

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2544 ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความรุนแรงของโรคจำแนกตามสมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์กไม่เกินระดับ 2 และมารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย จำแนกตามเพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในการรักษา วิธีการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาล ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรค ตำแหน่งพยาธิสภาพของโรค ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค และจำนวนข้อของปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีข้อมูลทั่วไป แสดงในตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ศาสนา สถานภาพสมรส และอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	53.33	8	53.33
หญิง	7	46.67	7	46.67
ศาสนา				
พุทธ	15	100.00	15	100.00
สถานภาพสมรส				
คู่	15	100.00	15	100.00
อายุ (ปี)				
30 - 39	1	6.67	1	6.67
40 - 49	4	26.67	4	26.67
50 - 59	8	53.33	10	66.66
60 - 69	2	13.33	0	0
	$(\bar{X} = 51.80, S. D. = 7.52,$		$\bar{X} = 52.07, S. D. = 6.37,$	
	range = 35-61)		range = 39-59)	

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมมีจำนวนเพศชาย ร้อยละ 53.33 และ จำนวนของเพศหญิงร้อยละ 46.67 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.33 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.66 ของกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี (S. D. = 7.52, range = 35-61 ปี) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.07 ปี (S. D. = 6.37, range = 39-59) และในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในการรักษา และวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	11	73.33	11	73.33
มัธยมศึกษา	2	13.33	2	13.33
อนุปริญญา / ปริญญาตรี	1	6.67	1	6.67
สูงกว่าปริญญาตรี	1	6.67	1	6.67
อาชีพ				
เกษตรกร	5	33.33	5	33.33
รับจ้าง	2	13.33	1	6.67
ค้าขาย	5	33.34	4	26.67
รับราชการ	2	13.33	2	13.33
รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	0	0	1	6.67
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	6.67	2	13.33
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)				
ต่ำกว่า 1,000 บาท	1	6.67	1	6.67
1,001 – 5,000 บาท	11	73.33	11	73.33
5,001 – 10,000 บาท	1	6.67	1	6.67
มากกว่า 10,000 บาท	2	13.33	2	13.33
ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในการรักษา				
เพียงพอ	15	100	15	100

ตารางที่ 2 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในการรักษา และวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล				
ชำระเงินเอง	1	6.67	0	0
บัตรสุขภาพ	12	80.00	10	66.67
เบิกได้จากราชการ	2	13.33	4	26.67
ประกันสังคม / อื่นๆ	0	0	1	6.67

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมร้อยละ 73.33 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและค้าขาย โดยกลุ่มทดลองพบได้ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 33.34 ส่วนกลุ่มควบคุมพบได้ร้อยละ 33.33 และ 26.67 ตามลำดับ โดยมีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท/เดือน สำหรับความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากบัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุ และบัตรผู้มีรายได้น้อยเป็นหลัก โดยมีการใช้บัตรดังกล่าวในกลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.67

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรค และตำแหน่งพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย				
ต่ำกว่า 25	1	6.67	2	13.33
25 – 29.99	12	80.00	11	73.33
30 – 34.99	1	6.67	1	6.67
35 – 39.99	1	6.66	1	6.67
ระยะเวลาที่เป็นโรค				
ต่ำกว่า 1 ปี	2	13.33	2	13.33
1 – 5 ปี	12	80.00	12	80.00
6 – 10 ปี	0	0	1	6.67
มากกว่า 10ปี	1	6.67	0	0
ความรุนแรงของโรค (จำแนกตาม NYHA)				
ระดับ 1	7	46.67	7	46.67
ระดับ 2	8	53.33	8	53.33
ตำแหน่งพยาธิสภาพของโรค				
Anterior wall	5	33.33	6	40.00
Lateral wall	3	20.00	4	26.67
Inferior wall	5	33.33	4	26.67
Posterior wall	0	0	0	0
Anterior- lateral wall	2	13.34	1	6.66

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00-29.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 และกลุ่มควบคุมพบได้ร้อยละ 73.33 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทดลองและควบคุม ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดอยู่ในช่วงเวลา 1-5 ปี มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจจำแนกตามอาการแสดงของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) ร้อยละ 53.33 อยู่ในระดับ 2 และร้อยละ 46.67 มีระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับ 1 โดยมีตำแหน่งพยาธิสภาพของโรคพบได้มากในผนังส่วนหน้า (anterior wall) ผนังด้านล่าง (inferior wall) และผนังด้านข้าง (lateral wall) ของกล้ามเนื้อหัวใจตามลำดับ

