกร์ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 44 คน โดยกลุ่มแรกจำนวน 22 คนเป็นกลุ่มควบคุมมารับบริการตามปกติในวันอังคาร กลุ่มที่ 2 จำนวน 22 คน เป็นกลุ่มทดลองมารับบริการในวันศุกร์ ได้รับการจัดเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อายุมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาให้อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (ดวงตา สุวรรณรัตน์, 2552) และระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (นุสรา มณีโชติสกุลวงศ์ และคณะ, 2552)

### วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการตามปกติในวันอังคาร และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในวันศุกร์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระต่อกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ครั้งละ 4-6 คนต่อวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่ต้องการครบ 44 คน โดยวิธีการดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว โดยการสอบถามพยาบาลประจำการในคลินิกโรคหัวใจที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือด โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียน และข้อมูลประวัติผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดช่วง 1-3 เดือนแรก

2. เมื่อได้คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ทำการนำรายชื่อผู้ป่วยให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจตรวจสอบอีกครั้งว่าผู้ป่วยยังต้องมาติดตามอาการอีกหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนได้ส่งต่อ ไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งตรวจสอบวันนัดพบแพทย์ของผู้ป่วย โดยการคัดแยกรายชื่อตามวันที่ผู้ป่วยนัด

3. เมื่อคัดเลือกได้กลุ่มตามตัวอย่างที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน การจัดกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ของงานวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย และเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน

#### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว โดยการสอบถามพยาบาลประจำการในคลินิกโรคหัวใจที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือด โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียน และข้อมูลประวัติผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดช่วง 1-3 เดือนแรก

2. เมื่อได้คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ทำการนำรายชื่อผู้ป่วย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุเท่ากันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระดับการศึกษาที่เท่ากัน ให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ตรวจสอบอีกครั้งว่าผู้ป่วยยังต้องมาติดตามอาการอีกและได้กลุ่มทดลองจนครบ 22 คน

3. เมื่อคัดเลือกได้กลุ่มตามตัวอย่างที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน การจัดกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ของงานวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย และเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

ตารางที่ 1 ตารางแสดงคุณสมบัติกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบอายุและระดับการศึกษา

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)	
	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา
1	60	ประถมศึกษา	61	ประถมศึกษา
2	50	ไม่ได้ศึกษา	55	ไม่ได้ศึกษา
3	64	ประถมศึกษา	64	ประถมศึกษา
4	60	ไม่ได้ศึกษา	65	ไม่ได้ศึกษา
5	61	ไม่ได้ศึกษา	64	ไม่ได้ศึกษา
6	37	มัธยมศึกษาตอนต้น	32	มัธยมศึกษาตอนต้น
7	64	ประถมศึกษา	60	ประถมศึกษา
8	49	ประถมศึกษา	50	ประถมศึกษา
9	64	ประถมศึกษา	61	ประถมศึกษา
10	60	ประถมศึกษา	64	ประถมศึกษา
11	51	ไม่ได้ศึกษา	51	ไม่ได้ศึกษา
12	55	ประถมศึกษา	60	ประถมศึกษา
13	58	ไม่ได้ศึกษา	64	ไม่ได้ศึกษา
14	54	ประถมศึกษา	53	ประถมศึกษา
15	45	ประถมศึกษา	47	ประถมศึกษา
16	56	ไม่ได้ศึกษา	56	ไม่ได้ศึกษา
17	58	ประถมศึกษา	59	ประถมศึกษา
18	61	ประถมศึกษา	65	ประถมศึกษา
19	53	มัธยมศึกษาตอนปลาย	58	มัธยมศึกษาตอนปลาย
20	57	ไม่ได้ศึกษา	57	ไม่ได้ศึกษา
21	50	ไม่ได้ศึกษา	52	ไม่ได้ศึกษา
22	61	ประถมศึกษา	61	ประถมศึกษา

## เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

### 1. โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม โดยเลือกระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและเลือกวิธีการช่วยเหลือแบบการชี้แนะ การสนับสนุน การสอนและการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมโดยใช้ระยะในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ซึ่งเชื่อว่าเป็นระยะเวลาที่สามารถประเมินการปรับพฤติกรรมของบุคคลได้ (Johnston, 1994) นอกจากนี้ การเข้ากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เพราะเป็นช่วงเวลาที่บุคคลสามารถมีความสนใจใส่ใจเรียนรู้ได้ดีที่สุด (ศรีธธา แซดวง, 2547) โปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

ภายหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ และได้รับการนัดหมายในการมาพบแพทย์ครั้งต่อไป กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและสร้างสัมพันธภาพแก่ผู้ป่วยและระหว่างสมาชิกด้วยกัน เพื่อสร้างความเป็นกันเอง และเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่ม (Orem, 1991) ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale) ซึ่งผู้วิจัยแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงการตั้งเป้าหมาย สร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Johnston, 1994) สนับสนุนข้อมูลโดยการให้ความรู้และแจกสมุดคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วย การปฏิบัติการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร เพื่อเป็นการให้ข้อมูลทางสุขภาพกับกลุ่มผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความริเริ่มตั้งใจ เห็นคุณค่าการปฏิบัติการดูแลตนเองรวมถึงการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลตนเอง และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อีกทั้งแจกสมุดบันทึกการรับประทานในแต่ละวัน พร้อมการบันทึกปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่บ้านของผู้ป่วย นัดหมายการพบกลุ่มครั้งต่อไปเพื่อติดตามผลการลงมือปฏิบัติในวันที่แพทย์นัดตรวจและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อเตือนก่อนการเข้ากลุ่มและพบแพทย์ 1 วัน

**ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ** โดยการนัดกลุ่มผู้ป่วยพร้อมกับวันนัดพบแพทย์เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย โดยการนัดกลุ่มผู้ป่วย ควรมีสมาชิกครั้งละ 4-6คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากที่สุด หากกลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะน้อยลง (Lorig, 2001 อ้างใน ศรีธธา แซดวง, 2547) กิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน แจ้งวัตถุประสงค์การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ทบทวนเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจก พร้อมแนะนำ สอนในประเด็นที่ผู้ป่วยสงสัย

ให้ผู้ป่วยนำเสนอปัญหาและอุปสรรคต่างๆของแต่ละคนและทางกลุ่มช่วยกันเลือกปัญหาที่สำคัญและต้องรีบแก้ไขก่อน นำปัญหามาวิเคราะห์ ช่วยกันหาแนวทางแก้ไขทั้งระยะสั้นและระยะยาว (problem solving) กระตุ้นให้ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองและการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยพร้อมทั้งร่วมการตัดสินใจในการเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

ทบทวนแบบบันทึกการรับประทานอาหารที่ได้แจกผู้ป่วยและนำมาช่วยในการวางแผนในการแก้ปัญหาให้คำแนะนำเพิ่มเติมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองพร้อมทั้งให้กำลังใจกับกลุ่มผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

นัดหมายการพบกลุ่มครั้งต่อไปเพื่อติดตามผลการลงมือปฏิบัติและโทรศัพท์เพื่อเตือนการเข้ากลุ่มและพบแพทย์ 1 วัน ก่อนวันนัดหมาย 1 วัน

**ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน แจ้ง วัตถุประสงค์การเข้ากลุ่มครั้งนี้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันคาดการณ์ และวางแผนเป้าหมายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการดูแลตนเองพร้อมสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการพัฒนาตนเองและความสำเร็จของการทำกลุ่ม ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

**2. แบบบันทึกประจำวันการรับประทานอาหารของผู้ป่วย** เป็นแบบบันทึกการรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม ที่มีการรับประทานอาหารทั้งวัน โดยการบันทึกในกิจกรรม ในการรับประทานอาหาร ตลอดทั้ง 24 ชม. ซึ่งผู้วิจัยสามารถจำแนกความแตกต่างในการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยในแต่ละวัน จากแบบบันทึกการรับประทานอาหาร โดยการแบ่งในสัดส่วนการรับประทานอาหาร อย่างละเอียดจากการบันทึกของผู้ป่วย และสามารถนำมาในใ้ใช้การเข้าร่วมกลุ่มการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถแสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของอาหารในแต่ละมื้อที่ผู้ป่วยรับประทาน นำมาเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแบ่งปันประสบการณ์การปฏิบัติตน เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

**3. สมุดคู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ** ที่แจกผู้ป่วยประกอบด้วยเนื้อหาที่เน้นการดูแลตนเองให้รับรู้ภาวะสุขภาพและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย

3.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประกอบด้วย

3.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.1.2 ความหมายของการขยายหลอดเลือด

3.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่อันตราย

3.1.4 การรักษาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา

3.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

3.2.1 ประโยชน์ของการเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

3.2.2 การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการและเหมาะสมกับผู้ป่วย

3.2.3 การจำกัดอาหารไขมันสูง

3.2.4 การจำกัดอาหารเค็ม

3.2.5 การจำกัดอาหารหวาน

3.2.6 การเลือกรับประทานผัก ผลไม้

3.2.7 ตารางการจำแนกอาหารตามโซนสีต่าง

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน การวินิจฉัยโรค น้ำหนัก ส่วนสูง และ BMI

2. แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยการแปลและโดยใช้แบบประเมิน Thai version of Heart Healthy Eating ของ Maegaret (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ปชานันท์ ตันติโกสุม (2553) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจากเดิม 24 ข้อ มี 5 ระดับดังนี้

1	หมายถึง	ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย
2	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมเลย
3	หมายถึง	มีการปฏิบัติพฤติกรรมนานๆครั้ง
4	หมายถึง	มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง
5	หมายถึง	มีการปฏิบัติทุกครั้ง

โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หลังการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ตัดข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับโรค บริบทของกลุ่มตัวอย่างและไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ จากนั้นผู้วิจัย นำแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 ได้ตัดข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 5, 8, 12, 13 เหลือข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับคำจำกัดความของ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับได้แก่ ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย ปฏิบัติเดือนละครั้ง มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง และ มีการปฏิบัติทุกวัน (ปชานันท์ ตันติโกสุม, 2553) ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมายดังนี้

1	หมายถึง	ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย
2	หมายถึง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง
3	หมายถึง	มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง
4	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง
5	หมายถึง	มีการปฏิบัติทุกวัน

### เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย	เท่ากับ	1	คะแนน
ปฏิบัติเดือนละครั้ง	เท่ากับ	2	คะแนน
มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง	เท่ากับ	3	คะแนน
มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง	เท่ากับ	4	คะแนน
มีการปฏิบัติทุกวัน	เท่ากับ	5	คะแนน

### เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน และนำมาคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1979) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์  $\geq 80\%$  หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารในระดับดี (48-60คะแนน)

คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ 60 - 79 % หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (36-47คะแนน)

คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์  $< 60\%$  หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับไม่ดี ( $< 36$  คะแนน)

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

**แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง** ผู้วิจัยแปลจาก The Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความสามารถผู้ป่วย มีทั้งหมด 24 ข้อคำถาม โดยมีคะแนน ระหว่าง 24-120 คะแนน ระดับต่ำสุดคือ 24 คะแนนในระดับสูง คือ 120 คะแนน ของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก The Heart Failure Self-care Behavior Scale ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเรื่องการดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.61 (Jaarsma et al, 1999) โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยแปลจาก The Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษแปลจากภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษอีกคนหนึ่งแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) และปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบททางสังคม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับแนวคิด/ทฤษฎี ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของภาษาไทย-ต่างประเทศ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนหลังตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับโรค บริบทของคนไทย และเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ จากนั้นผู้วิจัย นำแบบสอบถามแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 ได้ตัดข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 6, 8, 13, 14, 15, 16, 19 เหลือข้อคำถาม 17 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับคำจำกัดความของ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้

ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกทั้งหมด 14 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่สุด

#### เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5	คะแนน

#### เกณฑ์การแปลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันอยู่ในช่วง 17-85 คะแนน และนำมาคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom (1979) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์  $\geq 80$  % หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง (68-85 คะแนน)

คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์ 60 - 79 % หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (51-67 คะแนน)

คะแนนเป็นเปอร์เซ็นต์  $< 60$  % หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ( $< 50$  คะแนน)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity Index) นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร คู่มือการเลือกรับประทานอาหาร แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลองไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 (Polit and Beck, 2004) มีความคิดเห็นตรงกัน จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่

1.1 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	1	คน
1.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	1	คน
1.3 อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และเชี่ยวชาญทฤษฎีไอเอ็ม	2	คน
1.4 นักโภชนาการ	1	คน



จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้ สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเครื่องมือเก็บรวบรวม ข้อมูลและเครื่องมือกำกับการทดลองมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ค่าที่ยอมรับได้ คือมากกว่า หรือเท่ากับ .8 (Polit and Beck, 2004) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรง (Content validity Index) ตามเนื้อหาของแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารและ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ค่าที่ยอมรับได้ คือมากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit and Beck, 2004) ได้ค่าความตรง (Content validity Index) ตามเนื้อหา .80 และ .90 ตามลำดับจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ วิจัยทั้งหมด มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย และมีความเหมาะสมกับ บริบทของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือด หัวใจ แผนการสอนเรื่อง “อาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจ” คู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และแบบ บันทึกรับประทานอาหารประจำวันการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 3 คน โดยการให้การพยาบาลแบบสนับสนุน โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย รวมถึงการแนะนำในการให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มในการแบ่งปันประสบการณ์ หลังจากได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน ทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินความเหมาะสมในเนื้อหาที่นำมาให้ความรู้แก่ผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาในการจัดทำกิจกรรมกลุ่มในการแบ่งปันประสบการณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ ในเนื้อหาของคู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และแบบบันทึก รับประทานอาหารประจำวันการรับประทานอาหารของผู้ป่วยส่วนระยะเวลาในการจัดทำกิจกรรมกลุ่มนั้นพบว่าการเข้า ร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งใช้ระยะเวลานานกว่าที่กำหนดไว้ จึงได้ปรับระยะเวลาในการเข้ากลุ่มจาก เวลา 15-20 นาที เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 30-45 นาที

**2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการรับประทาน อาหารและแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดที่ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองกับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดจำนวน 30 คน ที่ มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ .7-.8 (Devellis, 1999) ซึ่งค่าความ เที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารและ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ .70 และ .70 ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index : CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	0.80	0.70
2. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง	0.90	0.70

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอนระหว่างวันที่ 11 กันยายน 2556 ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมตัวเอง ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจ โภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. เตรียมเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแบบบันทึกประจำวันการรับประทานอาหารประจำวันของผู้ป่วย คู่มือการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลและการขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาล

4. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2556

#### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง (เริ่มวันที่ 31 ตุลาคม 2556 – 31 มกราคม 2557)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันเวลาที่คลินิกเปิดบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติและข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ามารับการรักษาตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจึงขออนุญาตเข้าแนะนำตัว อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยและกำหนดการต่างๆ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบกลุ่มละ 22 คน

1. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว โดยการสอบถามพยาบาลประจำการในคลินิกโรคหัวใจที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่คุณสมบัติที่กำหนด โดยค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียนและข้อมูลประวัติผู้ป่วยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจช่วง 1-3 เดือนแรก
3. เมื่อได้คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ทำการนำรายชื่อผู้ป่วย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อายุเท่ากันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระดับการศึกษาที่เท่ากัน และให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจตรวจสอบอีกครั้งว่าผู้ป่วยยังต้องมาติดตามอาการอีก
4. เมื่อคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกวันอังคารและวันศุกร์ เวลา 7.00 – 12.00น. ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน การจัดกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ของงานวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย และเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัย
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างจนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครบกลุ่มละ 22 คนรวม 44 คน
6. หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมในห้องตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกจัดไว้ให้ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

**ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ** ภายหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ และได้รับการนัดหมายในการมาพบแพทย์ครั้งต่อไป กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การแนะนำตัว แจกแจงวัตถุประสงค์การวิจัยและสร้างสัมพันธภาพแก่ผู้ป่วย การให้การพยาบาลตามปกติ ลักษณะรายบุคคลตามปกติของคลินิกโรคหัวใจในการแนะนำการรับประทานอาหารและอื่นๆ จากพยาบาลวิชาชีพ จัดให้กลุ่มได้ตอบแบบสอบถาม (Pre-test) ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale) ซึ่งผู้วิจัยแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย นัดหมายกลุ่มครั้งที่สองในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อสรุปประเมินผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้วิธีการอ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่างฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม (ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที)

**ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ** (สัปดาห์ที่ 4 และ 8) ผู้รับบริการมารับการตรวจตามแพทย์นัด การให้การพยาบาลตามปกติ ลักษณะรายบุคคลตามปกติของคลินิกโรคหัวใจในการแนะนำการรับประทานอาหาร และอื่นๆ จากพยาบาลวิชาชีพ จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบประเมิน(Post-test) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale) ซึ่งผู้วิจัยแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย

**ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม** ( สัปดาห์ที่ 12) ผู้รับบริการมารับการตรวจตามแพทย์นัด การให้การพยาบาลตามปกติ ลักษณะรายบุคคลตามปกติของคลินิกโรคหัวใจในการแนะนำการรับประทานอาหาร และอื่นๆ จากพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การพบกลุ่มครั้งนี้ เพื่อประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มได้ตอบแบบประเมิน (Post-test) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยสรุปผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง สอนและให้ความรู้ พร้อมทั้งแจกสมุดคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยและการปฏิบัติการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการ

### **กลุ่มทดลอง (แสดงตารางในภาคผนวก)**

#### **ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (สัปดาห์ที่1)**

ภายหลังจากผู้ป่วยมารับการเจาะเลือด และได้รับการนัดหมายในการมาพบแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และแจ้งประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

2. สร้างสัมพันธภาพ และระหว่างสมาชิกด้วยกัน เพื่อสร้างความเป็นกันเอง และเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่ม โดยการเล่นเกมส์ในการจำชื่อผู้ร่วมกิจกรรมและสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

3. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถาม (Pre-test) ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale) ซึ่งผู้วิจัยแปลและปรับให้เหมาะสมกับคนไทย โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกคำตอบเอง

4. ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเรื่องการรับประทานอาหารและการดูแลตนเองตามแผนการสอน หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร โดยเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมการสอนประกอบด้วย

4.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.2 วิธีการรักษาประกอบด้วย วิธีการรักษาโดยใช้ยา การรักษาโดยการขยายหลอดเลือดและการใส่ขดลวด และการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4.3 อาการและอาการแสดงที่จำเป็นต้องรับมาโรงพยาบาล

4.4 แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร พร้อมอธิบายถึงประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร

4.5 การเลือกรับประทานอาหาร การงดอาหารไขมันสูง การงดอาหารเค็ม และการงดอาหารหวาน พร้อมยกตัวอย่าง

4.6 ข้อควรปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหาร และอาหารที่ไม่ควรรับประทานประจำ

4.7 ตัวอย่างอาหารที่แนะนำในแต่ละมื้อ

5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยริเริ่ม ตั้งใจและเห็นคุณค่าในตนเองรวมถึงการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลตนเอง

6. แจกสมุดบันทึกการรับประทานในแต่ละวัน พร้อมอธิบายการบันทึกปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่บ้านตามแบบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

7. นัดหมายการพบกลุ่มครั้งต่อไปในวันที่แพทย์นัดตรวจและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อเตือน

**ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ** (สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8) โดยการนัดกลุ่มผู้ป่วยพร้อมกับวันนัดพบแพทย์เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย โดยการนัดกลุ่มผู้ป่วย ควรมีสมาชิกครั้งละ 2-6 คน หากกลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะน้อยลง (Lorig, 2001 อ้างใน ศรีธธา แซดวง, 2547)

1. เป็นการเปิดโอกาสสมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากที่สุด กิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน

2. แจกวัสดุอุปกรณ์การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ทบทวนเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจก พร้อมแนะนำ สอนในประเด็นที่ผู้ป่วยสงสัย

3. ผู้ป่วยนำเสนอปัญหาและอุปสรรคต่างๆของแต่ละคนและทางกลุ่มช่วยกันเลือกปัญหาที่สำคัญและต้องรีบแก้ไขก่อน นำปัญหามาวิเคราะห์ ช่วยกันหาแนวทางแก้ไขทั้งระยะสั้นและระยะยาว (problem solving)

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่ได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองและการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยทบทวนแบบบันทึกการรับประทานอาหารที่ได้แจกผู้ป่วยและนำมาช่วยในการวางแผนในการแก้ปัญหา (30-45 นาที)

5. ให้คำแนะนำเพิ่มเติม เสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจกับกลุ่มผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร

6. จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบประเมิน(Post-test) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale) ซึ่งการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ผู้วิจัยจะทำการประเมินในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินความสามารถหลังจากได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองและได้รับประสบการณ์จากการปฏิบัติตนและการแบ่งปันประสบการณ์จากกลุ่มผู้ป่วยเดียวกัน

ในช่วงสัปดาห์ที่ 5, 6 และ 7 เป็นช่วงเวลาที่ให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปที่บ้านและนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุนไปใช้ และเมื่อพบปัญหาแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างทำการบันทึกลงในสมุด บันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

จากการทำการนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในการแบ่งปันประสบการณ์การดูแลตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มในแต่ละครั้งร่วมกันในการแบ่งปันประสบการณ์อย่างดี มีการโต้ตอบกันในเรื่องของข้อจำกัดในแต่ละบุคคล เช่น การรับประทานผักสด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในช่องปาก ไม่สามารถเคี้ยวผักสดได้ สมาชิกในกลุ่มจะร่วมกันเสนอแนะในแนวทางที่ตนเองปฏิบัติมาก่อน โดยเสนอแนะให้ใช้วิธีการตัดเป็นคำเล็กๆ หรือใช้วิธีการต้มผัก ซึ่งเป็นการแบ่งปันประสบการณ์และร่วมกันแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นชุมชนชาวมุสลิมเป็นส่วนใหญ่ ในงานเทศกาล หรืองานบุญของชาวมุสลิม ซึ่งอาหารส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่ค่อนข้างมีปริมาณไขมันมาก มีส่วนประกอบ

ของกะทิมาก เช่น มีน้ำมัน ชุปต่างๆ สมาชิกในกลุ่มมีความเห็นว่าควรจะได้รับประทานอาหารจากบ้านไป และหากต้องรับประทานอาหารที่งานบุญ ให้เลือกรับประทานอาหารประเภทยาเท่านั้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีความสนใจและสอบถามถึงการดูแลตนเองภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือด เช่น เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก อาการใจสั่น เหนื่อย ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำรวมถึงได้เพิ่มเติมลงในสมุดคู่มือ การรับประทานสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังสิ้นสุดการทำกลุ่มในแต่ละครั้งผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยในการโทรศัพท์เพื่อทำการนัดหมายในครั้งต่อไป

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (สัปดาห์ที่ 12)

1. ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันคาดการณ์และวางเป้าหมายจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
3. แจงวัตถุประสงค์การเข้ากลุ่มครั้งนี้ เพื่อประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง
4. ร่วมกันสรุปผลการคาดการณ์และการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการพัฒนาตนเองและความสำเร็จของการทำกลุ่ม และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรม การรับประทาน
5. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มได้ตอบแบบประเมิน (Post-test) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทาน อาหาร ผู้วิจัยสรุปผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

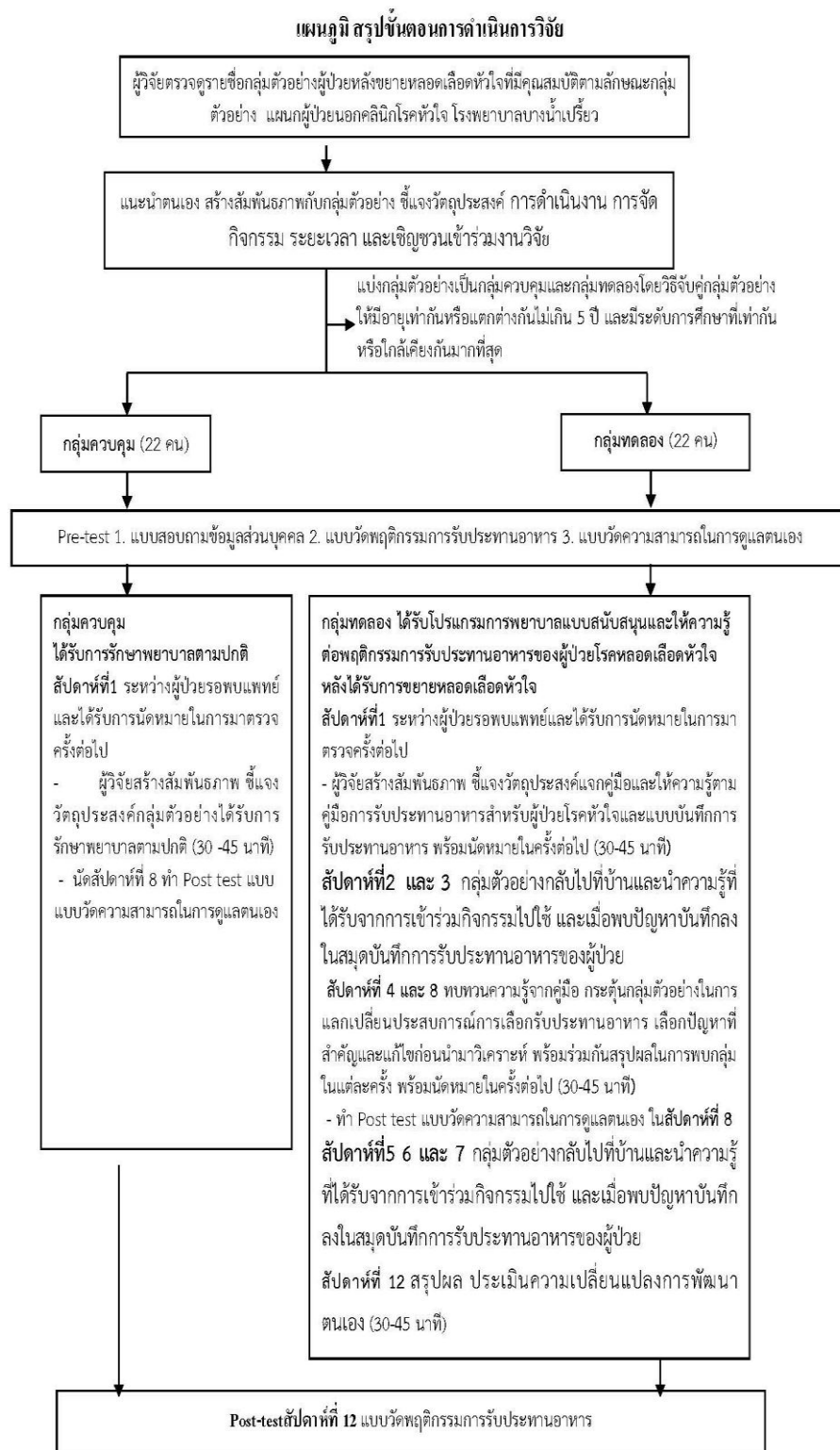
ภายหลังผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล ตลอดจนข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีเปิดเผย ชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัย จะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับและกลุ่มตัวอย่างสามารถ แจ้งออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ในขณะที่ดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยแม้ในขณะที่อยู่ในโปรแกรมและผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะ ประสานติดต่อกับหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อดำเนินการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ในขณะที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือมีภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความร่วมมือในแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 1-3 เดือน เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังตารางที่ 5

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติดังตารางที่ 6

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองดังตารางที่ 7

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติดังตารางที่ 8

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวต่อเดือน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	45.5	11	50.0	21	47.7
หญิง	12	54.5	11	50.0	23	52.3
อายุเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	56.3		58			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 6.9			7.5			
สถานภาพ						
โสด	1	4.5	6	27.3	7	15.9
คู่	18	81.8	10	45.5	28	63.6
หม้าย	2	9.1	5	22.7	7	15.9
หย่า	1	4.5	-	-	1	2.3
แยกกันอยู่	-	-	1	4.5	1	2.3
ศาสนา						
พุทธ	9	40.9	5	22.7	14	31.8
คริสต์			1	4.5	1	2.3
อิสลาม	13	59.1	16	72.7	29	65.9
ไม่ได้ศึกษา	8	40.9	8	36.4	16	36.4
ประถมศึกษา	12	54.5	12	54.5	24	54.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.5	1	4.5	1	2.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.5	1	4.5	2	4.6
รายได้ครอบครัวต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	16	72.7	14	63.6	30	68.2
น้อยกว่า 2,000 บาท	1	4.5	3	13.6	4	9.1
2,001-5000 บาท	3	13.6	1	4.5	4	9.1
5001-10000 บาท	1	4.5	4	18.2	5	11.4
10001 บาทขึ้นไป	1	4.5	-	-	1	2.3

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.3 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 56.3 (SD=6.9) อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 58 (SD=7.5)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.6 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 54.5 และส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 68.2

