

ผลของการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุน การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและดัชนีมวลกาย ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ*

ปรีณาพรรณ กาญจนสำราญวงศ์**, อุมพร ปุญญโสพรรณ***, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 32 ราย การทดลองนี้แบ่งระยะดำเนินการออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะควบคุม (สัปดาห์ 1-6) และระยะทดลอง (สัปดาห์ 7-12) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกภาวะสุขภาพและสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังระยะควบคุมไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังระยะทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังระยะควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองในการพยาบาล มีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจที่ดีขึ้น ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่องและศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายต่อไป

คำสำคัญ : การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ, การจัดการตนเอง, โรคหลอดเลือดหัวใจ

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Corresponding author, email: k.preenapan@gmail.com, Tel. 063-9644369

Received : July 8, 2020; Revised : October 17, 2020; Accepted : October 27, 2020

Effect of Motivational Interviewing and Self-Management Support Application on Coronary Heart Disease Preventive Behavior and BMI in Persons with High Risk of Coronary Heart Disease*

Preenapan Kanjanasamranwong**, Umaporn Boonyasopun***, Kansunaphat Balthip****

Abstract

The purpose of this quasi-experimental one group, pretest - posttest design study was to examine the effect of motivational interviewing and self-management support program on coronary heart disease preventive behavior and body mass Index in persons with high risk of coronary heart disease. Thirty-two patients were selected by purposive sampling based on inclusion criteria. The experiment was divided into 2 periods: the control period (the first 6 weeks) and the intervention period (the following 6 weeks). The data collection research instruments comprised of a personal information sheet and coronary heart disease preventive behavior questionnaire. The result revealed that the mean score of coronary heart disease preventive behavior after experimental period was statistically significant higher than those before experiment whereas there was no statistically significant difference between the mean score of coronary heart disease preventive behavior before and after control period. There was no statistically significant decrease in BMI score after experimental period. However, the mean score of BMI before and after control period were statistically significant difference. The finding indicated that the application of motivation interviewing with self-management support to nursing practice improve coronary heart disease preventive behavior among persons with high risk of coronary heart disease. It is recommended to implement the program for persons with high risk of coronary heart disease continuously and to study long term effect of the program on their body mass Index.

Keywords : Motivational interviewing, Self-management, Coronary heart disease

* Research Paper Granted by Prince of Songkla University

** Student, Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner Program, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Corresponding author, email: k.preenapan@gmail.com, Tel. 063-9644369

Received : July 8, 2020; **Revised** : October 17, 2020; **Accepted** : October 27, 2020

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันโรคหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในปี พ.ศ. 2559 พบผู้เสียชีวิตประมาณ 9.2 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2018) ในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ.2557–2561 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 23.45, 26.91, 27.83 และ 28.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) ทั้งนี้เป็นผลจากการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนที่มีความสะดวกสบาย มีสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิต ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (สว่างจิต คงภิบาล, 2558) เช่น การขาดการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย (จุฑามาศ คชโคตร และคณะ, 2555) การนิยมบริโภคอาหารจานด่วน อาหารที่มีไขมันสูงทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีความเครียดจากการทำงาน มีโรคเรื้อรังประจำตัว ทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน (สุพรรณสมควร, 2554) จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย พบภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อแนวโน้มโรคหลอดเลือดหัวใจที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณณทัต บุนนทนต์, 2562)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำเนินชีวิตเพื่อการบำบัด (Therapeutic lifestyle change) มีความสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การรับประทานอาหารเพื่อการบำบัด (TLC diet) ทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีสีเขียวก่อนหรือส้ม ผลไม้ และธัญพืชเพิ่มมากขึ้น การลดน้ำหนักให้ดัชนีมวลกายที่เหมาะสม $18.5 - 22.9 \text{ kg/m}^2$ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และลดการสูบบุหรี่ หากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตได้สำเร็จจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงอื่น (National Cholesterol Education Program, 2002) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหากต้องการได้ผลลัพธ์ที่ดีจะต้องมีการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ธิดารัตน์ อภิญา, 2559)

การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) มีรูปแบบการปรึกษาเหมาะสมกับบุคคลเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) รำลึกถึงเหตุการณ์ (Evocative) เทคนิคกระตุ้นให้เข้าไปสู่เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) การทำงานร่วมกัน (Collaborative) ประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในการค้นหาวิธีการต่าง ๆ แก่ไขปัญหาที่เป็นปัญหา และ 3) ความเป็นอิสระ (Autonomy) โดยสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีการคิด และตัดสินใจด้วยตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Miller & Rollnick, 1991) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลทำให้สามารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ตรงจุดและได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี (จุฑามาศ เทียนสะอาด และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2559) และยังมีงานวิจัยที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกันอย่างแพร่หลาย พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีเนื่องจากเป็นรูปแบบการสนทนาเน้นความเข้าใจ พัฒนาความรู้ ทักษะ มีความเฉพาะเจาะจงกับแต่ละบุคคล ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (อิทธิพล แก้วพอง, ชมนาด วรณพรศิริ, และสุภาพร แนวบุตร, 2561) ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน สามารถลดน้ำหนักตัว ลดดัชนีมวลกาย และลดรอบเอวได้ด้วยการสร้างความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพของตนเองและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ และอรุณี พันธุ์โอภาส, 2560)

การจัดการตนเอง (Self-Management) เป็นกระบวนการในการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม แนวคิดการจัดการตนเอง ของแคนเฟอร์ และกาลิค

บายส์ (Kanfer, F.H., & Gaelick. L, 1991) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงอย่างแพร่หลาย การจัดการตนเองกระตุ้นให้บุคคลกำหนดเป้าหมายและปฏิบัติตามพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยจะต้องอาศัยบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นผู้คอยสนับสนุน (จันทร์เพ็ญ หวานคำ, 2555) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผลของการประยุกต์ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง (พิชชาดา สุทธิแป้น, 2559) จากการนำกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการจัดการตนเองมาใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่ามีการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น (จันจิรา หินขาว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และสุนทรี เจียรวิทยาภิจ, 2562) รวมถึงมีการรับรู้ความสามารถและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมส่งผลทำให้น้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายลดลง (สุภาพร ทิพย์กระโทก, และธนิดา ผาติเสนะ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลในทางบวกทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558; สว่างจิต คงภิบาล, 2558) แต่กลับพบปัญหาว่ากลุ่มเสี่ยงก็ยังมีแนวโน้มในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร, 2558) ในปัจจุบันมีการศึกษาแนวทางในการปฏิบัติในการคัดกรองความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและมีการให้คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557) แต่กลุ่มเสี่ยงไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง อีกทั้งยังขาดการปฏิบัติตามแนวทางการปรับเปลี่ยนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างจริงจัง ทำให้กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มป่วย ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้นำการการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีภาวะสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติในช่วงระยะควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติในช่วงระยะควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองในช่วงระยะทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองในช่วงระยะทดลอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest - posttest with time series design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี 2562 อายุ 35 ปีขึ้นไป และมีผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มารับบริการที่สถานบริการที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการคัดกรองด้วยวาจา (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) ดังนี้ 1) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีอย่างน้อย 3 ข้อ ต่อไปนี้ 1.1) สูบบุหรี่ 1.2) มีระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ 1.4) ไขมันคอเลสเตอรอลเกินมากกว่าส่วนสูง (เซนติเมตร) หากร 2 1.5) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอัมพฤกษ์ 1.6) มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจ ก่อนอายุ 55 ปี ในเพศชาย หรือก่อนอายุ 65 ปี ในเพศหญิง 2) เป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต 4) ไม่มีอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย คือ ไม่มีอาการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและข้อ 5) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี 6) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ตามปกติ และ 7) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง 2) แพทย์มีความเห็นว่าต้องให้ยาลดระดับไขมันในเลือด

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ ผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.98 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางได้จำนวน 26 ราย และคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมป้องกันการสูญหายเพิ่มอีกร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมในการใช้โปรแกรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน และขั้นตอนที่ 4 การสรุป (2) แผนการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ และหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึงขั้นตอนในการดำเนินโปรแกรม และ (3) หนังสือคู่มือ 2 เรื่อง ได้แก่ คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลประจำวันให้ใช้ติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สรุปผลความสำเร็จตามเป้าหมาย และมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และแนวปฏิบัติโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (สำหรับพยาบาล) ประกอบด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และไม่บรรเทาการเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ มีจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา การจัดการกับความเครียด การควบคุมน้ำหนัก และการควบคุมระดับความดันโลหิต ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยค่าคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วงระหว่าง 23-115 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ค่า IOC (Index of item objective congruence) ระหว่าง 0.67-1.00 และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยการใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

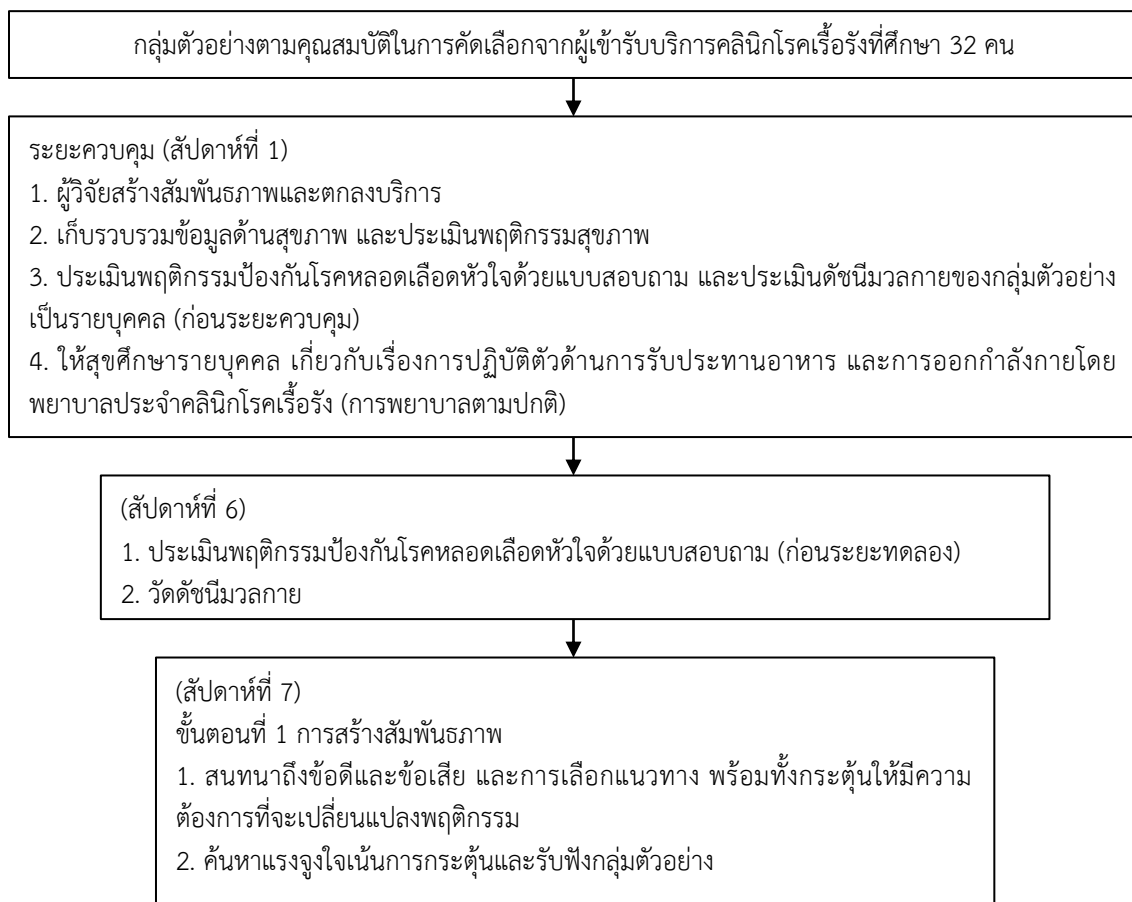
การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2019 – NSt008 ลงวันที่ 24 เมษายน 2562 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากการวิจัย ได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อในแบบสอบถาม และนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

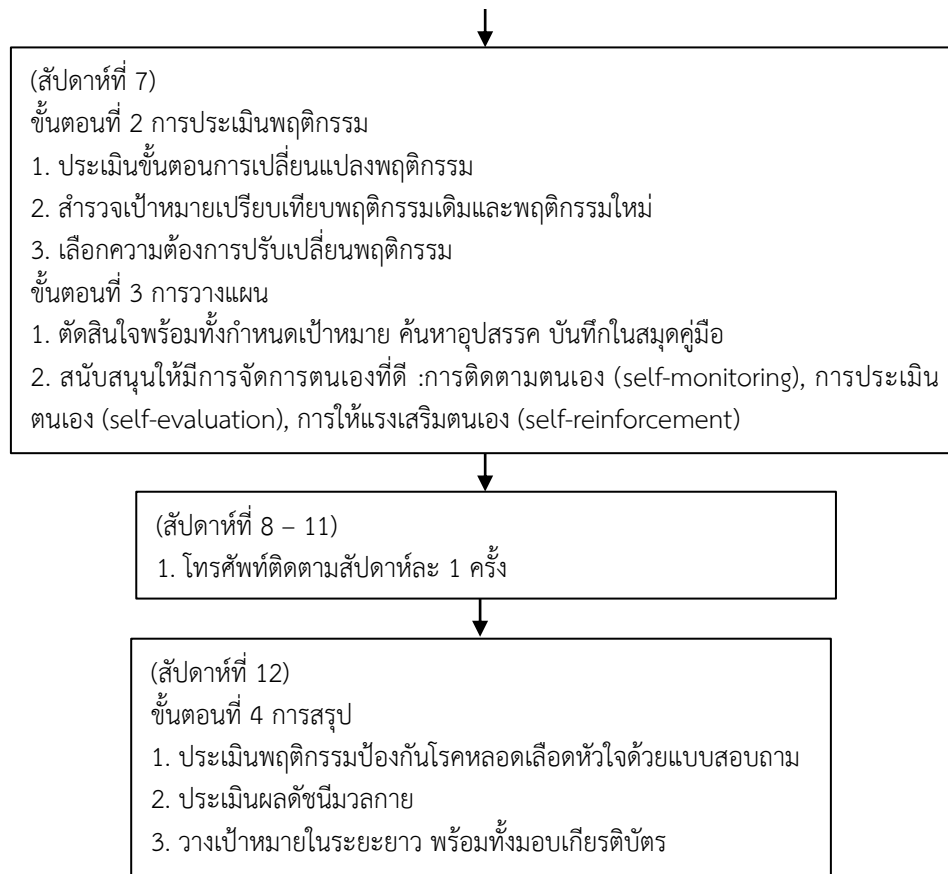
การดำเนินการวิจัย

1. รวบรวมรายชื่อกลุ่มเสี่ยงจากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพปี 2562 พร้อมทั้งประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์ และได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement)

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การตอบแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา จะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองตามโปรแกรมเป็นรายบุคคล โดยสัปดาห์ที่ 1-6 เป็นการดูแลตามปกติ สัปดาห์ที่ 7-12 เข้าสู่วิธีการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 7 ประเมินความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อแบ่งระยะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างค้นหาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เลือกใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรองรับ (Affirmation) ฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความคิด (Reflective listening) และสรุปความ (Summarization) DARES อธิบายให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่อยากเป็นกับสิ่งที่เป็นอย่าง (Develop discrepancy) แรงต้าน (Avoid argumentation) การผ่อนไปตามแรงต้าน (Roll with resistance) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) และการสร้างความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลง (Support self-efficacy) และ FRAMES ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) เน้นความรับผิดชอบของตัวบุคคล (Responsibility) คำแนะนำ (Advice) ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-Efficacy) (Miller & Rollnick, 2002) ตามความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคล ขั้นตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมพร้อมทั้งพูดคุยเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มตัวอย่างให้สอดคล้องกับระยะของพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน กำหนดแผน ค้นหาอุปสรรคร่วมกันและทำพันธะสัญญา พร้อมทั้งบันทึกลงในสมุดคู่มือ คอยช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการติดตาม ประเมินผล ให้แรงเสริมตนเอง และการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 8 – 11 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10 – 15 นาที เพื่อประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมาย และขั้นตอนที่ 4 การสรุป ประเมินผลการติดตาม และสรุปผล





รูปที่ 1 โปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังแต่ละช่วงดำเนินการ ทั้งช่วงควบคุมและช่วงทดลอง ด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.90 มีอายุเฉลี่ย 50.88 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 56.25 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 หรือ ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 43.75 รายได้อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.75 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.50 ดัชนีมวลกายพบว่า มีภาวะอ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกาย 25.00 – 29.99 กก./เมตร ร้อยละ 53.13 มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน เพศชาย ร้อยละ 15.63 และเพศหญิง ร้อยละ 68.75 และจากการสอบถามถึงพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 65.63 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยดื่มเลย ร้อยละ 65.63 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 53.13 ความเครียด ส่วนใหญ่มีความเครียดนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 59.37 การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอทุกปี ร้อยละ 40.63

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=32)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	28.10
หญิง	23	71.90
อายุ (ปี) เฉลี่ย 50.88 ± 9.496		
ดัชนีมวลกาย (กก./เมตร ²)		
≤ 18.49 (ผอม)	1	3.13
18.50 – 22.99 (ปกติ)	5	15.62
23.00 – 24.99 (เกินเกณฑ์)	4	12.50
25.00 – 29.99 (อ้วนระดับ 1)	17	53.13
≥ 30 (อ้วนระดับ 2)	5	15.62
สูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่เลย	21	65.63
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	4	12.50
สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน	7	21.87
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มเลย	21	65.63
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	3	9.37
ดื่มเป็นประจำ	1	3.13
ดื่มนาน ๆ ครั้ง	7	21.87
การออกกำลังกาย		
สม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	17	53.13
นาน ๆ ครั้งน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	5	15.62
ไม่ออกกำลังกายเลย	10	31.25
ความเครียด		
ไม่เครียดเลย	6	18.75
เป็นประจำทุกวัน	7	21.88
นาน ๆ ครั้ง	19	59.37
การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคยได้รับการตรวจ	11	34.37
ตรวจสม่ำเสมอทุกปี	13	40.63
เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ	8	25.00

เกณฑ์ประเมินดัชนีมวลกาย อ้างอิงจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดูแลตามปกติ (ระยะควบคุม) สัปดาห์ที่ 1-6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม

ก่อนระยะควบคุม (Mean = 65.88, SD = 8.01) และหลังระยะควบคุม (Mean = 65.19, SD = 7.23) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยค่าเฉลี่ยหลังระยะควบคุมต่ำกว่าก่อนระยะควบคุม (ตารางที่ 1,3)

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดูแลตามปกติ (ระยะควบคุม) สัปดาห์ที่ 1-6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนระยะควบคุม (Mean = 26.73, SD = 4.51) และหลังระยะควบคุม (Mean = 27.01, SD = 4.50) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังระยะควบคุมสูงกว่าก่อนระยะควบคุม ($p < .05$) (ตารางที่ 1,3)

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (ระยะทดลอง) สัปดาห์ที่ 7-12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมฯ หลังระยะทดลอง (Mean = 81.84, SD = 10.32) สูงกว่าก่อนระยะทดลอง (Mean = 65.19, SD = 7.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1,3)

2.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (ระยะทดลอง) สัปดาห์ที่ 7-12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังระยะทดลอง (Mean = 26.87, SD = 4.55) ต่ำกว่าก่อนระยะทดลอง (Mean = 27.01, SD = 4.50) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1,3)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างทั้งในระยะควบคุมและระยะทดลอง (N=32)

ตัวแปร	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 6		สัปดาห์ที่ 12	
	M	SD	M	SD	M	SD
พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	65.88	8.01	65.19	7.23	81.84	10.32
ดัชนีมวลกาย	26.73	4.51	27.01	4.50	26.87	4.55

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างทั้งในระยะควบคุมและระยะทดลอง (N=32)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ					
ภายในกลุ่ม	5684.31	1.657	3430.75	66.27	.001*
ความคลาดเคลื่อน	2659.02	51.36	51.77		
ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย					
ภายในกลุ่ม	1.22	2	.61	5.88	.005*
ความคลาดเคลื่อน	6.45	62	.10		

จากตารางที่ 2 พบว่ามีอิทธิพลทางตรงระหว่างระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 จึงได้มีการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังระยะควบคุมและระยะทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยวิธีบอนเฟอร์นี (N=32)

ผลต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย	ก่อนระยะควบคุม		ก่อนระยะทดลอง		หลังระยะทดลอง	
	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 6		สัปดาห์ที่ 12	
	d	p-value	d	p-value	d	p-value
พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ						
ก่อนระยะควบคุม (สัปดาห์ที่ 1)			.688	1.000	-15.969	.000*
ก่อนระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 6)					-16.656	.000*
หลังระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)						
ดัชนีมวลกาย						
ก่อนระยะควบคุม (สัปดาห์ที่ 1)			-.277	.002*	-.141	.437
ก่อนระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 6)					.135	.193
หลังระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ (ระยะควบคุม) สัปดาห์ที่ 1-6 ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการพยาบาลแบบปกติ กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับคำแนะนำรายบุคคล เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง การลดอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องรับประทานยาประจำตัว แต่ไม่ได้รับการติดตาม ไม่มีเอกสารคู่มือเพื่อให้ไปทบทวนที่บ้าน ดังนั้นจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญ หรืออาจไม่ได้ใส่ใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ไม่มีการติดตามเพื่อประเมินปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไข ไม่ได้รับคำแนะนำในการฝึกทักษะการจัดการตนเอง และไม่มีการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ (ระยะควบคุม)

2. ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ (ระยะควบคุม) สัปดาห์ที่ 1-6 พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะระยะการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำแบบทั่วๆ ไป ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องการควบคุมความดันโลหิต การออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และไขมันสูง การคลายเครียด งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความอ้วนระดับ ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากการ 1 บริโภคอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ขอบรับประทานแป้ง ไขมัน น้ำตาล และผลไม้ที่มีรสหวาน ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายในระยะควบคุมเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ส่วนใหญ่จะเห็นได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำได้ยาก จึงไม่ทำการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลว่าเกิดความตั้งใจส่งผลทำให้เกิดการผลัดวันประกันพรุ่งนำไปสู่การไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ (ระยะควบคุม) โดยหลังการได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มมากขึ้น 0.28

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ระยะทดลอง) สัปดาห์ที่ 7-12 พบว่า ทั้งนี้เพราะโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากการฝึกทักษะเป็นรายบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อตัวบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหนึ่งได้สำเร็จจะมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ ให้สำเร็จตามมา ส่งผลให้ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย (1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนทำความรู้จักคุ้นเคย เก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ มีความเข้าใจ โดยต้องเข้ากันได้และเป็นพวกเดียวกัน สนทนาพูดถึงแต่เรื่องดี หรือหาเรื่องน่าชื่นชมทำให้รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน พร้อมทั้งประเมินสิ่งสำคัญในชีวิตเพื่อใช้เป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างก็พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (2) การประเมินพฤติกรรม พูดคุยให้สอดคล้องกับตัวบุคคลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สสำรวจเป้าหมายโดยเปรียบเทียบพฤติกรรมเดิมกับพฤติกรรมใหม่ เช่น การทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองจากอดีตจนถึงปัจจุบัน รวมไปถึงพฤติกรรมที่คาดหวังในอนาคตของกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นการพูดคุยสนทนากระตุ้นให้คิดและพูดถึงพฤติกรรมของตนเองในปัจจุบันทางบวกและทางลบ เพื่อนำไปส่งเสริมให้เกิดความคิดในการต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่ามีความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใดที่สามารถป้องกันโรคได้ นำไปสู่การวางแผน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพร้อมทั้งกำหนดเป้าหมาย (3) วางแผน พร้อมทั้งบันทึกคำมั่นสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเน้นย้ำให้มีความมุ่งมั่น และบันทึกลงในสมุดคู่มือ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละครั้งเพื่อเป็นการเน้นย้ำกระตุ้นเตือนให้มีการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ และให้คำปรึกษาเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือ (4) การสรุปพร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและดัชนีมวลกาย จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (ระยะทดลอง) สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิพิพล, ชมนาด และสุภาพร (2561) พบว่า โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง เน้นการทบทวนองค์ความรู้เดิมและเสริมองค์ความรู้ใหม่ ติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจและคำปรึกษา ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงความคิด และพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย

4. ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (ระยะทดลอง) พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระยะหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 0.14 มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ระยะเวลาอาจส่งผลทำให้ดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงได้กลุ่มตัวอย่างอาจจะต้องใช้ระยะเวลาช่วงหนึ่งในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นจึงยังไม่เห็นการลดลงของค่าดัชนีมวลกายได้ชัดเจน ค่าความแตกต่างจึงยังไม่เห็นความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่าค่าดัชนีมวลกายลดลงตามที่ได้ตั้งสมมติฐานไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้ลดลงขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมตนเอง ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย ความเครียด สภาพแวดล้อม และกิจวัตรประจำวัน (อรพินท์ สีขาว และคณะ, 2561) รวมถึงการเสริมสร้างแรงจูงใจมีส่วนทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการลดน้ำหนักได้สำเร็จ (Tajzier L. Thompson, 2018) และส่วนหนึ่งเกิดจากความหลากหลายของชุดพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปตามความต้องการของแต่ละบุคคล เชื่อว่าหากบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ครบทั้ง มจะเห็นผลของการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายได้อย่างชัดเจน ถึงแม้พฤติกรรม 6 อาจจะไม่เห็นผลของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่โปรแกรมยังส่งผลให้ค่าดัชนี

มวลกายของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเกิดจากการเข้าสู่ระยะย้อนกลับของพฤติกรรมเดิม (relapse) โดยแตกต่างกันไปตามตัวบุคคล ส่งผลให้ไม่สามารถเห็นผลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากค่าดัชนีมวลกายสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ระยะทดลอง) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจที่ดีขึ้น แต่ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของดัชนีมวลกาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรสนับสนุนให้ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการฝึกทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรติดตามประเมินผลโปรแกรมในระยะยาว หรือติดตามโปรแกรมจนครบ 6 เดือน เพื่อศึกษาความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย

2. ควรทำการศึกษาแบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและลดตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ พร้อมทั้งมีการปรับปรุงโปรแกรมนี้อตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นทุก 3-5 ปี ควบคู่กับการพัฒนาเครื่องมืออย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จันจิรา หินขาว, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และสุนทรี เจียรวิทยากิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงของไตระยะที่ 3. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 30(2), 185-202.
- จันท์เพ็ญ หวานคำ. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

- จิรวรรณ สีสานพัฒนาพาณิชย์ และอรุณี พันธุ์โอภาส. (2560). ผลของการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(2), 113-119.
- จุฑามาศ คชโคตร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื้อ, และอรวรรณ แก้วบุญชู. (2555). พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(1), 71-86.
- จุฑามาศ เทียนสะอาด และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2559). การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้กับผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 23(1), 223-232.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณณทัต บณุนท. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 6-15.
- ธิดารัตน์ อภิญา. (2559). *หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พิชชาดา สุทธิแป้น. (2559). *การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขศึกษบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.
- สว่างจิต คงภิบาล. (2558). *ผลของโปรแกรมการจัดการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุพรรณ สมควร. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง*. (การค้นคว้าแบบอิสระ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุภาพร ทิพย์กระโทก และธนิดา ผาติเสนะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 210-223.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2557). *คู่มือประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562) *ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลกปี พ.ศ.2562*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge>
- อรพินท์ สีขาว, และคณะ. (2561). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 22(43-44), 1-12.
- อิทธิพล แก้วฟอง, ชมนาด วรณพรศิริ, และสุภาพร แนวบุตร. (2561). ผลโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ ความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรม และระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 10(2), 57-71.
- Cohen, Jacob. (1988). *Statistical power analysis of the behavioral sciences*. NewYork: McGraw-Hill Book Company
- Kanfer, F.H., & Gaelick, L. (1991). *Self management methods*. In Kanfer F. H. , & A.P. Goldstein (Eds.). *Self-management methods in helping people change: A textbook of methods*. (4th ed.). NewYork: Pergamon Press.

Miller W.R. & Rollnick S. (1991). *Motivation Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guilford press.

National Cholesterol Education Program. (2002), *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP III)*. Institute. Retrieved from <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.106.25.3143>

Tajsier L. Thompson. (2018). *Impact of Motivation Interviewing on Body Mass Index*. (Doctoral dissertation). Andrews University, Michigan.

World Health Organization (2018). WHO. *The top 10 causes of death, World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