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค และจำนวนข้อของปัจจัยเสี่ยง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		Total	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วย *						
โรคเบาหวาน	1	4.55	4	18.18	5	11.36
โรคความดันโลหิตสูง	11	50.00	10	45.45	21	48.73
ภาวะไขมันในเลือดสูง	6	27.27	7	31.82	13	29.55
ไม่มี	1	4.54	0	0	1	2.27
โรคอื่น ๆ	3	13.64	1	4.55	4	9.09
ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค *						
ภาวะอ้วน	14	25.45	12	21.43	26	23.42
สูบบุหรี่	5	9.09	6	10.71	11	9.92
ไม่ออกกำลังกาย	12	21.82	12	21.43	24	21.62
ความเครียด	11	20.00	13	23.22	24	21.62
ดื่มสุรา กาแฟ	11	20.00	11	19.64	22	19.82
กรรมพันธุ์	2	3.64	2	3.57	4	3.60
จำนวนข้อของปัจจัยเสี่ยง *						
มีปัจจัยเสี่ยง 3 ปัจจัย	5	33.33	6	40.00	11	36.67
มีปัจจัยเสี่ยง 4 ปัจจัย	8	53.34	8	53.33	16	53.33
มีปัจจัยเสี่ยง 5 ปัจจัย	2	13.33	1	6.67	3	10.00

* ใช้สถิติการคิดเทียบร้อยละ (percentile response) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย พบว่ามีโรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคร่วมกันหลายข้อ

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง โดยกลุ่มทดลองพบร้อยละ 50 และร้อยละ 27.27 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 45.45 และร้อยละ 31.82 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย ภาวะเครียด การดื่มกาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และมีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคตั้งแต่ 3-5 ปัจจัย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีปัจจัยเสี่ยง 5 ปัจจัย 4 ปัจจัย และ 3 ปัจจัย เป็นจำนวนร้อยละ 10.00 53.33 และ 36.67 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ซึ่งมีข้อมูลแสดงในตารางที่ 5 - 8

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของคะแนนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สมรรถนะแห่งตน				
ระดับค่อนข้างต่ำ	12	80.00	12	80.00
ระดับปานกลาง	3	20.00	3	20.00
	(X̄ = 87.93, S.D. = 7.58, range = 74 - 98)		(X̄ = 91.67, S.D. = 7.24, range = 78 - 105)	
พฤติกรรมสุขภาพ				
ไม่ดี	2	13.33	0	0
พอใช้	13	86.67	15	100.00
	(X̄ = 77.47, S.D. = 9.23, range = 63 - 92)		(X̄ = 81.13, S.D. = 5.73, range = 73 - 90)	

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 80 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และร้อยละ 20 มีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 87.93, S.D. = 7.58, range = 74-98) ($\bar{X}$ = 91.67, S.D. = 7.24, range = 78-105) ตามลำดับ ส่วนระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ โดยกลุ่มทดลองพบได้ร้อยละ 86.67 ($\bar{X}$ = 77.47, S.D. = 9.23, range = 63-92) และกลุ่มควบคุมพบได้ร้อยละ 100.00 ($\bar{X}$ = 81.13, S.D. = 5.73, range = 73-90)

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของคะแนนสมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สมรรถนะแห่งตน				
ระดับค่อนข้างต่ำ	0	0	10	66.67
ระดับปานกลาง	0	0	5	33.33
ระดับค่อนข้างสูง	14	93.33	0	0
ระดับสูง	1	6.67	0	0
	(X̄ = 143.93, S.D. = 7.69, range = 132 - 161)		(X̄ = 91.07, S.D. = 7.69, range = 80 - 104)	
พฤติกรรมสุขภาพ				
ไม่ดี	0	0	1	6.67
พอใช้	0	0	14	93.33
ดี	6	40.00	0	0
ดีมาก	9	60.00	0	0
	(X̄ = 124.40, S.D. = 7.16, range = 113 - 136)		(X̄ = 79.13, S.D. = 6.75, range = 69 - 93)	

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนหลังการศึกษา กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.33 มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และร้อยละ 6.67 มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 143.93, S.D. = 7.69, range = 132-161) ในกลุ่มควบคุมพบว่าร้อยละ 66.67 มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และร้อยละ 33.33 มีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 91.07, S.D. = 7.69, range = 80-104) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 40 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 60 อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 124.40, S.D. = 7.16, range = 113-136) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าร้อยละ 93.33 อยู่ในระดับพอใช้ และร้อยละ 6.67 พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี ($\bar{X}$ = 79.13, S.D. = 6.75, range = 69-93)