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

	คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลอง (n=22)		คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มควบคุม (n=22)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Mean	40.27	47.41	37.09	39.32
%	67.12	79.02	61.82	65.53
SD	5.52	3.92	7.27	7.54
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง 40.27 (SD= 5.52) หรือ 67.12% ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองเท่ากับ 47.41 (SD= 3.92) หรือ 79.02% อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 37.09 (SD= 7.27 ) หรือ 61.82% ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองเท่ากับ 39.32 (SD= 7.54) หรือ 65.53% อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=22)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	40.27	5.52	21	4.864	0.000*
หลังการทดลอง	47.41	3.92			
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง	37.09	7.27	21	1.313	0.203
หลังการทดลอง	39.32	7.54			

\*p-value < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 40.27 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นเป็น 47.41 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test (n=22)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	40.27	5.52	42	1.63	0.006
กลุ่มควบคุม	37.09	7.27			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	47.41	3.92	31.60	4.47	0.000*
กลุ่มควบคุม	39.32	7.54			

\*p-value < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มทดลอง เท่ากับ 40.27 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 37.09 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 47.41 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 39.32 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=22)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	59.45	8.67	21	8.686	.000*
หลังการทดลอง	73.86	4.69			
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง	62.77	5.99	21	2.104	.048*
หลังการทดลอง	67.64	9.02			

\*p-value < .05

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 59.45 หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 73.86 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test (n=22)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	59.45	5.99	42	1.477	0.007
หลังการทดลอง	62.77	8.67			
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง	73.86	4.69	31.59	2.87	0.004*
หลังการทดลอง	67.64	9.02			

\*p-value < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองกลุ่มทดลอง เท่ากับ 59.45 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 62.77 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 62.77 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 67.64 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 1-3 เดือน เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนทั้งสิ้น 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 22 คน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 คน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลปทุมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ทั้งเพศชายเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดมาแล้ว 1-3 เดือน เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยการกำหนดคุณสมบัติคือผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดมาแล้ว 1-3 เดือน ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์สามารถพูด เขียน และอ่านภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์บ้านหรือโทรศัพท์มือถือ ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตามเวลาจนสิ้นสุดโครงการวิจัย



ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และใช้วิธีการจับคู่ (Matched pairs) โดยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ได้เปิดทำการคลินิกโรคหัวใจวันอังคารและวันศุกร์ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 4-6 คนต่อวัน จนได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 44 คน โดยกลุ่มแรกจำนวน 22 คนเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งให้บริการตามปกติ กลุ่มที่ 2 จำนวน 22 คน เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับการจัดเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาให้อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดี ขณะทำกลุ่มไม่พบมีอาการเหนื่อย หน้ามืด ใจสั่น หรือมีอาการเจ็บหน้าอก และไม่มีผู้แสดงความจำนงในขอออกจากงานวิจัย

ภายหลังจากเก็บข้อมูลวิจัยเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ซึ่งผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

**คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05** เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความช่วยเหลือในการสนับสนุนข้อมูลโดยการให้ความรู้โดยพยาบาลรวมถึงการเข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งเป็นการแบ่งปันความรู้และเป็นการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องเดียวกันเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการพัฒนาความสามารถจะตอบสนองต่อการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามที่คาดการณ์ไว้ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง ซึ่งการจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้มีปฏิสัมพันธ์กันร่วมกับการสนับสนุนข้อมูลโดยการสอนจะทำให้เกิดการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งจากการจัดทำกิจกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุนครั้งนี้ ได้มีการนำเอากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน นำมารวมกลุ่มกันในการแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้น ส่วนใหญ่เป็นคนในชุมชนเดียวกัน และเคยพบปะกันมาบ้างอยู่แล้ว เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมจึงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแบ่งปันประสบการณ์ จากที่เคยปฏิบัติและมีการปรับเปลี่ยนเช่นไร เช่นมีผู้ป่วยที่ชอบดื่มกาแฟในระหว่างวัน ทางกลุ่มจะมีการเสนอว่าให้เลิกดื่มกาแฟที่ตนเอง เนื่องจากสามารถกำหนดปริมาณของกาแฟได้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้บอกว่าปกติจะดื่มกาแฟแบบ 3 in 1 สมาชิกในกลุ่มจะแนะนำเพิ่มอีกว่า ให้เลิกกาแฟชนิดที่เป็นซองสีทอง เลือกแบบหวานน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุน สามารถเพิ่มความรู้ผู้ป่วยในการดูแลตนเองมากขึ้น

ดังนั้นกิจกรรมดังกล่าวนี้ สามารถเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สอดคล้องกับการศึกษาของ Barry et al. (2006) ศึกษาการใช้กลุ่มสนับสนุน และการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังทำการขยายหลอดเลือดไปแล้ว 6 เดือน โดยการติดตามผู้ป่วยหลังจากทำการขยายหลอดเลือดโดยการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า

ผู้ป่วยมีการรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยการสนับสนุนจากกลุ่มผู้ป่วยเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และจากการศึกษาของ ดวงตา สุวรรณรัตน์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มระดับประคอง ต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย มีผลต่อการรับรู้และมีความสัมพันธ์ กับความเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การรับประทานอาหาร ที่มีผลทำให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคโดยเฉพาะการรับประทานอาหารซ้ำของหลอดเลือด

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหลังขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05** เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยระบบการพยาบาลแบบการสอนและการสนับสนุนผู้ป่วย การให้การช่วยเหลือ ทั้งแบบสอนให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 1991) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นรูปแบบการพยาบาลการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารยังไม่ชัดเจน เป็นเพียงการให้คำแนะนำตามระยะเวลาที่มีจำกัด ในลักษณะรายบุคคล หลังได้รับการตรวจจากแพทย์ ไม่ได้รับการช่วยเหลือโดยการให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมถึงได้รับการพยาบาลตามปกติลักษณะรายบุคคล ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน แบ่งปันประสบการณ์ รวมถึงไม่ได้รับคู่มือการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกระบวนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยผ่านกระบวนการกลุ่มสนับสนุนมีความสามารถในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Feoger-Bompas. (2009) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารโดยการให้ข้อมูลโดยตรงกับผู้ป่วย และการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยแบบรายกลุ่มโดยการให้ผู้ดูแลเข้าร่วมการรับข้อมูล โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารลดอาหารไขมัน พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยแบบรายกลุ่มที่เข้ารับข้อมูลเรื่องการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ดูแลสามารถลดระดับไขมันได้ดีกว่า

จากการศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่า การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยได้และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีและเหมาะสมมากขึ้น แต่เนื่องจาก ในบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือด ในระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จ. ฉะเชิงเทรา ในระหว่างที่รอพบแพทย์หรือรอเจาะเลือดนั้น ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจ และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองทั่วไป

เบื้องต้น โดยพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยทุกคนกลับบ้านโดยในสมุดนี้ในส่วนทางด้านหลังจะมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเบื้องต้น ออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการรับประทานอาหาร แต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับเรื่องโรคหัวใจ อีกทั้งบริบทของชุมชนที่มีบ้านเรือนใกล้เคียงกัน นิยสนคนไทยที่ชอบพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้กัน ดังนั้น จากปัจจัยดังกล่าว ทำให้ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เพิ่ม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันในระยะเวลา 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองไม่สามารถ ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในทุกๆวันได้ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ และไม่ได้มีการประเมินผลการใช้คู่มือของผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมดังกล่าว เนื่องจากผู้วิจัยใช้เพื่อประกอบกิจกรรมในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมกลุ่ม การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนในแต่ละครั้ง ซึ่งอาจมีผลต่อการบันทึกปริมาณและชนิดของอาหารที่รับประทานในแต่ละครั้งได้

2. การนัดผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง จะทำการนัดพร้อมกับการนัดพบแพทย์ของผู้ป่วย ซึ่งในระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมจะมีความใกล้เคียงกับเวลานัดพบแพทย์ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในการเรื่องเวลาในการพบแพทย์ มีผลให้การเข้าร่วมกลุ่มโดยการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์หลังจากได้รับความรู้ มีการแสดงออกอย่างไม่เต็มที่

3. ผู้ป่วยทุกคนที่มาพบแพทย์ในช่วงเวลาเช้า จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเบื้องต้นจากพยาบาลประจำคลินิก ทำให้เมื่อนำการทดลองไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างทำให้ผลการทดลอง โดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้พบว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้

1. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหาร และการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญมากขึ้น

2. การจัดทำเอกสารคู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นเอกสารที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกชนิด การจัดทำเนื้อหาควรมีความกระชับ สั้น เข้าใจง่าย เน้นรูปภาพ และตัวอักษรขนาดใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยบางท่านมีปัญหาทางสายตา และเพื่อง่ายต่อการเข้าใจ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผู้ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อเนื่อง เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง

2. ในการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีแบบแผนและแนวทางที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการมีโภชนาการที่ดี รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านภาวะโภชนาการแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ข

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพด้านอื่นๆของผู้ป่วย เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

## รายการอ้างอิง

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล และ ภาวนา กীরติยุตวงศ์. (2541). คุณลักษณะของมโนทัศน์ความสามารถทางการพยาบาล ในทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 1(6), 41-47.
- กนกวรรณ ศิลปกรรม พิเศษ วรรัตน์ สุขคุ้ม และวราณี สัมฤทธิ์. (2554). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคการออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 32-48.
- กอบกุล บุญปราศรัย. (2549). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.อี.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- กัลยา ศรีมหันต์. (2541). *ศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา ศรีมหันต์. (2541). *ศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ครรชิต เชี่ยวชาญ. (2551). ประโยชน์และความเหมาะสมของการส่งตรวจเดินสายพานเพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก. *พุทธชินราชเวชสาร*, 25, 121-130.
- จันทิรา ทรงเต๊ะ. (2554). *พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของชาวไทยมุสลิมในชุมชนมีสุวรรณ 3*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตติพร วิชิตธงไชย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(4), 340-346.
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2553). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก สุวสี โลวีภรณ์ และสยาม คำเจริญ. (2552). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(4), 286-291.
- ดวงตา สุวรรณรัตน์. (2552). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- นิภาพร ตันติโกสม. (2544). **ผลของการสอนตามโปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุสรรา มณีโชติสกุลวงศ์ พรรณรัตน์ นนทิสและไพสิฐ มารยาท. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กรณีศึกษา อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร*, 24(2), 21-32.
- ประภาพรรณ นิลศิริ, ว. อ. ห. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขต อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยบุรพา*, 20(4), 10-20.
- ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3), 17-28.
- ปารรีนา ปรียาโชติ. (2551). **ปัจจัยคัดสรรคการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ภัทรสิริ พจมานพงศ์ จารุวรรณ กฤตย์ประชา และทิพมาศ ชินวงศ์. (2556). **พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ**. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, การประชุมวิชาการหาใหญ่ ครั้งที่ 4 เรื่อง “การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย.
- อมรรัตน์ สมมิตร ชมนาด วรณพรศิริ และสุธาสิณี ธรรมอารี. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *การพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 55-66.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). **ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจิตวิทยาชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ลัดดาวัลย์ เพชรไพโรจน์ และ อัจฉรา ชำนิศาสตร์. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology)**. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด.
- ศรัทธา แวดวง. (2547). **ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. (2543). ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลบุรพา*, 7(3), 58-64.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2534). **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: บริษัทวิศิฏสิน จำกัด

- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2553). **สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย** Retrieved 1 กันยายน 2555 <[http://thaists.org/news\\_detail.php?news\\_id=212](http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212)>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). **สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร) สำนักงานสถิติแห่งชาติ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.**
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Producer). (2553, 3 มีนาคม 2556). **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด** Retrieved from <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/cardiovascular%20disease.pdf> <<http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/%20cardiovascular%20disease.pdf>>
- สุดใจ บูรณพลกษา. (2549). **พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.**
- สุนตรา นิมานันท์. (2537). **ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เขตเมืองเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อดิศร ศรีละออง. (2542). **สังคมจิตวิทยาในการบริโภคอาหารไขมันสูงของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉราณี สังชนะ. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดแะเชิงเทรา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 21(1), 1-11.**
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. (2542). **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Aish, A. E. a. I., M. (1996). Effects of Orem-base nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patient. *International Journal of nursing studies*, 33(3), 259-270.
- Antonios Dakanalis, M. A. Z., Massimo Clerici, Fabio Maddu, Giuseppe Riva andRiccardo Caccialanza. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Elsevier*, 71, 187-195.



- Barandon, L., Calderon, J., et al. (2008). Assessing cardiovascular risk factor after coronary artery bypass surgery: value of an aggressive strategy including systematic follow-up. *Archives of Cardiovascular Disease*, 101, 155-162.
- Bhupathiraju, S. N. a. T., K. L. (2011). Coronary heart disease prevention: Nutrients, food, and dietary pattern. *Clinica Chimica Acta*, 412, 1493-1514.
- Borke, J. A. a. W., P. C. (2012). Eating a larger number of high-salt foods is not associated with short-term risk of acute decompensation in patients with chronic heart failure. *The journal of emergency medicine*, 1-10.
- Carrillo Algarra, A. J. D. a. J. (2013). Self-care capability of patients in peritoneal dialysis: a pilot study in Bogota. *Enfermeria global*, 30, 65-75.
- Chen, Y., McClintock T. R., et al. (2012). Prospective investigation of major dietary pattern and risk of cardiovascular mortality in Bangladesh. *International Journal of Cardiology*, 1-7.
- Clark, A. M., Duncan, A. S., et al. (2010). Healthy diet in Canadians of low socioeconomic status with coronary heart disease: Not just a matter of knowledge and choice. *Heart And Lung*, 40, 156-163.
- David, G. S., Margaret, K.H., & Maciej S.B. . (2003). The Eating Behavior Patterns Questionnaire predicts dietary fat intake in African American women. *Journal of The AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION*(103), 338-345.
- Denni, C.-L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of nursing studies*, 24, 321-332.
- Dickson, V. V., Howe A., Deal, J. and McCarthy, M. M. (2011). **The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease.**
- Eagle, K. A., et al. (2004). **ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery.** Retrieved 20 October 2012 <http://circ.ahajournals.org>
- Eastwood, G. M. (2001). Lifestyle pattern change in males for percutaneous transluminal coronary angioplasty/intracoronary stenting. *International Journal Nursing Practice*, 7, 131-137.
- Froger-Bompas, C., Laviolle B., et al. (2009). **Sustained positive impact of a coronary rehabilitation programme on adherence to dietary recommendations.** *Archives of Cardiovascular Disease*, 102: , 97-104.
- Graham, E. C. (2003). *Development of the eating habits questionnaire.* Degree of Master of Science of Graduate Studies of Texas A&M University.
- Hassni, M., B, F., R., Z. A. et al. (2010). Self-care ability base on Orem's theory in coronary artery disease patient. *Iranian journal of critical care*, 3(2), 87-91.

- Holmes, A. L., Sanderson, B., et al. (2005). Dietitian services are associated with improved patient outcomes and the MEDFICTS Dietary assessment Questionnaire is a suitable outcome measure in cardiac rehabilitation. *Journal of American Dietetic Association*, 9(12), 1533-1540.
- Isenberg, M. (1987). An international research project to test Orem's self care deficit theory of nursing. Proceedings of scientific session of the 29<sup>th</sup> Biennial Convention of Sigma Theta Tau International. *Sigma Theta Tau*.
- Jaarsma, T., et al. (1999). Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 1, 151-160.
- Jackson, A. M., Gregory, S. and McKinstry, B. (2009). Self-help groups for patients with coronary heart disease as a resource for rehabilitation and secondary prevention- what is the evidence? *Heart And Lung*, 38(3), 192-199.
- Johnston, J. M., Jansen, G. R., et al. (1994). Comparison of group diet instruction to a self-directed education program for cholesterol reduction. *Journal of nutrition education*, 26(3), 140-145.
- Leonga, J., Molassiotisa A. and Marshb, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in nursing*, 8, 26-38.
- Lukkarinen, H. a. H. M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Studies*, 34(4), 294-304.
- Martinez, L. g. a. H.-F., M.A. . (2000). Medical surgery nursing: Assessment and management of clinical problem. *Nursing management coronary artery disease*.
- Maruyama, K., Iso, H., et al. (2012). Dietary patterns and risk of cardiovascular deaths among middle-aged Japanese: JACC study. *Nutrition, Metabolism Cardiovascular Disease*, 1-9.
- McNamara, D. (2000). Dietary Cholesterol and atherosclerosis. *BiochimBiophysActa*, 1529, 310-320.
- Moore, L. V., Roux A. V. D., et al. (2009). Fast food consumption, Diet Quality, and Neighborhood Exposure to Fast Food The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *American Journal of Epidemiology*, 107(1), 29-36.
- Moser, D. a. D., K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event: The influence of perceived control. *Heart And Lung*, 24(4), 273-280.

- Murphy, C., Fishman, J. and Shaw, R. (1989). Education of patients undergoing coronary angioplasty: factors affecting learning during a structure educational program. *Heart And Lung*, 18 36-45.
- Ness, A., Powles J. ( 1997). Fruit and vegetable, and cardiovascular disease : a review. *Int J Epidemiol*, 26, 1-13.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Year Book Inc.
- Pietinen, P., Rimm E., et al. (1996). Intake dietary fiber and risk of coronary heart disease in cohort of finish men: the alpha-tocopherol, beta-carotien cancer prevention study. 94(11), 2720 -2727.
- Schlund D. G., H. M. K. a. B. M. S. (2003). The eating behavior patterns questionnaire predicts dietary fat intake in African American women. *Journal of The AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION*, 338-345.
- Serruys , P., et al. (1998). Incidence of restenosis after successful coronary angioplasty: A time- related phenomena.A quantitative angiographic study in 342 consecutive patients at 1,2,3,and 4 months. *Circulation*, 77, 361-371.
- Services, U. S. D. o. H. a. H. (1996). . **Physical activity and health: a report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: U.S: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Tantikosoom, P. (2010). *The effect of behavioral management program on blood cholesterol inpatients with coronary revascularization*. Degree of Doctor of Philosophy Program Nursing Science Faculty of Nursing Chulalongkorn University.
- Thompson, F. E., et al. (2010). Need for technological innovation in dietary assessment. *American Dietetic Association*, 48-51.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



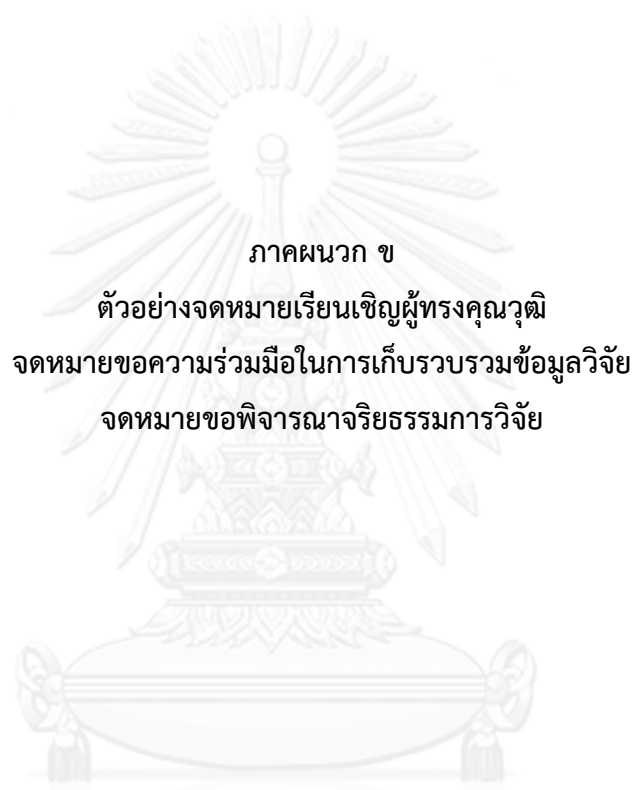
ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### ชื่อ – นามสกุลตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

รศ.นพ. สุวัจชัย พรรัตนรังสี	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล
ผศ. ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ. ดร. สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการ พยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางสาวสตีตพร นพพลับ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางแววตา รัฐนิติสกุล	ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1735

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕๑ สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1151  
นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ โทร. 086-387-7463



ที่ ศธ 0512.11//49

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1151

นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ โทร. 086-387-7463

ที่ ศธ 0512.11/1149

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

3/ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสสิตพร นพพลับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านโรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

นางสาวสสิตพร นพพลับ  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1151  
นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ โทร. 086-387-7463

ที่ ศธ 0512.11/1148



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวดวงตา รัฐนิติสกุล ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป -

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

นางสาวดวงตา รัฐนิติสกุล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152  
อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1151  
นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ โทร. 086-387-7463

รพ.บางน่านเปรี๊ยะ  
 วันที่ ๙.๙.๒๕๕๖  
 รับที่ ๔๙๘๓  
 เวลา.....



ที่ ศธ 0512.11/ 1462

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
 กรุงเทพฯ 10330

1) กันยายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

เพื่อโปรดทราบ  เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  
 พล.ต.ท.ท.ช.ม.

.....

(นางสาวทัศนีย์ ยิ่งเจริญ)

นักจัดการงานทั่วไป ปฏิบัติการ  
 ๑๙ ก.ย. ๒๕๕๖

ฝ่ายวิชาการ  
 อาจารย์ที่ปรึกษา  
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
 ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1152 (นางสรลักษ์ณ์ มิ่งไทยสงค์)

นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ โทร. 086-387-7463

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว  
 ๒๐ ก.ย. ๒๕๕๖

ขอแสดงความนับถือ

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ขอบ



ที่ ศธ 0512.11/1542

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

30 กันยายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

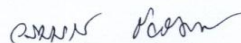
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 -59 ปี ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 1-3 เดือน เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ จำนวน 88 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามที่ใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการพฤติกรรมรับประทานอาหาร โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้พฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และสมุดคู่มือการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1151

ข้อนี้ นิสิต

นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ โทร. 086-387-7463

รพ.บางน้ำเปรี้ยว

วันที่ ๙.๙.๒๕๕๖

วันที่ ๙.๙.๒๕๕๖

เวลา.....

ที่ ศธ 0512.11/ 1462



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

|| กันยายน 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

 เพื่อโปรดทราบ  เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ
.....  
.....

(นางสาวทัศนีย์ ยิ่งเจริญ)

นักจัดการงานทั่วไป ปฏิบัติการ  
๑๙ ก.ย. ๒๕๕๖

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1152 (นางสาวสรลักษ์ณ์ มิ่งไทยสงค์)

นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ โทร. 086-387-7463

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

๒๐ ก.ย. ๒๕๕๖

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ขอบ



ที่ ฉษ ๐๐๓๒.๓/๒๗๕๔

โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว  
อ.บางน้ำเปรี้ยว ฉษ ๒๔๑๕๐

๗๑ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมและอนุญาตให้เก็บข้อมูล

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง ๑.หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ.๐๕๑๒.๑๑/๑๔๖๒ ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๕๖

๒.หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ.๐๕๑๒.๑๑/๑๕๔๒ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึงด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้เสนอให้  
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว พิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย และอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยของ  
นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการ  
พยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับ  
การขยายหลอดเลือดหัวใจ”

ในการนี้โครงการวิจัยดังกล่าวผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและอนุญาตให้ นิสิต

เข้าเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรลักษณ์ มิ่งไทยสงค์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

กลุ่มงานการจัดการ

โทร ๐-๓๘๕๘-๑๒๘๕, ๐-๓๘๕๘-๑๗๘๐-๑ ต่อ ๑๐๒, ๑๐๓

โทรสาร ๐๓๘-๕๘๑๐๓



## วารสารเกื้อการณ์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการณ์ มหาวิทยาลัยมหามงกุฎราชวิทยาลัย

๑๓๑/๕ ถนนพหลโยธิน แขวงจันทบุรี เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐

โทร: ๐ ๒๕๑๖๕๖๐ ต่อ ๒๕๐๑ โทรสาร: ๐ ๒๕๑๖๕๖๑

E-mail: took\_ka2004@hotmail.com : nisaruth@gmail.com

วพท.๐๑

ที่ วพท ๐๙/๒๕๕๗

วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ได้รับผลงานวิจัยเพื่อขอลงทะเบียนในวารสารเกื้อการณ์  
 ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร  
 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ  
 รหัสเรื่อง วพท ๐๙/๒๕๕๗ -๑๑

เรียน คุณปรีชาดิ คงเสื่อ

กองบรรณาธิการวารสารเกื้อการณ์ได้รับต้นฉบับผลงานวิจัยของท่านแล้ว ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณา  
 ของคณะกรรมการพิจารณาผลงานเพื่อการตีพิมพ์ และจะแจ้งให้ท่านทราบผลการพิจารณาต่อไป หากท่านต้องการ  
 ติดต่อกับกองบรรณาธิการเกี่ยวกับผลงานวิจัยเรื่องนี้ ขอให้อ้างอิงถึง รหัสเรื่อง ด้วยทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และ  
 รวดเร็วในการตามเรื่อง ขอความกรุณาท่านแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address มายังกองบรรณาธิการด้วย

ในเรื่องของลิขสิทธิ์เจ้าของผลงานวิจัย กองบรรณาธิการวารสารฯ ใครขอให้ผู้มีรายนามที่มีชื่อเป็นผู้พิมพ์  
 ทุกคนลงลายเซ็นยินยอมและรับการตีพิมพ์ผลงานวิจัยดังกล่าว ตามหนังสือรับรองที่แนบมา และส่งคืนกองบรรณาธิการ  
 เพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไชยพร ธรรมวาที)


บรรณาธิการวารสารเกื้อการณ์

ผู้ประสานงาน - ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์นิตารัตน์ ชูชาญ

โทร: ๐ ๒๕๑๖๕๖๐ ต่อ ๒๕๐๘





ภาคผนวก ค  
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง  
และเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบ  
สนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลัง  
ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามในหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับ  
ประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ

ที่อยู่ติดต่อ 35 ซอย 1 ถนนสุขุมวิท แขวงวัฒนา เขตคลองเตย กทม. 10110

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-6387-7463

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการทำวิจัย  
และรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งทราบผลดีและความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัย  
เรื่องนี้ โดยข้าพเจ้า ได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวและ  
ได้รับคำอธิบาย จากผู้วิจัย จนเข้าใจอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้า จึงสมัครใจ เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่  
ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้ง  
เหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น รวมถึง  
การรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่แต่อย่างใด

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการ และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ  
ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า  
สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-22188147 E-mail:  
eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### 1. ชื่อโครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือด

### 2. จุดมุ่งหมายของการวิจัย

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังและเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงดังนั้นการตรวจวินิจฉัยโรคและการได้รับการรักษา รวมถึงได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาซึ่งนอกจากนี้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการช่วยเหลือในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญและคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยต่อไปการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดครั้งนี้ ประยุกต์แนวคิดของโอเร็ม (1991) คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มตัดสินใจและกระทำการดูแลตนเองโดยพยาบาลสนับสนุนให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองเน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมดช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพจัดให้มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ โดยการช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยวิธีการชี้แนะ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างสิ่งแวดล้อมในการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง นี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ที่กล่าวถึง การดูแล เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพ บุคคลก็จะแสดงออกโดยใช้วิธีการต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยและนำไปสู่การประเมินผลหรือผลลัพธ์ของการจัดการภาวะความเจ็บป่วยนั้นๆ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี

### 3. วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้วอย่างน้อย 1-3 เดือนมารับบริการคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว เลือกกลุ่มแบบเจาะจง โดยการจับคู่ คือ เพศและระดับการศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างจากการเปิดตารางอำนาจทดสอบของ Burns&Grove (2009: 683) ขนาดอิทธิพลปานกลาง อำนาจการทดสอบ 80% ระดับนัยสำคัญ = .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจะไม่รบกวนการตรวจของผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้รับไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### 4. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

4.1 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น คือ เจ็บหน้าอกแบบรุนแรง รวมถึงอาการผิดปกติจากภาวะโรคร่วม เช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เป็นต้นป้องกันแก้ไขโดยการประเมินอาการดังกล่าวของท่านก่อนให้ท่านตอบแบบสอบถาม ท่านต้องไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเริ่มให้ท่านตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน

4.2 เมื่อท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการแสดงทางคลินิกที่ผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้หยุดตอบแบบสอบถามและแบบประเมินทันที แล้วแจ้งพยาบาลหัวหน้าทีมให้การดูแลเบื้องต้นโดยและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป

### 5. ค่าชดเชยและ/ หรือการรักษาที่ท่านจะได้รับในกรณีเกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย

ไม่มี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และให้ท่านตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆเป็นพิเศษ หากท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

### 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ถ้าท่านมีอาการแสดงทางคลินิกที่ผิดปกติผู้วิจัยจะประสานงานและติดต่อกับพยาบาล หัวหน้าทีมและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาเหมาะสมกับท่านต่อไป และข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือเป็นความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางนำรูปแบบโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดไปใช้ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

## 7. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตอบแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้เป็นจะทำด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่าน และแม้ว่าท่านจะปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับการบริการดังเดิม

## 8. การรักษาความลับของท่าน

ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับสำหรับการวิจัย จะเปิดเผยต่อสาธารณะในลักษณะที่เป็นภาพรวมและสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการ โดยแปลเป็นสถิติ โดยไม่มีการระบุเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด และข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บไว้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลจนครบ 5 ปี จะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด

ทั้งนี้ผู้ที่มีอำนาจกำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมและหน่วยควบคุมระเบียบกฎหมาย จะได้รับการอนุญาตให้ตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของท่านโดยตรงเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของวิธีดำเนินการวิจัย โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่าน ทั้งนี้โดยการลงนามในเอกสารให้ความยินยอมของท่านอนุญาตให้บุคคลต่างๆ ข้างต้นมีสิทธิตรวจสอบเวชระเบียนต้นฉบับของท่านโดยตรง

## 9. สิ่งที่ท่านได้รับ

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับการเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกรณีที่ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบในเวลาอันสมควร ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมนี้อาจมีผลต่อความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไป

## 10. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและติดต่อได้ที่นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-387-7463



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลเลือกระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและเลือกวิธีการช่วยเหลือแบบการชี้แนะ การสนับสนุน การสอนและการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมและเพื่อให้ได้ผลตามที่วางเป้าหมายไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจเป็นได้จากการจัดให้มีกลุ่มสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การช่วยเหลือของกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆในการปรับพฤติกรรม ส่วน การชี้แนะ การสอน การสนับสนุนจากพยาบาลก็เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยใช้เวลาดังสิ้น 12 สัปดาห์ (Johnston, 1994) โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ประกอบไปด้วยสื่อต่างๆ ดังนี้

- 1) แผนการสอนเรื่องอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2) คู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- 3) แบบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

## ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) และเติมคำในช่องว่างตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

#### ส่วนของผู้ป่วยเป็นผู้กรอก

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพ  
 ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย  
 ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่
4. ศาสนา  
 ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ.....
5. ระดับการศึกษา  
 ( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น  
 ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี  
 ( ) ปริญญาโท ( ) อื่นๆ.....
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน  
 ( ) ไม่มีรายได้ ( ) น้อยกว่า2,000บาท  
 ( ) 2,001 – 5,000 บาท ( ) 5,001 – 10,000 บาท  
 ( ) 10,001 บาทขึ้นไป ( ) อื่นๆ



7. ระยะเวลาที่ท่านได้รับการขยายหลอดเลือดจนถึงปัจจุบัน  
.....ปี.....เดือน.....วัน
8. ท่านสะดวกในการรับโทรศัพท์จากผู้วิจัยหรือไม่  
( ) สะดวก      ( ) ไม่สะดวก
- ถ้าสะดวก โปรดตอบข้อ 9 และ 10
9. เบอร์โทรศัพท์ที่ท่านสะดวกให้ติดต่อ (ได้มากกว่า 1 เบอร์)  
เบอร์ที่1 .....
- เบอร์ที่2 .....
10. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคหัวใจหรือไม่  
( ) ไม่มี
- ( ) มี      ( ) ความดันโลหิตสูง      ( ) เบาหวาน
- ( ) โรคไต      ( ) โรคหลอดเลือดสมอง
- ( ) อื่นๆ.....

#### ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

11. การวินิจฉัยโรค .....
- การรักษาที่ได้รับ.....
12. ค่าน้ำหนักตัว ; BMI ส่วนสูง.....
- ครั้งที่1 ..... วันที่.....
- ครั้งที่2 ..... วันที่.....
- ครั้งที่3 ..... วันที่.....
- ครั้งที่4 ..... วันที่.....

## 1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

แบบวัดพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารโดยการแปลและโดยใช้แบบประเมิน Thai version of Heart Healthy Eating ของ Maegaret (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ปชานัญญ์ ตันติโกสุม (2553) ข้อคำถาม 12 ข้อ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการทำงานของระบบของหัวใจซึ่งหมายถึง การจำกัดการรับประทานอาหารไขมัน โคเลสเตอรอล และเกลือ และเพิ่มอาหารพวกกากใยกรุณาทำเครื่องหมาย √ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

- |   |         |                                  |
|---|---------|----------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย |
| 2 | หมายถึง | ปฏิบัติเดือนละครั้ง              |
| 3 | หมายถึง | มีการปฏิบัติเดือนละ 2-3 ครั้ง    |
| 4 | หมายถึง | มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง  |
| 5 | หมายถึง | มีการปฏิบัติทุกวัน               |

ข้อ	ทุกครั้งที่รับประทานอาหารที่ระบุ ท่านปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวได้อย่างไร	1	2	3	4	5
1.	ท่านตัดและเลาะหนังหรือส่วนที่มีไขมันของอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ก่อนที่จะนำไปปรุงอาหาร					
2.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมันแทนเนื้อติดมัน					
3.	ท่านรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟอง ต่อสัปดาห์ (นับรวมกับที่ไข่เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร)					
4.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน เช่น เม็ดขนุน ขนมหม้อแกง ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ทองหยอด ทองหยิบ ลอดช่อง ขนมจาก					

ข้อ	ทุกครั้งที่รับประทานอาหารที่ระบุ ท่านปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวได้ อย่างไร	1	2	3	4	5
5.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนม ทอดกรอบ มันทอด ผีอกทอด ก๋วย ทอด ปาท่องโก๋ ก๋วยฉาบ/ผีอก ฉาบ					
6.	ท่านลดปริมาณเครื่องดื่มที่ใส่นมข้น หวานหรือน้ำตาล น้ำอัดลม หรือ น้ำหวาน					
7.	ท่านหลีกเลี่ยงหรือลดการใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ปลาร้า ในการ ปรุงและระหว่างการรับประทาน อาหาร					
8.	ท่านเลือกรับประทานขนมที่ไม่มี ส่วนประกอบของเกลือ เช่นขนมปัง กรอบไม่ใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง					
9.	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้เกลือเป็น ส่วนประกอบ เช่น ปลาตากแห้ง ปลาเค็ม ผักกาดดอง อาหารกระป๋อง ต่างๆ					
10.	ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่นชมพู่ มะละกอ ฝรั่ง อย่างน้อย วันละ 2 มื้อ					
11.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ประเภททอด เช่น ไก่ทอด ผัดไท หอยทอด เป็นต้น					
12.	ท่านลดการรับประทานอาหารคาว หวาน ที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงเขียวหวาน แกงโฮะ ก๋วยบัวดชี					

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

### 1. โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่	กิจกรรมการพยาบาล	วัตถุประสงค์	ประเมินผล
ระยะที่ 1 ระยะสร้าง สัมพันธภาพ ( สัปดาห์ ที่ 1 ) (ครั้งละ4-6 คน)	1.การแนะนำตัวและสร้าง สัมพันธภาพแก่ผู้ป่วย และ ระหว่างสมาชิกด้วยกัน	1.เพื่อสร้างความเป็น กันเอง และ เกิด ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง กลุ่ม	-สมาชิกแสดงท่าทางยินดี และกล่าวคำแนะนำ ตนเอง -มีการพูดคุยระหว่างกัน
	2. แจงวัตถุประสงค์การวิจัย	2. เพื่อเป็นการทำความเข้าใจ แก่ผู้ป่วย	-พยักหน้า และ ตั้งใจฟัง
	3.ให้ข้อมูลทางสุขภาพกับ กลุ่มผู้ป่วย	3. เพื่อเน้นการรับรู้ภาวะ สุขภาพ และประโยชน์ ของการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมมารับประทาน อาหาร เช่นการตัดเลาะ ไขมัน การดื่มนมไขมันต่ำ เป็นต้น	-พยักหน้า และ ตั้งใจฟัง และซักถามในการให้ ข้อมูล
	4. กระตุ้นให้มีการประเมิน ตนเองด้านโภชนาการและ ตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยน พฤติกรรมมารับประทาน อาหาร	4. เพื่อให้ผู้ป่วย เกิด ความรู้สึกรู้สึกคิดและเห็น ความสำคัญในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มารับประทานอาหาร	-ผู้ป่วยมีการแสดงความ คิดเห็นในการแสดงความ ต้องการในการเห็น ประโยชน์ ของการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะที่	กิจกรรมการพยาบาล	วัตถุประสงค์	ประเมินผล
ระยะที่ 1 ระยะสร้าง สัมพันธภาพ ( สัปดาห์ ที่ 1 ) (ครั้งละ 4-6 คน)	5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ตลอดจนขั้นตอนในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล ซึ่งตลอดการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา		-ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการวิจัย
	6.แจกสมุดคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยและการปฏิบัติการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร	6.เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลตนเองและเป็นข้อมูลในการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วย	-ผู้ป่วยรับสมุดคู่มือและมีความสนใจเปิดอ่าน
	7. แจกสมุดบันทึกการรับประทานในแต่ละวัน พร้อมการบันทึกปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับปฏิบัติการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่บ้านตามแบบประเมิน ASA 24 Scale	7.เพื่อเป็นแบบบันทึกการรับประทานอาหารปัญหาและอุปสรรค เพื่อสามารถนำมาเป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้กลุ่มได้ช่วยในการแก้ไขปัญหาและนำมาวางแผนในการปรับปรุงพฤติกรรมต่อไป	- ผู้ป่วยรับสมุดคู่มือและมีความสนใจอ่านและซักถามในวิธีการบันทึก

ระยะที่	กิจกรรมการพยาบาล	วัตถุประสงค์	ประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)	8. นัดหมายการพบกลุ่มครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อเตือนการเข้ากลุ่ม	8. เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนการกลับมาตรวจตามนัดและการเข้ากลุ่ม	-ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัยและตอบรับในการมาพบกลุ่ม
ระยะที่ 2 ดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ ที่ 8  (ครั้งละ 4-6 คน)	1. ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนแจ้งวัตถุประสงค์การเข้ากลุ่มครั้งนี้	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ประโยชน์และรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง	-ผู้ป่วยสามารถอธิบายในประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้
	2. ทบทวนเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจก พร้อมแนะนำสอนในประเด็นที่ผู้ป่วยสงสัย	2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและเป็นการแบ่งปันประสบการณ์แก่กลุ่มผู้ป่วยเดียวกันด้วย	-มีการโต้ตอบ ในการแสดงความคิดเห็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารหลังได้รับคู่มือ

ระยะที่	กิจกรรมการพยาบาล	วัตถุประสงค์	ประเมินผล
ระยะที่ 2 ระยะ ดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ ที่ 8 (ครั้งละ 4-6 คน)	5. ทบทวนแบบบันทึกการ รับประทานอาหารที่ได้แจก ผู้ป่วยและนำมาช่วยในการ วางแผนในการแก้ปัญหา	5. เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติม ในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย	-ผู้ป่วยสามารถตอบได้ใน การรับประทานอาหารที่ เหมาะสม
	6. ให้คำแนะนำเพิ่มเติม เสนอทางเลือกในการ แก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย พร้อม ทั้งให้กำลังใจกับกลุ่มผู้ป่วย ในการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร	6. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงผล ของการปฏิบัติตนในการ ดูแลตนเองในการ รับประทานอาหาร	-ผู้ป่วยตั้งใจฟัง และมีกร ซักถาม
	7. นัดหมายการพบกลุ่มครั้ง ต่อไปและวัน เวลาที่จะ โทรศัพท์เพื่อเตือนการเข้า กลุ่ม	7. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย ทราบวันและเวลาในการ มาเข้ากลุ่มครั้งต่อไป	-ผู้ป่วยตอบรับในการมา เข้ากลุ่มครั้งต่อไป
ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุด การทำกลุ่ม สัปดาห์ที่ 12 (ครั้งละ 4-6 คน)	1. ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน แจ้ง วัตถุประสงค์การเข้า กลุ่มครั้งนี้	1. เพื่อเป็นการทำความ เข้าใจแก่ผู้ป่วย	-ผู้ป่วยตั้งใจฟัง
	2. ทบทวนข้อมูลที่ได้จากการ ประเมินผู้ป่วยหลังจากที่ได้ ให้ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติ ซักถามปัญหาที่เกิดขึ้น		-ผู้ป่วยสามารถตอบได้ใน การรับประทานอาหารที่ เหมาะสม

ระยะที่	กิจกรรมการพยาบาล	วัตถุประสงค์	ประเมินผล
ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุด การทำกลุ่ม สัปดาห์ที่ 12  (ครั้งละ4-6 คน)	3. สรุปผลประเมินความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเองและความสำเร็จของการทำกลุ่ม และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร	2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงผลการดำเนินการวิจัยและการเปลี่ยนแปลงของตนเอง	-ผู้ป่วยรับทราบการเปลี่ยนแปลงของตนเอง
	4.ชมเชย มอบรางวัลสำหรับผู้เข้าร่วมกลุ่มทุกครั้ง และปฏิบัติตนตามคู่มืออย่างดี และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการร่วมทำวิจัยครั้งนี้	3.เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย	



## 2. Power point และ แผนการสอนการให้ความรู้อาหารเฉพาะโรคหัวใจ

### อาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะ ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

โดย


นางสาวปวีณี คมธิด  
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ระดับมหาบัณฑิต  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### วัตถุประสงค์

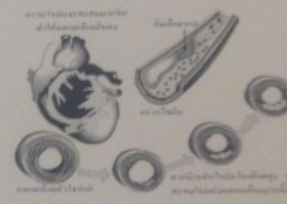
1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ผู้ป่วยสามารถนำแนวทางการเลือกรับประทานอาหารไปปรับให้เข้ากับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้

### โรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในหัวใจ ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ออกจากหลอดเลือดแดงที่แข็งตัว ภาวะนี้เกิดขึ้นไป จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นขาดออกซิเจนไปเลี้ยงจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



### โรคหลอดเลือดหัวใจ



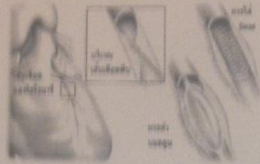
### การรักษา

1. การรับประทานยา
2. การทำบอลลูนและใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ
3. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

### การขยายหลอดเลือดหัวใจ

- การทำหัตถการต่อหลอดเลือดหัวใจการถ่างขยายหลอดเลือดเพื่อให้มีการนำออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจและส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ

### การขยายหลอดเลือดหัวใจ



for: www.bangkok.com

### อาการและอาการแสดง

• เจ็บหน้าอก



### อาการและอาการแสดง

อาการหน้าใจเหนื่อย



Tired

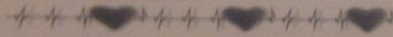
### อาการและอาการแสดง

อาการหมดสติ  
ชั่วคราว หรือ  
เป็นลม



### อาการและอาการแสดง

ใจสั่น



### แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

รับประทานอาหาร

เชิงโภชนาการ



### ลดปริมาณอาหาร

หวาน



มัน



เค็ม



### ลดหวาน

เนื่องจากของแถมของการรับประทานอาหารหวาน คือ ไรโบสวัน แนะนำให้คนรับประทานน้ำตาลลดวันละ 6 ร้อนชา (หรือประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ)



### ลดหวาน

อาหารและเครื่องดื่มที่แฝงความหวาน เช่น ขนมหม้อแกง ก๋วยเตี๋ยว ผัดเผ็ด กะละแม ผลไม้กวน น้ำอัดลม ชาวม รวมถึง การเติมน้ำตาลลงในเครื่องดื่ม การเติมลงในเครื่องปรุงรส

### ลดหวาน

ผลไม้ไทยที่ควรจำกัด คือ



### ลดมัน

ให้กินไขมันอิ่มตัวไม่เกินวันละ 20 กรัม

ถ้ากิน 3 มื้อ

1 มื้อ ไม่ควรกินไขมันอิ่มตัวเกิน

6.67 กรัม



### ลดมัน

• ไข่ทอด 1 ฟอง ปริมาณ ไขมัน 100 กรัม

• ปาท่องโก๋ 1 ตัว ปริมาณไขมัน 20.13 กรัม

• (ปริมาณอาหาร 100 กรัม)






4


### ลดมัน

- การจำกัดการบริโภคอาหารจำพวกไขมันอิ่มตัวและไขมันชนิด trans fat ร่วมกับจำกัดการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องดื่มรสหวาน คุกกี้ ปลาหมึก ไข่แดง มันฝรั่ง



### ลดเค็ม

1 วัน ควรกินเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา ต่อ วัน  
หรือ ไม่เกิน 1500-2400 มิลลิกรัม



### ลดเค็ม

- มาน่า 1 ซอง ปริมาณ เกลือ 1405 มิลลิกรัม
- ปลากระป๋อง 1 กระป๋อง เกลือ 730 มิลลิกรัม
- น้ำปลา 1 ช้อน ปริมาณเกลือ 1245 มิลลิกรัม
- **กินเค็มมาก** ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นโดยปกติ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น

### ลดเค็ม

- จำกัดในอาหารไทย ให้จืดจางเค็มเกลือ ซีอิ๊ว ของแห้งจืด
- อาหารหมักดอง เช่น ผักดอง ไข่เค็ม อาหารกระป๋อง
- อาหารอื่นๆ เช่น ขนมขบเคี้ยว ขนมอบกรอบ

### ข้อควรปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหาร

1. ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารให้หลากหลาย
2. งดอาหารไขมันและอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารประเภททอด
3. รับประทานอาหารพวกไขมันอิ่มตัวให้โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวที่ดี
4. งดการดื่มน้ำปาล์มปรุงรสเค็ม

### ข้อควรปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหาร

5. รับประทานเค็มไม่มากเกินไป
6. เลือกรับประทานข้าวเป็ญไม่ขัดสี
7. รับประทานอาหารหลากหลายชนิด
8. เลือกรับประทานปลาทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
9. เลือกรับประทานผัก

แนวทางการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ

- ไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล มีไขมันทรานส์ มีไขมันอิ่มตัว ไขมันอิ่มตัว ไขมันอิ่มตัว
- เนื้อสัตว์ เนื้อสัตว์ไขมันสูงจะมีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง เลือกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้ออกไก่ ปลาแซลมอน ปลาแซลมอน ปลาแซลมอน ปลาแซลมอน
- ขนมปังโฮลธัญพืช ปาท่องโก๋ อัญชัน ขนมปังโฮลธัญพืช หรือขนมปังโฮลธัญพืช

แนวทางการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง pop corn หากจะรับประทานให้อ่านฉลากทุกครั้ง
- หากซื้ออาหารสำเร็จรูป ให้เปรียบเทียบสารอาหารว่ามีปริมาณไขมันสูงหรือไม่
- ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 8 แก้ว
- ไข่และเปลือกต้องลอกทิ้งออกก่อนทุกครั้ง

แนวทางการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ

- ไข่สำหรับคนที่ไขมันในเลือดสูงจำกัดปริมาณที่รับประทาน หลีกเลี่ยงการทอดใช้ไขมันหรือเนย
- ไม่รับประทานอาหารพวกผงชูรสใส่กะทิ
- ถนอมผลไม้ที่ซื้อรับประทานจะใส่ไขมันและครีมค่อนข้างมากให้หลีกเลี่ยง ให้ดื่มกาแฟดำแทน

แนะนำบริโภค

- กลุ่มแป้ง
- แป้งข้าวเจ้าที่ไม่ได้เอาเปลือก (whole wheat)
- ข้าวซ้อมมือ หรือข้าวแดง
  - ข้าวโอ๊ตบดหยาบ



งดบริโภค

- ขนมเค้ก
- ปาท่องโก๋
- โดนัท เน้นหมี่ที่ทำจากแป้ง เน้นใหญ่
- ข้าวโพดอบเนย

แนะนำบริโภค

- กลุ่มผักและผลไม้
- ผักผลไม้สดหรือแช่เย็น
- ผักกระป๋องชนิดที่มีเกลือโซเดียมต่ำ
- ผลไม้กระป๋องชนิดที่อยู่ในน้ำผลไม้



### งคบริโลก

มะพร้าว

ผักที่ผ่านกระบวนการทอด

ผลไม้กระป๋องชนิดที่เขีนน้ำเชื่อมเข้มข้น

### แนะนำบริโภค

- กลุ่มเนื้อสัตว์
- เนื้อปลา
- ไข่ ดอกหนังกอก
- เนื้อ ไม้คัดมัน



### งคบริโลก

- เนื้อสัตว์ ที่ผ่านกระบวนการจนอมอาหาร
- เช่น แฮกเกลือ กระป๋อง
- ปูรงสดด้วยการทอด
- งคการรับประทานเครื่องใน

### ตัวอย่างเมนูอาหาร

เมนูอาหาร พังงาน 1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน

#### รายการที่ 1

อาหารเช้า	ข้าวต้มปลา ส้มเขียวหวาน	
อาหารกลางวัน	ก๋วยเตี๋ยวต้มยำปลา สับปะรด	
อาหารเย็น	ข้าวสวยข้าวกล้อง ปลาเนื้อขาว ผักดองกระเทียมวันมันหอย ผักร	
• ไขมัน	32.95 กรัม	
ใยอาหาร	10.92 กรัม	

### ตัวอย่างเมนูอาหาร

เมนูอาหาร พังงาน 1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน

#### รายการที่ 2

อาหารเช้า	ต้มส้มปลากระบอก ส้มเขียวหวาน
อาหารกลางวัน	ขนมจีนน้ำยา สับปะรด
อาหารเย็น	ข้าวสวยข้าวกล้อง ไข่ต้มสมุนไพร ผักกักรวมมิตร ผักร

### ตัวอย่างเมนูอาหาร

#### รายการที่ 3

อาหารเช้า	ข้าวสวยข้าวกล้อง ผักต้กึ่งไฟแดง ปลาเนื้อขาวคั่ว แคนคาซูปล
อาหารว่างเช้า	นมพร้อมมันนย
อาหารกลางวัน	ก๋วยเตี๋ยวลากูนอกคักกึ่ง แอปเปิ้ล
อาหารว่างบ่าย	ข้าวโพดปิ้ง ¼ ผัก หรือถั่วลันเตา 2 ผล
อาหารเย็น	ข้าวเหนียว ส้มต้นระลอก ไข่ย่าง มะระกอก



## แผนการสอนในคลินิก

แผนการสอน	ในคลินิก
เรื่อง	อาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ
สำหรับ	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาล	บางน้ำเปรี้ยว
จำนวน	4-6 คน
เวลาสอน	30 นาที
ผู้สอน	นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ

### แนวคิดสำคัญ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภัยเงียบที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีอาการกลับมารับการรักษาซ้ำ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดไปแล้ว จึงจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งอาหารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญบ่งบอกถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เพื่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมหรือมีภาวะพร่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจึงเป็นภาวะที่ส่งเสริมให้เกิดโรคได้เช่นกัน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารเค็มจัด หวานจัด รับประทานโดยไม่ได้คำนึงถึงปริมาณแคลอรี จะทำให้การเพิ่มขึ้นของระดับโคเลสเตอรอล การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจจะส่งผลให้เกิดการอุดตันซ้ำและเพิ่มการสะสมของคราบไขมันในเส้นเลือด ได้เมื่อเทียบกับผู้มีระดับไขมันปกติและมีโอกาสเกิดการเสียชีวิตเป็น 3 เท่าของผู้มีระดับไขมันปกติ รวมถึงการรับประทานอาหารเค็ม หรืออาหารที่มีระดับเกลือโซเดียมสูง จะทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งร่างกายทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น จะเห็นได้ว่าจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมจะทำให้และการตีบตันของหลอดเลือดจะเกิดซ้ำ ภายหลังจากการขยายหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 33 เกิดขึ้นภายหลัง 3- 6 เดือน กลุ่มผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ต้องกลับเข้ารับการรักษาภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.6 ดังนั้นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด และเลือกวิธีการให้ความช่วยเหลือทั้งแบบสอนให้ความรู้รายกลุ่ม (Teaching) การชี้แนะ (Guiding another) การสนับสนุน (Supporting another) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ (Orem, 1991)

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ผู้ป่วยสามารถนำแนวทางการเลือกรับประทานอาหารไปปรับให้เข้ากับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 1	<p>-ทำความเข้าใจจักและแนะนำตัวแก่ผู้ป่วย</p> <p>- เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วย</p> <p>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพแก่ผู้ป่วยและระหว่างสมาชิกด้วยกัน</p>	<p>ผู้วิจัย : สวัสดิ์ ค่ะ ดิฉัน นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความยินดีในการมาจัดกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (สร้างสัมพันธ์ภาพ) <b>ไม่ทราบ</b> ว่า วันนี้เป็นอย่างไรบ้าง... แต่ละคนป่วยมากี่ปีแล้ว รู้หรือเปล่าว่าเป็นโรคอะไร (ให้ผู้ป่วยและตอบและเล่าแต่ละ คำถามให้เรียบร้อย จึงเริ่มคำถามใหม่)</p> <p>-แจ้งวัตถุประสงค์ของการพูดคุย การให้ความรู้ ในการทำวิจัยในครั้งนี้</p> <p>-ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ</p>	<p>ชั้นนำ (5 นาที)</p> <p>- ทักทายผู้ป่วยและญาติ</p> <p>- แนะนำตัวผู้สอน</p> <p>- ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตลอดจนขั้นตอนในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล ซึ่งตลอดการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา</p>	<p>- Power point เรื่องโรคหัวใจเบื้องต้น</p>	<p>-สมาชิกแสดงท่าทางยินดีและกล่าวคำแนะนำตนเอง</p> <p>-มีการพูดคุยระหว่างกัน</p> <p>-พยักหน้าและ ตั้งใจฟัง</p>



ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
		<p>-จัดทำกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ ทำความรู้จักกัน โดยการให้เล่นเกม “จำได้ปะ” โดยให้ผู้ป่วย นั่งล้อมเป็นวงกลม คนแรกบอกชื่อตนเอง คนถัดไปบอกชื่อตนเองและบอกชื่อสมาชิกก่อนหน้า และคนถัดไป บอกชื่อสมาชิกคนที่ 1 , 2 และ ชื่อตนเอง ทำแบบนี้จนครบ รอบวง</p> <p>**หลังจบกิจกรรมปรบมือให้กำลังใจและขอบคุณทุกคน**</p>	<p>-เล่นเกมส่งเสริมความสัมพันธ์</p>		<p>-ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเล่นเกมส์</p>
<p>ระยะที่ 1 (ต่อ)</p>		<p><b>บทนำ</b></p> <p>ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีอาการกลับมารักษาซ้ำ อุบัติการณ์ของการเกิดการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจยังคงเกิดขึ้น และการตีบตันของหลอดเลือดจะเกิดซ้ำภายหลังจากการขยายหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 33 เกิดขึ้นภายหลัง 3- 6 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยที่กระทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ต้องกลับเข้ารับการรักษาภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.6 อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดไปแล้ว แต่ก็สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้มีโคเลสเตอรอลสูง มีปริมาณเกลือและมีรสหวาน ซึ่งเป็นข้อพึงระวังที่สำคัญ เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี</p>	<p>- เกริ่นนำเข้าสู่เนื้อหา โดยถามผู้ป่วยแต่ละคนว่าเป็นโรคเกี่ยวกับโรคอะไร และถามผู้ป่วยว่าของตนเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจอะไรบ้าง</p>		<p>-ผู้ผู้ป่วยตั้งใจฟัง</p>

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)	<p>-เพื่อให้ ความรู้แก่ ผู้ป่วย เบื้องต้น เกี่ยวกับ โรคหัวใจ</p> <p>-เพื่อให้ ผู้ป่วยทราบ อาการ สำคัญที่ต้อง รับมา โรงพยาบาล ได้</p>	<p><b>เนื้อหา</b></p> <p><b>ความหมายของการขยายหลอดเลือดหัวใจ</b> หมายถึง การทำหัตถการต่อหลอดเลือดหัวใจในการถ่างขยายหลอดเลือดเพื่อให้มีการนำออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจและส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ</p> <p><b>อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่อันตราย</b> อาการที่เป็นอันตรายของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากหัวใจอาจได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ</li> <li>2. อาการหายใจเหนื่อย หมายถึง อาการหายใจสั้น แสดงถึงร่างกายกำลังเผชิญกับอันตราย อาจเกิดจากความไม่สมดุลของการแลกเปลี่ยนออกซิเจน</li> <li>3. อาการหมดสติชั่วคราว หรือเป็นลม อาจเกิดจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจที่ส่งออกมาลดลงทันที ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการหมดสติ</li> <li>4. ใจสั่น มักมีความรู้สึกเหมือนหัวใจเต้นเร็ว มีการกระโดดของจังหวะ คล้ายสะดุด</li> </ol>	<p>- บรรยายเกี่ยวกับโรคหัวใจ</p> <p>ข้อมูลทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย</p>	<p>- Power point</p>	<p>-ผู้ป่วยสามารถบอกอาการที่ต้องมาโรงพยาบาลได้อย่างน้อย 2 อาการ</p>

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)		<p><b>การรักษา</b> การตีบหรืออุดตันในหลอดเลือดแดง ส่งผลให้เกิดภาวะที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะวิกฤติ ซึ่งอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนตามมา แต่ในปัจจุบันสามารถตรวจสอบสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้</p> <p><b>การรักษาโรคหัวใจ</b> ในปัจจุบันนี้มีด้วยกันหลายวิธี โดยส่วนใหญ่แบ่งเป็น 3 วิธี คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. การรับประทานยา</b> ยารักษาโรคหัวใจเป็นยาที่จำเป็นในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยา เมื่ออาการดีขึ้น แพทย์จะปรับขนาดยาให้เหลือน้อยเพื่อควบคุมอาการ ดังนั้นเมื่อรับประทานยาแล้วมีอาการดีขึ้นก็ไม่ควรหยุดยาเองยกเว้นถ้ามีปัญหาจากยาให้หยุดและไปพบแพทย์</li> <li><b>2. การทำบอลลูนและใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ</b> Percutaneous Transluminal Coronary Angiography (PTCA) and Coronary Stent เป็นการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ/หรือใส่ขดลวดในผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดหน้าอก เป็นวิธีการล่าสุดและเห็นผลการรักษาที่ชัดเจน ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์ของแพทย์ รวมทั้งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ</li> </ol>	-กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แบ่งปันประสบการณ์การได้รับการรักษาของตนเองที่ผ่านมา	- Power point/แผ่นภาพ เรื่องโรคหัวใจ, อาการ, การรักษา, ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค -Power Point เรื่องการรักษาโรคหัวใจ	

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)		<p><b>3. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ</b> Coronary Artery Bypass Surgery เป็นการรักษาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดหัวใจตีบอย่างมากหลายเส้น นอกจากนั้นยังมีการผ่าตัดหัวใจประเภทอื่นๆ อีก เช่น การผ่าตัดเส้นเลือดแดงใหญ่ตีบ การผ่าตัดซ่อมแซมเส้นเลือดโป่งพอง การเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการผ่าตัดหัวใจในเด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด</p> <p><b>ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ</b> แบ่งเป็น 3 ปัจจัยหลักคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. ลักษณะทางประชากร</b> คือ พันธุกรรมและเชื้อชาติ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว</li> <li><b>2. ความเจ็บป่วย</b> คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ระดับ Homocysteine ในเลือดสูง</li> <li><b>3. พฤติกรรมเสี่ยง</b> คือ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารความเครียดผู้ป่วย หากมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป เช่น มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น จะเพิ่มมากขึ้นหากมีพฤติกรรมดำนินชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม</li> </ol>	<p>- ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ</p>	<p>- Power point ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ</p>	<p>-มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการที่เกิดกับผู้ป่วย</p>

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)		ผู้วิจัย : จากที่ได้กล่าวมา ทุกท่านคิดว่า อย่างไรบ้างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ( อธิบายเรื่อง อาหารต่อ)			
	-เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกลึก นึกคิดและ เห็น ความสำคัญ ในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การ รับประทานอาหาร	<b>2. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ประโยชน์ของการเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร</b> การรักษาโดยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมจะเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ แม้กระทั่งป้องกันและลดเกิดโรคแทรก ซ้อนแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดหลอดเลือดตีบเพิ่ม และลด ขนาดของการใช้ยาในการรักษาลงได้ ด้วย <b>การเลือกรับประทานอาหาร</b> เลือกให้ เหมาะสมกับความต้องการและ เหมาะสมกับผู้ป่วย อาหารจานสุขภาพ เป็นภาพที่แสดงถึงชนิด และสัดส่วน อาหารที่เหมาะสมสำหรับทุกท่าน แต่ ปริมาณอาหารจะต้องเหมาะสมกับ พลังงานที่ใช้ และน้ำหนักของแต่ละท่าน	- กระตุ้นให้มี การประเมิน ด้าน โภชนาการ และ ตั้งเป้าหมาย ในการเปลี่ยน พฤติกรรม การ รับประทานอาหาร - สุ่มถาม ผู้ป่วย1-2 คน ว่า การปฏิบัติ ตัวเพื่อป้องกัน โรคหัวใจ โดยเฉพาะการ รับประทานอาหาร		-ผู้ป่วยมี การแสดง ความ คิดเห็นใน การแสดง ความ ต้องการใน การเห็น ประโยชน์ ของการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม

ระยะที่	วัตถุประสงค์		กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	วิธีการ ประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)		<p><b>2.1 จำกัดอาหารไขมันสูง</b> การรับประทานไขมันมากโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวจะทำให้ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบ การเลือกอาหาร การปรุงอาหารจะช่วยให้เราสามารถปริมาณไขมันในอาหาร การรับประทานไขมันมากไปโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว saturated fat จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการโรคหลอดเลือดหัวใจ มากขึ้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารอิ่มตัวที่มีไขมันสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน ติตหนัง เนื้อสัตว์แปรรูป (หมูยอ กุนเชียง แหนม ไส้กรอก เบคอน) หลีกเลี่ยงนมไขมันเต็มส่วน ไข่แดง ขาหมู หมูสามชั้น หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยกะทิ</p> <p><b>2.2 การจำกัดอาหารเค็ม</b> เพื่อลดการทำงานของหนักของหัวใจ เนื่องมาจากการที่ร่างกายได้รับโซเดียมจะไปเพิ่มการทำงานของเซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตที่สูงขึ้นและหัวใจทำงานหนักมากขึ้น เช่น อาหารจำพวกปรุงรส อาหารสำเร็จรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป กะปิ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ควรเลือกรับประทานอาหารสดมากกว่าการแปรรูปอาหาร</p>	-กระตุ้นให้ผู้ช่วยร่วมกันยกตัวอย่างอาหารที่ควรจำกัด		

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)	- เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลตนเองและเป็นข้อมูลในการเลือกรับประทานอาหาร	<p><b>2.3 ลดอาหารหวาน</b> เนื่องจากของแถมของการรับประทานอาหารหวานคือ โรคอ้วน จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก แนะนำให้คนรับประทานน้ำตาลแค่วันละ 6 ช้อนชา (หรือประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ) เพื่อหลีกเลี่ยงการ ตับอ่อนจะต้องหลั่งอินซูลินออกมาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่อยู่เสมอ เมื่อใช้งานหนักเกินไปตับอ่อนจะอ่อนแอ ทำงานไม่มีประสิทธิภาพเกิดเป็นโรคเบาหวานได้ ถ้าเราไม่แก้ไขที่ต้นเหตุ แต่ใช้ยาในการควบคุมน้ำตาลอย่างเดียว และยังคงกินน้ำตาลต่อไป โรคจะไม่หายและตับอ่อนจะยิ่งเสียการทำงานไปมากขึ้น ต่อไปก็จะเกิดโรคอื่นๆ ตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ</p> <p><b>ข้อควรปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหาร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารให้หลากหลาย</li> <li>2. ลดอาหารไขมันและอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารประเภททอด</li> <li>3. รับประทานอาหารพวกถั่วเมล็ดแห้ง โดยเฉพาะถั่วเหลืองพอควร</li> <li>4. ลดการเติมน้ำปลาปรุงรสเพิ่ม</li> <li>5. รับประทานผักผลไม้ให้มาก เพราะมีวิตามินหลายชนิด เช่นวิตามินซี บีรวม ซึ่งช่วยลดโคเลสเตอรอลได้</li> </ol>		-Power point ตัวอย่างอาหาร	-สังเกต ความสนใจ ในการฟัง บรรยาย

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)		<p>6. เลือกรับประทานข้าวแป้งไม่ขัดสี ธัญพืชไม่ขัดสี ซึ่งอุดมไปด้วยใยอาหาร วิตามิน เช่น ข้าวกล้อง ขนมหังโฮลวีต</p> <p>7. รับประทานอาหารหลากหลายชนิดสี เช่น เชียวเข้ม เหลือง ส้ม แดง กะหล่ำปลี บร็อคโคลี่ คენน่า</p> <p>8. เลือกรับประทานปลาทะเลอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งมีน้ำมันปลา ซึ่งจะ ช่วยลดการจับตัวของเกร็ดเลือด ลดความดันโลหิต ลดไขมันไม่ดี แต่ไม่ควรนำไปทอด เนื่องจากจะสูญเสียไขมันปลาไปกับการทอด</p> <p>9. เลือกวิธีการปรุงอาหารด้วยวิธี นึ่ง อบ ตุ่น ยำ ย่าง ต้มจืด แกงส้ม</p> <p style="text-align: center;"><b>อาหารที่ไม่ควรรับประทานประจำ</b></p> <p>1. หลีกเลี่ยงอาหารทอดหรืออาหารผัด</p> <p>2. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงเช่น ขนมหัดเคี้ยว เบเกอรี่ อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารทอด แซ่แซ็ง</p> <p>3. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง ไข่ปู ไข่ปลา และอาหารทะเล (ยกเว้น ปลา)</p> <p>4. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อติดมัน ดินหนัง กุนเชียง แหนมไส้กรอก นมไขมัน หมูสามชั้น น้ำมันหมู กะทิ</p>		<p>- Power point/แผ่นภาพการจำกัดอาหารไขมันสูงอาหารเค็ม</p> <p>- Powerpoint/แผ่นภาพเรื่องความสำคัญของโคเลสเตอรอล</p>	<p>-สังเกตความสนใจในการฟังบรรยาย</p>



ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 1 (ต่อ)		<p><b>แนวทางการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ</b></p> <p><b>กลุ่มแป้ง :</b> ข้าวสุก 1 ทัพพี = ก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี = ข้าวเหนียว 1/2 ทัพพี = ขนมจีน 1 จับ = ขนมปัง 1 แผ่น = บะหมี่ 1 ก้อน</p> <p><b>กลุ่มผัก :</b> ฟักทองสุก 1 ทัพพี = ผักคะน้าสุก 1 ทัพพี = ผักบุ้งจีนสุก 1 ทัพพี = แตงกวาดิบ 1/2 ผลกลาง</p> <p><b>กลุ่มผลไม้ :</b> ผลไม้ 1 ส่วน = เงาะ 4 ผล = ฝรั่ง 1/2 ผลกลาง = มะม่วงดิบ 1/2 ผล = กล้วยน้ำว้า 1 ผล = ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ = มะละกอ หรือสับปะรด หรือแตงโม 6-8 ชิ้นพอคำ = ลองกอง หรือลำไย หรือองุ่น 6-8 ผล</p> <p><b>กลุ่มเนื้อสัตว์ :</b> ปลาทู 1 ซ้อนกินข้าว (1/2 ตัว ขนาดกลาง) = เนื้อหมู 1 ซ้อนกินข้าว = ไช้ไก่ 1/2 ฟอง = เต้าหู้แข็ง 1/4 ชิ้น = ถั่วเมล็ดแห้งสุก 2 ซ้อนกินข้าว</p> <p><b>กลุ่มนม :</b> นมสด 1 แก้ว = โยเกิร์ต 1 ถ้วย = นมพร่องมันเนย 1 แก้ว</p>	<p>- บรรยายเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร</p> <p>- บรรยายพร้อมภาพประกอบ</p>		- มีการโต้ตอบในการรับฟังการบรรยาย
		<p><b>ผู้วิจัย :</b> จากที่กล่าวมา เป็นเพียงการเล่าให้ฟังถึง กลุ่มอาหารแบบคร่าวๆ หากมีท่านใดมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือการเลือกรับประทานอาหารสามารถถามได้ตลอดเลยนะคะ รวมทั้งผู้วิจัยจะมอบคู่มือการรับประทานอาหารแก่ทุกคนเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกวิธีนะคะ (เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มซักถามพร้อมทั้งกระตุ้นในการซักถาม)</p>	<p>- ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างอาหารที่ไม่ควรรับประทาน</p> <p>- บรรยายพร้อมภาพประกอบ</p>		- ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างอาหารได้อย่างน้อย 2 ชนิด

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
<p>ระยะที่ 2 ระยะ ดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8</p>	<p>- เพื่อเป็น แบบ บันทึกการ รับประทา อาหาร ปัญหา และ อุปสรรค เพื่อ สามารถ นำมาเป็น ข้อมูล ย้อนกลับ เพื่อให้ กลุ่มได้ ช่วยใน การแก้ไข ปัญหา และนำมา วางแผน ในการ ปรับ พฤติกรรม ต่อไป</p>	<p>ผู้วิจัย : ทุกคนจะได้รับคู่มือในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงแบบบันทึกในการรับประทานอาหารในแต่ละวัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถ จัดบันทึกการรับประทานอาหาร เพื่อสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารในครั้งต่อไปได้ โดยคู่มือที่ผู้วิจัยได้มอบให้แก่มานั้นจะอธิบายถึงโรคหลอดเลือดหัวใจในเบื้องต้น รวมถึงแนวทางในการเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งด้านหลังคู่มือ จะมีแบบบันทึกการรับประทานอาหาร ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เพื่อให้ท่านได้จัดบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน ว่ารับประทานอาหารชนิดใดบ้าง เพื่อในครั้งต่อไปสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการร่วมกันวางแผนในการรับประทานอาหาร และผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการกรอกแบบสอบถามในการ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือด แบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร และจะนัดวัน เวลา ในการพบกับทุกคนในครั้งหน้า รวมทั้งขอเบอร์โทรศัพท์ เพื่อโทรกระตุ้นเตือนในวันนัดถัดไปคะ</p>	<p>-แจกหนังสือคู่มือและแบบบันทึกการรับประทานอาหาร - ให้คำแนะนำเพิ่มเติม เสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยพร้อมทั้งให้กำลังใจกับกลุ่มผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร - นัดหมายการพบกลุ่มครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อเตือนการเข้ากลุ่ม</p>	<p>สมุดคู่มือการรับประทาอาหารและแบบบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน</p>	<p>-บอกในแนวทางการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องได้  -ผู้ป่วยตั้งใจฟัง</p>

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ระยะที่ 2 (ต่อ)		<p><b>สรุป</b></p> <p>ทุกวันนี้คนไทยเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารหันมาบริโภคเนื้อสัตว์กันมาก ทำให้ร่างกายได้รับกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล รวมทั้งน้ำตาลและโซเดียมเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้คนไทยอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น เราสามารถเลี่ยงการเกิดโคเลสเตอรอลสูงได้โดยระวังการรับประทานอาหารประเภทไขมันเป็นพิเศษ ซึ่งหากเราใส่ใจเรื่องอาหารการรับประทาน เลือกชนิดเนื้อสัตว์ นม และน้ำมันที่ใช้ปรุงประกอบที่เหมาะสม ก็จะช่วยให้ร่างกายได้รับปริมาณไขมันรวมที่เพียงพอไม่มากเกินไป เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้</p> <p>ผู้วิจัย : กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย และเน้นย้ำในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วย</p>	<p>- ให้ผู้ป่วยสรุปความคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจ</p> <p>- ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่พร้อมไปและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสอบถามประเด็นที่สงสัย</p> <p>- ทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน แจ้งวัตถุประสงค์ การเข้ากลุ่มครั้งนี้</p>	-Power point รูปภาพอาหาร	-ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างอาหารได้

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
<p>ระยะที่ 3</p> <p>ระยะสิ้นสุด</p> <p>การทำกลุ่ม</p> <p>สัปดาห์ที่</p> <p>12</p>	<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิด ทบทวน ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและเป็นการแบ่งปันประสบการณ์แก่กลุ่มผู้ป่วยด้วยกันด้วย</p>	<p><b>ผู้วิจัย : สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉิน นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ</b> จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความยินดีในการมาจัดกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หลังจากทีุ่ทุกคนได้รับคู่มือการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร กลับไปบ้านแล้ว มีข้อสงสัยในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อะไรบ้าง (กระตุ้นให้ผู้ป่วยแบ่งปันประสบการณ์ของแต่ละคนเมื่ออยู่ที่บ้าน)</li> <li>- หลังจากให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยจดบันทึกปัญหาของผู้ป่วย</li> <li>- ให้กลุ่มผู้ป่วยเลือกเลือกปัญหาที่คิดว่าสำคัญและต้องการหาแนวทางร่วมกันในการร่วมกันวางแผนการรับประทานอาหาร</li> <li>- สรุปประเด็นและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการทำกลุ่ม พร้อมทั้งชื่นชมสมาชิกในการปฏิบัติตนและให้ความร่วมมือในการร่วมกันทำกลุ่ม</li> </ul>	<p>- ทบทวนเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจกพร้อมแนะนำสอนในประเด็นที่ผู้ป่วยสงสัย</p>	<p>-Power point/ สมุดคู่มือ การรับประทานอาหาร รับประทานอาหาร -เครื่องชั่งน้ำหนัก</p>	<p>-ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างอาหารที่ไม่ควรรับประทานได้อย่างน้อย 2 ชนิด</p> <p>-ผู้ป่วยตั้งใจฟัง</p>

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
	- เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงผลของการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร	<p>ผู้วิจัย : หลังจาก ที่ทำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้ว ผู้วิจัยจะขอทำการชั่งน้ำหนักของผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อสามารถใช้ในการเปรียบเทียบในการปฏิบัติกิจกรรม</p> <p>(จัดให้ผู้ป่วยได้ชั่งน้ำหนัก และบันทึกลงในคู่มือการดูแลตนเอง)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นย้ำผู้ป่วยในการโทรศัพท์แจ้งเตือนในการมาร่วมกลุ่มในครั้งถัดไป</li> </ul> <p>(ตามภาคผนวก ข.)</p> <p><b>สัปดาห์ที่ 8 (ทำกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4 )</b></p>	- ทบทวนแบบบันทึกการรับประทานอาหารที่ได้แจกผู้ป่วยและนำมาช่วยในการวางแผนในการแก้ปัญหา		-ผู้ป่วยสามารถสรุปและมีการสอบถามถึงประเด็นที่ยังสงสัย
ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุด การทำกลุ่ม สัปดาห์ที่ 12	-เพื่อสรุปการทำกิจกรรมกลุ่ม และรวบรวมความคิดเห็น เน้นย้ำการการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหาร	<p><b>ผู้วิจัย : สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันทน์ นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ</b> จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความยินดีในการมาจัดกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ</p> <p><b>ผู้วิจัย :</b> ในครั้งนี้จะเป็นครั้งสุดท้ายแล้ว สำหรับการจัดทำกิจกรรมในวันนี้จะขออนุญาตสรุปกิจกรรมที่ได้จัดทำขึ้นในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ร่วมตอบแบบสอบถามวัดความสามารถในการดูแลตนเองและแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม และชั่งน้ำหนักผู้ป่วยอีกครั้ง</p>	- ทบทวนข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมประเมินผู้ป่วยหลังจากที่ได้ให้ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติ ซักถามปัญหาที่เกิดขึ้น	-Power point/ สมุดคู่มือการรับประทานอาหาร	-มีการนำสมุดคู่มือมาด้วย จัดบันทึกและมีการโต้ตอบ

ระยะที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
		<p>- สรุปกิจกรรมทั้งหมด และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย มอบรางวัลแก่ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและมีการบันทึกการรับประทานอาหารเป็นประจำทุกวัน</p>	<p>-บรรยายสรุปกิจกรรมที่ผ่านมา</p>	<p>-คู่มือการรับประทานอาหาร -แบบบันทึกการรับประทานอาหาร -เครื่องชั่งน้ำหนัก</p>	<p>-ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามอีกครั้ง</p>

3) คู่มือการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คู่มือการรับประทานอาหารสำหรับ  
ผู้ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ



โดย นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เชื้อกิจ

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม



## 4) แบบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

16			17		
วัน/เดือน/ปี	ชนิด/ปริมาณอาหาร ที่รับประทาน	หมายเหตุ	วัน/เดือน/ปี	ชนิด/ปริมาณอาหาร ที่รับประทาน	หมายเหตุ



### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

#### 3.1 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ The Appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก The Heart Failure Self-care Behavior Scale. ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับขยายหลอดเลือดหัวใจกรุณาทำเครื่องหมาย √ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ


ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านคิดถึงสาเหตุต่างๆที่ส่งผลต่อสุขภาพ					
2.	ท่านไม่ค่อยสนใจภาวะสุขภาพตนเอง					
3.	ท่านเคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนท่าทางเสมอ					
4.	ท่านติดตามข่าวสารจากสื่อต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ					

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
5.	ท่านเรียงลำดับความสำคัญในการดูแล สุขภาพที่ดี					
6.	ท่านแสวงหาวิธีต่างๆเพื่อการดูแล สุขภาพ					
7.	ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ใน เกณฑ์					
8.	ท่านสามารถดูแลตนเองได้					
9.	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที					
10.	ท่านพบปะเพื่อนหรือญาติเป็นประจำ					
11.	ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแล สุขภาพจากเดิม					
12.	ท่านจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อความ ปลอดภัย					
13.	ท่านไม่ค่อยมั่นใจในการดูแลตนเอง					
14.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารตามต้องการ					
15.	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านแสวงหาความรู้เพื่อ การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง					
16.	ท่านมีเวลาเพียงพอในการดูแลตนเอง					
17.	ท่านไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อมี อาการผิดปกติ					



ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย  
และตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9 คะแนน และการแปลคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มควบคุม (n=22)				คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มทดลอง (n=22)			
	ก่อน ทดลอง	แปลผล	หลัง ทดลอง	แปลผล	ก่อน ทดลอง	แปลผล	หลัง ทดลอง	แปลผล
	1	57	ปานกลาง	66	ปานกลาง	56	ปานกลาง	79
2	60	ปานกลาง	74	สูง	76	สูง	78	สูง
3	58	ปานกลาง	77	สูง	57	ปานกลาง	73	สูง
4	69	สูง	63	ปานกลาง	61	ปานกลาง	72	สูง
5	67	ปานกลาง	61	ปานกลาง	59	ปานกลาง	76	สูง
6	55	ปานกลาง	54	ปานกลาง	73	สูง	76	สูง
7	59	ปานกลาง	58	ปานกลาง	79	สูง	78	สูง
8	74	สูง	71	สูง	68	สูง	72	สูง
9	61	ปานกลาง	71	สูง	63	ปานกลาง	80	สูง
10	52	ปานกลาง	77	สูง	52	61.18	73	สูง
11	69	สูง	66	ปานกลาง	57	ปานกลาง	81	สูง
12	66	ปานกลาง	70	สูง	48	ต่ำ	68	สูง
13	58	ปานกลาง	67	ปานกลาง	52	ปานกลาง	77	สูง
14	54	ปานกลาง	56	ปานกลาง	48	ปานกลาง	75	สูง
15	73	สูง	53	ปานกลาง	55	ปานกลาง	71	สูง
16	60	ปานกลาง	79	สูง	67	ปานกลาง	76	สูง
17	66	ปานกลาง	77	สูง	53	ปานกลาง	74	สูง
18	64	ปานกลาง	76	สูง	52	ปานกลาง	68	สูง
19	67	ปานกลาง	66	ปานกลาง	62	ปานกลาง	75	สูง
20	67	ปานกลาง	76	สูง	60	ปานกลาง	70	สูง
21	61	ปานกลาง	51	ปานกลาง	51	ปานกลาง	71	สูง
22	64	ปานกลาง	79	สูง	59	ปานกลาง	72	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นตัวแปรกำกับกับการทดลองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 71-80 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับกับการทดลอง

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการ ทดลอง

	คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มทดลอง (n=22)		คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มควบคุม (n=22)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
Mean	59.45	73.86	62.77	67.64
%	69.95	86.90	73.85	79.57
SD	8.67	4.96	5.99	9.02
	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 59.45 (SD= 8.67) หรือ 69.95% และหลังการทดลองเท่ากับ 73.86 (SD= 4.69) หรือ 86.90% ซึ่งสูงขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 62.77 (SD= 5.99) หรือ 73.85% สูงขึ้น หลังการทดลองเท่ากับ 67.64 (SD= 9.02) หรือ 79.57%

ตารางที่ 11 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.669	.669	12

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B2	35.72	47.349	.294	.389	.652
B3	34.48	52.173	.130	.221	.673
B5	35.66	48.719	.194	.321	.671
B6	35.02	47.653	.363	.500	.641
B7	35.26	45.258	.436	.558	.627
B8	35.08	46.606	.442	.431	.629
B9	35.08	47.953	.257	.283	.658
B10	35.42	47.351	.314	.327	.648
B11	35.38	47.914	.273	.242	.655
B12	34.80	51.592	.152	.217	.671
B15	35.22	46.012	.429	.353	.629
B16	35.28	45.879	.416	.485	.631

ตารางที่ 12 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
N	22	22
Normal Parameters(a,b)	Mean	3.3568
	Std. Deviation	.46057
Most Extreme Differences	Absolute	.147
	Positive	.147
	Negative	-.122
Kolmogorov-Smirnov Z	.559	.688
Asymp. Sig. (2-tailed)	.913	.731

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติ

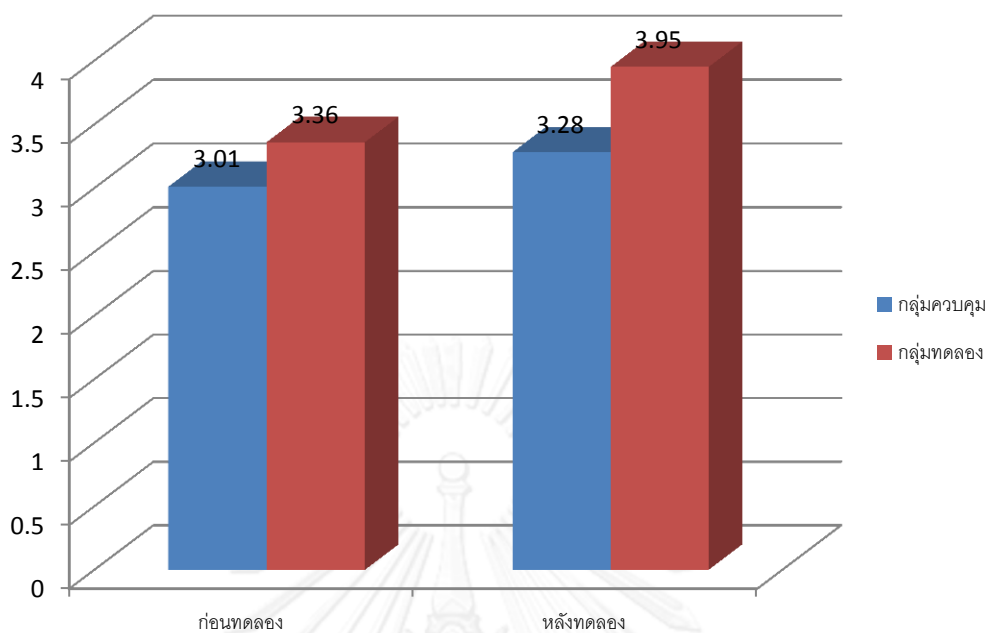
ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

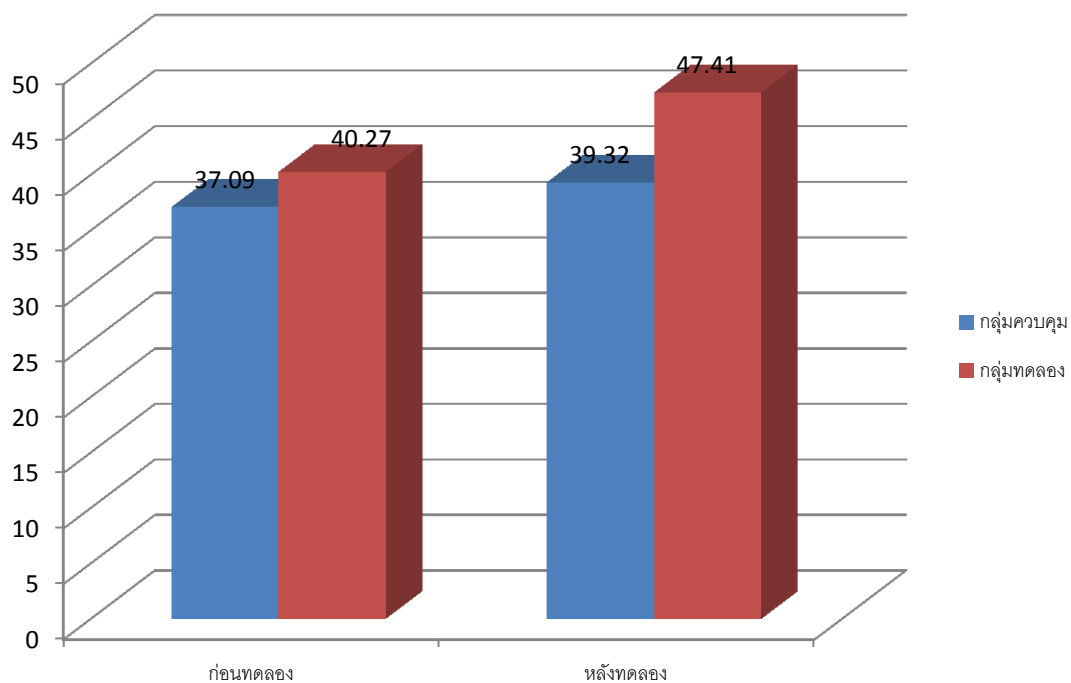
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
N		22	22
Normal Parameters(a,b)	Mean	3.9509	3.2768
	Std. Deviation	.32625	.62789
Most Extreme Differences	Absolute	.113	.184
	Positive	.077	.125
	Negative	-.113	-.184
Kolmogorov-Smirnov Z		.861	.529
Asymp. Sig. (2-tailed)		.449	.943

จากตารางที่13 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง





แผนภูมิที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ( $\bar{X}$ )



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (%)

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปาริชาติ คงเสื่อ เกิดเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2525 ภูมิลำเนาจังหวัดปราจีนบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2544 เข้าปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ. 2551 จากนั้นเข้าปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 จนกระทั่งปัจจุบัน และกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY