

รายงานแผนงานวิจัย

การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ Risk reduction and Quality of life Improvement of heart disease people

โครงการวิจัยภายใต้แผนงานวิจัย

1. การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
(Risk reduction and quality of life improvement for people with essential hypertension)
2. การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
(Risk reduction and quality of life improvement for people with myocardial infarction)
3. การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย
(Risk reduction and quality of life improvement for people with congestive heart failure)

แผนงานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัย
จากงบประมาณรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

คณะผู้วิจัย

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์ ตีนาน

Associate Professor Aporn Deenan, Ph.D., RN

คณะนักวิจัย

1. รศ. ดร. อภรณ์ ตีนาน: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
2. ผศ. ดร. สมสมัย รัตนกรีกุล: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
3. ผศ. วชิราภรณ์ สุมนวงศ์: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
4. ผศ. ดร. สงวน ธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี
5. นายแพทย์ชัชวาล วัตนะกุล : โรงพยาบาลพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี

โครงการวิจัยภายใต้แผนการวิจัย

โครงการที่ 1. การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

หัวหน้าโครงการ รศ. ดร. อภรณ์ ตีนาน

โครงการที่ 2 การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

หัวหน้าโครงการ ผศ. วชิราภรณ์ สุมนวงศ์

โครงการที่ 3 การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

หัวหน้าโครงการ ผศ. ดร. สมสมัย รัตนกรีกุล

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาของหลอดเลือดและหัวใจสามารถลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ ทุเลาความรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิต การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลองแบบวัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยโรคหัวใจวาย คณะวิจัยพัฒนาโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีเนื้อหาหลักเป็นการชี้แนะด้านสุขภาพ หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยโรคหัวใจวาย กลุ่มละ 30 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตและอุปกรณ์นับก้าว (Garmin, Viofit) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทุกด้าน คะแนนคุณภาพชีวิตและจำนวนก้าวเดินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า จำนวนก้าวเดินคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงบางด้านเท่านั้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์นี้ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ดีและให้ผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเพิ่มสมรรถภาพร่างกายและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ดี ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจนี้ไปใช้ในคลินิก แต่เนื่องจากข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและยังขาดการติดตามผลระยะยาว ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและเป็นระยะเวลายาวนานขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยง คุณภาพชีวิต โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิต

Abstract

Cardiac rehabilitation program can prevent complication, reduce disease progression and severity, and improve quality of life among coronary heart disease people. The objectives of this pre-posttest experimental study were to develop and evaluate cardiac rehabilitation program for hypertensive persons, myocardial infraction persons, and congestive heart failure persons based on evidenced base practice. Based on evidences, health coach was integrated into the program and applied to 30 hypertensive persons, 30 myocardial infraction persons, and 30 congestive heart failure persons, and congestive heart failure persons. The participants were invited in the 4-week health coach program. Instruments included demographic, perceived health, health behaviors, and quality of life questionnaires as well as step counts (Garmin, Viofit). Data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

Results revealed that the groups of myocardial infraction persons and congestive heart failure persons reported statistically increasing in functional performance (Step counts/week), quality of life, and all dimensions of health behavior ($p < .05$). However, hypertensive persons reported statistically increasing functional performance (Step counts/week), quality of life, and only some dimensions of health behavior ($p < .05$)

From research results, health coach program for coronary heart diseases yielded good outcomes to modify health behaviors. Therefore, health care providers should apply this program in clinics. However, with the limitation of small sample size and short period of program utilization, further research should focus on larger sample size and longitudinal outcomes.

Keywords: Risk reduction, quality of life improvement, coronary heart disease

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ง
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
กรอบแนวความคิดและทฤษฎี.....	3
ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนการวิจัย.....	4
สถานที่ทำการวิจัย.....	4
ผลการดำเนินงาน.....	4
การสร้างโปรแกรม.....	4
ผลการทดสอบโปรแกรม.....	9
ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัย.....	13
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย.....	15
บรรณานุกรม.....	16
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	19

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้าที่
1	ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้วิธีการชี้แนะ.....	7
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต สมรรถภาพร่างกาย (จำนวนก้าว/สัปดาห์) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	9
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต สมรรถภาพร่างกาย (จำนวนก้าว/สัปดาห์) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	11
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต สมรรถภาพร่างกาย (จำนวนก้าว/สัปดาห์) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง	12
5	การบรรลุเป้าหมายของผลผลิตและตัวชี้วัดที่กำหนด	14

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ปัจจุบันกลุ่มโรคหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจวายเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพของคนไทย โดยมีอัตราการเกิดที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากสถิติสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) พบว่าโรคหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับสองรองจากโรคมะเร็งโดยพบว่ามีอัตราการตายเฉลี่ย 50 รายต่อวัน และมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ย 1,185 รายต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่ามีคนไทยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจวาย ในการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ที่พบว่าคนไทยมีภาวะเสี่ยงของกลุ่มโรคนี้ เช่น มีโรคอ้วน มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2546-2554 เป็น ร้อยละ 8.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 รวมทั้งพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด เค็มจัด ชอบเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่และดื่มสุรา ใช้ชีวิตแบบเคร่งเครียด แข่งขัน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเกิดโรค โรคความดันโลหิตสูงและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้โดยตรง ส่วนโรคหัวใจวายมักเป็นผลสืบเนื่องตามมาของโรคความดันโลหิตสูงและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจวายจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง และใช้ทรัพยากรอย่างมหาศาล ซึ่งปัจจุบันค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจมักมีพยาธิสภาพทั้งที่หลอดเลือดและหัวใจ ทำให้การทำงานของหัวใจ ทำได้ลดลง จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน หากมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพก็จะยิ่งทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นภายใต้สภาวะของความจำกัดซึ่งจะมีผลต่อหัวใจ ทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งสมรรถภาพของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะต้องปฏิบัติต่อเนื่องเป็นกระบวนการดูแลรักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ควบคุมอาการและอาการแสดง ลดความก้าวหน้าของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง สามารถมีชีวิตใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (American Heart Association, 2014)

องค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้ การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนักและโรคร่วม ซึ่งสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American heart Association) และ สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจ หลอดเลือดและปอดของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Cardiovascular and Pulmonary rehabilitation – AACVPR) ได้กำหนดเป้าหมายของการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าเป็นการลดปัจจัยเสี่ยง กระตุ้นการปรับเปลี่ยนและคงไว้พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความพิการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่กระฉับกระเฉง รวมทั้งได้กำหนดแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจ ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การจัดการภาวะไขมันผิดปกติ การควบคุมความดันโลหิต การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเบาหวาน การดูแลด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การฝึกการออกกำลังกาย

การพัฒนาโปรแกรมที่ผ่านมาแม้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายที่ต้องการซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาของคณะวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจวาย มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลาย เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม พฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคและการรักษา (อาภรณ์ ตีนาน และคณะ, 2558 a; อาภรณ์ ตีนาน และคณะ, 2558 b; วชิราภรณ์ สุนนวงศ์ และ คณะ, 2558) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นปัจจัยหลักเพื่อสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ นอกจากนั้นคณะวิจัยได้นำแนวคิดการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งปัจจุบันการสร้าง “นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ ๆ” เพื่อใช้ในการให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการนำองค์ความรู้และงานวิจัยหลายๆ ชิ้นที่ถูกนำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อ สกัดเอาเนื้อหาและกระบวนการที่ดีที่จะให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและเหมาะสมกับความเชื่อ ความชอบของผู้รับบริการ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) นี้เหมาะกับการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ Newhouse et al. (2007) เสนอแนะขั้นตอนในการพัฒนานวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ โดยมีขั้นตอนการค้นหารูปแบบวิธีการใหม่ที่เชื่อมโยงกลุ่มผู้ป่วย (population) วิธีการใหม่ (intervention) และผลลัพธ์ (outcomes) จากฐานข้อมูล ตำรา งานวิจัย โดยกำหนด คำสำคัญ เมื่อได้บทความ/งานวิจัย/เอกสารมาแล้ว ผู้ที่สร้างนวัตกรรมจะต้องประเมินเอกสารดังกล่าว จัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน หลังจากนั้นนำหลักฐานที่ได้รับการจัดลำดับความน่าเชื่อถือในระดับสูงมาสกัด แล้วนำไปสร้างเป็นรูปแบบวิธีการใหม่แล้วนำไปทดสอบ

การทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล พบว่า การชี้แนะ (Health coach) เป็น วิธีการที่ดี ถูกนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยอย่างหลากหลายและให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รุ่งระวี นาวิเจริญ (2550) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลง ระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แต่ค่าของระดับความดันโลหิต และระดับไขมันชนิดไม่ดีไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Wongpiriyayothar, Piamjariyakul, & Williams (2010) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของภาวะหายใจลำบาก และระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Whittemore et al. (2004) ซึ่งศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารเฉพาะโรคดีขึ้น มีการออกกำลังกายดีขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง และยังพบในจากการศึกษาของ Vale et al. (2003) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีผลรวมของคลอเรสเตอรอลลดลง และระดับแอลดีแอลลดลง และการศึกษาของ Whittemore, Melkus, Sullivan, & Grey (2004) ได้ศึกษาถึงการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดการชี้แนะไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาของแมคเมอร์เรย์, จอห์นสัน, เดวิส และแมคโดกอล (McMurray, Johnson, Davis, & McDougall, 2002) ศึกษาถึงการให้ความรู้และการจัดการดูแลโดยใช้กระบวนการชี้แนะในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และมีโรคเบาหวานร่วม พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลง อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ คณะวิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมโดยใช้ผลการวิจัยที่ผ่านมาร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นคว้าจากฐานข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการลดภาวะเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่เหมาะสมกับบริบทของคนไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ได้แก่

1. เพื่อสร้างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยโรคหัวใจวาย
2. เพื่อทดสอบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

กรอบแนวคิดของแผนงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) การส่งเสริมพฤติกรรมของเพนเดอร์ (Pender, Murdough, & Parsons, 2006) และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice)

กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) เป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ป่วยในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ภายใต้การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย อาจมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา คำแนะนำของทีมสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่มาจากการบอกเล่าของคนอื่น ที่เกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบ การควบคุมโรค ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรคของตนเองแล้ว การนำประมวลผลความคิดเพื่อวิเคราะห์หาทางแก้ไข แล้วจะทำการตัดสินใจและจัดการกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด หากผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีการทบทวนเพื่อหาแนวทางที่จะทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้บุคคลกรทางด้านสุขภาพมีส่วนช่วยให้ข้อมูล แนวทางแก้ไข รวมทั้งการช่วยเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model; Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงมาสู่ภาวะพฤติกรรมสุขภาพ กรอบแนวคิดประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) อาทิ เช่น เพศ อายุ การศึกษา ดัชนีมวลกาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความชอบ (Behavior-specific cognitions and affect) เช่น ความเชื่อ การสนับสนุนจากสังคม สถานการณ์สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) ทั้งที่สามารถสังเกตเห็นและไม่สามารถสังเกตเห็น

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ปัจจุบันการเจ็บป่วยของคนไทยเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและให้ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามความคาดหวัง ไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ การสร้าง “นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ ๆ” มาใช้ในการให้บริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาภายใต้การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการนำองค์ความรู้ที่ผ่านการสกัด วิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยหลายๆ ชิ้นที่ถูกนำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น

ซึ่งการผสมผสานแนวคิดดังกล่าว จะทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจได้ดี มีแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาและสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้พยาบาล บุคคลกรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนวิจัย

การสร้างและทดสอบโปรแกรมการลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. คณะผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคู่มือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจวาย
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจวาย
3. เก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.1.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนด
 - 3.1.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการวัดความดันโลหิต ตรวจร่างกาย และตรวจพิเศษทางด้านหัวใจในรายที่มีความเสี่ยงสูง
 - 3.1.3 ให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม
 - 3.1.4 หลังจากนั้นนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาเข้าโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง
 - 3.1.5 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

สถานที่ทำการวิจัย

1. เก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2556 – สิงหาคม 2558
2. บ้านผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน

1. การสร้างโปรแกรมลดความเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีประสิทธิภาพ คณะผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Evidence-based Practice โดยทบทวนและสืบค้นงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 – 2013 และพบว่า มีการใช้วิธีการที่เรียกว่า Health Coach มาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เนื่องจากมีลักษณะเด่น เช่น การช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง ช่วยวิเคราะห์ปัญหา ช่วยมองหาแนวทางในการแก้ปัญหา

คำว่า coach มาจากคำในอังกฤษยุคกลาง หมายถึง รถม้า การขนส่งจากจุดหมายหนึ่งไปอีกจุดหมายหนึ่ง โดยมีผู้ไค้เป็นผู้ขับเคลือรถม้า อำนาจความสะดวก ปกป้องอันตรายจากสภาพแวดล้อมให้ผู้โดยสารมีความมั่นคงและปลอดภัย ผู้ขับเคลือเป็นผู้รู้เส้นทางเป็นอย่างดี ทำให้เกิดความมั่นใจในการเดินทาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับครู หรือผู้ชี้แนะที่เหมาะสม (Spross, 2009) การชี้แนะเป็นการทำงานระหว่างบุคคลที่มีความซับซ้อน เพื่อช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่าน โดยมีผู้ไค้เป็นผู้ที่คอยอำนวยความสะดวกให้บุคคลเปลี่ยนผ่านจากสถานหนึ่งไปสู่อีกสถานหนึ่งด้วยความปลอดภัย (Clarke & Spross, 1996) การชี้แนะส่วนใหญ่มักใช้ในในกลุ่มของกีฬา เพื่อช่วยให้นักกีฬาสามารถเล่นกีฬาได้เต็มความสามารถ เดิมผู้ไค้จะชี้แนะทางและไค้วิธีการเล่นให้อย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันผู้ไค้จะช่วยให้นักกีฬาวิเคราะห์ตนเองว่าจะเล่นได้ดีที่สุดในสภาวะแวดล้อมอย่างไร และถ้าเล่นได้ดีที่สุดอย่างนั้นทุกครั้งจะมีอะไรเป็นอุปสรรคและหาทางขจัดให้หมดไป การชี้แนะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ พยาบาลกับผู้ป่วย ครูกับนักเรียน และผู้สอนกับนักเรียน (Clarke & Spross , 1996)

การชี้แนะ เป็นกระบวนการให้คำแนะนำ และการสอนรายบุคคล เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการทำงานที่เน้นการพัฒนาความรู้ และทักษะของผู้เรียน ในสิ่งที่ผู้โค้ชมีความเชี่ยวชาญมีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้เรียน เป็นรูปแบบการเรียนรู้รายบุคคล ด้วยวิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ผู้ที่เป็นโค้ชจะต้องมีความรู้มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นอย่างดี เป็นผู้อำนวยความสะดวก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดริเริ่ม การคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีโอกาสพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อหาทางให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้เรียนสร้างและพัฒนาความสามารถของตนเองทั้งในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ โดยมีผู้สอนคอยให้ความช่วยเหลือ หรือกระตุ้นผู้เรียนให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพ กระบวนการเรียนรู้ การสอนอยู่ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจ อบอุ่น เอื้ออาทร ให้กำลังใจ และเชื่อถือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข (สุริย์ จันทรโมลี, 2543; ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และคณะ, 2546; Spross, Clarke & Spross, 1996; Blanchard & Thacker, 2004)

โปรแกรมการชี้แนะด้านสุขภาพ (Health coach)

ปัจจุบันการสร้าง “นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ ๆ” เพื่อใช้ในการให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการนำองค์ความรู้และงานวิจัยหลายๆ ชิ้นที่ถูกนำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสกัดเอาเนื้อหาและกระบวนการที่ดีที่จะให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและเหมาะสมกับความเชื่อ ความชอบของผู้รับบริการ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) นี้เหมาะกับการแก้ปัญหา การเจ็บป่วยในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ Newhouse et al. (2007) เสนอแนะขั้นตอนในการพัฒนานวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ โดยมีขั้นตอนการค้นหารูปแบบวิธีการใหม่ที่เชื่อมโยงกลุ่มผู้ป่วย (population) วิธีการใหม่ (intervention) และผลลัพธ์ (outcomes) จากฐานข้อมูล ตำรา งานวิจัย โดยกำหนด คำสำคัญ เมื่อได้บทความ/งานวิจัย/เอกสารมาแล้ว ผู้ที่สร้างนวัตกรรมจะต้องประเมินเอกสารดังกล่าว จัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน หลังจากนั้นนำหลักฐานที่ได้รับการจัดลำดับความน่าเชื่อถือในระดับสูงมาสกัด แล้วนำไปสร้างเป็นรูปแบบวิธีการใหม่แล้วนำไปทดสอบ

การชี้แนะจะต้องประกอบด้วย ผู้ที่จะทำการชี้แนะและกระบวนการ/ขั้นตอนการชี้แนะทางสุขภาพ (Clarke & Spross, 1996)

1. ผู้ชี้แนะ/โค้ช จะต้องมีความรู้ความสามารถ (Coaching competency) ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 สมรรถนะด้านคลินิก (clinical competency) ซึ่งเป็นความสามารถในการให้ความรู้ การมีมุมมองแบบองค์รวม มีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย มีประสบการณ์ด้านคลินิกและการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนทางคลินิก
 - 1.2 สมรรถนะด้านเทคนิค (technical competency) มีความรู้ด้านการพยาบาลขั้นสูง มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และทักษะเฉพาะ มีประสบการณ์การทำงานก่อนและหลังปริญญาโท
 - 1.3 สมรรถนะด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal competency) มีความสามารถในการใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร มีทักษะการฟังอย่างตั้งใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และให้การพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

1.4 การสะท้อนคิดตนเอง (self-reflection) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะด้านคลินิก ด้านเทคนิค และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร่วมกับการสะท้อนคิด เพื่อสามารถปรับปรุงการชี้แนะให้ดีขึ้น และบรรลุเป้าหมายการให้ความรู้

2. กระบวนการ/ขั้นตอนการชี้แนะ

ในขั้นตอนนี้ มีผู้เสนอแนะแนวทางไว้หลากหลาย เช่น Eaton & Johnson (2001) แบ่งขั้นตอน ออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การกำหนดเป้าหมาย (Definition) การตั้งเป้าหมายจะเกิดขึ้นเมื่อผู้โค้ชและผู้ปวยยอมรับที่จะเข้าร่วมสู่กระบวนการชี้แนะ โดยเป้าหมายที่กำหนดขึ้นจะต้องมีความเฉพาะ และ สามารถวัดได้

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Analysis) เป็นการที่ผู้โค้ชช่วยเหลือให้ผู้ปวยวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

3. การสำรวจทางเลือก (Exploration) เป็นการค้นหาวิธีทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

4. การวางแผนการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นของการเจาะจงหน้าที่ของผู้ปวยในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ และให้คำมั่นสัญญาต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้

5. การปฏิบัติ (Learning) เป็นขั้นของการที่ผู้ปวยปฏิบัติตามแผนที่ได้วางแผนไว้ ให้ไปสู่เป้าหมายที่ปรารถนา โดยมีโค้ชให้การช่วยเหลือ

6. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ผู้โค้ชและผู้ปวยร่วมกันให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติกิจกรรม และพิจารณาการปฏิบัติที่ผ่านมาและวางแผนการปฏิบัติใหม่

ส่วน Harris & Mclean (2006) แบ่งขั้นตอนออกเป็น 5 ขั้นตอน

1. การประเมิน (Assessment to affirm strengths and identify challenges) เพื่อเป็นการยืนยันรับรองความมุ่งมั่นของผู้ปวย โดยการชี้แนะสร้างพลังอำนาจ และช่วยเหลือให้ผู้ปวยเกิดความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง การจูงใจ และการให้กำลังใจจะช่วยให้ผู้ปวยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยผู้โค้ชจะใช้วิธีการฟัง การตั้งคำถาม การสะท้อน มีความเป็นกันเอง เพื่อเชื่อมโยงผู้ปวยเข้าสู่กระบวนการและการตัดสินใจ

2. การวางแผนการปฏิบัติ (Developing a realistic action plan) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ระยะสั้น และวางแผนการปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริงร่วมกันกับผู้โค้ช มีการวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้ปวยไปสู่เป้าหมาย และสร้างความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติ

3. การดำเนินการตามแผน (Implementing the plan) ผู้ปวยนำแผนการปฏิบัติที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ไปปฏิบัติ โดยผู้โค้ชติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ การทบทวนการปฏิบัติ ผู้โค้ชจะใช้คำถาม ปลายเปิดเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ปวย

4. การประเมินความก้าวหน้า และปรับปรุงแผนการปฏิบัติ (Assessing progress and modifying the plan) เมื่อการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนไม่ไปสู่เป้าหมาย โค้ชและผู้ปวยจะร่วมกันค้นหา ปัจจัย และสร้างกลยุทธ์ใหม่ในการปฏิบัติเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

5. การเสริมแรง (Reinforcing success) ในช่วงแรกของการชี้แนะจะเน้นการสร้างความมั่นคงของผู้ปวย โดยการเสริมแรงและสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ผู้โค้ชจะยืนยันรับรองความมุ่งมั่นของผู้ปวยในทุกๆโอกาส

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่ามีการศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ปวยโรคต่างๆ ตัวอย่างเช่น รุ่งระวี นาวิเจริญ (2550) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ปวยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลง ระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แต่ค่าของระดับความดันโลหิต และระดับไขมันชนิด

ไม่ดีไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Wongpiriyayothar, Piamjariyakul, & Williams (2010) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของภาวะหายใจลำบาก และระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Whitemore et al. (2004) ซึ่งศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร เฉพาะโรคดีขึ้น มีการออกกำลังกายดีขึ้น และมีภาวะซิมเศรัลลดลง และยังพบในจากการศึกษาของ Vale et al (2003) ที่ศึกษาผลของการชี้แนะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีผลรวมของคลอเรสเตอรอลลดลง และระดับแอลดีแอลลดลง และการศึกษาของ Whitemore, Melkus, Sullivan, & Grey (2004) ได้ศึกษาถึงการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดการชี้แนะไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาของ McMurray, Johnson, Davis, & McDougall (2002) ศึกษาถึงการให้ความรู้และการจัดการดูแลโดยใช้กระบวนการชี้แนะในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและมีโรคเบาหวานร่วม พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมลดลง อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้วิธีการชี้แนะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้วิธีการชี้แนะ

ผู้แต่ง/ปี/Title/Design	ขั้นตอนการชี้แนะ	ผลลัพธ์
1. รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2550 ผลของระบบการพยาบาลชี้แนะ แบบหลากหลายต่อ ภาวะแทรกซ้อน และ ความพึงพอใจในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 / Quasi- experimental design (ระดับ 2)	1. การประเมินปัญหา 2. การตั้งเป้าหมาย 3. การวิเคราะห์ สถานการณ์ 4. การสำรวจทางเลือก 5. การวางแผนการ ปฏิบัติ 6. การดำเนินการปฏิบัติ 7. การประเมินผล	1. HbA _{1c} ลดลง 2. ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 3. ความดันโลหิตไม่ลดลง 4. LDL ไม่ลดลง
2. Whitemore, Melkus, Sullivan & Grey, 2004)/ A Nurse-Coaching Intervention for Women with Type 2 Diabetes / Randomize control trial (ระดับ 2)	1. การประเมิน 2. การให้ความรู้ ให้แรง เสริม 3. การแก้ปัญหา การ กระตุ้น 4. การสนับสนุนด้านจิต สังคม	1. การจัดการตนเองด้าน การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ดีขึ้น 2. ภาวะซิมเศรัลลดลง 3. HbA _{1c} ไม่แตกต่างกัน

ผู้แต่ง/ปี/Title/Design	ขั้นตอนการชี้แนะ	ผลลัพธ์
<p>3. Wongpiriyayothar, Piamjariyakul & Williams, (2010) / Effect of patient teaching, educational materials, and coaching using telephone on dyspnea and physical functioning among person with heart failure /Randomize control trial (ระดับ 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินปัญหา 2. การให้ความรู้ สาธิต 3. การฝึกทักษะ 4. การติดตาม ประเมินผล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physical functional เพิ่มขึ้น 2. ระดับความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนลดลง
<p>4. Vale, Jelinek, Best., Dart, Grigg, Hare et al., 2003) Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health(COACH) / Randomize control trial (ระดับ 2)</p> <p>5. McMurray, Johnson, Davis & McDougall, 2002) /Diabetes Education and care management significantly improve patient outcome in the dialysis unit / Randomize control trial (ระดับ 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้ความรู้ 2. การตั้งเป้าหมาย 3. การวางแผนการปฏิบัติ 4. การให้แรงเสริม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total cholesterol และ LDL ลดลง
<p>6. Vale, Jelinek, Best & Santamaria, 2002)/ Coaching patients with coronary heart disease to achieve the target cholesterol : A method to bridge the gap between evidence-based medicine and the “real world” / Randomize control trial / (ระดับ 2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินปัญหา 2. การตั้งเป้าหมาย 3. การอธิบาย และให้เหตุผล 4. การฝึกปฏิบัติ 5. การประเมินผล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total cholesterol และ LDL ลดลง 2. Triglyceride และ HDL ไม่ลดลง

หลังจากการทบทวนวรรณกรรมและสกัดเนื้อหาที่สำคัญจากหลักฐานที่ค้นคว้าแล้ว คณะผู้วิจัยจึงนำไปสร้างเป็นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีโค้ชเป็นพยาบาลที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอย่างดี พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยโดยมีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ที่ตีระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วย ใช้วิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ผู้ที่เป็นโค้ชเป็นผู้ให้ความรู้ ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม คอยอำนวยความสะดวก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ สามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆทั้งด้านส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้โอกาสผู้ป่วยพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเองที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีความคิดริเริ่ม มีโอกาสทดลองรูปแบบวิธีการที่เลือกเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ มีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสร้างและพัฒนาความสามารถของตนเอง โดยมีผู้โค้ชคอยให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพ เรียนรู้อยู่ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจ อบอุ่น เอื้ออาทร ให้กำลังใจ เชื้อถือซึ่งกันและกัน และเรียนรู้อย่างมีความสุข (Blanchard & Thacker, 2004) รูปแบบของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

2. ผลการทดสอบโปรแกรม

2.1 โปรแกรมการลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.6) อาชีพรับราชการ และรับจ้าง (ร้อยละ 36.7 และ ร้อยละ 30) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 86.7) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 54.62 เดือน (SD= 40.26) ไม่เคยมีประวัติการนอนรักษาตัวด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 93.3)

ผลการทดสอบโปรแกรมลดความเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{29} = 4.33, p < .001$) และ การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{29} = 4.23, p < .001$) ผลการทดสอบโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{29} = 6.28, p < .001$) และมีสมรรถนะร่างกายจากการนับจำนวนก้าวเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{29} = 5.80, p < .001$) แต่ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมรับประทานเฉพาะโรค การดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพและพฤติกรรมจัดการภาวะเครียด และพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ($p > .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต สมรรถภาพร่างกาย (จำนวนก้าว/สัปดาห์) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	Mean D	T	P-value
2.1 พฤติกรรมสุขภาพ					
การรับประทานเฉพาะโรค					
ก่อนการทดลอง	48.77	6.71	9.00	0.39	.703
หลังการทดลอง	49.40	4.52			

ปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	Mean D	T	P-value
การดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	7.20	2.66	-1.17	-1.78	.086
หลังการทดลอง	6.03	2.41			
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	14.90	3.48	5.30	6.70	<.001
หลังการทดลอง	20.20	3.25			
การจัดการภาวะเครียด					
ก่อนการทดลอง	32.53	2.39	1.20	1.71	.098
หลังการทดลอง	33.73	2.72			
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง					
ก่อนการทดลอง	33.00	4.26	7.73	10.00	<.001
หลังการทดลอง	40.73	3.68			
2.2 คุณภาพชีวิต					
ก่อนเข้าโปรแกรม	86.8	7.13	15.47	6.28	<.001
หลังเข้าโปรแกรม	102.27	11.65			
2.3 สมรรถภาพร่างกาย (จำนวนก้าว/สัปดาห์)					
ก่อนการทดลอง	33159.4	13054.9	8205.73	5.80	<.001
หลังการทดลอง	41365.2	9648.5			

2.2 โปรแกรมการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย 56.87 ปี (SD = 10.21) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 40.0 และอาชีพอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 23.4 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชั้นบนของบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 67.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทถึงร้อยละ 73.3 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 28.71 เดือน (SD = 28.30) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.7 รับการรักษาต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 93.4 โดยมีระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 30.08 นาที (SD = 18.09)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 2.17, p = .03$) มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{26} = 8.80, p < .001$) มีพฤติกรรมจัดการภาวะเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 3.54, p = .001$) มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{23} = 2.46, p = .02$) มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 13.12, p < .001$) และมีสมรรถนะร่างกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{17} = 5.02, p < .001$) ส่วนพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 11.22, p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต สมรรถภาพร่างกาย (จำนวนก้าว/สัปดาห์) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	D	t	df	p
พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค						
ก่อนการทดลอง	43.37	7.78	3.83	2.17	29	.03
หลังการทดลอง	47.2	5.67				
พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพ						
ก่อนการทดลอง	7.66	3.74	-1.07	-1.33	26	.19
หลังการทดลอง	6.59	2.66				
พฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	14.41	3.51	6.78	8.80	26	<.001
หลังการทดลอง	21.19	2.64				
พฤติกรรมจัดการภาวะเครียด						
ก่อนการทดลอง	31.20	2.72	2.67	3.54	29	.001
หลังการทดลอง	33.87	3.90				
พฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไป						
ก่อนการทดลอง	7.71	1.55	1.04	2.46	23	.02
หลังการทดลอง	8.75	2.02				
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	32.07	3.53	14.10	13.12	29	<.001
หลังการทดลอง	46.17	4.07				
สมรรถนะร่างกาย (จำนวนก้าวต่อสัปดาห์)						
ก่อนการทดลอง	33295.94	9109.5	7164.61	5.02	17	<.001
หลังการทดลอง	40460.56	8579.4				

	Mean	SD	D	t	df	p
คุณภาพชีวิต						
ก่อนการทดลอง	81.80	8.84	18.67	11.22	29	<.001
หลังการทดลอง	100.47	7.11				

2.3 โปรแกรมการลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 48.57 ปี (SD = 11.51) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.0 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 43.3 และอาชีพอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชั้นบนของบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 53.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาทถึงร้อยละ 66.67 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 89.63 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย M= 30.72 เดือน (SD = 42.63) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.7 รับการรักษาต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 90.0 โดยมีระยะเวลาการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 40.19 นาที (SD = 13.48)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมี มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 8.90$, $p < .001$) มีพฤติกรรมจัดการภาวะเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 3.5488$, $p = .001$) มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 13.26$, $p < .001$) และมีสมรรถนะร่างกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{11} = 3.65$, $p = .004$) ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .05$ ($t_{29} = 16.70$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต สมรรถภาพร่างกาย (จำนวนก้าว/สัปดาห์) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	D	SDd	t	df	p
พฤติกรรมรับประทานอาหารเฉพาะโรค							
ก่อนการทดลอง	44.47	7.41	1.83	8.08	1.24	29	.224
หลังการทดลอง	46.30	3.42					
พฤติกรรมดื่ม							
ก่อนการทดลอง	7.63	2.87	0.37	3.61	.56	29	.583
หลังการทดลอง	7.27	1.95					
พฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย							
ก่อนการทดลอง	13.77	3.93	7.87	4.48	8.90	29	<.001
หลังการทดลอง	21.63	3.11					

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	Mean	SD	D	SDd	t	df	p
พฤติกรรมจัดการภาวะเครียด							
ก่อนการทดลอง	31.20	3.57	3.53	4.99	3.88	29	.001
หลังการทดลอง	34.73	3.31					
พฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไป							
ก่อนการทดลอง	7.77	1.22	0.567	2.25	1.38	29	.179
หลังการทดลอง	8.33	1.73					
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง							
ก่อนการทดลอง	31.33	4.45	13.87	5.73	13.26	29	<.001
หลังการทดลอง	41.10	3.83					
สมรรถนะร่างกาย (Step count)							
ก่อนการทดลอง	33,280.17	6,363.25	7,530.33	7,143.02	3.65	12	.004
หลังการทดลอง	40,810.50	5,929.64					
คุณภาพชีวิต							
ก่อนการทดลอง	83.67	7.75	16.70	9.51	9.62	29	<.001
หลังการทดลอง	100.37	5.30					

3. ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัย

สรุปได้ว่าโปรแกรมการลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจทั้ง 3 โปรแกรมที่ใช้แนวทางของการชี้แนะ (health coach) ให้ผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากเป็นกระบวนการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติ ในสิ่งที่ผู้ชี้แนะหรือโค้ชที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญเป็นอย่างดีเป็นผู้อำนวยความสะดวก ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดวิเคราะห์ ในประเด็นต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย ช่วยชี้แนะ แก้ไขปัญหาอุปสรรค และพิจารณาทางเลือกในการปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่เป้าหมายด้านสุขภาพ นอกจากนี้การชี้แนะเป็นกระบวนการเรียนรู้ฝึกฝน ให้ทำซ้ำและใช้เวลาพัฒนาความรู้และทักษะ ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจ และมีการสะท้อน (Reflection) ภายหลังจากการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน โค้ชจะช่วยเหลือให้ผู้เรียนมีความพยายาม มีความมุ่งมั่น และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ สามารถทำให้ผู้เรียนแสดงออกถึงการปฏิบัติใหม่ที่ดีกว่าการปฏิบัติแบบเดิม หรือมีความสามารถที่สูงขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้โค้ชกับผู้เรียนอยู่บนพื้นฐานของการไว้วางใจ การยอมรับ และเคารพให้เกียรติกัน ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ นอกจากนี้การชี้แนะ จะกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการคิดเชิงเหตุผล มีความคิดริเริ่ม การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และมีการสะท้อนคิดด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความคงทนของการเรียนรู้ยาวนานขึ้น การให้ข้อมูลย้อนกลับในกระบวนการชี้แนะ จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนา สามารถนำวิธีการปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานพบว่า ส่วนใหญ่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ ที่ไม่เป็นไปตามกำหนด ส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ที่ต้องติดตามในระยะยาวมากกว่า 3 เดือน สรุปผลลัพธ์และการดำเนินงาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การบรรลุเป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัดตามที่กำหนดไว้

เป้าหมายผลผลิต	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน		
		HT	MI	CHF
1. ได้โปรแกรมลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 3 โปรแกรม พร้อมทั้งส่วนประกอบของโปรแกรม เช่น คู่มือผู้ป่วยหรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ	<p>1. ได้โปรแกรมลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งส่วนประกอบของโปรแกรม เช่น คู่มือผู้ป่วยหรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ</p> <p>2. ได้โปรแกรมลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พร้อมทั้งส่วนประกอบของโปรแกรม เช่น คู่มือผู้ป่วยหรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ</p> <p>3. ได้โปรแกรมลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย พร้อมทั้งส่วนประกอบของโปรแกรม เช่น คู่มือผู้ป่วยหรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ</p>	บรรลุ ได้โปรแกรม	บรรลุ ได้โปรแกรม	บรรลุ ได้โปรแกรม
2. ผลการทดสอบผลของโปรแกรม	<p><u>1. การลดปัจจัยเสี่ยง</u></p> <p>1. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น</p> <p>2. ผลการตรวจระดับ ไชมันในเลือดลดลง</p> <p>3. ความรุนแรงของโรคลดลง/ลดจำนวนครั้งของการกลับมาอนรักษาในโรงพยาบาล</p> <p><u>2. คุณภาพชีวิตดีขึ้น</u></p> <p>คะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น</p> <p><u>3. สมรรถภาพร่างกายดีขึ้น</u></p> <p>1. สมรรถนะร่างกายดีขึ้น (วัดด้วยการจำนวนก้าวเดิน/สัปดาห์)</p> <p>2. ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและ ผลการตรวจเลือดมีค่าปกติ เช่น ไชมันในเลือด ค่า เอนไซม์ของหัวใจ</p>	<p>√</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>ไม่ได้ตรวจ</p>	<p>√</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>ไม่ได้ตรวจ</p>	<p>√</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>ไม่ได้ตรวจ</p>

HT = โรคความดันโลหิตสูง MI = โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด CHF = โรคหัวใจวาย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. หน่วยงานในระดับนโยบายของประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ สามารถนำผลผลิตจากการวิจัย คือ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดยขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ
2. หน่วยงานในระดับนโยบายของประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ สามารถนำผลผลิตจากการวิจัย คือ โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจโดยขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ
3. นักวิชาการและนักวิจัย สามารถนำข้อมูลพื้นฐานและรูปแบบของโปรแกรมไปใช้พัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจต่อไป

บรรณานุกรม

- ประเจษฎ์ เรื่องกายจนเศรษฐี. (2552). Hypertension. ใน จันทราภา ศรีสวัสดิ์, ประเจษฎ์ เรื่องกายจนเศรษฐี, ณะพันธ์ พิบูลย์บรรณกิจ และวิชัย ประยูรวิวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยนอกทางอายุรศาสตร์* (หน้า 253-279). กรุงเทพฯ: นานอักษร.
- ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ และคณะ. (2546). ผลของการสอนแนะและการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลและความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล. *สารศิริราช*, 55(12), 721-731.
- รุ่งระวี นาวิเจริญ ยุพิน อังสุโรจน์ และ สุรีย์พร ธรศิลป์. (2552). ผลของระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์*. 92(8), 1102-1112.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาาระบบประสาทและอื่น ๆ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วชิราภรณ์ สุมณวงศ์ อาภรณ์ ดีนาน สงวน ธาณี สมสมัย รัตนกริฑากุล และ ชัชวาล วัฒนกุล (2558). *การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ระยะที่ 1)*. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2543). *กลวิธีทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ : มปท.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, “แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป” วันที่สืบค้นข้อมูล 30 มีนาคม 2553, เข้าถึงได้จาก www.thaihypertension.org.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทศาสนาแห่งชาติ.
- อัมพร วรภมร. (2554). *พฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาภรณ์ ดีนาน สงวน ธาณี วชิราภรณ์ สุมณวงศ์ สมสมัย รัตนกริฑากุล และ ชัชวาล วัฒนกุล (2558a). *การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ระยะที่ 1)*. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาภรณ์ ดีนาน สงวน ธาณี วชิราภรณ์ สุมณวงศ์ สมสมัย รัตนกริฑากุล และ ชัชวาล วัฒนกุล (2558b). *การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ระยะที่ 1)*. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- American Heart Association. (2014). *The benefits of daily physical activity*. Retrieved <http://www.Americanheart.org/presenter.html?identifier=:764>. December 28, 2014, from <http://www.Americanheart.org/presenter.html?identifier=:764>.
- Allen , J., et al. (2011). COACH trial: A randomized controlled trial of nurse practitioner/ community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health center: Rationale and design. *Contemporary Clinical trials*, 32, 403-411.
- Beare, P., & Myers, J. (1990). *Principles and practice of Adult Health Nursing*. St. Louis: C.V. Mosby.

- Beulens, J., Rimm E., Ascherio, A, et al. (2007). Alcohol consumption and risk for coronary heart disease among men with hypertension. *Ann Intern Med*, 146:10-19.
- Blanchard, P. N., & Thacker, J. W. (2004). *Effective training systems strategies and practice* (2th ed.). New jersey: Peason Education.
- Bravata , D. et.al. (2007X). Using Pedometer increasing physical activity. *JAMA.*, 2296-2304.
- Campbell N, Young ER, Drouin D, Legowski B, Adams MA, Farrell J, et al. (2012). A framework for discussion on how to improve prevention, management and control of hypertension in Canada. *Can J Cardiol*;28(3):262-9.
- Chobanian, A., V., Barkris, G., L., Black, H., R., Cushman, W., C., Green, L., A., Izzo, J., r., et., al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA*, 289 :2560-2572.
- Clarke, E., & Spross, J. (1996). Expert coaching and guidance. In A. B. Hamric, J., Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced Practice Nursing : An Integrative Approach*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Conlin, P., Chow, D., Miller I, Svetkey, L., Lin, P., Harsha, D., Moore, T., Sacks, F., & Appel, L. (2000). The Effect of Dietary Patterns on Blood Pressure Control in Hypertensive Patients: Results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. *American Journal of Hypertension*, 13.
- Eaton, J., & Johnson, R. (2001). *Coaching Successfully*. London : DK Books.
- Harris, D., & McLean, R. (2006). Health coaching. In D. Rakel., & N. Faass (Eds.). *Complementary Medicine in Clinical Practice* (pp. 177-183). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Hinderliter, A., Sherwood, A., Gullette, E. C. D., Babyak, M., Waugh, R., Georgiades, A., & Blumenthal, J. (2002). Reduction of Left Ventricular Hypertrophy After Exercise and Weight Loss in Overweight Patients With Mild Hypertension, *Arch intern med* **162**.
- Holmes-Rovner, M., et al. (2008). Does Outpatient Telephone Coaching Add to Hospital Quality Improvement Following Hospitalization for Acute Coronary Syndrome? *J Gen Intern Med*, 23(9): 1464–1470.
- Joint National Committee. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment high blood pressure: National high blood pressure education program. Retrived May 5, 2004, from [http://www.nhbl.nih.gov/guidelines/hypertension/ Express.pdf](http://www.nhbl.nih.gov/guidelines/hypertension/Express.pdf),
- Kaplan, N. (2006). “Kaplan’s clinical hypertension” (9th ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kirshner, H. (2009). Vascular dementia: a review of recent evidence for prevention and treatment. *Current neurology and neuroscience reports*. 9;9(6): 437-42.

- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In: Rachman, S. (Ed.), *Medical psychology*, Vol. 2. pp. 7–30. Pergaman, New York.
- Liehr, P., Meininger, J. C., Vogler, R., Chan, W., Frazier, L., Smalling, S., & Fuentes, F. “Adding story-centered care to standard lifestyle intervention for people with Stage 1 hypertension, *Applied Nursing Research*, **19**.
- McMurray, S. D., Johnson, G., Davis, S. & McDougall, K. (2002). Diabetes education and care management significantly improve patient outcome in the dialysis unit. *Americans journal of kidney diseases*, *40*(3), 566-575.
- Ogedegbe, G. et al. (2013). The counseling older adults to control hypertension (COACH) trial: Design and Methodology of a group –based lifestyle intervention for hypertensive **minority** older adults. *Contemporary Clinical Trial*, *35*, 70-79.
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Pimenta, E., Gaddam, K. K., Oparil, S., Aban, I., Husain, S., Dell'Italia, L. J., & Calhoun, D. A, (2009). “Effects of Dietary Sodium Reduction on Blood Pressure in Subjects With Resistant Hypertension: Results From a Randomized Trial”, *Hypertension*, *54*.
- Sangster, J., Furber, S., Allman-Farinelli, M., Phongsavan, P., Redfern, J., Haas, M., & Bauman, A. (2015). Effectiveness of a Pedometer-Based Telephone Coaching Program on Weight and Physical Activity for People Referred to a Cardiac Rehabilitation Program: A randomized controlled. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, *35*(2), 124-129.
- Seghers, J., Van Hoecke, A., Schotte, A., Opdenacker, J., & Boen, F. (2014). The Added Value of a Brief Self-Efficacy Coaching on the Effectiveness of a 12-Week Physical Activity Program. *Journal of Physical Activity & Health*, *11*(1), 18-29.
- Vale, M. J., Jelinek, M. V., Best, J. D., Dart, A. M., Grigg, L. E., Hare, D. L., Ho, B. P., Newman, R. W., & McNeil, J. J. (2003). Coaching patients on achieving cardiovascular health (COACH). *Arch inter med*, *163*, 2775-2783.
- Whittemore, R., Melkus, G. D., Sullivan, A. & Grey, M. (2004). A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *The diabetes educator*, *30*(5), 795-804.
- Wolever, R., et al. (2011) Integrative health coaching: An organization case study. *EXPLORE*, *7*, 1, 30-36.
- World Health Organization (2013) [website]. *World Health Day—7 April 2013*. Geneva, Switz: World Health Organization; 2013. Available from: www.who.int/world-health-day/en/. Accessed 2015 Sep.
- Wongpiriyayothar, A. ,Piamjariyakul, U., & Williams, P. D. (2010). Effect of patient teaching, educational materials and coaching using telephone on dyspnea and physical functioning

among person with heart failure. *Applied Nursing Research*, xx, xxx-xxx.

คณะนักวิจัย

1. หัวหน้าโครงการวิจัย : รศ. ดร. อาภรณ์ ดีนาน

Associate professor Aporn Deenan, Ph.D., RN

หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2846 โทรสาร 038-393476

โทรศัพท์มือถือ 081-611-6225; e-mail: apornd@buu.ac.th

ประวัติการศึกษา

Ph.D. (Nursing), Saint Louis University, 2546

วทม (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533

ศศ.บ.(โภชนาการชุมชน), มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2527

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง, วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2525

ประสบการณ์การวิจัย

2556-2557 แผนการวิจัย การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ (ผู้อำนวยการแผนวิจัย)

2554 การศึกษาภาวะเมตาบอลิซึมของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

(หัวหน้าโครงการวิจัย, ทุน สกอ.)

2548-2550 การศึกษาสถานการณ์โรคอ้วน และ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันและลด

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วนของวัยรุ่นไทย (หัวหน้าโครงการวิจัย, ทุนสำนักงานงบประมาณ)

2547 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

(หัวหน้าโครงการวิจัย, ทุนรายได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา)

2000-2003. Modifying interpretations of exercise in older adults

(Research assistant: Joanne Kraenzle Schneider PhD, RN (PI) NINR RO1 NR04771

2. ผู้ร่วมวิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมสมัย รัตนกริษากุล

Mrs. Somsamai Rattanagreethakul

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

โทรศัพท์ 038-102843 E-mail somsa1@hotmail.com

ประวัติการศึกษา

2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ

2534 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร) มหาวิทยาลัยมหิดล

2551 สาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ร่วมวิจัย : นางวชิราภรณ์ สุนนวงศ์

Assistant professor Wachiraporn Sumonwong

หน่วยงานที่สังกัด และสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถ. ลงหาดบางแสน ต. แสนสุข อ. เมือง จ. ชลบุรี 20130

โทรศัพท์ 038-10284 e-mail : wachirsu@gmail.com

ประวัติการศึกษา

2535 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์), คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2532 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

4. ผู้ร่วมวิจัย: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงวน ธาณี

Assistant Professor Dr. Sanguan Thanee, Ph.D., RN

หน่วยงานที่สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

85 ถนนสถลมารค ต. เมืองศรีไค อ. วารินชำราบ จ. อุบลราชธานี 34169

E-mail: tsanguan2002@yahoo.com

ประวัติการศึกษา

ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547

ศษ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537

วท.บ. (พยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2530

5. ผู้ร่วมวิจัย: นายแพทย์ชัชวาล วัตนะกุล

Chatchawal Wattanakul MD. M.Sc

หน่วยงาน ที่อยู่ที่ติดต่อได้

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

290 ถนนเฉลิมจอมพล อ. ศรีราชา 20110

E-mail address: ycwattana@yahoo.com

ประวัติการศึกษา:

2005, Mini MBA in Health, Chulalongkorn University, Bangkok , Thailand

1989-1993, Internal medicine, Residency Chiangmai University ,Chiangmai, Thailand

1989-1990 M.Sc. ,Master degree of Science (medicine) Chiangmai University

1983-1989 M.D., Chiangmai University , Chiangmai, Thailand