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังการศึกษา

สมรรถนะแห่งตน	กลุ่มทดลอง (n = 15)				กลุ่มควบคุม (n = 15)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการบริโภค	21.80	2.81	39.47	2.45	23.73	2.89	22.73	3.10
ด้านการออกกำลังกาย								
และการพักผ่อน	18.40	3.04	31.27	2.91	17.60	2.90	16.33	3.18
ด้านการจัดการ								
กับความเครียด	13.20	2.01	18.73	1.67	13.13	2.20	13.00	2.36
ด้านการปฏิบัติด้าน								
การรักษา	16.60	1.64	28.00	2.04	16.40	3.83	18.73	3.33
ด้านเพศสัมพันธ์	17.93	1.75	30.27	2.40	20.80	1.47	16.80	1.47

จากตารางที่ 7 แสดงเห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนหลังการศึกษาเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีคะแนนสูงสุดในด้านการบริโภคอาหาร รองลงมาคือด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านการจัดการกับความเครียดตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นจะเห็นได้ว่าคะแนนสมรรถนะแห่งตนหลังการศึกษาส่วนใหญ่ลดลง โดยมีคะแนนลดลงในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านเพศสัมพันธ์ มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านการรักษาเพียงด้านเดียวที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 8

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 15)				กลุ่มควบคุม (n = 15)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ด้านการบริโภค	19.80	2.26	30.60	1.80	22.33	3.54	21.67	2.87
ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน	15.47	2.70	27.53	2.53	15.27	1.62	14.53	2.13
ด้านการจัดการ กับความเครียด	11.87	1.30	16.20	1.57	11.73	1.75	11.67	1.65
ด้านการปฏิบัติด้าน การรักษา	14.53	2.29	23.93	1.67	14.47	2.64	14.80	3.34
ด้านเพศสัมพันธ์	16.33	2.02	26.13	1.46	17.27	2.02	16.47	1.73

จากตารางที่ 8 แสดงเห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการศึกษาเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีคะแนนสูงสุดในด้านการบริโภคอาหาร รองลงมาคือด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านเพศสัมพันธ์ ด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านการจัดการกับความเครียดตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นจะเห็นได้ว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการศึกษาส่วนใหญ่ลดลง โดยมีคะแนนลดลงในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านเพศสัมพันธ์ และมีคะแนนเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติตัวด้านการรักษา

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (t-test for dependent sample) หลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov พบว่า มีการกระจายของข้อมูลเป็นลักษณะโค้งปกติ ดังแสดงตารางที่ 9

ตารางที่ 9

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

กลุ่มทดลอง	ช่วงคะแนน (37 - 185)	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการศึกษา	74 - 98	87.93	7.58	-27.835	.001**
หลังการศึกษา	132 - 161	143.93	7.69		

** < .01

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนภายในกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (t-test for dependent sample) หลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นลักษณะโค้งปกติ แสดงดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

กลุ่มทดลอง	ช่วงคะแนน (37 - 148)	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการศึกษา	63 - 92	77.47	9.23	-18.915	.001**
หลังการศึกษา	113 - 136	124.40	7.16		

** < .01

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ก่อนจะทำการเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการการศึกษานั้น ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา ด้วยสถิติการทดสอบค่าที่แบบอิสระ (t-test for independent sample) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการศึกษา

คะแนน	ช่วงคะแนน	Mean	S.D.	t	P-value
สมรรถนะแห่งตน					
กลุ่มทดลอง	74 - 98	87.93	7.58	-1.379	.179
กลุ่มควบคุม	78 - 105	91.67	7.24		
พฤติกรรมสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	63 - 92	77.47	9.23	-1.308	.202
กลุ่มควบคุม	73 - 90	81.13	5.73		

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษานั้นไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกันกับค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังนั้นค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา จึงไม่มีความแตกต่างกัน

**ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง
ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง
ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยทำการ
ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
หลังการศึกษาด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (analysis of covariance: [ANCOVA])
โดยมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนก่อนการศึกษาคือตัวแปรร่วม นอกจากนี้ยังต้องการควบคุมอิทธิพล
ของตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือขอบเขตการศึกษา ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อตัวแปรที่ศึกษา และ
ต้องการให้เกิดความคลาดเคลื่อนในงานวิจัยให้น้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12

**เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง
ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

คะแนนสมรรถนะแห่งตน	Mean	S.D.	F	P-value
กลุ่มทดลอง	143.93	7.69	607.211	.001**
กลุ่มควบคุม	91.07	7.69		

** < .01

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง
ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง
ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดย
การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ด้วยสถิติ (analysis of covariance: [ANCOVA]) โดยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนการศึกษา
เป็นตัวแปรร่วม ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13

**เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง
ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	F	P-value
กลุ่มทดลอง	124.40	7.16	367.797	.02*
กลุ่มควบคุม	79.13	6.75		

* < .05.

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 30 ราย โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย คือ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายได้ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.07 ปี และเป็นชายมากกว่าหญิง (ตารางที่ 1) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากเพศและอายุจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น หลอดเลือดจะมีการเสื่อมสภาพไปตามวัย คือ จะมีลักษณะเปราะและแข็ง (Martinez & House-Fancher, 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยกลางคนและสูงอายุ โดยความชุกของโรคนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุเพิ่มขึ้น (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ในเพศชายที่อายุต่ำกว่า 60 ปี มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าเพศหญิง โดยเชื่อว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงมีฤทธิ์ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงมีผลทำให้เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้น้อยกว่าเพศชาย (Van & Korevaar, 1993) แต่เมื่ออายุ 60 ปีไปแล้ว ฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงมีปริมาณลดลง โอกาสเกิดโรคในผู้หญิงจึงเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับผู้ชาย (อภิชาติ สุคนธรสรรพ, 2543)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการนับถือศาสนาพุทธและมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและค้าขาย มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000–5,000 บาท ซึ่งน้อยกว่ารายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของประชากรในภาคเหนือปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเท่ากับ 9,780 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2544) แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากบัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุ และบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ซึ่งพบในกลุ่มทดลองพบได้ร้อยละ 80.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.67 (ตารางที่ 2)

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาเป็นเวลา 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 (ตารางที่ 3) โดยมีโรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย ภาวะเครียด ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และประวัติมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคตั้งแต่ 3-5 ปัจจัย โดยร้อยละ 36.67 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค 3 ปัจจัย ร้อยละ 53.33 พบว่ามี ปัจจัยเสี่ยง 4 ปัจจัย และร้อยละ 10 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง 5 ปัจจัย ส่วนโรคประจำตัวนั้น พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 48.73 29.55 และ 11.36 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีหลายปัจจัย ซึ่งมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยเสี่ยงเปลี่ยนแปลงไม่ได้ โดยปัจจัยเสี่ยงเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงรอง คือ โรคเบาหวาน ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา (Martinez & House-Fancher, 2000) จากการศึกษาของ เฟรมมิงแฮม (Framingham study) ถึงบทบาทของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นและในขณะเดียวกัน หลอดเลือดที่ตีบแคบลงจะมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ลดลง ส่วนภาวะอ้วนจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย การมีภาวะไขมันในเลือดสูง ระดับโคเลสเตอรอลที่สูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้เกิดการตกตะกอนของไขมัน ซึ่งไขมันดังกล่าวจะเกาะที่ผนังของหลอดเลือด ทำให้เกิดการแข็งและตีบของหลอดเลือด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (Scott, et al., 1997) ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนข้อของปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงขึ้นตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรุนแรงของโรคจำแนกตาม NYHA อยู่ในระดับ 2 และ ระดับ 1 (ร้อยละ 53.33 และ ร้อยละ 46.67 ตามลำดับ) พบว่าส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ผนังส่วนหน้า (anterior wall) และผนังด้านล่าง (inferior wall) ของกล้ามเนื้อหัวใจ อธิบายได้ว่า หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ left anterior descending coronary artery (LAD) เป็นหลอดเลือดที่พบปัญหาบ่อยที่สุดและทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคขึ้นที่บริเวณผนังส่วนหน้า (anterior wall) ของหัวใจห้องล่างซ้าย และบางส่วนของผนังส่วนล่าง (inferior wall) ของหัวใจห้องล่างขวา ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยมีเกิดพยาธิสภาพของโรคในบริเวณดังกล่าวได้มากกว่าบริเวณอื่น ๆ (วิศาล กันธารัตนกุล, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ทำการ

ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้าตายมากที่สุด รองลงมาคือด้านหลัง ด้านข้าง และด้านหลังตามลำดับ

2. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ จากการสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตนมีค่าคะแนน ในช่วง 37-185 คะแนน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จาก 87.93 คะแนน (S.D. = 7.58) เป็น 143.93 คะแนน (S.D.=7.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 9) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 ที่ว่าคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังเข้าร่วมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 12) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อจำแนกพิจารณาตามรายด้าน พบว่าหลังการศึกษากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน (ตารางที่ 7) โดยมีโดยมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงสุดในด้านการบริโภคอาหาร รองลงมาคือด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านการจัดการกับความเครียด ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นจะเห็นได้ว่าคะแนนสมรรถนะแห่งตนหลังการศึกษาส่วนใหญ่ลดลง โดยมีคะแนนลดลงในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านเพศสัมพันธ์ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในด้านการรักษาเพียงด้านเดียวที่มีคะแนนสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

จากผลการศึกษาในครั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นนั้น เป็นผลเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา

(Bandura, 1997) ซึ่งแบนดูรา กล่าวว่าไว้ว่า การพัฒนาให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้นได้จากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ การสังเกตจากตัวแบบ การสนับสนุนสถานะด้านสรีระและอารมณ์ การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากการชักจูงด้วยคำพูด โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย การใช้แหล่งข้อมูลสนับสนุนครบทั้ง 4 แหล่ง โดยให้กลุ่มทดลองได้สังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเนื้อหาที่นำเสนอในวีดิทัศน์จะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้ง 5 ด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ตัวแบบดังกล่าวสามารถกระทำแล้วประสบความสำเร็จ โดยแบ่งการนำเสนอสื่อวีดิทัศน์ออกเป็น 3 ครั้ง ห่างกันวันเว้นวัน (จันทร์-พุธ-ศุกร์) คือ ในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับชมวีดิทัศน์ชุดที่ 1 ซึ่งสุนทรา เลียงเชวงวงศ์ (2541) สร้างขึ้น นำเสนอในพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา มีความยาว 35 นาที ในการร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับชมวีดิทัศน์ชุดที่ 1 ซ้ำ และในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับชมวีดิทัศน์ชุดที่ 2 ซึ่งมีความยาว 15 นาที ซึ่งการให้กลุ่มตัวอย่างได้ดูตัวแบบซ้ำ ๆ หลายครั้ง และการเสนอตัวแบบวันละ 1 เรื่อง นำเสนอวันช่วงห่าง 1-7 วัน จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการจดจำอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น (Wilson & O'leary, 1980) แต่เนื่องจากวีดิทัศน์ชุดที่ 2 เป็นการนำเสนอถึงพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงแยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ชาย-หญิง เพื่อป้องกันการเกิดความเขินอายของกลุ่มตัวอย่างขณะชมวีดิทัศน์และการอภิปรายกลุ่ม ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้ชมวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและตั้งใจในพฤติกรรมของตัวแบบ แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า การสังเกตผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จะทำให้เกิดการเรียนรู้ผ่าน 4 กระบวนการ คือ การสนใจ การตั้งใจที่จะดูพฤติกรรมของตัวแบบ มีกระบวนการเก็บจำข้อมูลจากตัวแบบไว้ในโครงสร้างทางปัญญา และเกิดเป็นแรงจูงใจที่จะนำพฤติกรรมตามที่ได้เห็นจากตัวแบบไปกระทำในโอกาสต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการอภิปรายกลุ่มภายหลังการชมวีดิทัศน์ชุดที่ 1 ในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 และ 2 ส่วนในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 นั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับชมวีดิทัศน์ชุดที่ 2 เนื่องจากเป็นการนำเสนอในเรื่องพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงจัดให้มีการแบ่งกลุ่มอภิปรายออกเป็นกลุ่มชายและหญิง โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการพูดเปิดประเด็นให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดทบทวนถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ในการชมวีดิทัศน์แต่ละครั้งที่ผ่านมา และจากการอภิปรายกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นที่จะแสดงความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำเนื้อหาของพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ที่ทำการศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์มีความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีการสื่อได้ชัดเจน เข้าใจง่าย ใช้ระยะเวลาในการนำเสนอไม่นานจนเกินไป การดำเนินเรื่องไม่น่าเบื่อ และตัวแบบที่แสดงนั้นอยู่ในสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคิดที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยได้ กลุ่มตัวอย่างจึงมั่นใจว่าพวกเขาจะสามารถกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ และได้ผลลัพธ์จากการกระทำเช่นเดียวกับตัวแบบ

นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดให้มีการสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ โดยด้านสภาวะทางสรีระ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจวัดสัญญาณชีพและพูดคุยซักถามถึงอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเจ็บอก และไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ในขณะเข้าร่วมโปรแกรม จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในสภาวะร่างกายที่แข็งแรงมีสุขภาพดี จะทำให้นักกลมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น แต่ถ้ามร่างกายมีความผิดปกติ หรือมีการเจ็บป่วย จะส่งผลให้นักกลมีสมรรถนะแห่งตนต่ำลง (Bandura, 1997) ส่วนด้านสภาวะทางอารมณ์ ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบไม่เกร็งกล้ามเนื้อตามเทพเสียง การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของ สมบัติ ตาปัญญา (2526) โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำการฝึกผ่อนคลายในการเข้าร่วมโปรแกรม 3 ครั้ง และให้นำไปฝึกปฏิบัติต่อบ้านวันละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์ เมื่อประเมินผลของการฝึกปฏิบัติโดยการซักถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้เนื่องจากไม่ยาก และเมื่อทำแล้วพบว่า เป็นผลดีต่อตนเอง ดังเช่น กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งบอกว่าเดิมตนเป็นคนคิดมาก เครียดง่าย มีความวิตกกังวล และกลัวความไม่แน่นอนจากอาการของโรคจนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ หลังจากฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแล้วทำให้ตนรู้สึกจิตใจ สงบ สบายใจ เครียดลดลง และมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ผู้ป่วยอีกรายบอกว่า หลังการฝึกการผ่อนคลายแล้ว สามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น และมีการใช้ยานอนหลับลดลง เป็นต้น เทคนิค การผ่อนคลายจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอย่างมีระบบเพื่อให้เกิดผลทางด้านจิตใจ โดยจะลดการทำงานของไฮโปทาลามัสลดการกระตุ้นการทำงานของประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลงมีผลทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดการเผาผลาญสารอาหาร ลดการใช้ออกซิเจน และลดการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ มีผลทำให้ระดับกรดแลคติกในเลือดลดลง กล้ามเนื้อจึงมีการคลายตัว จึงทำให้ร่างกายคลายความตึงเครียดลง นอกจากนี้ประสาทสมอง มีการหลั่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin) เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ไม่เครียด หลับได้ง่ายขึ้น รู้สึกสดชื่น สมองมีการ

เรียนรู้ได้เร็วและการจดจำได้ดี (Synder, 1998) ภาวะที่ผ่อนคลายจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น นอกจากนี้จากการอภิปรายกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 6-9 คน ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ในห้องที่ลดสิ่งรบกวนในขณะที่ทำการอภิปรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างได้มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน ซึ่งมีปัญหาคล้ายกัน ได้มาพูดคุยแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของควงแซ อมราพิทักษ์ (2537) ซึ่งทำการศึกษารเปรียบเทียบผลการสอนแบบบรรยายและการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพบริการทางเพศ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพบริการทางเพศที่ได้รับการสอนโดยการอภิปรายกลุ่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเข้าร่วมโปรแกรมแล้วกลุ่มตัวอย่างยังได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลับไปอ่านทบทวนที่บ้านด้วย ซึ่งในคู่มือดังกล่าวจะเป็นภาพการ์ตูนสี จึงดึงดูดความสนใจได้ดี และเข้าใจในเนื้อหาได้ง่ายขึ้น เนื้อหาในคู่มือจะประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 5 ด้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสทบทวนและเข้าใจเนื้อหามากขึ้น ส่งผลให้ความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยลดลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยได้มีการจัดเตรียมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำกิจกรรมที่มีระดับง่ายไปยาก เริ่มต้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการฝึกนับชีพจร เพื่อเป็นการเฝ้าระวังความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกาย จากการลงมือปฏิบัติพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถทำการนับชีพจรของตนเองได้ถูกต้อง การประสบความสำเร็จจากการฝึกนับชีพจรทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และเชื่อมั่นว่ากิจกรรมอื่น ๆ ก็ไม่ยากเกินกว่าความสามารถของตนเองที่จะกระทำได้เช่นเดียวกัน จากนั้นผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติในการฝึกการออกกำลังกายโดยเดินเร็ว ตามขั้นตอนการออกกำลังกาย คือ ต้องทำการอบอุ่นร่างกายก่อนนาน 5 นาที แล้วจึงทำการเดินเร็วอย่างต่อเนื่องนาน 20 นาที และมีการผ่อนคลายนาน 5 นาที ก่อนทำการหยุดเดิน เนื่องจากการเดินเร็วเป็นการออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย มีความปลอดภัยสูงและสะดวก จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถทำได้ ผู้ป่วยจึงมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจากการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน และสมรรถนะแห่งตนนั้นจะขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ ได้แก่ มิติตามระดับ เป็นระดับความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรม ถ้าบุคคล

เชื่อว่ากิจกรรมที่จะทำนั้นน่าจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มิตินี้ความแข็งแกร่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถของคนที่จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้น และมิตินี้ความเป็นสากล เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงในต่างสถานการณ์ได้ และในขณะที่กลุ่มตัวอย่างทำการฝึกกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยได้มีการสนับสนุนจากการชักจูงด้วยคำพูดร่วมด้วย ตลอดจนการให้กำลังใจหรือชมเชยจาก ผู้วิจัยจะเป็นแรงเสริมทางบวกให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น

นอกจากการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนครบ 3 ครั้งแล้ว ผู้วิจัยได้ติดตามตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยได้มีการสนับสนุนทางสรีระและอารมณ์ โดยทำการตรวจวัดสัญญาณชีพ และมีการพูดคุยซักถามถึงอาการทั่วไปและปัญหาของกลุ่มตัวอย่างขณะปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดระบายความรู้สึกยุ่งยาก วิตกกังวล ความเครียดจากการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยทำการตรวจวัดสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจว่าตนจะสามารถปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารได้ถูกต้อง จึงเกิดความวิตกกังวลและความเครียดขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในด้านการบริโภคและพูดคุย เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลลดลงและมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนมากขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อไป นอกจากนี้จากการซักถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายให้ครบถ้วนตามขั้นตอนของการออกกำลังกาย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดการตระหนักถึงความสำคัญของการนับชีพจรและการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย ผู้วิจัยใช้วิธีการสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจผู้ป่วยและชี้แจงให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการนับชีพจร และการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย โดยการนำคู่มือการปฏิบัติตัวที่แจกให้กับผู้ป่วยมาใช้ประกอบในการสนทนา หลังการสนทนากันแล้วให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำการนับชีพจรและการออกกำลังกายซ้ำอีกครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยพูดชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ป่วยมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในการปฏิบัติการนับชีพจรและการออกกำลังกาย ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายถูกต้องอยู่แล้ว ผู้วิจัยได้กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ จูงใจให้ปฏิบัติต่อไป ในติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 จากการซักถาม พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างทั้งหมด มีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้พูดชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นแรงเสริมบวก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เจนเสน แบนวอท เฟินเฮาซ์ ท็อพเคช-วอลเทอร์ และเพอร์คินส์ (Jensen, Banwart, Venhaus, Popkess-Vawter, & Perkins; 1992) ที่ได้นำวิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 วิธี ตามแนวคิดของแบนดูราใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ ประกอบไปด้วย ประสิทธิภาพของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ โดยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการฝึกในหลักสูตรการทำอาหารที่มีไขมันต่ำและได้มีประสบการณ์ในการเลือกรับประทานอาหารตามร้าน การให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหารและชมวิดิทัศน์ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหัวใจ มีการใช้คำพูดชักจูงโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ มีการสนับสนุนสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ร่วมกับให้ผู้ป่วยฝึกนับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยตนเอง การศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการเดิน การควบคุมอาหาร การบำรุงรักษาสุขภาพ และการกลับเข้าทำงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เซอร์เรอร์ และชิมเมล (Scherer & Shimmel, 1996) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดอุ้งก้นเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาเป็นกรอบแนวคิดในการให้โปรแกรมการสอน โดยอาศัยแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การให้กลุ่มตัวอย่างวางเป้าหมายในการเข้าร่วมการทดลองและสร้างรูปแบบในการฝึกฝนตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก 2) ให้กลุ่มตัวอย่างได้ชมวิดิทัศน์ที่แสดงโดยตัวแบบซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคปวดอุ้งก้นเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้จนประสบความสำเร็จ 3) ในระหว่างการฝึกกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการยกย่องชมเชย เมื่อสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องการงดสูบบุหรี่ 4) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอนเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายเพื่อจัดการกับความเครียด และพบว่าหลังการให้โปรแกรมการสอนผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นในการควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาการหายใจลำบาก

จากผลของการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยการใช้แหล่งสนับสนุนครบทั้ง 4 แหล่ง ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นได้

3. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการศึกษาครั้งนี้ พิจารณาถึงเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 37-148 คะแนน พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจาก 77.47 คะแนน (S.D. = 9.23) เป็น 124.40 คะแนน (S.D. = 7.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 10) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 ที่ว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังเข้าร่วมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการศึกษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 13) และเมื่อจำแนกพิจารณาตามรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการศึกษาเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีคะแนนสูงสุดในการบริโภคอาหาร รองลงมาคือด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และการจัดการกับความเครียดตามลำดับ (ตารางที่ 8) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่เข้าร่วมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นนั้น เนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงสำเร็จได้ เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการทำพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จึงจะเริ่มลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างได้ทำการฝึกผ่อนคลายแบบไม่เกร็งกล้ามเนื้อในพฤติกรรมจัดการกับความเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจมีอัตราการเต้นลดลง หลอดเลือดมีการขยายตัว เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น ลดการเผาผลาญสารอาหาร มีผลทำให้ระดับกรดแลคติกในเลือดลดลง

กล้ามเนื้อจึงมีการคลายตัว จึงทำให้ร่างกายคลายความตึงเครียดลง นอกจากนี้ประสาทสมองมีการหลั่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin) เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกสบายและผ่อนคลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการผ่อนคลายแล้ว ส่วนใหญ่พบว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ภายหลังการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.33 มีการนับชีพจรเพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 46.67 นับชีพจรบ่อยครั้งขึ้น (จากเดิมร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยทำการนับชีพจรเลย) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างสามารถทำออกก้าลังกายโดยการเดินเร็วได้ถูกต้องตามขั้นตอนของการออกกำลังกาย โดยพบว่าร้อยละ 67.67 มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการออกกำลังกายบ่อยครั้ง และร้อยละ 33.33 มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการออกกำลังกายเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมด้านการพักผ่อน พบว่าหลังการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.33 มีการพักผ่อนในตอนกลางวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที บ่อยครั้งขึ้น (จากเดิมร้อยละ 23.33) และร้อยละ 40.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีเวลานอนหลับพักผ่อนในตอนกลางวันเป็นประจำ (จากเดิมมีเพียงร้อยละ 6.67)

พฤติกรรมด้านการบริโภค กลุ่มตัวอย่างจะหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.00 หันมาใช้ไขมันพืชในการประกอบอาหารบ่อยครั้งขึ้น และร้อยละ 60.00 มีการใช้ไขมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวในการประกอบอาหารทุกครั้ง มีการหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันปาล์มและน้ำมันหมูในการปรุงอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ โดยพบผู้ป่วยเพียง 3 ราย ซึ่งเป็นผู้ชาย 2 คนและผู้หญิง 1 คนที่คงยังสูบบุหรี่ แต่พบว่าการลดจำนวนมวนของการสูบลงจากเดิมผู้ป่วยชายสูบเฉลี่ยวันละ 1 ซอง ลดลงเหลือวันละ 5-10 มวน ส่วนผู้ป่วยหญิงนั้น ตามปกติสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ลดปริมาณการสูบลงเหลือวันละ 2-3 มวน ร้อยละ 73.33 ของกลุ่มตัวอย่างจะหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดื่มชา น้ำจืด และนมถั่วเหลืองแทนการดื่มสุรา กาแฟ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 26.67 ยังคงดื่มสุราย่อยๆ 1 ครั้ง โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากช่วงนี้เป็นฤดูลงแขกทำนา จึงมีการดื่มสุราสังสรรค์บ้างในช่วงเย็นหลังการทำงาน

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการรักษา ก่อนการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.67 ไม่เคยนำยามใต้ลิ้นพกดิจตัว ร้อยละ 33.33 พกยาดิจตัวนาน ๆ ครั้ง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบเพียงแต่ว่าถ้ามีอาการเจ็บแน่นอกให้รีบอมยาใต้ลิ้น แต่ไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องพกดิจตัวไว้ตลอดเวลาและคิดว่าตนไม่มีอาการเจ็บอกรุนแรงแล้ว ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการพกดิจตัวไว้ตลอดเวลาได้มากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยร้อยละ 20.00 พกยาดิจตัวไว้บ่อยครั้งขึ้น และ

ร้อยละ 80.00 พยายามได้ลืมนิดตัวเป็นประจำ เช่น เวลาไปทำนา ไปร่วมงานกิจกรรมของหมู่บ้าน ไปตลาด หรือขณะออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นโดยสนใจที่จะอ่านบททวนในคู่มือการปฏิบัติตัวที่ผู้วิจัยแจกให้ และมีการไปตรวจสุขภาพบ่อยครั้งขึ้น เช่น การไปตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยใกล้บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบของโรคมากขึ้น และพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบของโรค เช่น หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีคนแออัดหรือสถานที่ที่มีเสียงดัง และหลีกเลี่ยงการดูรายการโทรทัศน์ที่ตื่นเต้นเร้าใจ เป็นต้น ผู้ป่วยรายหนึ่งมีอาชีพขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้าง จะพยายามหลีกเลี่ยงการขี่มอเตอร์ไซด์ไปส่งลูกค้าในระยะทางไกล ๆ หรือในระยะทางที่มีความลำบาก เป็นต้น

พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ หลังการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพศสัมพันธ์มากขึ้น สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม และไม่มีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.67 มีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งขึ้น เช่น ผู้ป่วยชายรายหนึ่งมีกิจกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้นเป็น 3-4 ครั้งต่อเดือน (จากเดิมนาน ๆ ครั้ง เฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อปี) และวางแผนจะมีบุตรเพิ่มอีก 1 คน เป็นต้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่าตนเองมีความสามารถกระทำพฤติกรรมดังกล่าวได้ และไม่เกิดการผิดปกติ หรือเมื่อเกิดการผิดปกติก็จะได้รับการช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำจากผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เกิดแรงจูงใจ และมีความพยายามที่กระทำพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลและมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาของ ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.76, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรา เลียงเชวงวงศ์ (2541) ที่ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้ความรู้ร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแล้วผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีระดับคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป