



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

**THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR THE MOTIVATIONAL BUILDING IN BEHAVIORAL CHANGE
IN THE EATING FOR THE PREVENTION ON CORONARY
HEART DISEASE IN THE PATIENTS THAT ARE
OVER BODY MASS INDEX**

โดย
นางสาวจันทรา น้าดอกมะลิ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การศึกษานิพนธ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน

The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Motivational Building in Behavioral Change in the Eating for the Prevention on Coronary Heart Disease in the Patients that are Over Body Mass Index

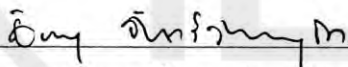
ชื่อนักศึกษา นางสาวจันทร์ น้าดอกมะลิ

รหัสประจำตัว 524015

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

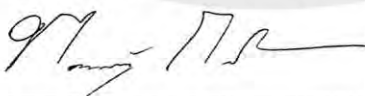
ปีการศึกษา 2555

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ตรวจสอบและอนุมัติให้การศึกษานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2555


(รองศาสตราจารย์อติชา จันทร์วิธานุชิต) คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบการศึกษานิพนธ์


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินนทญา) ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ


(อาจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล) กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา


(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์) กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

การศึกษานี้มีสาระ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน

The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Motivational Building in Behavioral Change in the Eating for the Prevention on Coronary Heart Disease in the Patients that are Over Body Mass Index

ชื่อนักศึกษา นางสาวจันทร์ น้าดอกมะลิ

รหัสประจำตัว 524015

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ปีการศึกษา 2555

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา การศึกษาเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางในโรงพยาบาล ตามด้วยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการและแหล่งสืบค้นที่หลากหลาย การประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้จากหลักฐานงานวิจัยทั้งหมดได้จำนวน 20 เรื่อง แบ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ วิจัยเชิงทดลอง 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10 งานวิจัยเชิงทดลอง 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25 งานวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่มีการสุ่ม 4 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 20 งานวิจัยเชิงบรรยายอย่างเป็นระบบ 6 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 30 งานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยาย 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 5 และแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 2 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 10 จากนั้นนำหลักฐานที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สร้างข้อสรุปในภาพรวมขององค์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานทั้งหมด ร่วมกับบูรณาการความรู้ใหม่ที่ได้เข้ากับการประสบการณ์การปฏิบัติงานทางคลินิกและบริบทของหน่วยงาน พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน แนวปฏิบัตินี้ประกอบด้วย การตรวจคัดกรอง เพื่อประเมินภาวะดัชนีมวลกาย ประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารประเมินระดับแรงจูงใจ หลังจากนั้นมีการ

นำเข้าสู่กระบวนการสร้างแรงจูงใจ แบ่งระดับกลุ่มเป้าหมาย เป็นระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และให้การพยาบาลตามระดับกลุ่มที่ได้ประเมินไว้ หลังจากนั้นประเมินผลหลังจากเข้าสู่กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อประเมินผลกลุ่มเป้าหมาย

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินแล้ว ได้ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ : ภาวะดัชนีมวลกายเกินกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอ้วน การรับประทานอาหารที่นำไปสู่ โรคหลอดเลือดหัวใจ การควบคุมอาหาร การสร้างแรงจูงใจ

Independent Study The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Motivational Building in Behavioral Change in the Eating for the Prevention on Coronary Heart Disease in the Patients that are Over Body Mass Index

By Miss Chantra Numdokmali

Identification No. 524015

Degree Master of Nursing Science (M.N.S.)

Major Community Nurse Practitioner

Academic 2012

ABSTRACT

This study was aimed to develop a Clinical Nursing Practice Guideline (CNPNG) for the Motivation Behavior change in the eating for Prevention in coronary heart disease in the over body mass index . The evidence –based practice model developed by the Center for Advanced Nursing Practice Evidence –Based Practice Model in the United States (Soukup. 2000) was applied as a framework in the study . The study began with an analysis of Cardiovascular disease problem , in a supply official in the hospital and then searched for related evidences from various strategies and sources. Twenty evidences were retrieved, comprising two meta-analysis of randomized control trials, five randomized control trials, four quasi-experimental study , six qualitative study, one descriptive study and two expert guidelines. These evidences were analyzed and synthesized to receive new body of knowledge. The integration of new knowledge, clinical experiences and context of the setting were performed to develop a clinical practice guideline for the Motivation Behavior changed in the eating for Prevention in Coronary heart disease in the over body mass index. This CNPNG was composed screening of risk of body mass index to evaluate behavior change in the eating and to conduct motivation process and nursing .This CNPNG was validated by 3 experts check possibility of content and to correct until CNPNG for the Motivation Behavior change in the eating for Prevention in coronary heart disease in the over body mass index.

Keywords: Body mass index with coronary heart disease, Metabolic syndrome, Nutrition therapy, Dietary intervention, Motivation program.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาอิสระ ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อาจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล อาจารย์ผู้ควบคุมการศึกษาอิสระ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง พร้อมกันนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุชา กรรมการสอบการศึกษาอิสระ อีกทั้งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา และกรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้การทำการศึกษาดังกล่าว ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี แพทย์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คุณพรนิภา เอื้อเบญจพล พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ขอขอบพระคุณหน่วยงานที่มีส่วนช่วยให้การทำการศึกษาดังกล่าวสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

และการศึกษาอิสระ ครั้งนี้จะไม่มีทางสำเร็จไปได้เลย ถ้าไม่มีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงพระราชทานบทอวยพรในวันขึ้นปีใหม่ปี 2555 ที่ได้ทรงพระราชทานไว้ว่า ถึงจะมองไม่เห็นฝั่งเราก็ต้องพยายามว่าย อยู่ท่ามกลางมหาสมุทร โลกะทั้งหลาย มิได้สำเร็จ ด้วยเพียงคิดเท่านั้น ทำให้เกิดกำลังใจและไม่ย่อท้อที่จะแก้ไขงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จันทร์ภา น้าดอกมะลิ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(1)
Abstract.....	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(4)
สารบัญ.....	(5)
สารบัญตาราง.....	(7)
สารบัญแผนภูมิ.....	(8)
บทที่	
1. บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามของการศึกษา.....	4
1.3 วัตถุประสงค์.....	4
1.4 ขอบเขตการศึกษา.....	5
1.5 คำนิยามศัพท์.....	10
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ.....	14
2.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารกับกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	26
2.3 การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร.....	27
2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร	31
2.5 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้.....	34
2.6 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจ	35
3. ระเบียบวิธีการศึกษา	
3.1 ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-Trigger Phase).....	37

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3.2 ระยะเวลาที่ 2 การค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-Supported Phase).....	38
3.3 ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาของการค้นหาปัญหา (Evidence-Trigger Phase).....	38
3.4 ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และการพัฒนาแนวปฏิบัติ.....	43
3.5 การวิเคราะห์คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์.....	48
4. ผลการศึกษา	
4.1 เกณฑ์การเลือกผู้ป่วย	60
4.2 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	61
4.3 แนวการปฏิบัติการพยาบาล.....	61
5. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	66
5.2 ข้อเสนอแนะที่ได้.....	67
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก	
ผนวก ก. ตารางผลงานวิจัยที่ใช้เป็นหลักฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติ.....	74
ผนวก ข. แบบประเมิน.....	122
ผนวก ค. เอกสารประกอบการสอน.....	132
ผนวก ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	142
ประวัติผู้เขียน.....	143

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 อัตราความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับ ดัชนีมวลกาย(BMI) ในระดับต่างๆ.....	21
3.1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฉุกเฉินด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ.2550-2553	39
3.2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์.....	45
3.3 ระดับคุณภาพของงานวิจัยและแหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์.....	49
3.4 ระดับของงานวิจัย	50

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
4.1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมแรงงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน.....	65



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพปัญหาของภาวะดัชนีมวลกายเกินเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนและเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ซึ่งจัดเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุของการตายและการพิการทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (American Heart Association. 2005 อ้างอิงใน ฌัฐกานต์ ช่างเหล็ก. 2552) ข้อมูลจากการศึกษา WHO Monica รายงานในปีค.ศ. 1999 จากประเทศต่าง ๆ รวม 15 ประเทศ กล่าวว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มประชากรชายที่อายุ 35-74 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชาวยุโรป อุบัติการณ์ในประเทศเกาหลีเหนือและฟินแลนด์ประมาณ 915 คน ต่อ 100,000 คน ส่วนในสหรัฐอเมริกาอัตราการป่วยอยู่ที่ระดับกลาง ๆ (ในประชากรชาย 456 คน ต่อ 100,000 คน และในประชากรหญิง 101 คน ต่อ 100,000 คน) สำหรับประเทศไทยภาวะสุขภาพของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งได้รับผลกระทบมาจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก และภายในประเทศ ทำให้มีผลต่อสภาวะแวดล้อมและวิถีชีวิตอย่างมาก อัตราอุบัติการณ์ ของโรคไม่ติดต่อและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเบาหวาน โดยโรคหลอดเลือดหัวใจได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรังและร้ายแรงร่วมด้วยเช่นกัน (กิตติ เอื้อพงศธร. 2550)

นอกจากนี้ยังพบสถิติโรคหลอดเลือดหัวใจจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงไว้ ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้เสียชีวิต ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 11,627 คน คิดเป็น 18.7 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยและผู้ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นมากกว่า 6 เท่า ตลอดจนจากการสำรวจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี 2550 - 2553 (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2553) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีสาเหตุจากระดับไขมันในเลือดสูง และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วงปี 2550-2553 นี้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ป่วยที่รักษาในปี 2550 จำนวน 899 ราย ปี 2551 จำนวน 940

ราย ปี 2552 จำนวน 950 ราย และยอดปี 2553 (สรุปยอดผู้ป่วยถึงเดือนเมษายนซึ่งเป็นไตรมาสแรก) จำนวน 300 ราย ตามลำดับ

จากสภาพปัญหาของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะดัชนีมวลกายเกิน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถหาแนวทางในการป้องกันได้ และพบปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง (มากกว่า 10 ล้านคน) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 15) ภาวะอ้วน (ร้อยละ 15) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 23) ขาดการออกกำลังกาย (ร้อยละ 21) อายุ (มากกว่า 45 ปีในผู้ชาย และมากกว่า 55 ปีในผู้หญิง) และเบาหวาน

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นหนึ่งในสามอันดับแรกของสาเหตุการตายในประเทศไทยมานานกว่า 20 ปี โดยมีโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก รองลงมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ องค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2563 จะมีกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง 7 ใน 10 อันดับแรกของประเทศกำลังพัฒนา กลุ่มโรคเหล่านี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรามากเกินไป การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนและในปริมาณที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ความเครียดและการใช้ยาและสารเสพติด (จิตรา สูดสงวน. 2549) ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้น พบภาวะดัชนีมวลกายเกิน หรือภาวะอ้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เกิดอาการป่วย ความพิการและเสียชีวิต และเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสาธารณสุขไทย ภาวะน้ำหนักเกิน หรือภาวะดัชนีมวลกายเกิน เป็นสภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวเกินน้ำหนักตัวที่เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 10 (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551 อ้างอิงใน บุญชัย อิศราพิสิษฐ์. 2543) จากการศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแฉ่งตัว (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. 2552) พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน ขาดการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ความเครียด และภาวะไขมันในร่างกายสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (วิไลลักษณ์ พิมรินทร์. 2549) พบว่า การบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน การลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลและกรดไขมันอิ่มตัวสูงจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ โดยพบว่า การบริโภคอาหารที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัวจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และความอ้วนที่เกิดจากการบริโภคอาหารเกินความจำเป็นของร่างกาย จะทำให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน อันเป็นผลทำให้เกิดโรคอ้วน ความอ้วนสร้างภาระให้กับหัวใจ โดยกล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพื่อทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดังนั้นอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ

อย่างมากในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารอาหารที่เหมาะสมจะสามารถป้องกันและรักษาโรคได้ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาแบบแผนชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Krummel. 2004) พบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวในปริมาณที่น้อยจะสามารถลดความก้าวหน้าของการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจลงได้ จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้พบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินเป็นผลจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยนั่นเอง

ภาวะดัชนีมวลกายเกิน เป็นภาวะที่มีค่าน้ำหนักตัวเกินเมื่อคิดมากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร การที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินนั้นเป็นผลมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกสัดส่วน ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักของตนเองได้ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่น้ำหนักปกติ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. 2549) จากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนเป็นผลมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่สามารถลดความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลงได้ด้วยการควบคุมการรับประทานอาหาร คนที่อ้วนพบว่ามีความตั้งใจให้รับประทานอาหารเพิ่มมากกว่าคนทั่วไป ทำให้เกิดความรู้สึกเก็บกด และเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากขึ้น ผลจากภาวะแทรกซ้อนที่พบในโรคอ้วนซึ่งเป็นสิ่งเริ่มต้นมาจากค่าดัชนีมวลกายเกิน และนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ (กุสุมา สุริยา. 2550 อ้างอิงใน William. 1989) สอดคล้องกับการศึกษา กิตติ เอื้อพงษ์พร (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนเพิ่มโอกาสต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า วิธีการรักษาต่าง ๆ ไม่สามารถทำให้โรคหายขาดได้ จำเป็นต้องมีการควบคุมโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการรักษา ตลอดจนพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจากการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากขาดการได้รับข้อมูลจากบุคลากร รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก และรู้สึกว่าจะไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง (พิกุล ดินามาต. 2551) และการที่จะควบคุมอาหารได้นั้นต้องมีกลวิธีที่จะช่วยในการป้องกันจากภาวะดัชนีมวลกายเกิน ด้วยการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหารของตนเอง ซึ่งจะช่วยป้องกันให้ห่างไกลจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (พิกุล ดินามาต. 2551) สอดคล้องกับ อนงค์ นิลกำแหง (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดพบว่า ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และการที่มีไขมันในเลือดสูงเนื่องจากการรับประทานที่ไม่เหมาะสมที่สำคัญ คือ ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม และผู้ศึกษาเชื่อว่าแรงจูงใจที่มีผลทางตรงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังการศึกษาทดลองของ Rebecca Kreman และคณะ (2006) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบจูงใจต่อผลลัพธ์ทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้นำ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบงูใจเข้ามาช่วยในการลดไขมันในเลือดกับกลุ่มเป้าหมาย กล่าวคือ การนำปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของคน ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนทฤษฎีแรงงูใจ เพื่อป้องกันโรคนี้อาจมาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับสื่อที่มากระตุ้นและในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้

Rogers and Mackay (1992) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในผลการตอบสนอง (Response Efficacy) และจะเห็นว่าภาวะดัชนีมวลกายเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสามารถควบคุมและป้องกันได้ และสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติให้เด่นชัด โดยการตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัย และแก้ไขปัญหสุขภาพ ในรูปแบบของการตรวจคัดกรองในการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น มีการให้คำปรึกษา (Consultation) เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางสุขภาพ มีทักษะในการประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ทั้งภายในวิชาชีพ เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ทั้งในและนอกทีมสุขภาพและในระบบต่าง ๆ (Collaboration) ในการติดต่อประสานงานเพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายที่มีปัจจัยเสี่ยงและวางแผนแก้ไขร่วมกัน มีทักษะในการริเริ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) มีการค้นหางานวิจัยและทำการวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและบริการสุขภาพ (Conduct and Use research) และมีวิธีการมากมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินของกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน แต่ยังไม่พบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการสร้างแรงงูใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ผู้ศึกษาจึงต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว

1.2 คำถามในการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงงูใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงงูใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.4 ขอบเขตการศึกษา

ผู้ศึกษาสนใจที่จะทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 50 ราย โดยจะมีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร เข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีหลักการโดยใช้รูปแบบการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร สร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดตามรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000) เพื่อการวางแผนการดำเนินการ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีกระบวนการที่ชัดเจนและช่วยให้ทราบปัญหาและพัฒนาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหา มีกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-Trigger Phase) เป็นระยะที่มีตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ และ / หรือตัวกระตุ้นจากความรู้จากการค้นคว้า ที่ทำให้ผู้ศึกษาเกิดการกำหนดปัญหาทางคลินิก การกำหนดปัญหาทางคลินิกในการศึกษานี้ มาจากสิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน มีรายละเอียดดังนี้

1.1 สิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงานของผู้ศึกษา (Practice Triggered) เกิดจากข้อมูลที่รวบรวมได้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน หรือการวิเคราะห์ปัญหาจากตัวผู้ป่วย หรือจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดคำถามว่ารูปแบบการดูแลมีหลายรูปแบบและรูปแบบใดจึงจะเหมาะสมกับผู้ป่วยมาก

1.2 ตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge Triggers) หมายถึง ความรู้ใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิก เทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือการพัฒนาโปรแกรมใหม่ ๆ ที่มาจากการอ่านรายงานการวิจัยหรือตำราใหม่ ๆ

ระยะที่ 2 การค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-Supported Phase) : ระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดขึ้น แหล่งของการสืบค้นข้อมูลมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ รายงานวิจัยรูปแบบต่าง ๆ งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ เอกสารจากองค์กรที่เป็นที่ยอมรับ มาตรฐานทางคลินิกระดับชาติ แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ และรายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำหลักฐาน/งานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์คุณภาพและสังเคราะห์เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-Observed Phase) ระยะของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้เป็นการนำเสนอโครงการนำร่องลงสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสมและประเมินได้ โครงการที่นำเสนออาจเป็นการศึกษานำร่อง การศึกษาทางคลินิก หรือการประเมินผลผลการปฏิบัติด้วยการศึกษาเชิงผลลัพธ์

ระยะที่ 4 ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence Based Phase) ระยะของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะ Evidence-Supported Phase และข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำร่องในระยะ Evidence-Observed Phase เพื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง โดยทำให้เกิดการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเป็นเลิศหรือไม่และมาจากหลักฐานอะไร

แต่ในการศึกษาของงานครั้งนี้จะทำเพียง 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence-Trigger Phase) และขั้นตอนที่ 2 การค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-Supported Phase)

ขั้นตอนที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหา (Evidence-Trigger Phase)

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice Triggers)

จากข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ในปี 2550-2553 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น และผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยดังกล่าวพบว่ามีความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง และสถิติของผู้ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนมากขึ้น ตลอดจนจากการสำรวจในเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางจากการสำรวจพบว่าร้อยละ 50 มีความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน ไม่มีหน่วยงานด้านส่งเสริมสุขภาพเข้าไปให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม อีกทั้งเจ้าหน้าที่ขาดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่มีแนวทางที่ชัดเจนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง จึงรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่มีค่าอยู่ระหว่าง 23.00 - 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร อีกทั้งประชากรในเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางกลุ่มนี้เป็นประชากรที่ต้องกลับเข้าไปสู่ชุมชน และมีปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ถ้าประชากรกลุ่มนี้ไม่ได้รับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงจากภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว อาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจได้

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge Triggers)

ในต่างประเทศจากข้อมูลจากการศึกษา WHO Monica รายงานในปี ค.ศ.1999 จากประเทศต่างๆ รวม 15 ประเทศ กล่าวว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มประชากร

ชายที่อายุ 35-74 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชาวยุโรป อุบัติการณ์ในประเทศเกาหลีเหนือและฟินแลนด์ ประมาณ 915 คน ต่อ 100,000 คน ในสหรัฐอเมริกา มีอัตราการป่วยอยู่ที่ระดับกลาง ๆ (ในประชากรชาย 456 คน ต่อ 100,000 คน และในประชากรหญิง 101 คน ต่อ 100,000 คน) และสำหรับประเทศไทยภาวะสุขภาพของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งได้รับผลกระทบมาจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก และภายในประเทศ ทำให้มีผลต่อสภาวะแวดล้อมและวิถีชีวิตอย่างมาก อัตราอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมากขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเบาหวาน โดยโรคหลอดเลือดหัวใจได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรังและร้ายแรงร่วมด้วยเช่นกัน (กิตติ เอื้อพงษ์ . 2550) และจากงานวิจัยที่ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาจำนวน 20 เรื่อง โดยแบ่งตามกลุ่มหลักฐานงานวิจัยได้ 5 กลุ่มและเลือกส่วนที่เกี่ยวข้องของงานวิจัยเข้ามาศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่

1. ด้านอาหารจำนวน 3 เรื่อง ของ ฌภาภัช กัจจานุช และ เบญจมา มุกตพันธ์ (2008) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาหารที่ให้ไขมันสูงและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ อาหารประเภททอดหรือใส่กะทิ อาหารประเภทผัด ตลอดจนดื่มชาหรือกาแฟใส่น้ำตาล และครีมเกือบทุกวันหรือทุกวัน/ Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M ได้ทำการศึกษาการให้คำแนะนำอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอล เกลือ และการบริโภคผัก ผลไม้ ไขมันไม่อิ่มตัว ปลา กากใย และอาหารที่มีแร่ธาตุโปแทสเซียม จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ Hardcastle, S ; Taylor, A;Bailey, M.&Castle, R. (2008) ได้ทำการศึกษาประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการนำกลวิธีด้วยการให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า 5 ครั้ง ในเวลา 6 เดือน พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษามีอิทธิพลลดระดับไขมันในเลือด ลดน้ำหนัก ลดความดันโลหิตและเพิ่มการออกกำลังกาย แต่ยังไม่เห็นผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

2. ด้านการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ ฌฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจากปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้และปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งนำมาใช้ประเมินเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มเป้าหมาย วิไลลักษณ์ พิมรินทร์ (2549) ทำการศึกษาการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ทำให้มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สุทธิจิต ภูมิวัฒน์ (2009) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับโคเลสเตอรอลรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมดีขึ้น จากงานวิจัย ผู้ศึกษาได้นำแบบบันทึกอาหารที่บริโภค แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบบันทึกรายการอาหารเข้ามาใช้ในการศึกษา จุฑาวดี วงษ์สมบัติ (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายและความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน จากงานวิจัยนี้มีการนำกลวิธี การโทรศัพท์ติดตามและพูดคุยให้กำลังใจ ตลอดจนมีการใช้ตัวแบบร่วมกันฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารเข้ามาในการทดลอง กุสุมา สุริยา (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีการนำกลวิธี การใช้ตัวแบบ การใช้สื่อการสอน เข้ามาใช้ในการงานวิจัย

3. ด้านปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 เรื่อง โดย อนุตตร จิตตินันท์ และคณะ (2548) ได้ศึกษาการสำรวจความชุกของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกำลังกองทัพอากาศ พบว่าเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมการเกิดโรค เป็นทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และสามารถหลีกเลี่ยงได้ กิตติ เอื้อพงษ์ธร (2550) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีรูปแบบการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ามาใช้ในการศึกษา การสาธิตฝึกปฏิบัติ การฉายวีดิทัศน์ การจัดเมนูอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการสอนเป็นรายบุคคลด้วยการเผชิญหน้ากัน สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเข้ามาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมร่วมด้วย สมพร ศิริสมบูรณ์วงศ์ (2548) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลหัวเฉียว ผลการศึกษาทำให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา ความรู้ เจตคติ Apoor S. Gami, Brandi Witt, Daniel Howard (2007) ทำการศึกษาประเมินความเกี่ยวข้องระหว่าง Metabolic Syndrome กับอาการโรคหัวใจและการเสียชีวิต มีการให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมที่ทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. ด้านภาวะดัชนีมวลกายเกินและไขมันในเลือด จำนวน 3 เรื่อง สุริศา ธีระพิทยานนท์ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู ผลการศึกษาได้รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยมีขั้นตอนและมีระบบในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแปรผลทางห้องปฏิบัติการและการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ตลอดจนมีการนำกลวิธีโดยใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มีการจัดทำสมุดสุขภาพประจำตัว เพื่อเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประภาพร แก้วบุญเรือง (2005) ศึกษาจุดตัดของดัชนีมวลกายที่สามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ผลการศึกษาทำให้ทราบจุดตัดดัชนีมวลกายมากกว่าร้อยละ 50 พบว่าเป็นสัดส่วนโดยตรงที่ทำให้เกิดระดับโคเลสเตอรอลรวมและไลโปโปรตีนสูง เป็นตัวที่สะท้อนถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กัลยาณี บุญสิน และคณะ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูง มีรูปแบบคู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารที่มีไขมันอย่างต่อเนื่อง

5. ด้านการสร้างแรงจูงใจ 4 เรื่อง จิตรา สุกสงวน (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หัวเฉียว ผลการศึกษาได้แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพโดยนำทฤษฎีแรงจูงใจเข้ามาใช้ในการศึกษา มีกลวิธีด้วยการใช้สื่อในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่คุกคามสุขภาพ มีการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจง อนงค์ นิลกำแหง (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ผลการศึกษาได้แนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบไปด้วย มีการนำเสนออันตรายของภาวะไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ร่วมกับมีกลวิธีด้วยการประชุมกลุ่ม แจกเอกสารวิชาการ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ บุปผา อาศรัยราช (2541) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาได้แนวทางในการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจด้วยการให้กิจกรรมสุขศึกษาเป็นระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร Rebecca Kreman, Bernice C. Yates, Sangeeta Agrawal, Kathryn Fiandt, Wayne Briner, Scott Shurmur (2006) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบจูงใจต่อผลลัพธ์ทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกับการนำกลวิธี การให้สุขศึกษาทางไปรษณีย์ มีการแจกเอกสารคู่มือ มีการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษามีผลต่อการลดระดับไขมันในเลือด

ซึ่งจากความรู้ที่ได้ศึกษามา พบว่า อาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ก็เกิดจากพฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถควบคุมตนเองจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน ส่งผลให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน ซึ่งพฤติกรรมภายในจากกระทำของตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ แต่ขาดการกระตุ้น ขาดแรงจูงใจที่ดีเพื่อที่จะมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจที่ดีให้แก่กลุ่มเป้าหมาย จะส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและถูกต้องได้

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-Supported Phase)

ผู้สืบค้นใช้หลักการ PICO ในการสืบค้นหลักฐาน/งานวิจัยของ เกร็ก และสมิท (Craig & Smith, 2002 อ้างอิงใน ฟองคำ ศิลกสกุลชัย, 2549) ซึ่งประกอบด้วย Population or Problem (ขั้นตอนการระบุประชากรหรือปัญหาที่สนใจ) Intervention or Area of Interest (การระบุการเปรียบเทียบ) และ Outcome (ผลลัพธ์) นอกจากนี้ยังคัดเลือกงานวิจัยแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systemic Review) งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) งานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (Quasi-Experimental Study) งานวิจัยที่มีการศึกษาคิดตามไปข้างหน้า (Prospective Study) ที่ถูกตีพิมพ์ในวารสารและได้เนื้อหาฉบับเต็มเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

1.5 คำนิยามศัพท์

1. ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน หมายถึง เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอัตราการชั่งน้ำหนักเป็นกิโลกรัม หาคด้วย ส่วนสูงเป็นเมตร ยกกำลังสอง และสำหรับคนเอเชีย มีค่าอยู่ระหว่าง 23.00 - 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน หมายถึง การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในการลดภาวะดัชนีมวลกายเกิน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย การเลือกชนิดอาหาร การเตรียมอาหาร และการบริโภคอาหาร ซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้ศึกษาได้ประยุกต์งานวิจัยของ พิกุล ดินามาส (2550) เพื่อให้สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินเป็นพฤติกรรมภายหลังกระบวนการสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การทำให้เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง มีการตระหนัก

ในการพิจารณาหาค่าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ และใช้กระบวนการที่สมมติความหรือแปลข้อความที่ ได้ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยมี

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่าย กลางต่อความรุนแรงของ โรคที่มีต่อเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และการใช้เวลาในการรักษา เกิด โรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมเมื่อมีการ รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมด้วยการขู่ว่าจะได้รับผลร้ายแรงจากการกระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมบางอย่าง ด้วยการใช้อ้อในการให้ข้อมูลข่าวสารที่คุกคามสุขภาพ

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่าย กลางที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยโดย การให้การสื่อสารการขู่ที่คุกคามซึ่งจะทำให้เชื่อว่ากำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงและเกิดผลกระทบต่อ สุขภาพ และ

3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่แผนกหน่วย จ่ายกลางมีความเชื่อว่าผลจากการกระทำเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายไม่เป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์งานวิจัยของ จิตรา สุดสงวน (2549) เข้ามาใช้ในการศึกษา มี การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ มีการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย โดยมี การนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือมีการสื่อสารที่ทำให้เกิดความกลัว เกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนมีสิ่งชักนำ มีแรงผลักดันที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังกล่าว

4. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน อาหาร เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน หมายถึง แนวทางสำหรับพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชนในการจัดการกับปัญหาภาวะดัชนีมวลกายเกินจากการรับประทานอาหารของ เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง โดยให้เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยมีการสร้างแรงจูงใจ โดยมีการกำหนดดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางต่อ ความรุนแรงของโรคที่มีต่อเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และการใช้ เวลาในการรักษา เกิด โรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมเมื่อมีการรับประทาน อาหารที่ไม่เหมาะสมด้วยการขู่จะได้รับผลร้ายแรงจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง ด้วยการ ใช้กลวิธีในการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ ในช่วงแรกด้วยการพูดคุย แจกเอกสาร และคู่มือสาธิต (กัลยาณี บุญสิน และคณะ. 2551) สอดคล้องกับ Brunner E, Rees K. (2007) ฝึกทักษะ เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม (กุสุมา สุริยา. 2550) หลังจากนั้นมีการพูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค

หลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อันตรายจากการ ไม่ปฏิบัติตัว เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือ กระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และต้องเสียเวลาในการ รักษาพยาบาล (กุสุมา สุริยา. 2550) การฝึกสาธิตอาหารที่ป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ (กิตติ เอื้อพงษ์พร. 2550) ในด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร มีการพูดคุยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนใช้ สื่อการสอนในการให้ข้อมูลข่าวสารที่คุกคามสุขภาพ (กุสุมา สุริยา. 2550)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางที่มี ผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย โดยการใช้การ สื่อสารการขู่ที่คุกคาม ซึ่งจะ ทำให้เชื่อว่ากำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงและเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ด้วย การพูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่ส่งผลคุกคามให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วน มีการ พูดชักจูงโดยโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือนปัจจัยเสี่ยงและอันตรายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Robecca kreman. 2006) มีการสาธิตรูปแบบอาหารที่เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนสาธิตผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการดู แผนภาพประกอบ (จุฑาวดี วงศ์สมบัติ. 2551)

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง มีความเชื่อว่าผลจากการกระทำเป็นสิ่งที่ มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายไม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ มีการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจง มีการเผชิญหน้ากันในการให้คำแนะนำการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล (กิตติ เอื้อพงษ์พร. 2550) สอดคล้อง กับ Brunner E,Rees K. (2007) จะช่วยให้เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงมี รายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือความสามารถของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางเอง ให้ เกิดความคาดหวังในความสามารถประสิทธิผลที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (อนงค์ นิลกำแหง. 2550) โดยมีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อเป็นการลดภาวะดัชนีมวลกายเกิน ด้วยกลวิธีมีการโทรศัพท์ พูดคุยให้คำแนะนำให้เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางบอกปัญหา อุปสรรคในการเผชิญปัญหา มีการ คิดตามเยี่ยมบ้าน (กุสุมา สุริยา. 2550) มีการให้คำแนะนำแบบเผชิญหน้าตัวต่อตัว (Hardcastle, S;taylor. 2008) ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันปัจจัยเสี่ยงจากการเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจจากการที่มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง

5. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นกระบวนการจัดระบบ ตีความหมาย และส่งผ่านข้อมูล จากอวัยวะรับสัมผัส จดจำการให้ความหมายของเหตุการณ์แสดงออกในความเป็นจริง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง ซึ่งในการรับรู้ นั้นเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางตระหนัก และใส่ใจต่อสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบ เกิดกระบวนการของข้อมูลและนำออกจากระบบในรูปแบบของพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีรูปแบบแนวทางในการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยปัญหาข้อมูลขั้นต้นที่ได้จากการตรวจคัดกรอง พร้อมทั้งมีรูปแบบการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจง ในด้านของการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อพบผู้รับบริการมีปัญหาด้านภาวะดัชนีมวลกายเกิน เป็นการให้คำแนะนำที่มีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ

2. พัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินด้วยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร อันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ

3. เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีภาวะดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คืออยู่ที่ระดับ 18.5-22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาประกอบด้วย

- 2.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.2 พฤติกรรมมารับประทานอาหารกับกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.3 การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
- 2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
- 2.5 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้
- 2.6 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

2.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Coronary Atherosclerosis) ตามด้วยการปริแตกของตะกรันที่ผนังหลอดเลือดแดงและการรวมตัวกันของเกร็ดเลือด บริเวณที่ตะกรันผนังหลอดเลือดแดงปริแตกจนเกิดลิ่มเลือด (Thrombus Formation) (กิตติ เอื้อพงษ์สรร. 2550) นอกจากนี้แล้วปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ คือการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน (กรมการแพทย์. 2542 อ้างอิงใน กิตติ เอื้อพงษ์สรร. 2550) สำหรับพยาธิสรีระวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจจะกล่าวถึงความผิดปกติของหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ที่เป็นพยาธิสภาพที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (กิตติ เอื้อพงษ์พร. 2550)

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเพิ่มโอกาสที่จะเจ็บป่วยจากโรค การเสื่อมของสุขภาพ หรือการได้รับบาดเจ็บมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสทำลายสุขภาพ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันผิดปกติ การรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน และการรับประทานเกินความต้องการของร่างกาย ขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน จัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้ และเป็นที่ยอมรับว่า อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของคนเรา การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้ (กิตติ เอื้อพงษ์พร. 2550) นอกจากนี้แล้ว ปัจจัยเสี่ยงยังสามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และปัจจัยเสี่ยงเสริมที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1) ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

- อายุ พบว่าเมื่อมีอายุมากกว่า 40 ปีไปแล้ว อาการของโรคมีกึ่งชัดเจน 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้อายุเกิน 65 ปี และในอายุที่มากขึ้นผู้หญิงจะเสียชีวิตจากหัวใจวาย (Heart Attack) ได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย

- เพศ ผู้ชายมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 40 ปี ส่วนผู้หญิงมักเกิดเมื่ออายุเกิน 55 ปี เพศชายเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตและไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน และ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้หญิงที่มีอายุ 65 ปีหรือมากกว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

- พันธุกรรมและเชื้อชาติ เด็กที่มีพ่อแม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้สูง ปัจจัยพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันผิดปกติ เบาหวาน และอ้วนมาก

- ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ผู้ที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจก่อนอายุ 50 ปี มีโอกาสเกิด atherosclerosis ได้ง่ายกว่าปกติ

(2) ปัจจัยเสี่ยงหลัก

- ความดันโลหิตสูง หมายถึง การมีความดันเลือดตัวบนตั้งแต่ 140 mmHg ขึ้นไป หรือความดันตัวล่างตั้งแต่ 90 mmHg ขึ้นไประดับของความดันโลหิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ และยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวาย ในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า ความดันโลหิตสูงทำให้เกิด Atherosclerosis และเร่งให้มี Atherosclerosis ในบุคคลที่มีไขมันในเลือดสูง องค์การอนามัยโลกกำหนดให้รักษาความดันโลหิตไว้ไม่เกิน 130/85 mmHg

- ไขมันในเลือดสูง ไขมันที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาวะการมีมีความเสี่ยง ได้แก่ การพบว่ามีระดับที่สูงขึ้นของ Cholesterol, Triglyceride, Lipoprotein และการพบระดับต่ำของ HDL-Cholesterol ระดับของไขมัน LDL-Cholesterol และ Total-Cholesterol ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับ CAD Risk จากหลายการศึกษา เช่น MRFIT(Multiple Risk Factor Intervention Trial) และ Framingham Study (2011) ในขณะเดียวกัน ถ้าหากระดับของไขมัน HDL-Cholesterol (ไขมันดี) สูงก็จะลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจลง ภาวะที่มีไขมันและโปรตีนในเลือดสูง ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ประมาณเท่าค่าปกติของโคเลสเตอรอลในเลือดคือ 220 - 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไขมันที่มีความสำคัญคือ LDL เพราะมีความสำคัญกับโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบสูงมาก

- การสูบบุหรี่ ผลของบุหรี่ต่อโรคหลอดเลือดก่อนข้างชัดเจนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว บุหรี่มีผลทั้งในการเกิดความเสี่ยงและ Plaque ในหลอดเลือด โดยนิโคติน จะมีผลระยะสั้นต่อหลอดเลือด และการแข็งตัวของเลือด การเกาะกันของเกร็ดเลือด และ Endothelial Function ทำให้มีการหดเกร็งของหลอดเลือดหัวใจ (Interheart Study Lancet. 2006) บุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 5.6 เท่า สารนิโคตินจากบุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย

- เบาหวาน และภาวะ Metabolic Syndrome เบาหวานจัดเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ และมีการเกิดยาวนาน ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการพบเบาหวานเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษา MRFTT Study (2011) ซึ่งมีการติดตามผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 10 ปี พบว่าความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในเพศชายที่เป็นเบาหวานจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีเบาหวานถึงสามเท่า และเป็นความเสี่ยงที่ไม่ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเสียหลายประการ เช่น ไขมันผิดปกติ ความดันเลือดสูง Hyper-Insulinemia การมี Oxidative Stress ที่เพิ่มขึ้น Endothelial Dysfunction และเบาหวานทำให้เกิด Atherosclerosis เร็วกว่าปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเพิ่มมากขึ้นกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า

(3) ปัจจัยเสี่ยงรอง

- อ้วนมาก ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โรคอ้วนหรือน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือด ผู้ที่มีระดับของดัชนีมวลกายเกิน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นกว่าคนที่มือน้ำหนักปกติ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. 2549)

- ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ เพราะช่วยเพิ่มระดับ HDL ลด LDL ลดโคเลสเตอรอล ลดไตรกลีเซอไรด์ และลดระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ช่วยลดความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกาย

(4) ปัจจัยเสี่ยงเสริม

- ภาวะเครียด ผู้ที่มีความเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ
- การมีระดับ Homocysteine ในเลือดสูง ระดับ Homocysteine ในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าเราสามารถแบ่งกลุ่มปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถจะแก้ไขได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติโรคในครอบครัว และประวัติโรคอื่น ๆ ที่มีอยู่ และปัจจัยที่เราสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ได้แก่ ความดันเลือดสูง ไขมันสูงเบาหวาน การสูบบุหรี่ ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ ในการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จะสามารถจัดกลุ่มมาตรการที่จะใช้ออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ ด้วยกัน (จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์. 2550) คือ มาตรการที่ไม่ต้องใช้อารมณ์ กับมาตรการที่ต้องใช้อารมณ์ มาตรการที่ไม่ต้องใช้อารมณ์ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่

- (1) การควบคุมความดัน โดยการ ใช้มาตรการการไม่ใช้ยา
- (2) งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น
- (3) พยายามควบคุมให้ได้ระดับไขมันคอเลสเตอรอลที่เหมาะสมโดยมาตรการที่ไม่ใช้ยา
- (4) พยายามควบคุมอาหารที่จะหลีกเลี่ยงการเป็นเบาหวาน
- (5) ดื่มน้ำหนักและควบคุมให้ได้น้ำหนักที่เหมาะสมแก่สุขภาพ
- (6) บริโภคอาหารที่ถูกต้อง
- (7) พยายามหลีกเลี่ยงและรู้จักวิธีการจัดการกับความเครียด
- (8) ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เป็นสาเหตุของการเพิ่มโอกาสที่จะเจ็บป่วยและเพิ่มโอกาสทำลายสุขภาพ มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และปัจจัยเสี่ยงเสริมที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้โดยส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการที่จะลดปัจจัยเสี่ยงได้ ก็ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเป็นการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1.2 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ (กิตติ เอื้อพงศธร. 2550)

Atherosclerosis หรือภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เป็นความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดง เป็นกระบวนการของการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด มีการสะสมของคราบไขมัน และค่อย ๆ พอกพูนขึ้นจนทำให้เกิดการตีบแคบ หรือเกิดการอุดตันทำให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา โดยพยาธิกำเนิดของ Atherosclerosis มี 5 ระยะ และมีรอยโรค 6 ประเภท ดังนี้

ระยะที่ 1 พบได้ตั้งแต่วัยทารกและวัยเด็ก ลักษณะรอยโรคมี 3 ประเภท คือ

รอยโรคประเภทที่ 1 หรือรอยโรคระยะเริ่มต้น รอยโรคมีขนาดเล็กมาก มักเกิดบริเวณใกล้ ๆ กับทางแยกของหลอดเลือดแดง โดยกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดจะหนาขึ้นและภายในจะมี Foam Cell สะสมอยู่

รอยโรคประเภทที่ 2 หรือเส้นสายไขมัน รอยโรคนี้ก้าวหน้ามาจากประเภทที่ 1 ยังไม่ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ แต่จะมีการสะสมของหยดไขมันในเซลล์จำนวนมาก และโฟมเซลล์จับกันเป็นกลุ่ม ๆ มากขึ้น

รอยโรคประเภทที่ 3 หรือ Pre-Atheroma เป็นรอยโรคระยะกลาง พบในช่วงอายุประมาณ 20 ปี โดยเส้นสายไขมันจะนูนเข้ามาในหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดมีโฟมเซลล์ที่เต็มไปด้วยไขมัน มีการแบ่งตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบจากผนังชั้นกลาง ของหลอดเลือดแทรกเข้ามายังผนังชั้นในของหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ไฟบริน และไขมันมาพอกรอบ ๆ เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ ถือเป็นระยะเชื่อมต่อระหว่างรอยโรคระยะเริ่มแรกและระยะก้าวหน้า

ระยะที่ 2 ระยะนี้เกิดรอยโรคประเภทที่ 4 และ 5 เป็นระยะของการสร้าง Vulnerable Plaque

รอยโรคประเภทที่ 4 ผนังชั้นในของหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น มีการรวมตัวของไขมันนอกเซลล์เป็นก้อน มีเนื้อเยื่อไฟบรัสมาสะสมบริเวณก้อนไขมัน ก้อนไขมันและเนื้อเยื่อไฟบรัสทำให้หลอดเลือดหนาขึ้น นูนเข้าไปในรูของหลอดเลือดแต่ยังไม่ทำให้หลอดเลือดตีบบริเวณรอบนอกของรอยโรคประเภทที่ 4 นี้จะแตกได้ง่าย

รอยโรคประเภทที่ 5 จะมีไฟบรัสบาง ๆ คลุม Atheroma หรือมี Fibrous Cap เกิดขึ้น และสามารถแบ่งเป็นรอยโรคประเภทย่อย ๆ ตามลักษณะที่ปรากฏ ได้อีก 3 ชนิด คือ 5 เอ 5 บี และ 5 ซี

ระยะที่ 3 หรือระยะรอยโรคซับซ้อน เกิดจากการแตกหรือฉีกขาดของรอยโรคประเภทที่ 4 และ 5 ทำให้เกิดลิ่มเลือดและกลายเป็นรอยโรคซับซ้อนหรือรอยโรคประเภทที่ 6 ซึ่งจะมีการอุดตันรูของหลอดเลือดบางส่วน

ระยะที่ 4 เป็นลิ้มเลือดที่เกิดจากการแตกของรอยโรคประเภทที่ 4 และ 5 มีขนาดใหญ่จนอุดกั้นการไหลเวียนเลือดอย่างทันทีทันใด ทำให้เกิดกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเฉียบพลัน

รอยโรคประเภทที่ 6 มีลักษณะเป็นรอยโรคที่มีไขมันนอกเซลล์ แพกเตอร์ของเนื้อเยื่อคอลลาเจน เกร็ดเลือด ทรอมบิน ไฟบริน มีก้อนเลือด มีเลือดออกและลิ้มเลือดที่เกิดจากแตกของผิวของคราบไขมันเป็นองค์ประกอบ

ระยะที่ 5 สามารถเกิดตามหลังระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 เกิดเมื่อมีการหุ้มลิ้มเลือดหรือสิ่งที่เกิดจากการแตกของคราบไขมันไว้ภายใน ด้วยเนื้อเยื่อแข็งที่มีแคลเซียม หรือเยื่อไฟบรัส หลอดเลือดโคโรนารีจึงตีบแคบลงจนอุดตัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2551)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด โดยการสะสมของคราบไขมัน ที่ใช้เวลาเป็นปี ๆ และจะค่อย ๆ พอกพูนขึ้น จนทำให้โพรงหลอดเลือดเกิดการตีบแคบ หรือเกิดการอุดตัน ซึ่งการที่มีไขมันมาสะสมจนเกิดเป็นคราบและสะสมพอกพูนจนหนาแน่น เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ รับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน จนเกิดคราบไขมันพอกพูนจำนวนมาก เมื่อนานวันเข้าก็เกิดการเกาะตัวเกิดคราบไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานได้ไม่เต็มที่ ในช่วงแรกจะยังไม่แสดงทำให้เกิดอาการใด ๆ แต่เมื่อใดหลอดเลือดเกิดการตีบแคบจนทำให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการแล้ว จะมีอาการของโรคเกิดขึ้น ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบลงส่งผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีปัจจัยจากการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยสำคัญ การศึกษาในครั้งนี้พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ คือโรคระยะที่ 1 เป็นรอยโรคประเภทที่ 3 หรือ Pre-Atheroma เป็นรอยโรคระยะกลาง โดยเส้นสายไขมันจะหนาเข้ามาในหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดมีโฟมเซลล์ที่เต็มไปด้วยไขมัน มีการแบ่งตัวของเซลล์กล้ามเนื้อจากผนังชั้นกลาง ของหลอดเลือดแทรกเข้ามายังผนังชั้นในของหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ไฟบริน และไขมันมาพอกรอบ ๆ เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ ถือเป็นระยะเชื่อมต่อระหว่างรอยโรคระยะเริ่มแรกและระยะก้าวหน้า จากระยะรอยโรคที่ระดับนี้เนื่องจากเป็นรอยโรคที่กำลังจะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเต็มขั้น จึงต้องมีการป้องกันพฤติกรรมรับประทานเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างสมบูรณ์และไม่สามารถแก้ไขได้

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะแข็งและตีบแคบลง (National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI]. 2003) และพบว่าผนังหลอดเลือดแดงมีความหนามากขึ้นมีแคลเซียมและไขมันเกาะที่ผนังมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดสูญเสียหน้าที่ ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไปและทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลง (จันทนา

รณฤทธิชัย. 2546) ร่วมกับการมีปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ซึ่งจะส่งผลทำให้โรคมีความรุนแรงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (Saffitz. 2008) และยังพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดยังเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ โดยพบในเพศหญิง 23.3 ต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งการเพิ่มขึ้นของโรคมักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและ ความเครียด

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีทั้งปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสทำลายสุขภาพ การรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินและนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การเสียเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการหาผู้ดูแลในระยะยาว และการเสียโอกาสในการทำงาน ซึ่งภาวะของการเจ็บป่วยดังกล่าวสามารถป้องกันได้ จากปัญหาดังกล่าว พยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานจัดการกับความเจ็บป่วยในชุมชนจึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับภาวะดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะดัชนีมวลกายเกินส่งผลให้เกิดโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ (กิตติ เอื้อพงษ์. 2550)

โรคอ้วน และ น้ำหนักตัวเกิน (Obesity and Overweight) องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามว่าโรคอ้วน และน้ำหนักตัวเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเกินปกติ จนเป็นปัจจัยเสี่ยง หรือเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่างๆที่ส่งผลถึงสุขภาพ จนอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ เมื่อมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป เรียกว่า น้ำหนักตัวเกิน แต่ถ้ามีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป เรียกว่า เป็นโรคอ้วน

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน(overweight) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด ส่งผลให้เกิดการป่วย ความพิการและการเสียชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุขไทย ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะน้ำหนักตัวมากกว่าระดับมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบกับความสูงซึ่งคิดเป็นค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2549) นอกจากนี้แล้ว ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานยังหมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่ามาตรฐานที่ใช้บ่งบอก คือ ค่า BMI (Body Mass Index) หรือเรียกว่า ค่าดัชนีมวลกาย คนที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจะมีค่าBMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23 (สำหรับคนเอเชีย) และมากกว่าหรือเท่ากับ 25 (สำหรับคนยุโรป) (WHO. 2000)

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปความหมายของภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายเกินมากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร (สำหรับคนเอเชีย) ดังแสดงตามตารางถึงความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ จากการมีภาวะดัชนีมวลกายเกิน

ตารางที่ 2.1

อัตราความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ในระดับต่าง ๆ

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (BMI)กิโลกรัม/เมตร ²	ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.5	ผอม
ระดับปกติ	18.5-22.9	ปกติ
น้ำหนักเกิน	มากกว่าหรือเท่ากับ 23	
อ้วน	23.00-24.99	เริ่มมีปัจจัยเสี่ยง
อ้วนระดับ1	25.00-29.99	โรคอ้วน
อ้วนระดับ2	มากกว่าหรือเท่ากับ 30.00	โรคอ้วนอันตราย

ที่มา: รวบรวมจาก Armitage et al. (1994), Norel.(1995), Forthofer.(1995), Lilienfeld.(1994) and Hassard. (1991) : อ้างถึงใน รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร (2550)

ดัชนีมวลกาย คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูง นิยมใช้วินิจฉัยว่า ใครน้ำหนักเกิน หรือใครเป็นโรคอ้วน โดยหน่วยของน้ำหนัก คิดเป็นกิโลกรัม และหน่วยของความสูงคิดเป็นเมตร โดยค่าดัชนีมวลกายของแต่ละคน จะมีค่าเท่ากับ น้ำหนักของคน ๆ นั้น หารด้วยความสูงยกกำลังสอง ดังนั้นหน่วยของดัชนีมวลกายจึงเป็น กิโลกรัม/ตารางเมตร (ทดสอบค่าดัชนีมวลกายของแต่ละ

คน ซึ่งค่าดัชนีมวลกายของคนปกติ และคนผอมตามนิยามขององค์การอนามัยโลก คือ 18.5-24.9 และต่ำกว่า 18.5 ตามลำดับ ซึ่งภาวะดัชนีมวลกายเกินเป็นผลมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน

โรคอ้วน และน้ำหนักตัวเกิน มีสาเหตุ วิธีวินิจฉัย การดูแลรักษา และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่นเดียวกันทุกประการ แตกต่างกันที่ความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพ ในคนน้ำหนักตัวเกินจะรุนแรงน้อยกว่าในคนเป็นโรคอ้วน ดังนั้นในทางการแพทย์ ทั้งโรคอ้วน และน้ำหนักตัวเกินจึงมักกล่าวถึงควบคู่กันไปเสมอ และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับประทานอาหารกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลด้วย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริหารจัดการกับความเครียด และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การรับประทานอาหาร อาหารเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของคนเรา ควรรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และหากรับประทานอาหารไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการตามมา เช่น ภาวะโภชนาการเกิน และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรค เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็งได้

คณะทำงาน Food Based Dietary Guideline (FBDG. 2009) ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการและนักโภชนาการจากมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกองโภชนาการกระทรวงสาธารณสุขและวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ได้จัดทำ ข้อปฏิบัติการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของคนไทย ซึ่งมีสาระดังนี้

1. การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่มีหลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว

- หมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้ง ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่ให้สารอาหารพวกโปรตีนที่มีประโยชน์ในการสร้างเสริมร่างกายให้เจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย

- หมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือกและมัน ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่ให้สารอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตมีประโยชน์ในด้านให้พลังงาน ทำให้เราสามารถเคลื่อนไหวทำงานและมีชีวิตได้อย่างปกติ

- หมู่ที่ 3 ได้แก่ ผักใบเขียวและพืชผักต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ให้สารอาหารพวก วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นปกติ ทำให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรงและช่วยให้การขับถ่ายปกติ

- หมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ อาหารหมู่นี้ให้วิตามินและเกลือแร่ เช่นเดียวกับผัก แต่มีคาร์โบไฮเดรตมากกว่าและมีประโยชน์แก่ร่างกายด้วย

- หมู่ที่ 5 ได้แก่ น้ำมันและไขมัน อาจได้จากพืชหรือสัตว์ก็ได้ สารในหมู่นี้ให้พลังงานสูงมาก นอกจากนี้ยังสะสมในร่างกายซึ่งอาจทำให้อ้วนได้

ส่วนการควบคุมดูแลน้ำหนักตัวนั้น สามารถประเมินภาวะโปรตีนและพลังงานอย่างง่าย ๆ จากดัชนีมวลกายของร่างกาย (Body Mass Index) ซึ่งคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง ค่าปกติในผู้ใหญ่ คือ 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร

2. รับประทานข้าวหรือธัญพืช และผลิตภัณฑ์ในปริมาณที่พอเหมาะ ธัญพืชเป็นแหล่งสำคัญของคาร์โบไฮเดรตซึ่งเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานที่สำคัญ (คาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี) การบริโภคเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติควรให้พลังงานเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย โดยมีสัดส่วนของพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด

3. รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ในพืชผักและผลไม้ นอกจากจะเป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและเกลือแร่แล้วยังเป็นแหล่งสำคัญของใยอาหาร ใยอาหารไม่ใช่สารอาหารแต่มีคุณสมบัติในการอุ้มน้ำได้มาก ทำให้อุจจาระไม่แข็งและเพิ่มน้ำหนักและปริมาณอุจจาระทำให้การขับถ่ายสะดวก

4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ปลาจัดเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูงประมาณร้อยละ 16-20 และมีไขมันต่ำอย่างง่าย นอกจากนี้ยังมีวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ และควรรับประทานอาหารถั่วต่าง ๆ เช่น เต้าหู้ ผลิตภัณฑ์เมล็ดพืชต่าง ๆ รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันมากพอประมาณและรับประทานไข่เป็นประจำแต่ไม่ควรเกิน 2 ฟองต่อสัปดาห์

5. ดื่มนมทุกวันในปริมาณที่พอเหมาะ นมและผลิตภัณฑ์นมชนิดต่าง ๆ มีคุณค่าทางโภชนาการ มีสารอาหารที่ร่างกายต้องการเกือบทุกชนิด มีโปรตีนซึ่งมีกรดอะมิโนที่จำเป็นครบทุกชนิด วิตามินควรดื่มนมละ 1-2 แก้ว และวัยผู้ใหญ่ควรดื่มนมละแก้ว

6. รับประทานอาหารที่มีไขมันพอประมาณ อาหารที่มีไขมัน กรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลต่ำจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ควรรับประทานเนื้อติดมันในปริมาณที่น้อย ไม่ควรรับประทานหนังสัตว์ปีก เครื่องในสัตว์และไข่แดงมากเกินไป ซึ่งอาหารเหล่านี้มีโคเลสเตอรอลสูง

7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและรสเค็มจัด การรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมากเกินไปอาจก่อให้เกิดโทษ และได้มีการศึกษาพบว่า ประชากรที่รับประทานโซเดียมมากมีความดันโลหิตสูงมากกว่าประชากรที่รับประทานโซเดียมน้อย

8. งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ให้พลังงาน 7 แคลอรีต่อกรัม และให้คุณค่าสารอาหารน้อยกว่า แอลกอฮอล์มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และถ้าดื่มในปริมาณมาก ๆ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ดับแข็ง ดับอ่อนอีกเสบ

จากการศึกษาของ วงสวาท โทศลวัฒน์ สถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล (2553) พบว่าการมีน้ำหนักตัวเกินหรืออัตราการเพิ่มน้ำหนักตัวมากเกินไป และปริมาณการบริโภคผักผลไม้ น้อยเกินไป จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนการบริโภคอาหารที่มากเกินไป อาหารบางประเภท ได้แก่ ไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกรดไขมันอิ่มตัว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันทรานส์ ส่วนใหญ่พบได้ในน้ำมันผ่านขบวนการให้ความแข็งตัวเพิ่มขึ้น เช่น มาร์گارีน และพบในน้ำมันและ ผลิตภัณฑ์และ ไขมันวัว รวมทั้งอาหาร Fast Food ที่มีการทอดแบบน้ำมันท่วมและผลิตภัณฑ์ขนมอบ ชนิดต่าง ๆ ตลอดจนการบริโภคคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงทำให้ได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินไปมีผลต่อน้ำหนักตัวและ ทำให้เกิดโรคอ้วน การบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับ HDL Cholesterol และมีผลต่อขนาดของ LDL Cholesterol ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลในทาง ลบต่อหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาของ Nurse Health Study พบว่า การบริโภคใยอาหารจาก ธัญพืชมีความสัมพันธ์ในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งใยอาหารเป็นส่วนประกอบหนึ่งของพืช ซึ่งประกอบด้วย Polysaccharides และ Lignin เป็นส่วนประกอบที่ร่างกาย ไม่สามารถย่อยได้หรือย่อยได้เป็นจำนวนน้อย ใยอาหารมี 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ใยอาหารที่อุ้มน้ำ (Water Soluble Fiber) ได้แก่ Pectins Gums Mucilages และ Hemicellulose บางชนิด ใยอาหารที่ไม่ อุ้มน้ำ (water insoluble fiber) ได้แก่ Cellulose และส่วนใหญ่ของ Hemicellulose ใยอาหารที่อุ้มน้ำ ช่วยลดระดับ Total และ LDL Cholesterol ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌูกันต์ ช่างเหล็ก. 2552 พบ LDL เป็นส่วนประกอบของน้ำดี ถ้า LDL สูง จะเกาะกับผนังหลอดเลือด จนหลอดเลือดตีบแคบ ลง ซึ่งดูได้จากปริมาณการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว การรับประทานอาหารที่ถูกหลัก โภชนาการเป็นรากฐานที่สำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาของ ฌกัญ กัจฉานุช (2008) ซึ่งทำการศึกษาในภาวะโภชนาการโดยมีการประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกาย จากการ บริโภคอาหารครบ 3 มื้อ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงส่วนใหญ่มา จากการรับประทานอาหารประเภทผัดและทอดมากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ และอาหารที่รับประทาน ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภท เครื่องในสัตว์ กุ้ง หอย ปู และปลาหมึก

และจากการศึกษาของ ฌนัท ครุฑกุล และคณะ (2549) ได้ทำการศึกษาการบริโภคอาหารอย่าง เหมาะสม หมายถึงการเลือกรับประทานอาหารในปริมาณสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งจากข้อมูลการศึกษา พบว่าการบริโภคอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ภาวะไขมันผิดปกติในเลือดผิดปกติดีขึ้น และป้องกันการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีแนวทางดังนี้

1. ปริมาณอาหารหรือพลังงานต่อวันพอเหมาะ ทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2. ปริมาณไขมันต่อวันให้พลังงานร้อยละ 25-35 ของพลังงานทั้งหมด โดยคำนึงถึงประเภทและชนิดของไขมันที่ใช้ คือ ให้เป็นกรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานทั้งหมด เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งไม่เกินร้อยละ 10 ดังนั้น ควรมีการปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืชที่สกัดจากรำข้าว ถั่วเหลือง เมล็ดดอกทานตะวัน หรือเมล็ดดอกคำฝอย ข้าวโพด มะกอก หลีกเลี่ยงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และไขมันที่ได้รับการแปรรูปให้แข็ง เช่น เนยเทียม เนยขาว ครีมเทียม เพราะไขมันชนิดนี้มี Trans Fatty Acids สูง นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอดหรือผัด ให้เลือกการปรุงอาหารด้วยต้มหรือนึ่งแทน

3. ปริมาณโปรตีน ให้พลังงานร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมด ซึ่งได้แก่ เนื้อสัตว์ นม และถั่ว โดยมีแนวทางดังนี้

- รับประทานปลา และเนื้อสัตว์ไม่ติดมันที่สุกแล้ววันละ ประมาณ 12-16 ช้อน โตะขึ้นไป โดยหลีกเลี่ยงเครื่องในและหนังสัตว์
- ควรดื่มนมถั่วเหลืองหรือนมพร่องหรือขาดมันเนย รสจืดประมาณวันละ 1-2 แก้ว
- อาจรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หรือหนัง ไข่แดงและอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก ได้เป็นครั้งคราว

4. ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลเกิน 200-300 มก./วัน ขึ้นกับความรุนแรงของโรคและระดับไขมันในเลือด

5. รับประทานคาร์โบไฮเดรต ประมาณร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมด โดยควรบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ธัญพืชหรือข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ เนื่องจากจะให้ทั้งใยอาหารสูง และหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาลหรืออาหารที่มีน้ำตาลสูง

6. รับประทานผลไม้อย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่เกิน 10-15 คำต่อมื้อ แล้วแต่หวานมากหรือหวานน้อย

7. รับประทานใบและก้านอย่างสม่ำเสมอ วันละไม่ต่ำกว่า 9 ช้อน โตะของผักต้มหรือเทียบเท่า

8. ไม่ควรดื่มชา กาแฟ เกิน 3 ถ้วยต่อวัน หลีกเลี่ยงการเติมครีมเทียม

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจมีการตีบหรือเกิดการอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการที่มีไขมันไปสะสมในผนังเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดหนาตัวขึ้น ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของเส้นเลือดและตามมาด้วยเส้นเลือดตีบ อุดตันจากคราบไขมันไปเกาะ ปัจจัยสาเหตุที่สามารถแก้ไขป้องกันได้ด้วยตนเอง ก็ได้จากการรับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วน ในปริมาณที่พอเพียงและเหมาะสม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะป้องกันด้วยการรับประทานอาหาร

ที่ถูกสัดส่วน และเหมาะสมตามคุณค่าของอาหารเพื่อรักษาสมดุลของภาวะดัชนีมวลกายเกิน อันเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของคนเรา การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะทำให้ร่างกายและอวัยวะต่างๆสามารถทำงานได้อย่างปกติ ในทางตรงกันข้ามหากรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการเกิน และการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (บรันเนอร์ อีริส. 2007)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง

1. มีการรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนของพลังงานจากสารอาหาร คือ คาร์โบไฮเดรต 55-60% ไขมัน 30% และโปรตีน 15% ของปริมาณอาหารที่รับประทานต่อวัน เช่น การรับประทานคาร์โบไฮเดรตมากกว่า 60% พลังงานที่เหลือใช้ในร่างกายจะแปรรูปเป็นไขมันสะสมไว้ในร่างกายหรือรับประทานคาร์โบไฮเดรตน้อย โปรตีนจากสัตว์และไขมันมากกว่าสัดส่วนที่กำหนดจะทำให้ได้รับสารอาหารที่มีพลังงานสูงและโคเลสเตอรอลมากเกินไปความต้องการของร่างกาย ทำให้ไขมันในเลือดสูงได้

2. รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไขมันจากสัตว์ ได้แก่ ไขมันหมู ไขมันวัว ไขมันหมู ไขมันวัว อาหารที่ทำจากนมและผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันครบส่วน และผลผลิตจากพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว กะทิ และน้ำมันปาล์ม (นิตยา ตั้งชูรัตน์. 2541 อ้างถึงใน สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. 2548)

3. รับประทานอาหารประเภทผัดทอด อาหารที่ทอดมีปริมาณไขมันเพิ่มขึ้น (อดิศักดิ์ ศรีละออง. 2541)

4. รับประทานไขมันแปรรูปหรืออาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่ถูกดัดแปลงเป็นไขมันทรานส์ ไขมันทรานส์ คือกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่ถูกเติมด้วยไฮโดรเจนหรือเกิดจากการให้ความร้อนสูง เช่น ปาท่องโก๋ ทอดมัน ปอเปี๊ยะ มันฝรั่งทอด ครั้วของ ขนมเบเกอรี่ที่อบด้วยความร้อนสูง

5. การรับประทานผัก-ผลไม้ไม่บ่อย มีโอกาสมีภาวะไขมันในเลือดสูง

จะเห็นได้ว่าอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของคนเรา การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะทำให้

ให้ร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ สามารถทำงานได้อย่างปกติ และถ้ารับประทานอาหารอาหารที่ไม่เหมาะสมไม่ได้สัดส่วนแล้ว อาจก่อให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินและนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจได้

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน เป็นการรับประทานอาหารที่เกินความต้องการของร่างกายที่ควรจะได้รับเข้าไปในแต่ละวัน อันเป็นปัญหาทำให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินตามมา ถ้าไม่มีการป้องกันอาจส่งผลทำให้เกิดโรคอ้วน และนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งถ้ามีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกต้องแล้ว ได้แก่ การรับประทานให้หลากหลายครบ 5 หมู่ และหมั่นดูแลน้ำหนักตนเอง รับประทานอาหารจำพวก ธัญพืช ผัก และผลไม้ ลดอาหารจำพวกของมันของทอด ก็จะช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และถ้ามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง รับประทานอาหารประเภทผัดทอด หรือไขมันแปรรูปหรืออาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่ถูกดัดแปลงเป็นไขมันทรานส์ มีการรับประทานผักและผลไม้ไม่พอ การรับประทานอาหารเหล่านี้เข้าไปก็ก่อให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินและนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจได้เช่นเดียวกัน

2.3 การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร

แรงจูงใจ หมายถึง กระบวนการหรือสภาพการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การที่เราจะทำอะไรอย่างหนึ่งจะต้องมีแรงผลักดันที่เป็นตัวการชักนำให้เราทำอย่างนั้น สิ่งชักนำให้เราแสดงออกมาปรากฏให้เห็นได้ แรงผลักดันก่อให้เกิดพลังงานแล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เรียกว่า การจูงใจ (อนงค์ นิลกำแหง. 2550)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

พฤติกรรม : หมายถึงปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในการรับประทานอาหารเช้าที่เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางกระทำทั้งภายในและภายนอกทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดและบอกได้ว่าดีหรือไม่ดี เช่น ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ โดยพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม และอิทธิพลจากความหวังของบุคคลอื่น สภาพการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยที่ควบคุมไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้นั้น ๆ พฤติกรรมจึงอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด (จิตรา สุดสงวน. 2549 อ้างอิงใน Twaddle. 1981) พฤติกรรมเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยควบคุมไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้นั้น ๆ พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางจึงอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือพฤติกรรมภายในหมายถึงปฏิกริยาหรือกิจกรรมภายในตัวซึ่งสมองมีหน้าที่

รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม พฤติกรรมภายในนี้บุคคลอื่น ไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอกนี้ หมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่แสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การรับประทานอาหาร

พฤติกรรมมนุษย์เป็นเสมือนพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่เป็นไปตามรูปแบบแผนการรักษา เป็นการผสมผสานระหว่างทฤษฎีทางกายภาพ ชีวภาพ จิตวิทยาและสังคม ตลอดจนจนสถานะเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล นั่นคือ ไม่เพียงแต่ลักษณะบุคลิกภาพ ความเชื่อภายในตัวบุคคลเท่านั้น หากแต่ธรรมชาติของกลุ่มสังคมและสภาพแวดล้อมก็มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำมาอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ได้ทั้งสิ้น (จิตรรา สูดสงวน. 2549 อ้างอิงใน Pender. 1987)

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง หมายถึง กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางกระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอ เพื่อการป้องกัน โรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและเป็นการแสดงศักยภาพของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง โดยเฉพาะในด้านของการรับประทานอาหาร ซึ่งสิ่งแสดงออกดังกล่าวสามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ว่าบุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติ และกระบวนการของการเกิดโรคหรือเกิดสถานะไม่สมบูรณ์นั้นก็มีสาเหตุมาจากตัวเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางเอง หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ซึ่งการที่จะเกิดโรคได้นั้นขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางเป็นสำคัญ และเมื่อเป็นโรคแล้วจะทำให้หายจากโรค เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางนั้นก็ต้องปฏิบัติตัวอย่างใดอย่างหนึ่งจึงจะทำให้หายจากโรคหลุดเล็ดหัวใจ และจะเห็นว่าพฤติกรรมของการปฏิบัตินั้นมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในสถานะก่อนเกิดโรค ขณะเกิดโรค หรือขณะเจ็บป่วย และการแสดงออกหรือการกระทำหรือกิจกรรมที่แสดงออกถึงการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพหรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น

จากความหมายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่ความปกติสุขของชีวิตและเป็นการลดความเสี่ยงที่เกิดจากโรคหลุดเล็ดหัวใจ จึงควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกินซึ่งจะเป็นสาเหตุนำไปสู่โรคหลุดเล็ดหัวใจ

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 (Roger and Mackay. 1992) เริ่มต้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง คือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน

การเกิดโรคนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การรับรู้ที่เกิดจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัวขึ้นอยู่กับสื่อที่มากกระตุ้นและในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้

Mackay and Bruce C (1992) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำจะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคได้มาจากการเชื่อว่าบุคคลจะได้รับผลร้ายแรงจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง โดยใช้สื่อในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่คุกคามที่สุขภาพ และหากมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชู้อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะ โดดเด่น กระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคของบุคคล จากการศึกษาการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค มีการใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละว่าถ้าไม่ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) เป็นการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสื่อสารที่ทำให้เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพปกติจะนำเสนอในรูปแบบการปรับหรือลดพฤติกรรม (Mackay and Bruce C. 1992) ในกรณีบุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง การสอนที่มีความจำเพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และการสอนที่มี

ความจำเพาะเจาะจงมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกรู้สึกหรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ให้ปฏิบัติตามมากขึ้น

สาระสำคัญของทฤษฎีได้สะท้อนถึงตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือมีการรับรู้ถึงอาหารที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค เมื่อมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทำให้เกิดความกลัว และถ้าหากมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องทำให้เกิดความกลัว และถ้าหากมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องนั้นก็มีลักษณะโดดเด่นมากขึ้น กระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะในเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นขึ้นอยู่กับทัศนคติของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ ดังนั้นการจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ

3) ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนอง เป็นการนำเสนอข้อมูลข่าวสารต่อการเป็นโรคเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค คือมีการนำเสนอรูปแบบอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย มีการเสนอรูปแบบที่เหมาะสม ทั้งในด้านการให้คำแนะนำ อาหารที่ป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกรู้สึกหรือการรับรู้ให้ปฏิบัติตามมากยิ่งขึ้น

จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ทำการศึกษาจึงสรุปได้ว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค หมายถึง การรวมปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้ ซึ่งเชื่อมโยงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะเป็นสื่อกลางทำให้เกิดความกลัว ประกอบด้วยการประเมิน 2 ลักษณะ คือการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้นจะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงอันตรายนั้น

3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้นบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
4. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
5. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

การจะเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางได้จะต้องมีสร้างความเชื่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนความเชื่อที่อยู่ภายในของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง ส่งผลไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องสร้างความเชื่อมั่นที่ถูกต้องที่อยู่ในตัวกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดการแสดงออกในรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงได้นำแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และเชื่อว่าการมีแรงจูงใจที่ดีจะทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมที่อยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษามา พบว่า แรงจูงใจที่ดีจะเป็นแรงผลักดันภายในแล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงมีหลายกระบวนการประกอบไปด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางให้ดีขึ้นและปลอดภัยจากการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

เนื่องจากภาวะดัชนีมวลกายเกินมีความสัมพันธ์ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และอาหารเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน ดังนั้นในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาหารนั้นมีความสำคัญ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งมีบทบาทในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพในชุมชน รวมถึงปัจจัยในการป้องกันการควบคุมอาหารที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการป้องกันควบคุม และการรักษาผู้ป่วย และการคัดกรองและให้การพยาบาลที่ส่งเสริมการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกิน ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายหลักมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยทางสังคมเพื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสนับสนุนให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วนรวดเร็ว ง่ายต่อการเข้าถึงและการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของแผนพัฒนาระบบเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) ดังนั้น บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการส่งเสริมให้ประชาชน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกินซึ่งจะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยอาจแยกบทบาทเป็นข้อได้ดังนี้

1. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีการพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ สามารถนำความรู้มาใช้ประโยชน์ สามารถประสานความร่วมมือ สามารถบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินให้มีการควบคุมอาหารอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และสามารถวางแผนการให้บริการเพื่อส่งเสริมการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประเมินปัญหาที่คุกคามสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารของผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. บทบาทผู้ดูแลโดยตรง (Direct Care)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความเชี่ยวชาญทางคลินิกและการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถใช้ความเชี่ยวชาญทางคลินิกในการซักประวัติ การคัดกรอง การตรวจร่างกายและการให้คำแนะนำในการดูแลรักษาตนเองที่เหมาะสมกับผู้ที่มาใช้บริการ รวมทั้งบทบาทในการให้บริการในการป้องกันโรค โดยการส่งเสริมการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งใช้ทักษะในการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยงานอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ด้วยการเป็นผู้ดูแลตรวจคัดกรองสุขภาพจากการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เป็นการค้นหาโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้จากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนจากกลุ่มผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในด้านการรับประทานอาหาร

3. บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการนำกระบวนการปฏิบัติการศึกษาด้านสุขภาพในสาขาต่าง ๆ จากงานวิจัยมาใช้ในการให้ความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสอนให้ทีมสุขภาพมีความสามารถในการหาความรู้เพิ่มเติม สามารถนำความรู้ใหม่ ๆ มาใช้สอนให้มีความรู้สหสาขา สอนให้ใช้ความสามารถและรู้จักใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการปฏิบัติงาน บูรณาการความรู้ต่าง ๆ ร่วมกับประสบการณ์ทำงาน นำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการให้ความรู้ สนองความต้องการของบุคคลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถคิดเป็น มีวิจารณญาณในการคิด ตัดสินใจเพื่อก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีวนหน้า เป็นการให้ความรู้โดยตรงเมื่อพบกลุ่มผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน ให้ความรู้ในด้านการรับประทานอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ ด้วยมีการนำกลยุทธ์ของการให้ความรู้ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างมีระบบด้วยการเผชิญหน้าในการให้ข้อมูลความรู้แก่กลุ่มที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Consultant)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยแก้ปัญหาการปฏิบัติตัว ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง ตลอดจนเป็นแบบอย่าง ในกิจการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นที่ปรึกษาเมื่อกลุ่มผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินเกิดความสงสัยในการดูแลป้องกันจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

5. บทบาทการวิจัย (Researcher)

มีการใช้ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินในการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ นำองค์ความรู้ที่สกัดมาพัฒนาให้การพยาบาลอย่างมีเหตุผลอย่างเหมาะสมและเป็นการให้การพยาบาลบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมที่มีการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากการเลือกใช้งานวิจัยที่เหมาะสม สามารถประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกินเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายทางการพยาบาลที่ตั้งไว้ หรือไม่ อย่างไร โดยมีการประกันคุณภาพจากการสร้างแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพในการมารับบริการ บนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยจึงสามารถประกันคุณภาพได้ในระดับหนึ่งและการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบตามระเบียบวิธีเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลได้เพราะมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการสืบค้นงานวิจัยที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ในด้านการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกสัดส่วน และนำหลักฐานจากงานวิจัยที่สืบค้นได้ นำมาสร้างเป็นรูปแบบแนวทางในการพัฒนาแก่กลุ่มเป้าหมาย

6. ด้านคุณธรรมและจริยธรรม (Ethical)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีเจตคติ มีคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ในการดำเนินการส่งเสริมการมารับบริการให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและได้ผลสัมฤทธิ์ เพราะจะอาศัยระบบงานอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีการปลุกกระดม สร้างความตระหนักและมีการกำกับดูแลด้านคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพต่าง ๆ ด้านสุขภาพได้ดี มีความรับผิดชอบ ให้มองเห็นประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก มีความเข้าใจในความเป็นคนและความเป็นอยู่ของผู้ถูกวิจัย ด้วยการให้

เกียรติแก่กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา ปกปิดข้อมูลเมื่อกลุ่มเป้าหมายไม่ต้องการให้เผยแพร่ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม มองเห็นประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ

โดยสรุปกล่าวได้ว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยตรง ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีศีลธรรมจรรยา มีการพัฒนาความสามารถ และค้นคว้าหาความรู้ให้ทันสมัยและเหมาะสมในการดูแลบุคคลในชุมชน

2.5 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการควบคุมอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การประเมินตามแนวคิดของ โพลิตและเบค (Polit and Beck, 2004) ซึ่งมีเกณฑ์สำหรับการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ได้แก่ 1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) 2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility) 3) ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio)

2.5.1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability)

1. งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บททวนมีกลุ่มประชากรมีกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน โดยที่ประชากรกลุ่มนี้จะได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้
2. ด้านการประเมินความเหมาะสมของหน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้พบว่าลักษณะของหน่วยงานในการวิจัยนั้น เมื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยมาใช้พบว่าสามารถเลือกประเด็นที่เป็นการป้องกันการเกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินจากการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. วิธีการและกระบวนการ มีการเลือกรูปแบบการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย

2.5.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility)

1. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้มีความเป็นไปได้ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการประเมินและป้องกันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งแนวปฏิบัตินี้จะเข้าไปเสริมในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. พยาบาลมีสิทธิ์ตามขอบเขตวิชาชีพในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติทั้งในด้านการประเมินภาวะดัชนีมวลกาย การให้ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การติดตามประเมินการรับประทานอาหาร

2.5.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-Benefit Ratio)

1. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้ส่งผลดี คือ ผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินสามารถได้รับการประเมินความเสี่ยงจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการป้องกันก่อนที่โรคหลอดเลือดหัวใจจะดำเนินอาการของโรคไปในระยะสุดท้ายซึ่งมีความยากที่จะทำการรักษาต่อ

2. การพิจารณาค่าใช้จ่ายในการป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกินจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้พบว่าค่าใช้จ่ายน้อย ซึ่งจะทำให้การคัดกรองความเสี่ยงจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการประเมินภาวะดัชนีมวลกายเกิน ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดรอบเอวเป็นส่วนประกอบ หลังจากนั้นจะมีการให้ความรู้ให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยในส่วนของอาหารที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารที่ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีแผ่นพับความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ ความรู้ของอาหารที่เหมาะสมในการเลือกรับประทาน มีสื่อการสอน สาธิตอาหารที่เป็นรูปภาพ หรือเมนูอาหารจริง ตลอดจนพูดคุยติดต่อกับทางโทรศัพท์ และติดตามเยี่ยมถึงบ้าน

3. ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้จะทำให้พยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจากผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินในด้านของการรับประทานอาหาร เกิดความภาคภูมิใจต่อตนเองและวิชาชีพ

2.6 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์และการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ผู้ศึกษาได้บูรณาการความรู้ทั้งหมดมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยดัดแปลงจากสาระสำคัญที่ควรมีในแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

- (1) ชื่อเรื่องของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
- (2) วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล
- (3) ความหมาย/นิยาม มีการระบุความหมายของคำต่าง ๆ ที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

(4) ลักษณะกลุ่มประชากรเป้าหมายผู้ใช้แนวปฏิบัติ

(5) ลักษณะกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้

(6) ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ เป็นการระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล โดยผลลัพธ์ดังกล่าวนี้อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของอัตราการป่วย คุณภาพชีวิต

(7) ที่มาของงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการระบุวิธีการที่ได้มาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งวิธีการสืบค้น แหล่งของหลักฐาน วิธีการรวบรวม วิธีการสังเคราะห์และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

(8) แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการระบุรายละเอียดของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธี

(9) เอกสารอ้างอิง

- การตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ

ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ผู้ศึกษาวางแผนให้มีการตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยหลังจากที่ผู้ศึกษาได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิจะมีการทบทวนและแก้ไขเนื้อหา ขึ้นตอนหรือกระบวนการ และภาษาตามความคิดเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย

1. นายแพทย์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน.
2. อาจารย์พยาบาลฝ่ายงานวิจัย จำนวน 1 ท่าน
3. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระดับ 8 และตำแหน่ง APN สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์จำนวน 1

ท่าน

หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินแล้ว ได้ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินที่เป็นกลุ่มเสี่ยงนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจในเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ใช้รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีกระบวนการที่ชัดเจนและช่วยให้ทราบปัญหาและพัฒนาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ระยะค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) ระยะค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 3) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการนำไปทดลองใช้ และ 4) ระยะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาเพียง 2 ระยะ คือ

3.1 ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-Trigger Phase)

เป็นระยะที่มีตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ และ/ หรือตัวกระตุ้นจากความรู้จากการค้นคว้า ที่ทำให้ผู้ศึกษาเกิดการกำหนดปัญหาทางคลินิก การกำหนดปัญหาทางคลินิกในการศึกษานี้ มาจากสิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน มีรายละเอียดดังนี้

1. สิ่งกระตุ้นจากการปฏิบัติงานของผู้ศึกษา (Practice Triggered) เกิดจากข้อมูลที่รวบรวมได้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน หรือการวิเคราะห์ปัญหาจากตัวผู้ป่วย หรือจากการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดคำถามว่ารูปแบบการดูแลมีหลายรูปแบบและรูปแบบใดจึงจะเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

2. ตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge Triggers) หมายถึง ความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิก เทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือการพัฒนาโปรแกรมใหม่ ๆ ที่มาจากการอ่านรายงานการวิจัยหรือตำราใหม่ ๆ

3.2 ระยะเวลาที่ 2 การค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-Supported Phase)

ระยะการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดขึ้น แหล่งของการสืบค้นข้อมูลจะมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ รายงานวิจัยรูปแบบต่าง ๆ งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ เอกสารจากองค์กรที่เป็นที่ยอมรับ มาตรฐานทางคลินิกระดับชาติ แนวปฏิบัติทางคลินิกระดับชาติ และรายงานการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำหลักฐาน/งานวิจัยที่สืบค้น ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์คุณภาพและสังเคราะห์เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่สังเคราะห์ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงาน ตามกรอบแนวคิดที่กำหนดคือ ระยะเวลาที่ 1 จนถึงระยะเวลาที่ 2 โดยศึกษาจนถึงขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนระยะเวลาที่ 3 และระยะเวลาที่ 4 ผู้ศึกษามีการวางแผนที่จะดำเนินการในโอกาสต่อไป

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์และได้ประยุกต์รูปแบบให้เข้ากับปัญหาของผู้ป่วย รายละเอียดของการประยุกต์แนวคิดสำหรับการศึกษาและกระบวนการศึกษามีดังนี้

3.3 ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาของการค้นหาปัญหา (Evidence-Trigger Phase)

3.3.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice Triggers)

จากข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น และผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยดังกล่าว พบว่ามีภาวะดัชนีมวลกายเกินร่วมด้วย และสถิติของผู้ที่มาับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนมากขึ้นเช่นกัน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในปี พ.ศ. 2550-2553

ปี พ.ศ.	อัตราการป่วยด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ(ราย)
2550	899
2551	938
2552	929
2553	281 (ตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน)

ที่มา : กองสถิติข้อมูลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2550- 2553

จากการตรวจสอบสุขภาพบุคลากรในแผนกหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และสัมภาษณ์ในการรับประทานอาหารพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า การไม่ควบคุมอาหาร จะทำให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน ซึ่งนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร จากการสำรวจในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี 2550 - 2553 (เวาระเบียน และสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2553) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีปัญหาจากการมีระดับไขมันในเลือดสูง และพบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ในปี 2550-2553 ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารักษาด้วยภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี โดยจำนวนผู้ป่วยที่รักษาในปี 2550 จำนวน 899 ราย ปี 2551 จำนวน 940 ราย ปี 2552 จำนวน 950 ราย และยอดปี 2553 (เดือนเมษายน) จำนวน 300 ราย และผลจากการตรวจสอบสุขภาพผู้ป่วยดังกล่าวมีระดับไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย

จากข้อมูลดังกล่าวพบสถิติของผู้ที่มารับการรักษาด้วยภาวะไขมันในเลือดสูงมีจำนวนมากขึ้น และยังพบประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 มีค่าไขมันในร่างกายมากกว่าร้อยละ 30 บ่งชี้ถึงการมีภาวะไขมันในร่างกายสูง ประกอบกับผู้ศึกษาได้ทำการประเมินและทำการตรวจร่างกายในเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในแผนกหน่วยจ่ายกลาง ในจำนวน 50 ราย พบว่า มีภาวะดัชนีมวลกายเกินจากเกณฑ์ 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 54 ขาดการออกกำลังกาย 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และจากการสัมภาษณ์ ชักประวัติและการตรวจร่างกาย พบว่าภาวะดัชนีมวลกายเกินของ เจ้าหน้าที่ทั้ง 50 ราย พบว่า เกิดจากสาเหตุพฤติกรรมจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนและสิ่งแวดล้อมที่สะดวกเลือกในการรับประทานอาหาร มีการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง อาหารที่รับประทานเป็น

ประเภทแป้ง ของมัน ของทอด คีมีชา กาแฟ และน้ำอัดลมเป็นส่วนใหญ่ ว่างจากการทำงานมีอาหารว่าง เช่น คีมีชา กาแฟ งานมีมากในช่วงเวลาเช้า ประกอบกับอาหารเช้าที่รับประทานเข้าไปจะซื้อรับประทานเอง เนื่องจากไม่มีเวลาในการประกอบอาหาร สะดวกและประหยัด ซึ่งอาหารที่ขายโดยทั่วไปมักใช้น้ำมันสัตว์และน้ำมันปาล์มในการปรุงอาหาร มีผักน้อยไม่หลากหลาย นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด เนื้อสัตว์ อาหารฟาสต์ฟู้ด แอ่งกะทิ อาหารประเภทจานเดียวและอาหารจานด่วน หมูปิ้ง ขนมปังกับกาแฟ น้ำอัดลม รับประทานผักและผลไม้ค่อนข้างน้อย อีกทั้งบุคลากรในแผนกหน่วยจ่ายกลางเป็นบุคคลที่เลิกจากการประกอบอาชีพ ต้องกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ต้องมีการส่งเสริม ป้องกัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การเสียเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการหาผู้ดูแลในระยะยาว และการเสียโอกาสในการทำงาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามหาศาลแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงครอบครัวของผู้ป่วยและผลกระทบทางสังคม ภาวะของการเจ็บป่วยดังกล่าวสามารถป้องกันได้ จากปัญหาดังกล่าว พยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานจัดการกับความเจ็บป่วยในชุมชนจึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อควบคุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อทราบถึงสาเหตุของปัญหาดังกล่าว พบว่า เกิดจากการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกสัดส่วน รวมทั้งขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตลอดจนไม่มีบุคลากรที่มาแนะนำอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหรือการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและได้สัดส่วน จึงทำให้รับประทานอาหารตามความชอบของตนเอง และในการศึกษารั้วนี้ของผู้ศึกษามีความสนใจที่เลือกสาเหตุที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจจากการรับประทานอาหาร เนื่องจากอาหารเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องบริโภคทุก ๆ วัน และการขาดแรงจูงใจที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดปัจจัยที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจได้ อีกทั้งการมีแรงจูงใจที่ดี มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมจากการรับประทานอาหารที่ได้สัดส่วนที่ได้จากการสร้างแรงจูงใจที่ดี เป็นการป้องกันให้ปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.3.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge Triggers)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทั้งหมด 20 เรื่อง ได้งานวิจัยกึ่งทดลอง 11 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 7 เรื่อง และแนวปฏิบัติการพยาบาล 2 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ โดยแบ่งตามกลุ่มหลักฐานงานวิจัยได้ 5 กลุ่มและเลือกส่วนที่เกี่ยวข้องของงานวิจัยเข้ามาศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่

(1) ด้านอาหารจำนวน 3 เรื่อง ของ ฅณาภักช กัจฉานุช และ เบญจจา มุกตพันธ์ (2008) ได้ทำการศึกษาระยะโภชนาการ และโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาหารที่ให้ไขมันสูงและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่ อาหารประเภททอดหรือใส่กะทิ อาหารประเภทผัด ตลอดจนคัมซาทหรือกาแฟใส่น้ำตาล และครีมเกือบทุกวันหรือทุกวัน Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M (2007) ได้ทำการศึกษากการให้คำแนะนำอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอล เกลือ และการบริโภคผัก ผลไม้ ไขมันไม่อิ่มตัว ปลา กากใย และอาหารที่มีโปแตสเซียม จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ Hardcastle, S; Taylor, A; Bailey, M. & Castle, R. (2008) ได้ทำการศึกษาประเมินประสิทธิภาพของ โปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการนำกลวิธีด้วยการให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า 5 ครั้ง ในเวลา 6 เดือน

(2) ด้านการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ ฅฐฎกานต์ ช่างเหล็ก (2552) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่าพบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจากปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งนำมาใช้ประเมินเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มเป้าหมาย วิไลลักษณ์ พิมรินทร์ (2549) ทำการศึกษาการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ทำให้มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์ (2009) ทำการศึกษาผลของ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จุฑาวดี วงษ์สมบัติ (2551) ทำการศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว คัชนีมวลกายและความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน จากงานวิจัยนี้มีการนำกลวิธี การโทรศัพท์ติดตามและพูดคุยให้กำลังใจ ตลอดจนมีการใช้ตัวแบบร่วมกันฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารเข้ามาในการทดลอง กุสุมา สุริยา (2550) ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีการนำกลวิธี การใช้ตัวแบบ การใช้สื่อการสอน เข้ามาใช้ในงานวิจัย

(3) **ด้านปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ** จำนวน 5 เรื่อง อนุตตร จิตตินันท์ และคณะ (2548) ศึกษาการสำรวจความชุกของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกำลังกองทัพอากาศ พบว่าเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมการเกิดโรค เป็นทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และสามารถหลีกเลี่ยงได้ กิตติ เอื้อพงษ์ธร (2550) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ สุจิตรา เหมวิเชียร และคณะ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเข้ามาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมร่วมด้วย สมพร ศิริสมบุรณ์วงศ์ (2548) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลหัวเฉียว Apoor S. Gami, Brandi Witt, Daniel Howard (2007) ทำการศึกษาประเมินความเกี่ยวข้องระหว่าง Metabolic syndrome กับอาการโรคหัวใจและการเสียชีวิต มีการให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมที่จะทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

(4) **ด้านภาวะดัชนีมวลกายเกินและไขมันในเลือด** จำนวน 3 เรื่อง สุธิดา ธีระพิทยานนท์ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากร แก้วบุญเรือง (2005) ศึกษาจุดตัดของดัชนีมวลกายที่สามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง กัลยาณี บุญสิน และคณะ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูง มีรูปแบบคู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารที่มีไขมันอย่างต่อเนื่อง

(5) **ด้านการสร้างแรงจูงใจ** 4 เรื่อง จิตรา สุกสงวน (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว อนงค์ นิลกำแหง (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ร่วมกับการมีกลวิธีด้วยการประชุมกลุ่ม แจกเอกสารวิชาการ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ บุปผา อาศรัยราช (2541) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน Rebecca Kreman Bernice C. Yates, Sangeeta Agrawal, Kathryn Fiantdt, Wayne Briner, Scott Shurmur (2006) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบจูงใจต่อผลลัพธ์ทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกับการนำกลวิธี การให้สุขศึกษาทางไปรษณีย์ มีการแจกเอกสารคู่มือ มีการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ร่วมด้วย

ซึ่งจากความรู้ที่ได้ศึกษามา พบว่า อาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ก็เกิดจากพฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถควบคุมตนเองจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน ส่งผลให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน ซึ่งพฤติกรรมภายในจากกระทำของตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ แต่ขาดการกระตุ้น ขาดแรงจูงใจที่ดีเพื่อที่จะมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจที่ดีให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ทำให้กลุ่มเป้าหมายเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความเชื่อในตนเองทำให้มีแรงผลักดันที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วนและเหมาะสม ทำให้ป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกิน อันเป็นผลมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

3.4 ขั้นตอนที่ 2 ระยะของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-supported phase)

3.4.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

1. เกณฑ์ในการสืบค้น

ผู้สืบค้นใช้หลักการ PICO ในการสืบค้นหลักฐาน งานวิจัยของแคร็ก และสมิทซ์ (Craig&Smith. 2002 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) ซึ่งประกอบด้วย Population or Problem (ขั้นตอนการระบุประชากรหรือปัญหา) Intervention or Area of Interest (การระบุการเปรียบเทียบ) และ Outcome (ผลลัพธ์) นอกจากนี้ยังคัดเลือกงานวิจัยแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systemic Review) งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) งานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (Quasi-Experimental Study) งานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Prospective Study) ที่ถูกตีพิมพ์ในวารสารและได้เนื้อหาฉบับเต็มเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2008 การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ประเด็นปัญหาเข้าหลักการ PICO ดังนี้

- P = Population or Problem : เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางที่มีดัชนีมวลกายเกิน 23.00-24.99
 I = Intervention : วิธีการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร
 C = Comparison : ไม่มีการเปรียบเทียบ
 O = Outcome : แบบประเมินผลภายหลังโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ

คำสำคัญ (Keyword) ในการสืบค้น

การกำหนดขอบเขตการค้นหา ทำให้ได้คำที่ให้ความหมายครอบคลุมประชากร และการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ และเมื่อนำคำเหล่านี้มาสร้างคำให้หลากหลาย เพื่อค้นหาหลักฐาน ได้กว้างขวางและครอบคลุมมากขึ้น ได้คำสำคัญที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษดังนี้

ภาษาไทย : ภาวะดัชนีมวลกายเกินกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอ้วน การรับประทาน-อาหาร การควบคุมอาหาร การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร

ภาษาอังกฤษ : Body mass Index, Metabolic syndrome, Coronary heart disease, Nutrition Therapy, Dietary Intervention, Motivation Theory, Motivation with dietary program

2. ฐานข้อมูลในการสืบค้น

ผู้สืบค้น ได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ The Cochrane Library, Sciondirect, PubMed, Ovid, Google scholar Beta และ Thailis พร้อมทั้งสืบค้นด้วยมือจากวารสารต่างประเทศ โดยใช้คำสำคัญที่กำหนดขึ้นข้างต้น

3.4.2 ผลการสืบค้นงานวิจัย มีดังนี้

สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ใช้รายการคำสำคัญที่กำหนดไว้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่าง ๆ รวม 6 ฐาน คือ The Cochrane Library, Sciondirect, PubMed, Ovid, Google Scholar Beta และ Thailis ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 16 เรื่อง เมื่อพิจารณาแล้วมีความตรงต่อประเด็นที่ต้องการศึกษาและสามารถนำมาใช้ได้จำนวน 12 เรื่อง และคัดออก 4 เรื่อง เนื่องจากงานวิจัยเหล่านั้นบางส่วนไม่เกี่ยวข้องกับการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และบางเรื่องทำเฉพาะในกลุ่มวัยเด็กนักเรียนชั้นประถม และบางเรื่องไม่มีรายละเอียดของการปฏิบัติการดูแลที่ชัดเจนรายละเอียดของคำสำคัญที่ใช้และผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ฐานข้อมูล	คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น	จำนวน เรื่องที่ สืบค้นได้	จำนวน เรื่องที่ เข้าเกณฑ์
Sciencedirect	Body mass Index, Metabolic syndrome, CHD, Diet Therapy, Dietary Intervention, eating Behavior, Motivate	6	2
Pub Med	Body mass Index, Metabolic syndrome, CHD, Diet Therapy, Dietary Intervention, eating Behavior, Motivate	-	-
Ovid	Body mass Index, Metabolic syndrome, CHD, Diet Therapy, Dietary Intervention, eating Behavior, Motivate	1	1
The Cochrance Library	Body mass Index, Metabolic syndrome, CHD, Diet Therapy, Dietary Intervention, eating Behavior, Motivate	1	1
Thai Lis	ภาวะดัชนีมวลกายเกิน โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ	4	4
Google Schlora Beta	ภาวะดัชนีมวลกายเกิน โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร การสร้างแรงจูงใจ	4	4
รวม		16	12

(2) การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม ภายหลังจากสืบค้นด้วยฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้งานวิจัยและเอกสารจำนวนหนึ่งแล้ว ผู้ศึกษาได้ทำการตรวจสอบรายการเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมของหลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านั้น พร้อมทั้งสืบค้นเพิ่มเติมรายการที่สนใจ ได้จำนวน 1 เรื่อง

(3) ค้นด้วยมือ โดยอ่านรายการในวารสารสภาการพยาบาล วารสารวิจัยทางการพยาบาลและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้หลักฐานเป็นงานวิจัยและวารสาร รวม 7 เรื่อง

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว ได้ประเมินคุณภาพตามลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ตามแนวทางการประเมิน ดังนี้ (สายพิณ เกษมวัฒนา. 2550)

การวิจัยเชิงทดลอง

1. คำถามการวิจัยมีการระบุไว้ชัดเจนหรือไม่
2. การเลือกและลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างเป็นอย่างไร
3. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกันก่อนทดลองหรือไม่ ถ้าไม่เหมือน มีการวิเคราะห์ปรับความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มหรือไม่
4. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลเหมือนกัน ยกเว้น โปรแกรมการทดลองที่ให้ ไข้หรือไม่
5. โปรแกรมการทดลองคืออะไร และกลุ่มควบคุมได้รับอะไร
6. มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหรือไม่ (Randomization) ถ้าใช่ ใช้วิธีใด
7. ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมใช่หรือไม่ (Double-Blind)
8. ระยะเวลาในการวิจัยเหมาะสมหรือไม่
9. ผู้ป่วยและบริบทการวิจัยคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ใช่หรือไม่
10. ผลของการให้โปรแกรมทดลองได้ผลดีใช่หรือไม่
11. โปรแกรมการทดลองเมื่อชั่งน้ำหนักระหว่างประ โยชน์และผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นแล้ว มีความคุ้มค่าใช่หรือไม่

การวิจัยเชิงบรรยาย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2550 ; Schickler. 2004)

1. การระบุความสำคัญของปัญหาทางคลินิกและที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจนหรือไม่
2. วิธีการวิจัยที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่
3. การเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมชัดเจนหรือไม่

4. การเก็บข้อมูลใช้วิธีใดและให้รายละเอียดเพียงพอหรือไม่
 5. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีใดและมีการควบคุมคุณภาพอย่างไร
 6. ผลงานเชื่อถือได้หรือไม่ ผลของการวิจัยมีความสำคัญกับการพยาบาลหรือไม่
 7. ข้อเสนอสรุปจากงานวิจัยคืออะไร และได้มาจากผลของการวิจัยใช่หรือไม่
- การวิจัยเชิงคุณภาพ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2550 ; Schickler. 2004)

1. การระบุความสำคัญของปัญหาทางคลินิกและที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจน
2. วิธีการวิจัยที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่
3. การเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมชัดเจนหรือไม่
4. การเก็บข้อมูลใช้วิธีใดและให้รายละเอียดเพียงพอหรือไม่
5. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีใดและมีการควบคุมคุณภาพอย่างไร
6. ผลงานเชื่อถือได้หรือไม่ ผลของการวิจัยมีความสำคัญกับพยาบาลหรือไม่
7. ข้อเสนอสรุปจากงานวิจัยคืออะไร และได้มาจากผลของการวิจัยใช่หรือไม่

เกณฑ์การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2550)

1. ขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and Purpose)
 - 1.1 การระบุเป้าหมายของการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเฉพาะเจาะจง
 - 1.2 แนวปฏิบัติที่นำเสนอ ครอบคลุมประเด็นปัญหาทางคลินิก
 - 1.3 มีการระบุผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น
2. บุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder Involvement)
 - 2.1 คณะทำงานที่สร้างแนวปฏิบัติ รวมบุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ระบุในแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้น ๆ
 - 2.2 การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้นำความคิดเห็นและความชอบของผู้ป่วยเข้ามาพิจารณาร่วมด้วย
 - 2.3 กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการทางคลินิก มีการระบุไว้ชัดเจน
 - 2.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น มีการนำไปทดลองใช้ก่อนการเผยแพร่
3. ความเข้มงวดในการสร้าง (Rigour Development)
 - 3.1 มีการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็นระบบ
 - 3.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุไว้ชัดเจน
 - 3.3 วิธีการที่ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก ระบุไว้ชัดเจน
 - 3.4 การสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก มีการคำนึงถึงประโยชน์ ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่

อาจมีได้

3.5 มีความเชื่อมโยงระหว่างแนวปฏิบัติที่นำเสนอและข้อมูลสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์

3.6 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญก่อนการเผยแพร่

3.7 มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and Presentation)

4.1 แนวปฏิบัติที่นำเสนอมีความจำเพาะเจาะจง และไม่คลุมเครือ

4.2 ทางเลือกที่แตกต่างในการจัดการกับเงื่อนไขสถานการณ์ มีการระบุไว้ชัดเจนหรือไม่

4.3 ข้อเสนอแนะที่สำคัญๆต่อการเข้าใจ

4.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกมีเครื่องมือประกอบในการนำไปใช้

5. การนำไปใช้ (Applicability)

5.1 กล่าวถึงอุปสรรคที่อาจมีได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5.2 กล่าวถึงค่าใช้จ่ายในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

6. ความมีอิสระในการสร้าง (Editorial Independence)

6.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นอิสระจากแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุน (มิได้สร้างเพื่อประโยชน์แก่นายทุน)

6.2 ความขัดแย้งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวปฏิบัติของคณะทำงาน ได้มีการระบุไว้

3.5 การวิเคราะห์คุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นสามารถคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องตรงตามเกณฑ์จำนวน 20 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพ ซึ่งผู้ศึกษานำมาประเมินตามเกณฑ์ของเมลนิก 2004 และเมลนิก และ ฟัยน์เอทท์-โอเวอร์ฮอลท์ 2005 (Melnyk, and Fineout – Overholt. 2005) ซึ่งแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ ดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3

ระดับคุณภาพของงานวิจัยและแหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับคุณภาพของงานวิจัย	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับ 1	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ(Systemic Review) หรือ วิเคราะห์ห่อภิมาณ(Meta-Analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือหลักฐานจากแนวปฏิบัติที่มาจากผลการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (Clinical Practice Guidelines Based on Systemic Review of RCT)
ระดับ 2	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม(Randomized Controlled Trial: RCT)
ระดับ 3	หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม(non -randomized controlled trial) ทำให้มั่นใจไม่ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในตัวแปรทางประชากร(Quasi Experimental Research)
ระดับ 4	หลักฐานจากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า(Cohort Studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษา(Case-Control)ที่มีคุณภาพ
ระดับ 5	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ(Systemic Review of Descriptive and Qualitative Studies)
ระดับ 6	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ(Descriptive and Qualitative Studies)
ระดับ 7	หลักฐานจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และ / หรือรายงานการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ(Opinion of Authorities and/ or Reports of Expert Committees)

ผู้ศึกษาได้มีการประเมินความน่าเชื่อถือและระดับงานวิจัยตามเกณฑ์การประเมินของมิวนิค และไฟเอวาร์ โอเวอร์โฮลต์ (Melnik, and Fineout-Overholt. 2005) แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4
ระดับของงานวิจัย

ลำดับที่	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย	ระดับ
1	จิตรา สุตสงวน (2549) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวใจเฉียบ	งานสารนิพนธ์	7
2	สมพร ศิริสมบูรณ์วงศ์ (2548) ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลหัวใจเฉียบ	Systematic Review of Descriptive	5
3	สุธิดา ธีระพิทยานนท์ (2549) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือด	งานสารนิพนธ์	7
4	ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว	Randomized Controlled Trial	2
5	วิไลลักษณ์ พิมรินทร์ (2549) การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	Qualitative Study	5
6	ศุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์ (2009) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	Randomized Controlled Trial	2
7	ณภาพัช ด้จัญนุช, เบญจมา มุกตพันธ์ (2008) ภาวะโภชนาการและโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี	Qualitative Study	5

ตารางที่ 3.4 (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อผู้วิจัย / ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย	ระดับ
8	อนงค์ นิลกำแหง (2550) ผลของโปรแกรมส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดของบุคลากร โรงพยาบาลชัยนา	Quasi Experimental Study (NRCT)	3
9	ประภาพร แก้วบุญเรือง (2005) จุดด้อยของดัชนีมวลกายที่สามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง	Qualitative Study	5
10	อนุตตร จิตตินันท์, สมพร รักษ์งาร, สวง เกิดเปรมเวส และคณะ (2548) การสำรวจความชุกของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกำลังพลกองทัพอากาศ	Descriptive Study	6
11	จุฑาวดี วงษ์สมบัติ (2551) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายและความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน	Quasi Experimental Study (NRCT)	3
12	กิตติ เอื้อพงษ์ธร (2550) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนใน อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ	Qualitative Study	5
13	กุสุมา สุริยา (2550) ประสิทธิภาพของ โปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	Quasi Experimental Study (NRCT)	3
14	กัลยาณี บุญสิน และคณะ (2551) ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูง	Randomized Controlled Trial	2

ตารางที่ 3.4 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ชื่อผู้วิจัย /ชื่อเรื่อง	การออกแบบ งานวิจัย	ระ ดับ
15	สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา,วิภาวี คงอินทร์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน	Qualitative Study	5
16	บุปผา อาศรัยราช (2541) การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน	Quasi Experimental Study	3
17	Hardcastle, S; Taylor, A;Bailey,M. &Castle, R. 2008. A Randomized Controlled Trial on The Effective of a Primary Health Care Based Counseling Intervention on Physical Activity, Diet and CHDS Risk Factors.	Randomized Controlled Trial	2
18	Robecca Kreman, Bernice C. Yates, Sangeta Agrawal, Kathryn Fiandt, Wayne Briner, Scott Shurmur. (2006) The Effects of Motivation Interview on Physiological Outcomes	Randomized Controlled Trial	2
19	Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. (2007) Dietary advice for reducing cardiovascular risk	Systematic Review	1
20	Apoor S. Gami, Brandi Witt, Daniel Howard. (2007) Metabolic Syndrome and Risk of Incident Cardiovascular Event and Death : ASystemic Review and Meta-Analysis of Longitudinal studies	Systematic Review	1

ระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10

ระดับ 2 จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25

ระดับ 3 จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20

ระดับ 5 จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 30

ระดับ 6 จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 5

ระดับ 7 จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 10

จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมทั้งหมด 20 เรื่อง ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ พบประเด็นความรู้ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถนำไปเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลให้การพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ซึ่งต้องสามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยสามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ที่นำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน (รายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงในภาคผนวก ก.) ซึ่งจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 20 เรื่องสามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญองค์ความรู้ โดยจำแนกตามกรอบแนวคิด(Concept) โดยสกัดได้ 5 ประเด็น

1. ด้านการสร้างแรงจูงใจ จำแนกตามกรอบแนวคิด ด้านการสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยงานวิจัย 4 เรื่อง 1) จิตรา สุกสงวน (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หัวเฉียว 2) อนงค์ นิลกำแหง (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ร่วมกับมีกลวิธีด้วยการประชุมกลุ่ม แจกเอกสารวิชาการ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) บุญผา อาศรัยราช (2541) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน 4) Rebecca Kreman, Bernice C. Yates, Sangeeta Agrawal, Kathryn Fiandt, Wayne Briner, Scott Shurmur (2006) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบจูงใจต่อผลลัพธ์ทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร่วมกับการนำกลวิธี การให้สุขศึกษาทางไปรษณีย์ มีการแจกเอกสารคู่มือ มีการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ร่วมด้วย

กิจกรรมที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่รับประทานเข้าไปในแต่ละมื้อ การรับประทานอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (จิตรา สุกสงวน. 2549) และ (อนงค์ นิลกำแหง. 2550 และ บุญผา อาศรัยราช. 2541)

กิจกรรมที่ 2 มีการแจกเอกสารคู่มือ (อนงค์ นิลกำแหง. 2550)

กิจกรรมที่ 3 มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติเรื่องอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ(อนงค์ นิลกำแหง. 2550)

กิจกรรมที่ 4 การให้สุขศึกษาทางโทรศัพท์ ทางไปรษณีย์ (Rebecca Kreman Bernice C, Yates, Sangeeta Agrawal, Kathryn Fiandt, Wayne Briner, Scott Shurmur. 2006)

2. **ด้านอาหารจำนวน 3** เรื่อง 1) ฌภาภัช คัจฉานุช และ เบญจา มุกตพันธ์ (2008) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อาหารที่ให้ไขมันสูงและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อาหารประเภททอดหรือใส่กะทิ อาหารประเภทผัด ตลอดจนดื่มชาหรือกาแฟใส่น้ำตาลและครีมเกือบทุกวันหรือทุกวัน 2) Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M (2007) ได้ทำการศึกษาการให้คำแนะนำอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอล เกลือ และมีการบริโภคผัก ผลไม้ ไขมันไม่อิ่มตัว ปลา กากใย และอาหารที่มีโปแทสเซียมจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 3) Hardcastle, S; Taylor, A; Bailey, M. & Castle, R. (2008) ได้ทำการศึกษาประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการนำกลวิธีด้วยการให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า 5 ครั้ง ในเวลา 6 เดือน

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ (ฌภาภัช คัจฉานุช, เบญจา มุกตพันธ์. 2008)

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานผัก ผลไม้ ไขมันไม่อิ่มตัว ปลา กากใย และอาหารที่มีโปแทสเซียม จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. 2007)

กิจกรรมที่ 3 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการนำกลวิธีด้วยการให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า 5 ครั้ง ในเวลา 6 เดือน (Hardcastle, S; Taylor, A; Bailey, M. & Castle, R. 2008)

3. **ด้านการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ฌฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่า พบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจากปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งนำมาใช้ประเมินเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเป้าหมาย 2) วิไลลักษณ์ พิมรินทร์ (2549) ทำการศึกษาการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ทำให้มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) สุทธิจิต ภูมิวิวัฒนะ (2009) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) จุฬาวดี วงษ์สมบัติ (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายและความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มี

น้ำหนักตัวเกิน จากงานวิจัยนี้มีการนำกลวิธี การโทรศัพท์ติดตามและพูดคุยให้กำลังใจ ตลอดจนมีการใช้ตัวแบบร่วมกันฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารเข้ามาในการทดลอง 5) กุสุมา สุริยา (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีการนำกลวิธี การใช้ตัวแบบ การใช้สื่อการสอน เข้ามาใช้ในงานวิจัย

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช่น มืออาหาร ชนิดอาหาร รายละเอียดอาหารที่บริโภคเข้าไปในแต่ละมื้อ ความถี่ในการรับประทานอาหาร ทำให้สามารถแยกแยะรายละเอียดของอาหารที่รับประทานเข้าไป (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. 2552) และ (สุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์. 2009)

กิจกรรมที่ 2 มีรูปแบบในการประเมินแบบสอบถามในรายละเอียดของอาหารที่ได้รับเข้าไป (สุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์. 2009)

กิจกรรมที่ 3 สร้างแบบบันทึกรายการอาหารที่รับประทานเข้าไปในแต่ละมื้อ เป็นการประเมินพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารแก่กลุ่มเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง (สุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์. 2009)

กิจกรรมที่ 4 มีการใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติเพื่อให้เห็นของจริง การพูดชักจูงโน้มน้าว โทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551)

กิจกรรมที่ 5 มีการให้ความรู้เป็นรายบุคคล พูดคุยแลกเปลี่ยนค้นหาปัญหา แจกเอกสารคู่มือ (กุสุมา สุริยา. 2550)

4. ด้านปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 เรื่อง 1) อนุตตร จิตตินันท์ และคณะ (2548) ได้ศึกษาการสำรวจความชุกของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกำลังกองทัพอากาศ พบว่าเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมการเกิดโรค เป็นทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และสามารถหลีกเลี่ยงได้ 2) นายกิตติ เอื้อพงษ์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ 3) สุจิตรา เหมวิเชียรและคณะ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเข้ามาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมร่วมด้วย 4) สมพร ศิริสมบุญวงศ์ (2548) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลหัวเฉียว 5) Apoor S. Gami, Brandi Witt, Daniel Howard (2007) ทำการศึกษาประเมินความเกี่ยวข้องระหว่าง Metabolic syndrome กับอาการ โรคหัวใจและการเสียชีวิต มีการให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมที่จะทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

กิจกรรมที่ 1 กลุ่มเป้าหมายในเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางเป็นรายบุคคลเพื่อคุ้ปัจจัยที่เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางมีภาวะเสี่ยงจากการรับประทานอาหารที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ (สุจิตรา เหมวิเชียรและคณะ. 2550)

กิจกรรมที่ 2 พูคุ้บังคับเมื่อปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม (Apoor S. Gami, Brandi Witt, Daniel Howard. 2007) และ (กิตติ เอื้อพงศธร. 2550)

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เป็นรายบุคคลเพื่อแก้ไขปัญหาคัดตรงจุด (อนุตตร จิตตินันท์ และคณะ. 2548)

5. ด้านภาวะดัชนีมวลกายเกินและไขมันในเลือด จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) สุจิตรา ธีระพิทยานนท์ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู 2) ประภาพร แก้วบุญเรือง (2005) ศึกษาจุดคัดของดัชนีมวลกายที่สามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง 3) กัลยาณี บุญสิน และคณะ (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูง มีรูปแบบคู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารที่มีไขมันอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 1 สอนคำนวณภาวะดัชนีมวลกายเพื่อประเมินภาวะดัชนีมวลกายเกิน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ (ประภาพร แก้วบุญเรือง. 2005)

กิจกรรมที่ 2 สร้างคู่มือเฝ้าระวังการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่อเนื่องทุก 3-6 เดือนเป็นเวลา 3 ครั้ง ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามปัญหาและแนวทางการแก้ไขเพื่อป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกินให้ตรงกันอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งจากงานวิจัยทั้ง 20 เรื่อง นำมาจำแนกตามกรอบแนวคิด (Concept) และประเมินสกัดองค์ความรู้ตามแนวทางกระบวนการสร้างแรงจูงใจ (Motivation Program) ดังนี้

1. จิตรา สุกสงวน (2549) ได้นำรูปแบบคำถามเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเข้ามาใช้ในกิจกรรมครั้งนี้ ซึ่งประกอบไปด้วยแนวคำถาม การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความคาดหวังในความสามารถประสิทธิผลของตนเองในการป้องกันโรค

2. สมพร ศิริสมบุญวงศ์ (2548) ได้นำรูปแบบคำถามเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเข้ามาใช้ในกิจกรรมครั้งนี้ ซึ่งประกอบไปด้วยแนวคำถาม การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความคาดหวังในความสามารถประสิทธิผลของตนเองในการป้องกันโรค และแบบความรู้ปัจจัยที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจจากการรับประทานอาหาร

3. สุธิดา ธีระพิทยานนท์ (2549) นำมาสร้างเป็นรูปแบบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ซึ่งในเนื้อหาของคำถามจะแทรกกระบวนการสร้างแรงจูงใจในการรับรู้ ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรม การรับประทานอาหาร

4. ฌัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552) นำมาเป็นรูปแบบกระบวนการสร้างจูงใจ ในด้านการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจจากการรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินและนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ

5. วิไลลักษณ์ พิมรินทร์ (2549) ได้รูปแบบตามกระบวนการสร้างแรงจูงใจในด้านการรับรู้ ความรุนแรงของโรค และปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยวิธีการการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในด้านการรับประทานอาหารภายในระยะเวลา 3 เดือน

6. ศุทธิจิตร ภูมิวิวัฒน์ (2009) นำมาสร้างเป็น โปรแกรมประกอบด้วย ในช่วงสัปดาห์แรก มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ สัปดาห์ที่ 2 หากคู่มือหรือหนังสือเกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ปริมาณแคลอรีที่อยู่ในอาหารแต่ละอย่างเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับอาหาร สัปดาห์ที่ 3 พุดคุยทางโทรศัพท์ร่วมด้วย (ในช่วงสัปดาห์ที่ 3-4 จะมีการให้ความรู้) ช่วงสัปดาห์ที่ 6,8,10 จะมีการพุดคุยปรึกษาสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์ (โดยจะ โทรศัพท์ 2 ครั้ง/เดือน) ร่วมกับการ โทรศัพท์ติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการสร้างแรงจูงใจที่มีการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ในด้านของการติดตามประเมินผลก็จะเป็นการติดตามในด้านความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนองเมื่อปฏิบัติตามที่ได้ให้คำแนะนำ

7. ฌภาภักษ์ ศัจฉานุช และคณะ (2009) จากงานวิจัยมีกิจกรรมด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร เพื่อป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกิน เพื่อให้เกิดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจตามกระบวนการสร้างแรงจูงใจ

8. อนงค์ นิลกำแหง (2550) มีกิจกรรมด้วยการแจกเอกสารวิชาการเกี่ยวกับอาหารและประชุมด้วยการพุดคุยกับกลุ่มเป้าหมาย(การรับรู้ความรุนแรงของโรค) การสาธิตและฝึกปฏิบัติเรื่องอาหาร (ความคาดหวังในความสามารถเมื่อสามารถปฏิบัติได้)

9. ประภาพร แก้วบุญเรือง (2005) กิจกรรมด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคิดภาวะดัชนีมวลกาย ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ส่งผลให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน (การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ)

10. อนุตตร จิตตินันท์ และคณะ (2548) ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ (ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค)

11. จุฑาวดี วงษ์สมบัติ (2551) มีการสร้างรูปแบบโปรแกรมประกอบด้วยครั้งที่ 1 มีการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารใช้เวลา 60-90 นาที ครั้งที่ 2,3 (สัปดาห์แรก) ทบทวนความรู้เรื่องอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (การรับรู้ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของโรค) สัปดาห์ที่4มีการทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติใช้เวลา 60-90 นาทีและบันทึกผล (ความคาดหวังในประสิทธิผล) และกลวิธีที่ได้จากงานวิจัยนี้ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยใช้แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและปัญหาจากน้ำหนักตัวเกิน มีรูปแบบอาหารจริง โทรศัพทติดตาม พูดคุยให้กำลังใจ สอบถามปัญหาไขข้อข้องใจ การพูดคุยเชิง โดยพูดคุยเชิงคิดต่อกันทุกวันในช่วงสัปดาห์แรกครั้งละ 60-90 นาทีจำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 4 ห่างกัน 4 สัปดาห์เพื่อเป็นการทบทวนซ้ำ โทรศัพทติดตามเมื่อครบ 8 สัปดาห์และเมื่อครบ 12 สัปดาห์ ประเมินผล

12. กิตติ เอื้อพงษ์พร (2550) ใช้กิจกรรมด้วยการให้ความรู้อาหารที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการบรรยาย การฝึกสาธิตทำอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการฉายภาพวิดิทัศน์เพื่อให้เห็นของจริง จัดเมนูอาหาร (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค) ใช้เทคนิคด้วยการเผชิญหน้าเป็นรายบุคคล

13. กุสุมา สุรียา (2550) ใช้กิจกรรมการให้ความรู้ด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การใช้สื่อการสอนเพื่อให้เห็นของจริง แจกเอกสาร คู่มือ การสาธิตและฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร (การรับรู้ความรุนแรงและปัจจัยเสี่ยงของโรค) มีการติดตามเยี่ยมบ้านและพูดคุยกระตุ้นเตือน

14. กัลยาณี บุญสิน และคณะ (2551) กิจกรรมให้ความรู้คำแนะนำและใช้คู่มือการเฝ้าระวังการรับประทานอาหารที่มีไขมัน เป็นคู่มือแนวรายละเอียดของอาหารที่มีรายละเอียดของระดับโคเลสเตอรอล (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงจากการเป็นโรค) บันทึกอาหารที่รับประทานเข้าไป(ความคาดหวังในประสิทธิผล)

15. สุจิตรา เหมวิเชียร (2550) ใช้วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยต้องมีการสร้างความเชื่อภายในของกลุ่มเป้าหมายว่าเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและเกิดความรุนแรงและผลกระทบ จนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเป็นโรค) มีการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชน (วิทยุกระจายเสียงในชุมชน) การให้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นทั้งทางตรงและทางอ้อม (ให้ผู้ใหญ่บ้านเข้ามามีส่วนร่วม และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม)

16. บุปผา อาศรัยราช (2541) ให้ความรู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากการรับประทานอาหาร โดยใช้เวลา 12 สัปดาห์ (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเป็นโรค)

17. Hardcastle,S;Taylor (2008) การใช้กลวิธีด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ,การให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้า 5 ครั้งในเวลา 6 เดือน โดยนักโภชนาการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา (การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรค)

18. Rebecca Kreman,Bernice (2006) กลวิธีการให้สุศึกษาทางไปรษณีย์ ซึ่งจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นาน ครั้งละ 30-45 นาที (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงจากการเป็นโรค) หลังจากส่งเอกสารให้สุศึกษาทางไปรษณีย์ 2 สัปดาห์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง) ลักษณะของการให้คำปรึกษาคือการเฝ้าและการกระตุ้นให้เกิดการพรั้งฟูออกมา

19. Brunner E,ReesK (2007) มีการให้ความรู้ข้อมูลเรื่องอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 3-24 เดือน (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรค) มีการให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัว มีการแจกเอกสารคู่มือ

20. Apoor S.Gami,Brandi Witt (2007) ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงจากการเป็นโรค)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทั้งหมด 20 เรื่อง และได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พบว่า ได้งานวิจัยเมตา 2 เรื่อง งานวิจัยเดี่ยวเชิงทดลอง 5 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพ 6 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 1 เรื่อง และแนวปฏิบัติการพยาบาล 2 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

แนวการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน หมายถึง การใช้กระบวนการการสร้างแรงจูงใจเข้ามาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ในด้านการรับประทานอาหารเพื่อเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางที่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางที่มีค่าดัชนีมวลกายไม่ได้อยู่ในช่วงระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร

4.1 เกณฑ์การเลือกผู้ป่วย

1. มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตรทั้งเพศชายและหญิง
2. มีการรับรู้ปกติ สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ได้เป็นอย่างดี
3. เข้าใจและมีความยินดีร่วมใช้แนวปฏิบัติการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน
4. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
5. สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้

4.2 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีรูปแบบแนวทางในการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยปัญหาข้อมูล ขั้นต้นที่ได้จากการตรวจคัดกรอง พร้อมทั้งมีรูปแบบการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจง ในด้านของการ สร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อพบผู้รับบริการมีปัญหาด้านภาวะดัชนีมวลกายเกิน เป็นการให้คำแนะนำที่มีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ

2. พัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินด้วยการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงจากการเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้า อันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ

3. เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีภาวะดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ปกติ คืออยู่ที่ระดับ 18.5-22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร

เกณฑ์การประเมิน

1. เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางมีการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมถูกต้องส่วน
2. มีภาวะดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตรภายในเวลา 3 เดือน
3. บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความพึงพอใจที่ใช้เกณฑ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือด หัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

4.3 แนวการปฏิบัติการพยาบาล

1. การคัดกรอง

- ประเมินภาวะดัชนีมวลกาย
- ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า
- ประเมินระดับแรงจูงใจ

ระยะที่ 1

1.1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ มีบรรยากาศเป็นกันเอง (จุฬาวดี วงษ์สมบัติ. 2551)

1.2 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและคำนวณหาค่าดัชนีมวลกายเกินที่อยู่ระหว่าง 23.00 – 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร เพื่อประเมินภาวะดัชนีมวลกายเกิน (ประภาพร แก้วบุญเรือง. 2005)

1.3 ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบไปด้วย จำนวนมื้ออาหาร/ชนิดอาหาร/ลักษณะอาหาร เพื่อเป็นการประเมินสัดส่วนของอาหารที่รับประทานเข้าไปว่ามีปริมาณที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในแต่ละมื้อ ทำให้ทราบจำนวนสัดส่วนของอาหารที่รับประทานเข้าไปในแต่ละมื้อ และสามารถลดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เพื่อประเมินรายการอาหารและรายละเอียดของอาหารที่เจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้รับในแต่ละมื้อ (วิไลลักษณ์ พิมรินทร์. 2549) สอดคล้องกับ (ศุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์. 2009) สอดคล้องกับ (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. 2552)

1.4 เลือกเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม นำเข้าสู่กระบวนการสร้างแรงจูงใจ ด้วยการตอบคำถามเกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรค และความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนอง (บุปผา อาศรัยราช. 2541)

ระยะที่ 2

2. นำเข้าสู่กระบวนการสร้างแรงจูงใจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

- กลุ่มการสร้างแรงจูงใจระดับน้อย

1) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารที่นำไปสู่โรค อาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการพูดคุยใช้เวลา 12 สัปดาห์ มีการพูดคุยในช่วงสัปดาห์แรก ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 4 ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยมีการพูดคุยตัวต่อตัวต่อกลุ่มเป้าหมาย ณ สถานบริการสุขภาพที่กลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่หรือที่บ้านของกลุ่มเป้าหมาย (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551) สอดคล้องกับ (กุสุมา สุริยา. 2550)

2) โทรศัพท์เมื่อครบ 8 สัปดาห์ และเมื่อครบ 12 สัปดาห์ เพื่อแก้ไขปัญหาข้อข้องใจ ทบทวนการปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลาง (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551)

3) ทำการประเมินผลดัชนีมวลกาย (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551)

- กลุ่มการสร้างแรงจูงใจระดับปานกลาง

1) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารที่นำไปสู่โรค อาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการพูดคุยใช้เวลา 12 สัปดาห์ร่วมกับมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีการพูดคุยในช่วงสัปดาห์แรก ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 4 ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยมีการพูดคุยตัวต่อตัวต่อกลุ่มเป้าหมาย ณ สถานบริการสุขภาพที่กลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่หรือที่บ้าน (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551) สอดคล้องกับ (กุสุมา สุริยา. 2550)

2) ติดตามผลด้วยการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3,4 หลังจากที่มีการพูดคุยซักถามแก่กลุ่มเป้าหมายแล้ว และทุกสัปดาห์จะมีการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับปัญหาที่กลุ่มเป้าหมายเกิดความสงสัย ในด้านของการรับประทานอาหาร โดยใช้เวลา

30-45 นาทีของแต่ละครั้งที่พูดคุยทางโทรศัพท์ (RobeccaKreman, BerniceC.Yates, SangeetaAgrawal, KathrynFiandt, WayneBriner, ScottShurmur. 2006)

3) ถ้ายังเกิดปัญหาทำการส่งปรึกษานักโภชนาการที่ตึก ภปร.ชั้น 2 ห้องสอนสุขศึกษา เกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พร้อมมีการฉายวีดิทัศน์ สาธิตอาหารที่เป็นภาพแสดงของจริง ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้เวลา 45-60 นาที (อนงค์ นิลกำแหง. 2550) สอดคล้องกับ (กิตติ เอื้อพงษ์พร. 2550)

4) ทำการประเมินผลดัชนีมวลกาย (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551)

- กลุ่มการสร้างแรงจูงใจระดับมาก

1) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารที่นำไปสู่โรค อาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยการพูดคุยใช้เวลา 12 สัปดาห์ร่วมกับมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีการพูดคุยในช่วงสัปดาห์แรก ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 4 ห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยมีการพูดคุยตัวต่อตัว (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551) สอดคล้องกับ (กุสุมา สุริยา. 2550)

2) ติดตามผลด้วยการเยี่ยมบ้านเดือนละ 2 ครั้งต่อเดือน โดยมีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3, 4 หลังจากที่มีการพูดคุยซักถามแก่กลุ่มเป้าหมายแล้ว และทุกสัปดาห์จะมีการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับปัญหาที่กลุ่มเป้าหมายเกิดความสงสัย ในด้านการรับประทานอาหาร โดยใช้เวลา 30-45 นาทีของแต่ละครั้งที่พูดคุยทางโทรศัพท์ (RobeccaKreman ,BerniceC.Yates, SangeetaAgrawal, KathrynFiandt, Wayne Briner, Scott Shurmur. 2006)

3) หลังจากนั้นมีการติดตามผลด้วยการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6,8 และ10 ,ตลอดจนมีการโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือน ,มีการพูดคุยปรึกษาปัญหาจากการไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ของเจ้าหน้าที่แผนกหน่วยจ่ายกลางทุก 1 สัปดาห์ (กุสุมา สุริยา. 2550)

4) ถ้ายังเกิดปัญหาทำการส่งปรึกษานักโภชนาการที่ตึก ภปร.ชั้น2 ห้องสอนสุขศึกษา เกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พร้อมมีการฉายวีดิทัศน์ ,สาธิตอาหารที่เป็นภาพแสดงของจริง ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้เวลา 45-60 นาที และให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล (Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M .2007) สอดคล้องกับ (อนงค์ นิลกำแหง. 2550) สอดคล้องกับ (กิตติ เอื้อพงษ์พร. 2550)

5) ทำการประเมินผลดัชนีมวลกาย (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551)

ระยะที่ 3

การกระตุ้นเตือนด้วยการ โทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน มีการนำกลวิธีขอกระบวนการสร้างแรงจูงใจเข้ามาเกี่ยวข้อง ให้กลุ่มเป้าหมายมองเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและได้สัดส่วนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และชี้ให้เห็นโทษเมื่อปฏิบัติตัวไม่

เหมาะสม ซึ่งอยู่ในองค์ประกอบของกระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551) สอดคล้องกับ (กุสุมา สุริยา. 2550) สอดคล้องกับRobeccaKreman, BerniceCYates, SangeetaAgrawal, KathrynFiandt, Wayne Briner, Scott Shurmur(2006)

ระยะที่ 4

มีการบันทึกข้อมูลหลังจากเข้าสู่กระบวนการสร้างแรงจูงใจ ด้วยการประเมินภาวะดัชนีมวลกายและแบบประเมินกระบวนการสร้างแรงจูงใจ (ชุดที่ 2-4) และแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (ชุดที่ 5) อีกครั้งเมื่อครบ 12 สัปดาห์ (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551)

4.1 รายละเอียดการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย

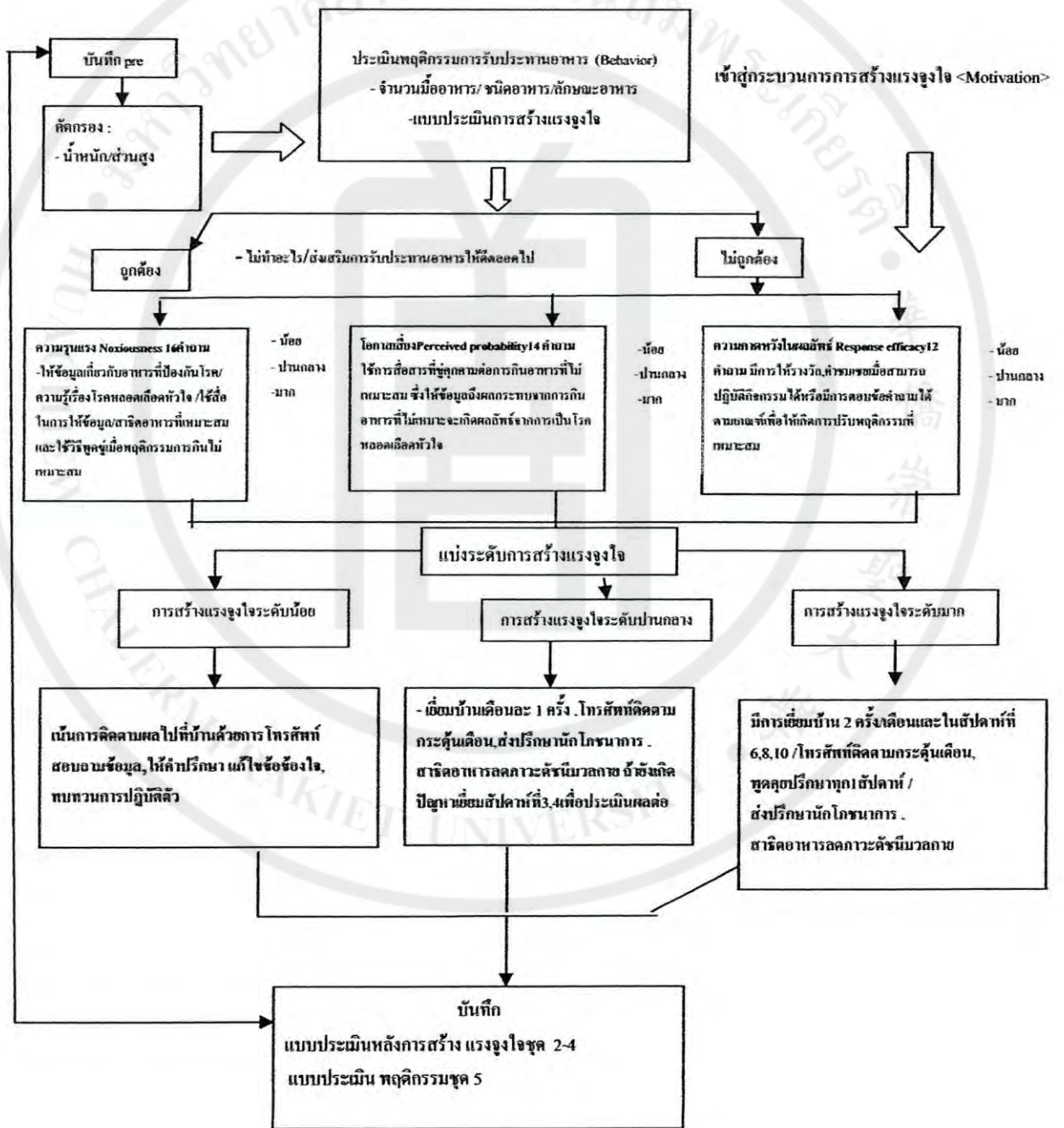
- ก. ความหมายโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ข. พฤติกรรมที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ
- ค. อาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ง. อาหารที่ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- จ. การศึกษาคำนวณภาวะดัชนีมวลกาย
- ฉ. อาหารในแต่ละมื้อที่รับประทานเข้าไป
- ช. รูปภาพอาหารที่ได้สัดส่วนและเหมาะสมที่ควรบริโภค

4.2 มีการจัดเอกสารความรู้ รวมทั้งมีสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อบันทึกผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ได้แก่ ภาวะดัชนีมวลกายที่เปลี่ยนแปลงไป (ลดลง) เพื่อเป็นกำลังใจในการปฏิบัติตัว และเป็นกลวิธีของกระบวนการสร้างแรงจูงใจร่วมด้วย ซึ่งในเอกสารประกอบการสอนเนื้อหาที่สำคัญประกอบด้วย (พิทชนันท์ อยู่ยี่นง. 2553)

- ซ. ความหมายโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ฌ. พฤติกรรมที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ
- ญ. อาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ฎ. อาหารที่ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ฏ. การศึกษาคำนวณภาวะดัชนีมวลกาย
- ฐ. อาหารในแต่ละมื้อที่รับประทานเข้าไป
- ฑ. รูปภาพอาหารที่ได้สัดส่วนและเหมาะสมที่ควรบริโภค

แผนภูมิที่ 4.1

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน



บทที่ 5

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปการศึกษา

ภาวะดัดขนีมวลกายเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เกิดจากการไม่มีการควบคุมในการรับประทานอาหารที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข เนื่องจากทำให้เกิดผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพจำนวนมาก ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะดัดขนีมวลกายเกินด้วยการรับประทานที่เหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นการคัดกรองภาวะสุขภาพจากการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีภาวะดัดขนีมวลกายเกิน ได้ประยุกต์ใช้ Evidence-Based Practice Model ของ Soukup (2000) มาเป็นกรอบในการศึกษา โดยเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการมีภาวะดัดขนีมวลกายเกินซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจทั้งจากการปฏิบัติและจากแหล่งความรู้ แล้วจึงกำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น คำสำคัญในการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือจากวารสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 20 เรื่อง ที่มีเนื้อหาตรงตามเกณฑ์นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จนได้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีภาวะดัดขนีมวลกายเกิน จากนั้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นครั้งนี้ ได้นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจนความเหมาะสมและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีรูปแบบและเนื้อหาชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งมีเนื้อหาของแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแบ่งออก 3 ระยะ คือ ระยะการเตรียมการ ระยะการดำเนินการ และระยะการประเมินผล เนื้อหาโดยสรุปเป็นการตรวจคัดกรองด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และ ด้วยการซักประวัติอาการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในด้านรับประทานอาหาร เมื่อคัดกรองน้ำหนัก ส่วนสูง และนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร จากนั้นมีการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

กับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและได้สัดส่วนเพื่อเป็นการป้องกันปัจจัยจากอาหารที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยชี้ให้เห็นถึงการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม ทั้งผลเสียและผลดี ตลอดจนมีการนำภพรายละเอียดในส่วนประกอบของอาหารที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารที่เหมาะสมที่ควรบริโภคในแต่ละมื้อและได้อาหารครบถ้วน มีการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ภายหลังจากให้คำแนะนำและสาธิตอาหารมีการติดตามผลด้วยการ โทรศัพท์และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคเมื่อไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ และมีการส่งปรึกษา นักโภชนาการเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งจะกระทำในระดับความเสียงระดับปานกลางและระดับมาก

5.2 ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปบูรณาการกับการปฏิบัติงานในหน่วยงานอนามัยที่มีปัญหาพบภาวะดัชนีมวลกายเกินจากการคัดกรองชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีกระบวนการมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือและผ่านกระบวนการความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้เหมาะสม
- 2) ควรมีการประสานงานเชื่อมโยงระหว่างทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวข้องในการตรวจคัดกรองภาวะดัชนีมวลกายเกินเพื่อค้นหาปัญหาปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาระดับชาติ เพื่อจัดระบบการดูแลให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ
- 3) ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะยาว และควรมีการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาล สร้างความตระหนักรู้มีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงจากการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินให้มีความทันสมัยและเหมาะสมอยู่เสมอ ตามองค์ความรู้หรืองานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลัง
- 4) ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลไปสู่สถานบริการพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อสร้างเครือข่ายของการจัดการสุขภาพพยาบาลในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของประชาชน และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสถานบริการของรัฐ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินและครอบครัว
- 5) ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ โดยมีการนำไปทดลองใช้เป็นการนำเสนอโครงการนำร่องลงสู่การปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสม คือมีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ

ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกายเกิน และประเมินการรับประทานอาหาร นำเข้าสู่กระบวนการสร้างแรงจูงใจ และประเมินผลกลุ่มเป้าหมาย

6) แนวปฏิบัติควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับหน่วยงานบริบทของการให้บริการและผลงานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้น

7) ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome Research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

8) ควรมีการศึกษานำร่อง โดยดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ ดังนี้

8.1 เลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ศึกษา คือผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร

8.2 เขียนแผนดำเนินการและดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

8.3 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ คือ

8.3.1 กระบวนการ โดยการประเมินผลจากความพึงพอใจและความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน ความยุ่งยากซับซ้อน ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ความเข้าใจในแบบประเมินผล ปัญหา อุปสรรค ของการใช้แนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้ในหน่วยงาน

8.3.2 ผลลัพธ์ โดยการประเมินผลจากผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

8.4 นำเสนอผลที่ได้จากการศึกษานำร่องต่อหน่วยงาน เพื่อวางแผนในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

บรรณานุกรม

- กิตติ เอื้อพงศธร. (2550) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชน
ในอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาสาธารณสุข) ขอนแก่น :
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัลยาณี บุญสิน และคณะ. (2551) “ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมัน
ในเลือดสูง : สงขลานครินทร์” เวชสาร. 26(6).
- กุสุมา สุริยา . (2550) ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับ
ตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาสาธารณสุข) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉันทน์ กรุฑกมล และคณะ. (2549) โครงการทบทวนองค์ความรู้ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.
กรุงเทพมหานคร : สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตรา สุตสงวน . (2549) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว. การศึกษาอิสระ วท.ม. (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ)
สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. (2551) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ค้างค้ำมวลกาย และความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนัก
ตัวเกิน . วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร :
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยชาญ ศิโรจนวงศ์. (2006) โรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome). กรุงเทพมหานคร :
หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี.
- ชาติรี บานชื่น . (2549) แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง
และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนการเกษตรแห่ง
ประเทศไทย .
- ณภาพัช คัจฉานุช และคณะ. (2008) ภาวะโภชนาการและโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการ
อำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี : ภาควิชาโภชนวิทยา ขอนแก่น :
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. (2552) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุปผา อาศรัยราช. (2541) การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล .
- ปกรณีย์ เมธรุจกานนท์. (2550) การสวนหลอดเลือดหัวใจก่อนการผ่าตัดโรคหลอดเลือดหัวใจเอออร์ตา : ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในคนไข้ที่ได้รับการสวนเส้นเลือดหัวใจของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์.
- ประภาพร แก้วบุญเรือง. (2005) จุดตัดของดัชนีมวลกายที่สามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ เอก โภชนะวิทยา กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิกุล ดินนาต. (2550) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- พิพัฒน์ ลักขมีจรัสกุล. (2550) การจัดการความรู้จากทฤษฎีผู้การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : เจริญคิดมั่นคงการพิมพ์.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2552) การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรวิวัน.
- วิไลลักษณ์ พิมรินทร์. (2549) การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศุทธิจิตร ภูมิวัฒน์. (2009) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาการพยาบาล. (2549) แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี : สภาการพยาบาล.
- สมพร ศิริสมบูรณ์วงศ์. (2548) ความรู้เจตคติและการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลหัวเฉียว. สารนิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุจิตรา เหมวิเชียรและคณะ. (2550) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุธิดา ธีระพิทยานนท์. (2549) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา. การศึกษาอิสระ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อนงค์ นิลกำแหง. (2550) ผลของโปรแกรมส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดของบุคลากรโรงพยาบาลชัยนาท. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ) นครสวรรค์ : ราชภัฏนครสวรรค์.
- อนุศร จิตตินันท์ และคณะ. (2548) “การสำรวจความชุกของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกำลังกองทัพอากาศ” วารสารพยาบาลกองทัพอากาศ.
- อุทัยวรรณ สุกิมานิต และคณะ. (2553) พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยผู้ใหญ่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครพนม : การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- American Heart Association. (2006) Heart Disease and Stroke Statistic-2006 Update.
Dallas, Tex : American Heart Association .
- Apoor S .Gami,Brandi. witt, Daniel howard. (2007) “Metabolic Syndrome and Risk of Incident Cardiovascular Events and Death” Jounal of American College of Cardiology.
49(4) p. 403-414.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Brunner E,Rees K,Ward k,Burk M .et al. (2009) **Dietary Advised for Reducing Cardiovascular Risk.Database of Systemic Reviews, Issue 4.**
- David A.booth. (2010) **Targeting Cultural Change Supportive of the Healthiest, Lifestyle Patterns.A Biosocial Evidence-base for Prevention of Obesity. 56 : 210-221.**
- Erika-Rapp. (2009) **Preference for Full-Fat Over Low Fat Foods Among Individuals Suffering From Coronary Heart Disease and Healthy Controls.Volume 98.**
- Hardcastle, S ; Taylor, A ; Bailey, M ; &Castle, R. (2008) **A Randomized Controlled Trial on the Effective of a Primary Health Care Based Counseling Intervention on Physical Activity,Diet and CHDS Risk Factors.Patient Education and Counseling.70 : 31-39.**
- Sarah Hardcastle. (2007) **A Randomised controlled trial on the Effectiveness of a Primary Health Care Based Counseling Intervention on Physical Activity,Dietanel CHD Risk Factors.** University of Brighton, Easbourne. UK.
- Prakash Deed wania,Philip Bartor,Rafael carmena,et al. (2006) **Reduction of low Density Lipoprotein Cholesterol in Patients with Coronary Heart Disease and Metabolic Syndrome.**
- Rebecca Kreman ; Bernice C Yates, Sangeeta Agrawal, Kathryn Fiantdt, Wayne Briner, Scott Shurmur. (2006) **The Effects of Motivational Interviewing on Physiological outcome.Applied Nursing Research.19 : 167-170.**
- World Health Organization. (2002) **World Health Report 2002:Reducing Risk , Promoting Healthy Life.Geneva : WHO.**



ผนวก ก.

ตารางผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล หัวเฉียว
ชื่อผู้วิจัย	จิตรา สุกสงวน (2549)
แหล่งตีพิมพ์	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ระดับหลักฐาน	ระดับ 7 หลักฐานจากงานสาระนิพนธ์

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเกิด โรคหัวใจขาดเลือดในเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลหัวเฉียว
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง(Reports of Expert Committees)
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	โรงพยาบาลหัวเฉียว
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลหัวเฉียวที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี จำนวน 204 ราย
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิด โรคหัวใจขาดเลือด
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	ความรู้เรื่องโรค รายได้ของบุคลากร ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ต่อการป้องกันการเกิดโรค การออกกำลังกาย
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	แบบสอบถาม 5 ส่วนที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด PRECEDE ประกอบ ไปด้วย ข้อมูลทั่วไป, ความรู้เรื่องโรค, การรับรู้ความรุนแรงและ โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค, ความคาดหวังในความสามารถประสิทธิผลของตนเองใน การป้องกันการเกิดโรค, ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค

หัวข้อ	เนื้อหา
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่มี 4 ลำดับ คือ ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค การออกกำลังกาย รายได้ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้จริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$ ส่วนในความรู้เรื่องโรค เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนมีความรู้้น้อยกว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	สามารถทราบถึงปัจจัยและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ ได้แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจ งานวิจัยเรื่องนี้มีการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) เริ่มต้นด้วยความกลัวมาใช้ คือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ปัจจัยที่ส่งผลที่จะทำให้เกิดโรคโดยเน้นย้ำในด้านของอาหาร ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคนี้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การรับรู้ที่เกิดจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัวขึ้นอยู่กับสื่อที่มากกระตุ้นและในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ (Mackay and Bruce C. 1992) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง 1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ได้มาจากการขู่ว่าคุณจะได้รับการผลร้ายแรงจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง โดยใช้สื่อในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่คุกคามที่สุขภาพ และหากมีการกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะ โดดเด่น กระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้ 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) ใช้การสื่อสาร โดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยง

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>วิเคราะห์ และ สังเคราะห์งานวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการ พัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาล (ต่อ)</p>	<p>ของการเป็นโรคนั้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้คนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค</p> <p>3. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง(Response Efficacy) เป็นการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสื่อสารที่ทำให้เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพปกติจะนำเสนอในรูปแบบการปรับหรือลดพฤติกรรม (Mackay and Bruce C.1992) ในกรณีบุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง การสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฏิบัติตามมากขึ้น และสามารถนำมาเป็นแบบคัดกรองโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ซึ่งจะประโยชน์ต่อการป้องกันความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี</p> <p>ที่ว่ากระบวนการรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคคือการกระตุ้นตามปกติจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้ ดังนั้นจึงต้องมีการให้ความรู้ก่อน เพื่อให้เกิดการรับรู้และความกลัวที่จะได้รับอันตรายจากความรุนแรงของโรค ,ความคาดหวังในการตอบสนอง ที่ว่าเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกรณีที่ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อถูกคุกคามอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้ขาดที่พึ่ง ดังนั้นการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงเพื่อให้ปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และการสอนที่มีความจำเพาะเจาะจงมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฏิบัติตามมากขึ้น เช่นเดียวกับโรเจอร์ และแมคคูกซ์ที่กล่าวว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติคนในการดูแลสุขภาพของบุคลากร
 โรงพยาบาลหัวเฉียว

ชื่อผู้วิจัย สมพร ศิริสมบูรณ์วงศ์ (2548)

แหล่งตีพิมพ์ วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ระดับหลักฐาน ระดับ 5 (Systematic Review of Descriptive Studies)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติคนในการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลหัวเฉียว
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงพรรณนา
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	โรงพยาบาลหัวเฉียว
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลหัวเฉียว
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติคนในการดูแลสุขภาพ
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	อายุ เพศ อาชีพ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	เครื่องมือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทางประชากรศาสตร์ แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติคนในการดูแลสุขภาพ
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	บุคลากรที่มี โคลเลสเตอรอลสูงกว่าปกติมีระดับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติคนในการดูแลสุขภาพต่ำกว่าบุคคลที่มี โคลเลสเตอรอลในเลือดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีภาวะไขมันในเลือดสูงตามตัวแปรที่กำหนด ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติคนในการดูแลสุขภาพต่อการมี โคลเลสเตอรอลสูงกว่าค่าปกติ

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>มีการประเมินภาวะอ้วนหรือผอมในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป คำนวณจาก ชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และ วัดส่วนสูงเป็นเมตร แล้วคำนวณหาค่า BMI แนวคิดที่ใช้ ในงานนี้เกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทางด้าน สุขภาพ- ด้านความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถ ทางด้านความรู้ การให้ความคิดและพัฒนาการด้าน สติปัญญา จำแนกไว้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายาก ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การ สังเคราะห์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านเจตคติ (Affective Domain) หมายถึงความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุง ค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นสิ่งที่ยากต่อการอธิบายเพราะเป็น สิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน แบ่งเป็นขั้นตอนคือ การ รับรู้ การตอบสนอง การให้ค่านิยม การจัดกลุ่มค่า การ สร้างลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ - ด้านการปฏิบัติตน เป็นการใช้ความสามารถในการ แสดงออกของร่างกายรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกของ ร่างกาย รวมถึงการปฏิบัติตนที่อาจแสดงออกใน สถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติตนใน โอกาสต่อไปมีการระบุ โคลเลสเตอรอล ในเลือดเป็นสารที่มีอยู่ในไขมันและอาหารต่างๆ ไปที่มาจากสัตว์ เช่น ไขมันจากสัตว์ และผลิตผลจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ ส่วนไขมันจากพืชและอาหาร ทั่วไปจากพืช เช่น น้ำมันพืช ผัก ผลไม้ ข้าวต่างๆ เหล่านี้ จะไม่มีโคเลสเตอรอลในเลือดอยู่ ดังนั้นควรบริโภค อาหารที่โคเลสเตอรอลในเลือดสูงให้น้อยลง โดยที่ ปริมาณ โคลเลสเตอรอลในเลือดที่ได้รับน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน (พิมพร วัชรารักษ์กุล และคณะ. 2532)

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>วิธีปฏิบัติตน ทำได้โดยหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหาร ประเภทเครื่องในสัตว์ต่าง ๆ โดยเฉพาะพวกสมอง หน้ เปิด หน้ไก่ อาหารทะเลบางชนิด เช่นปลาหมึก หอย นางรม และยังพบว่า ถ้าลดการรับประทานอาหารที่มี โคเลสเตอรอลในเลือดให้น้อยลงวันละ 100 มิลลิกรัม จะ ช่วยลดไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดได้เฉลี่ย 7 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การควบคุมระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
ชื่อผู้วิจัย	สุธิดา วีระพิทยานนท์ (2549)
แหล่งตีพิมพ์	การศึกษาด้วยตนเอง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ระดับหลักฐาน	ระดับ 7 งานสารนิพนธ์ (Reports of Expert Committees)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรม การควบคุมระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	การศึกษาด้วยตนเอง ในรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาล
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาสาขาราชดำเนิน สาขา โรงพิมพ์ลาดพร้าว สาขาราชบพิศ สาขาบางบอน
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	เจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	พฤติกรรม การควบคุมระดับไขมันในเลือด
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	แบบประเมิน 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพและภาวะไขมันในเลือดสูง แบบประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูง แบบให้ ความรู้และคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด แบบประเมิน พฤติกรรมของผู้รับบริการ ในการควบคุมระดับไขมันในเลือด

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)</p>	<p>แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการประเมิน ภาวะสุขภาพและภาวะไขมันในเลือดของผู้รับบริการ แนวปฏิบัติการ ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูง แนวปฏิบัติวินิจฉัยภาวะ ความเสี่ยงของการมีไขมันในเลือดสูง แนวปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรม การควบคุมระดับไขมันในเลือด และแนวปฏิบัติการประเมินผลตนเอง ของผู้รับบริการ ซึ่งหลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 4 สัปดาห์ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากใช้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ส่วนผู้รับบริการสามารถประเมินการ ปฏิบัติตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับไขมันใน เลือดได้ และยังเป็นแนวทางที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินระดับไขมัน ในเลือด</p>
<p>วิเคราะห์และ สังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>ได้รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมควบคุม ระดับไขมันในเลือด โดยมีขั้นตอนและมีระบบในการซักประวัติ ตรวจ ร่างกาย การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินปัจจัยที่มีผล ต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ทราบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ ส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับไขมันในเลือด จากงานวิจัย พฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่มีผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูงและนำไปสู่ โรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ นิยมอาหารสำเร็จรูปแทนการปรุงอาหารเอง อาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ อาหารประเภทผักทอด ขนมหวาน ไอศกรีม การบริโภคผักและผลไม้ น้อย ตลอดจนจากงานวิจัย นี้พบว่า ปัจจัยต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ 1. รับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนของพลังงานจากสารอาหาร คาร์โบไฮเดรต 2. รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไขมันจาก สัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น กุ้ง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ แดง เนย 3. รับประทานอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันหมู ไขมันวัว น้ำมันหมู น้ำมันวัว อาหารที่ทำจากนมและผลิตภัณฑ์จากนม และผลผลิตจากพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว กะทิ น้ำมันปาล์ม 4. รับประทานอาหารประเภทผักทอด 5. รับประทานน้ำตาลในปริมาณ มาก จะทำให้ไขมันสะสมในร่างกายและเป็น โรคอ้วน เพราะร่างกายจะ</p>

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>เก็บน้ำตาลไว้ในร่างกายได้ในปริมาณที่จำกัด โดยเก็บในรูปของไกลโคเจน น้ำตาลส่วนเกินจะเปลี่ยนเป็นไขมันทำให้เกิดโรคอ้วนได้และนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>6. รับประทานไขมันแปรรูปหรืออาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่ถูกต้อง คัดแปลงเป็นไขมันทรานส์ เช่นอาหารพวก ปาท่องโก๋ ทอดมัน เปาะเปี๊ยะ มันฝรั่งทอด ครั้วของ ขนมเบเกอรี่</p> <p>7. การบริโภคผัก-ผลไม้ น้อย ส่งผลให้ระดับโคเลสเตอรอลสูง เกิดภาวะน้ำหนักเกิน และนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>8. การรับประทานขนมในปริมาณมากและเป็นประจำ และจากงานวิจัยนี้ควรมีกิจกรรมใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นรูปแบบที่เหมาะสม เนื่องจากปัญหาของผู้รับบริการแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ควรมีการจัดทำสมุดสุขภาพประจำตัว เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้รับบริการสามารถประเมินสุขภาพตนเองได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องคำนึงถึงค่านิยมในการบริโภคอาหาร การเตรียมอาหาร ความพร้อมของอาหารและสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการบริโภคอาหาร</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ชื่อผู้วิจัย	ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก (2552)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ระดับหลักฐาน	ระดับ 2 (Randomized Controlled Trial)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงทดลอง
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 49 ราย
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	การบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการ
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	ความถี่ในการบริโภคอาหาร ภาวะดัชนีมวลกายเกิน เส้นรอบเอว การออกกำลังกาย
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	รูปแบบการบริโภคอาหาร ได้แก่ความถี่ในการบริโภคอาหาร จำนวนมื้ออาหาร ชนิดอาหารและแหล่งอาหารภาวะดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว การออกกำลังกาย
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว ร้อยละ 59.5 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 61-70ปี ผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 63.3 ความถี่ในการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ป่วยบริโภค ปลา ผัก และอาหารประเภทหนึ่งเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 63.3, 53.2 และ 25.3

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score) (ต่อ)</p>	<p>ตามลำดับ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าการบริโภคก่อนและหลังการเกิดโรคมีความแตกต่างกัน คือผู้ป่วยบริโภคผัก และปลา มากกว่าเดิม และมีการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีไขมันมาก และจากการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาในการควบคุมอาหารร้อยละ 27.8 และมีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ภาวะ โภชนาการเกิน(BMI>22.9) ร้อยละ 60.7 ส่วนค่ารอบเอว และเส้นรอบเอว คอเส้นรอบสะโพก มากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 60.7และ 79.7 และเมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการเกินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การออกกำลังกาย และเส้นรอบเอว มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการเกินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$</p>
<p>สิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>นำมาเป็นรูปแบบแนวทางในการประเมินภาวะ โภชนาการของผู้ถูกวิจัยในด้านของความถี่ในการบริโภคอาหาร มีอาหารที่บริโภค ชนิดอาหารที่บริโภคและแหล่งอาหารที่บริโภค และจากงานวิจัยชิ้นนี้ ยังบอกถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยแบ่งออกเป็น 1. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (Non-Modifiable Risk Factors) ได้แก่ อายุ ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้โรครุนแรง อาการของโรคมักชัดเจนหลังอายุ 40 ปี พบว่า 4ใน5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้อายุเกิน65ปี (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2548)</p> <p>-เพศ ผู้ชายมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 40 ปี ส่วนผู้หญิงมักเกิดเมื่ออายุเกิน 55 ปี</p> <p>-ประวัติครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติที่ น้องเป็นโรคหัวใจก่อนอายุ 50 ปี มีโอกาสเกิดได้ง่ายกว่าปกติ</p> <p>2.ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ (Modifiable Risk Factors) ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยวิธีการหลีกเลี่ยง ควบคุม รักษา ดูแล</p>

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>สิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องก็สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ได้แก่ แก้ไขภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทั้ง ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ หรือ KAP (Knowledge Affective Practive) ผู้วิจัยจึงสนใจแบบแผนในการบริโภคอาหารอาหาร โดยศึกษาความถี่ในการบริโภค จำนวนมื้ออาหาร ชนิดของอาหาร และแหล่งอาหาร โดยประเมินได้จากการหาค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และเส้นรอบเอว/เส้นรอบสะโพก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
ชื่อผู้วิจัย	วิไลลักษณ์ พิมรินทร์ (2549)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ระดับหลักฐาน	ระดับ 5 (Systematic Review of Descriptive Studies)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive)
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ และแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 90 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด การดูแลตนเอง
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	ภาวะไขมันในเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ในด้านข้อมูลทั่วไป/การรับรู้ภาวะไขมันในเลือด/แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับดี ($X=43.12, SD=3.16$) การรับรู้ความหมายและชนิดของไขมันในเลือด อยู่ในระดับดี ($X=6.58, SD=1.60$) การรับรู้สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอยู่ในระดับดี ($X=11.76, SD=2.33$)

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score) (ต่อ)</p>	<p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($X=3.19, SD=0.24$) โดยพบว่า ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการไม่สูบบุหรี่ ด้านการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และด้านการรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่ในระดับดี ($X=3.19, SD=0.27; X=3.70, SD=0.52; X=3.83, SD=0.59$ และ $X=3.20, SD=0.37$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($X=2.97, SD=0.69$) การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>
<p>วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีการสร้างรูปแบบการสอบถาม การรับรู้สาเหตุ การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้แนวทางในการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่จะส่งผลต่อการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งจะส่งผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ งานวิจัยเรื่องนี้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจและมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมานานกว่า 3 เดือน มีการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งหมายถึง การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดที่ดีจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นในด้านปฏิบัติการพยาบาลควรมีการสร้างแบบประเมินการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อเป็นแนวทางในการ</p>

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีการสร้างรูปแบบการสอบถามในเรื่องการรับรู้ภาวะไขมันในเลือด ทั้งในด้านความหมายและชนิดของไขมัน การรับรู้สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้ผลกระทบของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรับรู้แนวทางในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ตลอดจนงานวิจัยชิ้นนี้ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมของการบริโภคอาหารที่จะส่งผลต่อการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอื่น จะส่งผลต่อการเป็นหลอดเลือดหัวใจ อาหารนั้นประกอบไปด้วย แครก คูกี้ พิซซา แซมเบอร์เกอร์ พาย โคนัท สลัด ขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ไอศกรีม อาหารที่ใส่กะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเผ็ด แกงมัสมั่น ข้าวเหนียวมะม่วง ก๋วยเตี๋ยวชิวรี รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจากสัตว์ เช่น หมูสามชั้น สมองสัตว์ คอหมูย่าง หนังไก่ หนังเป็ด กุนเชียง ไส้กรอก จากการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ การรับรู้ การถูกบังคับ ทัศนคติ ค่านิยม การเลียนแบบ ตลอดจนสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านบวกและลบ ซึ่งพฤติกรรมด้านลบเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมทางด้านลบส่วนใหญ่มาจากการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ก็คือพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้เกิดการรับรู้ ซึ่งกระบวนการรับรู้ จะต้องมีการตอบสนอง มีการใช้ความคิดและการตีค่าของการป่วยเป็น โรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การปรับพฤติกรรมที่ดี หรือมีการเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่มีผลต่อการลดการเจ็บป่วย ซึ่งกิจกรรมที่ให้แก่วิจัยทำให้ผู้วิจัยมีการรับรู้ต่อ โรคหลอดเลือดหัวใจ</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ชื่อผู้วิจัย	ศุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์ (2009)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ระดับหลักฐาน	ระดับ 2 (Randomized Controlled Trial)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยแบบทดลอง
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	แผนก ไอซีซียู และซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ผู้ป่วยไอซีซียู และซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีจำนวน 43 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มควบคุม 23 คน ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 คน ที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	พฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	แบบบันทึกอาหารที่บริโภค แบบบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกาย
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	กลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับโคเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.018$ และ 0.021 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนน

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score) (ต่อ)</p>	<p>พฤติกรรมมารับประทานอาหารดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$ และ 0.004ตามลำดับ) และในพฤติกรรมออกกำลังกายกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.029$)</p>
<p>สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>สามารถนำมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินระดับไขมันในเลือด,แบบบันทึกอาหารที่บริโภค แบบบันทึกพฤติกรรมออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกาย แบบบันทึกรายการอาหารที่บริโภค ตลอดจนปริมาณพลังงานแคลอรีในอาหารแต่ละชนิดที่จะนำไปสู่ภาวะไขมันในเลือดสูง</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ภาวะโภชนาการและโคเลสเตอรอลในเลือดของข้าราชการอำเภอ บางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี
ชื่อผู้วิจัย	ณภากาศ กัจฉานุช, เบญจมา มุกคพันธ์ (2008)
แหล่งตีพิมพ์	จาก วารสาร Journal of the Nutrition Association of Thailand Vol. 43 No. 3 Jul-Sep 2008
ระดับหลักฐาน	ระดับ 5 (Systematic Review of Descriptive Studies)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อประเมินการบริโภคคอเรสเตอรอลจากอาหารภาวะคอ เรสเตอรอลในเลือดและภาวะโภชนาการของข้าราชการที่มา ตรวจสุขภาพ
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	โรงพยาบาลบางปลาหมอ จังหวัดสุพรรณบุรี
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ข้าราชการที่มาตรวจสุขภาพประจำปีในปี 2550 อายุ 35-59 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคไต และไม่รับประทานยาลดคอเรสเตอรอลหลังได้รับการตรวจ สุขภาพ จำนวน 406 คน
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	ภาวะโภชนาการและคอเลสเตอรอลในเลือด
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	การลดลงของระดับคอเรสเตอรอลในเลือด
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยเพียร์สัน ไคเวสแควร์ โดยใช้แบบสอบถาม แบบข้อมูลความถี่ของการบริโภค อาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคอาหารครบ 3 มื้อและร้อยละ 50 บริโภคอาหารว่างตอนเช้าและบ่ายซึ่งสอดคล้องกับผลการ สำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยของกลุ่ม วัยทำงานที่พบว่าส่วนใหญ่บริโภคอาหารครบทุกมื้อและ บริโภคอาหารว่างเช้าและบ่ายและจากการสัมภาษณ์ความถี่ใน

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score) (ต่อ)</p>	<p>การบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่ ทั้งฟอง และกุ้งเป็นบางวัน ภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 ของกลุ่มวัยทำงานที่บริโภคอาหารดังกล่าวเพียงบางวันเช่นกัน 4 กลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารทอดและอาหารผัดบ่อยโดยพบร้อยละ 47.4 และ 67.3 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 59 ดื่มน้ำหรือกาแฟใส่น้ำตาลและครีมเกือบทุกวันหรือทุกวัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 ที่พบว่ากลุ่มวัยทำงานประมาณร้อยละ 50 บริโภคอาหารประเภททอดหรือใส่กะทิ และอาหารประเภทผัดเป็นบางวันและประมาณร้อยละ 20 ดื่มน้ำชาหรือกาแฟเกือบทุกวันหรือทุกวัน จากการศึกษาี้ยังพบว่า การบริโภคอาหารประเภทผัดมีผลต่อการเพิ่มของระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งอาหารดังกล่าวเป็นอาหารที่มีไขมันและให้พลังงานสูง ถ้ากลุ่มตัวอย่างยังคงบริโภคต่อไปเรื่อย ๆ ทุกวัน อาจมีโอกาที่จะมีระดับคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.3 ได้รับคอเลสเตอรอลมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน แต่จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กับระดับคอเลสเตอรอลในเลือดอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจสุขภาพแล้วพบว่า มีระดับคอเลสเตอรอลสูงได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลให้ควบคุมอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง จึงลดการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง แต่จากการศึกษาของ Erickson BA และ ligman AM พบว่า ถ้าได้รับคอเลสเตอรอลจากอาหารมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น 15 กลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานจากอาหารที่บริโภคคิดเป็นร้อยละ 78.8 ของปริมาณที่ควรได้รับ ซึ่งมีค่าแตกต่างจากผลการสำรวจภาวะอาหารและ</p>

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score) (ต่อ)</p>	<p>โภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 ของคนภาคกลางที่พบว่าได้รับพลังงานคิดเป็นร้อยละ 69 ของปริมาณที่ควรได้รับ และพลังงานที่ได้รับจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันคิดเป็นร้อยละ 58, 18 และ 24 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 ของคนภาคกลางกลุ่มวัยทำงานที่มีการกระจายพลังงานคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน คิดเป็นร้อยละ 55, 15 และ 30 ตามลำดับซึ่งเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมที่แนะนำให้บริโภคใน 1 วัน โดยคาร์โบไฮเดรตควรได้รับร้อยละ 55-60 โปรตีนควรได้รับร้อยละ 15-20 และไขมันควรได้รับร้อยละ 20 - 30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน 12 กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 18.0 และ 32.6 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะโภชนาการของคนภาคกลางกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์ปกติและอ้วนที่พบร้อยละ 17.9 และ 36.1 ตามลำดับ</p>
<p>สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>ได้รูปแบบแนวทางในการให้คำแนะนำเพื่อควบคุมอาหารในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 ที่พบว่ากลุ่มวัยทำงานประมาณร้อยละ 50 บริโภคอาหารประเภททอดหรือใส่กะทิ และอาหารประเภทผัดเป็นบางวันและประมาณร้อยละ 20 ดื่มน้ำชาหรือกาแฟเกือบทุกวันหรือทุกวัน จากการศึกษานี้ยังพบว่าการบริโภคอาหารประเภทผัดมีผลต่อการเพิ่มของระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งอาหารดังกล่าวเป็นอาหารที่มีไขมันและให้พลังงานสูง ถ้ากลุ่มตัวอย่างยังคงบริโภคต่อไปเรื่อยๆ ทุกวัน อาจมีโอกาที่จะมีระดับคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นได้</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับ ไ้ไขมัน โคเลสเตอรอลในเลือดของบุคลากร โรงพยาบาลชัยนาท
ชื่อผู้วิจัย	อนงค์ นิลกำแหง (2550)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ ราชภัฏนครสวรรค์ พ.ศ. 2550
ระดับหลักฐาน	ระดับ 3 (Non- Randomized Controlled Trial)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชัยนาท และ 2. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อลด ระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชัยนาท
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ข้าราชการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชัยนาท อายุ 35-60 ปี ที่เข้ารับ การตรวจสุขภาพประจำปี 2550 จำนวน 523 คน
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับ ไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ Paired Sample t-Test
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	1. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 2. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการออก กำลังกายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

หัวข้อ	เนื้อหา
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score) (ต่อ)	ทางสถิติที่ระดับ .05 3. กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของ ระดับไขมัน โคลเลสเตอรอลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล	ได้แนวทาง โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือด หัวใจ ประกอบด้วย การนำเสนอเรื่องอันตรายของไขมัน โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การนำเสนอเรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การประชุมกลุ่ม แจก เอกสารวิชาการ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรับรู้ความรุนแรงและ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ เรื่องอาหาร ทำให้กลุ่มเกิดความคาดหวังในความสามารถของตน และประสิทธิผลของพฤติกรรมป้องกันการป้องกัน นอกจากนี้การได้รับแรง สนับสนุนทางสังคม และมี การ ให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มมีความตั้งใจที่ จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ซึ่ง สนับสนุนทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรคที่กล่าวว่า ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกัน โรค มีส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังใน ความสามารถของตนเอง (Self- Efficacy Theory) คือการเอาปัจจัย ที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของคน ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัว เชื่อม โยงที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ และพฤติกรรม

ชื่อเรื่องงานวิจัย	จุดตัดของดัชนีมวลกายที่สามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง
ชื่อผู้วิจัย	ประภาพร แก้วบุญเรือง (2005)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์ เอก โทษนะวิทยามหาวิทยาลัยมหิดล
ระดับหลักฐาน	ระดับ 5 (Systematic Review of Descriptive)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาจุดตัดดัชนีมวลกายที่จะสามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	ผู้ที่ทำงานและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	กลุ่มประชากรชายไทยอายุ 35-50 ปี ที่ทำงานและอาศัยอยู่ใน กทม. โดยเป็นผู้ที่ทำงานในหน่วยราชการ จำนวน 413 คน
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	ภาวะความดันโลหิตสูง และความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด และภาวะดัชนีมวลกายเกินที่ >23 กก/ม ² ตามข้อกำหนดของการศึกษาในกลุ่มประเทศเอเชีย เพื่อบ่งบอกถึงภาวะน้ำหนักตัวเกิน
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน แต่เมื่อใช้จุดตัดของดัชนีมวลกายที่ > 25 กก/ม ² ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 32.7 และพบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วน โดยตรงกับความดันโคเลสเตอรอลรวมและไลโปโปรตีน
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	ทำให้บอกรู้ว่าจุดตัดของดัชนีมวลกายที่สะท้อนถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในการศึกษานี้มี

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>ค่าต่ำกว่าค่าที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ แต่มีค่าใกล้เคียงกับค่าที่กำหนดไว้ในกลุ่มประเทศเอเชีย ดังนั้นจุดตัดดัชนีมวลกายเพื่อบ่งบอกถึงภาวะน้ำหนักเกินที่ได้กำหนด โดยองค์การอนามัยโลกอาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มประเทศเอเชีย และจากงานนี้ยังบอกถึงภาวะ BMI เกินจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร่วมกับภาวะ Hypertension นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การสำรวจความชุกของปัจจัยที่ทำให้เกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด ของ กำลังกองทัพอากาศ
ชื่อผู้วิจัย	อนุตตร จิตตินันท์, สมพร รัชังการ, สวง เกิดเปรมเวส และคณะ (2548)
แหล่งตีพิมพ์	วารสารพยาบาลกองทัพอากาศ
ระดับหลักฐาน	ระดับ 6 (Descriptive Studies)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อทำการศึกษาระดับความชุกของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกำลังพลกองทัพอากาศ
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงพรรณนา
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	กำลังพลกองทัพอากาศ ณ ที่ตั้งคอนเมือง
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	กำลังพลกองทัพอากาศที่มาตรฐานร่างกายประจำปีที่กองเวชศาสตร์ป้องกัน จำนวน 49 ราย
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	ปัจจัยที่ทำให้เกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหาร ระดับโคเลสเตอรอล รอบเอว การสูบบุหรี่
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหาร ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด รอบเอว การสูบบุหรี่
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	เลือด คือ ความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 35.50 รองลงมาคือ ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 34.12
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	มองเห็นแนวทางรูปแบบในการประเมินผู้ป่วยที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่จะส่งเสริมการเกิดโรค

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว คั่งนิมวลกายและความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน
ชื่อผู้วิจัย	จุฑาวดี วงษ์สมบัติ (2551)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ระดับหลักฐาน	ระดับ 3 มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม (Non-Randomized Controlled Trial)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว คั่งนิมวลกาย และ ความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	เขตชุมชนเมือง จังหวัดกระบี่ โดยสุ่มชุมชน 3ชุมชนจาก 8 ชุมชน
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20-59 ปี มีน้ำหนักตัวเกิน มีรอบเอวเกิน 36 นิ้วในชาย หรือ 32 นิ้วในหญิง มีคั่งนิมวลกายเกิน 23 kg/m ² อาศัยในชุมชนเมือง เขตพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลกระบี่
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเน้นการออกกำลังกายโดยการเดิน และ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเน้นการออกกำลังกายโดยการฝึกชิ่ง
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	เส้นรอบเอว คั่งนิมวลกาย และความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	มีการวัดผลด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที และสถิติ ANOVA โดยมีการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบร่วมในการฝึก

หัวข้อ	เนื้อหา
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure) ต่อ	ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการ โทรศัพท์ติดตามและพูดคุยให้กำลังใจ โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 6 ครั้ง ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องการรับประทาน อาหารและการออกกำลังกายใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ครั้งที่ 2 และ 3 (ติดต่อกันในสัปดาห์แรก) ทบทวนความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย พร้อมฝึกปฏิบัติใช้เวลา 60 นาที ครั้งที่ 4 (เมื่อครบ 4 สัปดาห์) ทบทวนความรู้และทบทวนฝึกปฏิบัติใช้เวลา 60-90 นาที ครั้งที่ 5 (เมื่อครบ 8 สัปดาห์) โทรศัพท์ติดตามและพูดคุยให้กำลังใจ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ครั้งที่ 6 (เมื่อครบ 12 สัปดาห์) มีการประเมิน โดยบันทึกเส้นรอบเอว คั่งนี้มวลงกาย และความดันโลหิต
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว คั่งนี้มวลงกาย ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง (ทั้งกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 -ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว คั่งนี้มวลงกาย ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว คั่งนี้มวลงกาย ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ของกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ไม่แตกต่างกัน
สิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์และนำมาใช้ในการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	มีรูปแบบการใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ และการพูดคุยจูง ทำให้มีแนวทางรูปแบบในการประเมินผู้ป่วยที่จะนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่จะส่งเสริมการเกิดโรค เชื่อว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าและการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งประโยชน์ ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในเวลาต่อมา ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior Related

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>สิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์และนำมาใช้ในการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>Behavior) มีผล โดยตรงและ โดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพตั้งใจมีผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ ผล ทางอ้อมของพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้นในอดีตต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพนั้นผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self Efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ตลอดจนงานวิจัยนี้ยังได้รับรู้ถึงกลวิธีในการให้ข้อมูลแก่ กลุ่มเป้าหมาย อันประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ มีบรรยากาศเป็นกันเอง พูดคุยแนะนำ ชักถามการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ เล่าถึงพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร และกล่าวชม ในส่วนที่ปฏิบัติได้ถูกต้องซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกร่วมที่จะ เสริมสมรรถนะแห่งตน สร้างให้เกิดความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยใช้แผนการให้ความรู้ในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภวะน้ำหนักเกินด้านการ รับประทานอาหาร และปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ 3. ใช้ตัวแบบร่วมกันฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร (ใช้อาหารจริง) มีการลงบันทึกในแบบบันทึกการรับประทาน อาหาร เพื่อประเมินอาหารที่รับประทานเข้าไป 4. โทรศัพท์ติดตาม พูดคุยให้กำลังใจ สอบถามปัญหาและ อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ต่อไป จากขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นนำมา ประยุกต์ได้แก่ 1.การสร้างความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3. การฝึกปฏิบัติในด้านการเลือก รับประทานอาหาร 4. การพูดชักจูง โดยพูดชักจูงติดต่อกันทุก

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>สิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์และนำมาใช้ในการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>ทุกวัน ในช่วงสัปดาห์แรก ครั้งละ 60-90 นาทีจำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 4 ห่างกัน 4 สัปดาห์เพื่อการฝึกทบทวนซ้ำ และมีการเปิดโอกาสให้ ได้พูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการติดตามประเมินผล โดยการใช้โทรศัพท์ติดตามเมื่อครบ 8 สัปดาห์ และเมื่อครบ 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นมีการประเมินผลเส้นรอบเอว คั่งนิมวลกาย</p>



ชื่อเรื่องงานวิจัย	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชน ในอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
ชื่อผู้วิจัย	นายกิตติ เอื้อพงษ์ธร (2550)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ระดับหลักฐาน	ระดับ 5 (Cross-Sectional Descriptive)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจของประชาชน
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ผู้ที่มีอายุ 40-70 ปีในอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 22,554 ราย
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ประโยชน์ และอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลจากการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.4 มีอายุระหว่าง 40-44 ปี ร้อยละ 23.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.8 อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกรร้อยละ 54.3 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 71.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมระดับปานกลาง ร้อยละ 67.9 ด้านการออกกำลังกายระดับปานกลางร้อยละ 51.2 ด้านการจัดการความเครียดระดับสูง ร้อยละ 66.6 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 81.7 และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.7

หัวข้อ	เนื้อหา
ผลที่ได้และค่าคะแนน (ต่อ)	จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการวางแผนที่จะจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
สิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์สังเคราะห์และนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	<p>มีรูปแบบการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ คือ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเป็นโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ก็ด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คือมีการให้การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคของบุคคลด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงในการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม และเมื่อเป็นโรคขึ้นมาจะเกิดผลกระทบอะไรตามมาได้บ้าง 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค คือ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน</p> <p>3. การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค คือการที่มีความเชื่อว่าผลจากการกระทำเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นจึงมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งต้องมีการเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจมีกลวิธีด้วยการบรรยายเพื่อให้เกิดความรู้ คู่มือสารคดีฝึกปฏิบัติ กิจกรรมสุขศึกษา กิจกรรมสุขศึกษาประกอบด้วยการฉายวิดีโอทัศน์ จัดเมนูอาหาร มีการสอนเป็นรายบุคคลด้วยการเผชิญหน้ากัน</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
ชื่อผู้วิจัย	กุลสุมา สุริยา (2550)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ระดับหลักฐาน	ระดับ 3 (Non-Randomized Controlled Trial) งานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยกึ่งทดลอง
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู, โรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นเพศหญิง อายุ 20-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป, ได้รับการตรวจสอบสุขภาพโดยแพทย์พิจารณาว่าไม่มีปัญหาสุขภาพ, เป็นผู้ที่ไม่อยู่ในระหว่างวิธีลดน้ำหนัก โดยการใช้อาหารหรือสารเคมี
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	ความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก, ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนักและความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก, การปฏิบัติในการลดน้ำหนักภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนัก สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ แต่ค่าสัดส่วนเส้นรอบวงเอวต่อสะโพกที่ลดลง

หัวข้อ	เนื้อหา
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$
สิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์สังเคราะห์และนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	ได้แนวทาง โปรแกรมการลดน้ำหนัก มีกลวิธีในการให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น การอบรม การพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การอภิปรายกลุ่ม การให้คำแนะนำอย่างมีส่วนร่วม การใช้ตัวแบบ และการใช้สื่อการสอนต่างๆ ตลอดจนควรมีการแนะนำให้ควบคุมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารอย่างเป็นรูปแบบ โดยมีกิจกรรมที่ประยุกต์ใช้ คือ ระยะเวลาที่ 1. การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินน้ำหนัก โดยบันทึก ร่วมกันระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ช่วยลดน้ำหนัก อาหารที่มีประโยชน์ พร้อมแจกเอกสารคู่มือ มีการอภิปราย โดยร่วมกันวางแผนการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก 2. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ป้องกันโรค พร้อมแจกเอกสาร คู่มือ สาริต และฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร 3. ให้รางวัลเมื่อควบคุมอาหาร ได้ดี น้ำหนักลดลง ร่วมกันมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การลดน้ำหนัก สัปดาห์ที่ 5-10 จัดกิจกรรมนวดพูดคุย (สัปดาห์ 7 และ 10) และติดตามเยี่ยม กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจ (สัปดาห์ 5,6 และสัปดาห์ที่ 8,9) สัปดาห์ละครั้ง แต่ละครั้งห่าง 1 สัปดาห์

ชื่อเรื่องงานวิจัย	ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมัน ในเลือดสูง
ชื่อผู้วิจัย	กัลยาณี บุญสิน และคณะ (2551)
แหล่งตีพิมพ์	สงขลานครินทร์เวชสารปีที่ 26 ฉบับที่ 6 พ.ย. - ธ.ค. 2551
ระดับหลักฐาน	ระดับ 2 (Randomized Controlled Trial)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูง
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยกึ่งทดลอง
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ผู้ที่มารับบริการคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป หรือผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200mg% ตั้งแต่ 2 ครั้งภายใน 6 เดือน ไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคตับ ไม่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาลดไขมัน ไม่มีภาวะผิดปกติทางจิต ไม่เคยได้รับคำแนะนำอย่างมีแบบแผนมาก่อน สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารโดยการพูดได้ สดชื่นพร้อมที่จะปฏิบัติตามและยินดีเข้าร่วม โครงการ
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	แบบแผนการให้คำแนะนำต่อการลดภาวะไขมันในเลือดสูง
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	ระดับของไขมันในเลือด นำหนักตัว
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระดับไขมันในเลือด แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การปฏิบัติตัวในการป้องกัน

หัวข้อ	เนื้อหา
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	จากการให้ความรู้คำแนะนำ และใช้คู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่อเนื้อทุก 3-6 เดือนเป็นเวลา 3 ครั้ง ระดับไขมันในเลือดและความรู้ของทั้งสองกลุ่มก่อนเข้าโครงการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง 6-12 เดือน กลุ่มทดลองรับรู้เรื่องความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเอง การปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการมีระดับไขมันในเลือดผิดปกติไม่มีความแตกต่างกัน น้ำหนักตัว ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอลในเลือด ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับที่น่าพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	มีรูปแบบการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อการลดภาวะไขมันในเลือดสูง การมีคู่มือการเฝ้าระวังการบริโภคอาหารไขมันเพื่อเป็นแนวทางในการบันทึกอาหารที่รับประทานและไขมันที่ได้รับตามประเภทอาหารที่รับประทาน

ชื่อเรื่องงานวิจัย ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ
ของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน

ชื่อผู้วิจัย สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ (2550)

แหล่งตีพิมพ์ วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ระดับหลักฐาน ระดับ 5 (Systematic Review of Descriptive Studies)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนและทดสอบอำนาจการทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยแบบบรรยาย
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	คลินิกวัยทองและคลินิกนรีเวช โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานีและโรงพยาบาลศูนย์ยะลา อ.เมือง จ.ยะลา
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	สตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 40-59 ปีที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 200 ราย
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมแรงจูงใจด้านสุขภาพในการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันโรค
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)</p>	<p>- คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม (จากคะแนน 1-4) และรายด้านเกือบทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($X = 2.66$, $SD = .34$) 2. แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 10 ($R^2 = .10$, $p < .05$) โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด</p>
<p>สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>ได้แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน โดยมีการเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติศาสนกิจและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
ชื่อผู้วิจัย	บุปผา อาศรัยราช (2541)
แหล่งตีพิมพ์	วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ระดับหลักฐาน	ระดับ 3 (Non-Randomized Controlled Trial)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และกระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรม
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยกึ่งทดลอง
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศูนย์อูธรธานี
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศหญิง จำนวน 80 ราย
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับโคเลสเตอรอล
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	มีการสุ่มตัวอย่างและแบ่งกลุ่มทดลอง 40 คน ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามโปรแกรมสุขศึกษาที่กำหนด และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ได้รับคำแนะนำตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ร่วมกับการตรวจหาระดับน้ำตาลและระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เป็นระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์

หัวข้อ	เนื้อหา
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	<p>หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง และพฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับโคเลสเตอรอล ในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	<p>ได้แนวทางในการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันภาวะเสี่ยง โรคหลอดเลือดหัวใจในทางที่ดีขึ้น สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ได้</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	A Randomized Controlled Trial on The Effective of a Primary Health Care Based Counseling Intervention on Physical Activity, Diet and CHDS Risk Factors.
ชื่อผู้วิจัย	Hardcastle, S; Taylor, A ; Bailey, M. & Castle, R. (2008)
แหล่งตีพิมพ์	Patient Education and Counseling, 70, 31-39
ระดับหลักฐาน	ระดับ 2 (Randomized Controlled Trial)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงหลอดเลือดหัวใจ
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและกลุ่มควบคุม (A Randomized Controlled Trial)
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ผู้เข้าร่วมศึกษาถูกคัดเลือกจากฐานข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีคุณสมบัติ 1. อายุ 18-65 ปี 2. มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 ปัจจัย ได้แก่ BMI \geq 28 ความดันโลหิต SBP/DBP อย่างน้อย 150/90 mmhg หรือระดับไขมันในเลือด อย่างน้อย 5.2 mmol/L
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประกอบด้วย 1. การได้รับข้อมูลมาตรฐานเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย 2. การได้รับคำปรึกษาแบบเผชิญหน้า 5 ครั้งในเวลา 6 เดือน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย (Physical Activity Specialist=PAS) และนักโภชนาการ (Registered Dietitian=RD)
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	1. ความดันโลหิตตัวบนและล่าง 2. ระดับโคเลสเตอรอล 3. น้ำหนักและส่วนสูง 4. การออกกำลังกาย 5. การบริโภคไขมัน

หัวข้อ	เนื้อหา
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	<p>1.พยาบาลจะวัดความดันโลหิตให้แก่ผู้รับบริการในเดือนแรกและเดือนที่ 6 โดยให้บริการนั่งพักก่อน 10 นาทีก่อนวัด</p> <p>2.พยาบาลวัดระดับไขมันในเลือด ให้แก่ผู้รับบริการในเดือนแรกและ 12 ชั่วโมงก่อนตรวจเลือด และต้องส่งเลือดตรวจในแหล่งบริการที่ใกล้ให้เร็วที่สุด</p> <p>3.วัดการออกกำลังกายด้วยแบบประเมินตนเองด้านการออกกำลังกาย</p> <p>4.ใช้ Dietary Instrument for Nutrition Education (DINE) ในการวัดการบริโภคไขมัน</p>
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	<p>โปรแกรมการให้คำปรึกษามีอิทธิพลลดระดับไขมันในเลือด ลดน้ำหนัก ลดระดับความดันโลหิตและเพิ่มการออกกำลังกาย แต่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค</p>
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	<p>โปรแกรมการให้คำปรึกษามีอิทธิพลลดระดับไขมันในเลือด</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	The Effects of Motivation Interview on Physiological Outcomes.
ชื่อผู้วิจัย	Robecca Kreman, Bernice C.Yates, SangeetaAgrawal, Kathryn Fiandt, Wayne Briner, Scott Shurmur (2006)
แหล่งตีพิมพ์	Applied Nursing Research,19,167-170
ระดับหลักฐาน	ระดับ 2 (Randomized Controlled Trial)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาแบบจูงใจต่อผลลัพธ์ทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและกลุ่มควบคุม (A Randomized Controlled Trial)
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	ตลาดปลาสัตว์เขตเมืองแห่งหนึ่ง ที่ตั้งอยู่บริเวณชนบทชายแดน และมีประชากรน้อยกว่า 15,000 คน
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	-ผู้ที่มีอายุมากกว่า 19 ปี ขึ้นไป -มีระดับไขมันในเลือดสูง LDL-C \geq 130mg/dl -ไม่มีประวัติ Cerebrovascular Disease และ CVD -มีความสามารถในการอ่าน เขียน และพูดภาษาอังกฤษ -เข้าถึงการใช้โทรศัพท์
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบจูงใจ ประกอบด้วย การให้สุขศึกษาทางไปรษณีย์ ประกอบกับให้อเอกสารที่จัดทำโดย American Heart Association (AHA 2004) ที่มีเนื้อหาคือ คำนิยามพื้นฐานของ Cholesterol และอะไรคือระดับ Cholesterol ที่บ่งบอกถึงสุขภาพ -องค์ประกอบของ LDL-C และ HDL-C -ความเข้าใจผิดบางประการเกี่ยวกับ Cholesterol ที่พบบ่อย -การปฏิบัติที่ช่วยลด Cholesterol -องค์ประกอบพื้นฐานของอาหารสุขภาพสำหรับหัวใจ -บทบาทของไขมันในอาหาร ในการลด Cholesterol โดย AHA (2004) และ NCEP (2002)

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>ตัวแปรต้น (Independent Variable) (ต่อ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับหัวข้อดังกล่าว นาน 30-45 นาที หลังจากส่งเอกสารให้สุขศึกษาทางไปรษณีย์ไปแล้ว 2 สัปดาห์ โดยผู้ผ่านการอบรม(Motivational Interviewing) แล้วการให้คำปรึกษาเน้นที่จะสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยช่วยทำให้ข้อสงสัยของผู้รับบริการเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องอาหารและการออกกำลังกายมีความกระจ่าง ในการให้คำปรึกษาจะต้องคำนึงว่า - แรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต้องถูกกระตุ้นให้เกิดจากตัวผู้รับบริการเองมิใช่มาจากการกำหนดให้ - การเปลี่ยนแปลงเป็นหน้าที่ของผู้รับบริการ ที่จะต้องทำความเข้าใจและแก้ไขข้อสงสัยของตนเอง มิใช่หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา - การโน้มน้าวโดยตรงไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไข ข้อสงสัย - ลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษาคือการเจียบ และกระตุ้นให้เกิดการพุ่งพรูออกมา - ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการช่วยเหลือผู้รับบริการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อสงสัยที่เกิดขึ้น - ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงมิใช่ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ แต่เป็นผลผลิตของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล - ความสัมพันธ์ที่จะช่วยในการรักษาเป็นความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนหรือมิตรภาพ มากกว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญกับผู้รับบริการ
<p>ตัวแปรตาม (Dependent Variable)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ระดับไขมันในเลือด Total Cholesterol, LDL-C, HDL-C - ระดับ Maximal Oxygen Uptake
<p>การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)</p>	<p>- วัด Fasting Lipid Profile ซึ่งประกอบด้วย Total Cholesterol, LDL-C และ HDL-C เมื่อเริ่มแรกและเดือนที่ 3</p>

หัวข้อ	เนื้อหา
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure) (ต่อ)	<p>โดยผู้รับบริการจะได้รับคำแนะนำให้ งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง และหลีกเลี่ยงการบริโภค แอลกอฮอล์ 24 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือดตรวจ และเลือดที่เจาะแล้วจะต้องมีการปั่น และส่งถึงห้องตรวจภายใน 4 ชั่วโมง</p> <p>- การใช้ Rockport Walk Test (RWT) ในการวัดระดับ Maximal Oxygen Uptake เมื่อเริ่มแรกและเดือนที่ 3</p>
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	โปรแกรมมีผลต่อการลด Total Cholesterol และ LDL-C อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังลด HDL-C ด้วย
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล	โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบจุดใจเพื่อพัฒนาระดับไขมัน ในเลือด

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Dietary Advice for Reducing CardioVascular Risk
ชื่อผู้วิจัย	Brunner E, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M (2007)
แหล่งตีพิมพ์	The Cochrane Library
ระดับหลักฐาน	ระดับ 1 (Systematic Review of RCT)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อประเมินผลการให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ใหญ่สุขภาพดี
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	Meta-Analysis
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	ไม่ระบุ (Electronic Databases Searched)
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	ผู้ใหญ่สุขภาพดี 17,871 ราย
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร (Dietary Interventions)
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	<ol style="list-style-type: none"> ความดันโลหิตขณะพัก ไขมันในเลือด คอเลสเตอรอลในเลือด และเลือดหรือเม็ดเลือดแดง (Cardiovascular Risk Factors: Resting Blood Pressure Blood Lipids and Lipoproteins (Cholesterol) and Blood or Red Cell Folate and/or Homocysteine.) ระดับโซเดียมและโปแทสเซียมในปัสสาวะ (Bio-Markers of Dietary Intake: Urinary Sodium Urinary Potassium and Blood Diet-Derived Antioxidants such as Carotene.) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Dietary Intake, Including Fat, Fat Fractions, Dietary Fibre, Fish, Fruit and Vegetables, Vitamin C (Ascorbic Acid), Vitamin E (Tocopherols), Carotenoids, Flavonoids, and Folic Acid.)

หัวข้อ	เนื้อหา
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	แบบบันทึกการรับประทานอาหาร (Self-Reported) (นอกจากนี้ไม่ได้ระบุ)
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	<p>ภายหลังการให้ข้อมูลเรื่องอาหาร 3-24 เดือน กลุ่มตัวอย่างสามารถลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ 0.16 mmol/L (95% CI 0.06-0.25) ไขมันในเลือดได้ 0.18 mmol/L (95% CI 0.1-0.27) ส่วนค่าเฉลี่ยของไขมันชนิดดี (HDL Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ไม่มีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>ภายหลังการให้ข้อมูลเรื่องอาหาร 3-36 เดือนสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก 2.07 mmHg (95% CI 0.95 to 3.19) และไดแอสโตลิก 1.15 mmHg (95% CI 0.48 to 1.85) และระดับโซเดียมในปัสสาวะที่ขับออกภายใน 24 ชั่วโมง คือ 44.2 mmol (95% CI 33.6-54.7) ส่วนการบันทึกอาหารที่รับประทานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอาจไม่ตรงตามความเป็นจริง และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น 1.25 เซิร์ฟ/วัน (95% CI 0.7-1.81) อาหารพวกกากใย 5.99 กรัม/วัน (95% CI 1.12-10.86) ส่วนการรับประทานอาหารพวกไขมันและที่ให้พลังงานลดลง 4.49 % (95% CI 2.31-6.66) และอาหารพวกไขมันอิ่มตัวลดลง 2.36 % (95% CI 1.32-3.39)</p>
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	<p>การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้รับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ การลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันอิ่มตัว คอเลสเตอรอล เกลือและเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ ไขมันไม่อิ่มตัว ปลา กากใย และอาหารที่มีโปแตสเซียม (Advice that Encourages Consumption of a Diet relatively Lower in any one or more of: Fat, Saturated Fatty Acids, Cholesterol, Sodium; or Relatively Higher in any one of: Fruit, Vegetables, Polyunsaturated Fatty Acids, Monounsaturated Fatty Acids, Fish, Fibre, Potassium is likely to Reduce the Risk of Cardiovascular Disease)</p> <p>- การให้คำแนะนำแก่ประชาชนเรื่องการรับประทานอาหารคือ การลดการบริโภคเกลือและไขมัน และส่งเสริมให้เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และอาหารที่มีกากใย</p>

หัวข้อ	เนื้อหา
<p>สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)</p>	<p>- วิธีการให้คำแนะนำมีหลายแบบไม่ว่าจะเป็นแบบตัวต่อตัว กลุ่ม หรือการให้เอกสารคู่มือ โดยระยะเวลาการให้คำปรึกษาจะอยู่ประมาณ 50 ชั่วโมง หรือมากกว่า 4 ปี โดยเฉลี่ยประมาณ 10 เดือน</p> <p>(The Dietary Improvements Recommended to the People in the Intervention Groups Centred Largely on the Reduction of Salt and Fat Intake and an Increase in the Intake of Fruit, Vegetables, and Fibre. Advice was Delivered in a Variety of ways, Including one-to-one Contact, Group Sessions, and Written Materials. There were Variations in Intensity of Intervention, Ranging from one Contact per study Participant to 50 hours of Counselling over 4 years. The Duration of the Trials Ranged from 3 months to 4 years, with a Median Follow-up Period of 10 Months)</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Metabolic Syndrome and Risk of Incident Cardiovascular Events and Death:A Systemic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies
ชื่อผู้วิจัย	Apoor S. Gami, Brandi Witt, Daniel Howard (2007)
แหล่งตีพิมพ์	Journal of American College of Cardiology Volume 49, Issue4, 30 Jan 2007, page 403-414
ระดับหลักฐาน	ระดับ 1 (Systematic Review of RCT)

หัวข้อ	เนื้อหา
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)	เพื่อประเมินความเกี่ยวข้องระหว่าง Metabolic Syndrome กับอาการ โรคหัวใจและการเสียชีวิต
รูปแบบงานวิจัย (Research Design)	ระดับ 1 Meta –Analysis
สถานที่ดำเนินการวิจัย (Setting)	ไม่ระบุ (Hand and Electronic Databases Search to Included 43 Unique Cohorts.)
กลุ่มตัวอย่าง (Samples/Subjects)	172,573 ราย ซึ่งเป็นคนที่มีภาวะดังนี้ น้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) โรคอ้วนลงพุง (Abdominal Obesity) ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (Hypertriglyceridemia) ไขมันชนิดดีในเลือดต่ำ (Lowhigh-Density Lipoprotein Cholesterol Concentration) และความดันโลหิตสูง (Hypertension)
ตัวแปรต้น (Independent Variable)	Metabolic Syndrome
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดและการเสียชีวิต (Cardiovascular Events and Death)
การวัดผลลัพธ์ (Outcome Measure)	ไม่ได้ระบุ
ผลที่ได้และค่าคะแนน (Conclusion & Score)	Metabolic Syndrome มีผลให้เพิ่มความเสี่ยงการเกิดอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดและการเสียชีวิต 1.78 (95% CI 1.58 to 2.00)
สิ่งที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล	การให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมจะทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและการเสียชีวิต

ผนวก ข.

แบบประเมิน

แบบประเมินชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป

พัฒนาจากแนวทางการประเมินความเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามงานวิจัยที่ค้นหา และเอกสาร Effectiveness-based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women 2011 Update: A Guideline From the American Heart Association. (2011), Preference for Full-Fat Over Low-Fat Foods Among Individuals Suffering From Coronary Heart Disease and Health Controls (2009), สถานการณ์ด้านอาหารและโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด (Diet and Cardiovascular Disease) โดย วงสวาท โกศลวัฒน์ สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล คัดแปลงจากเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ของวิไลลักษณ์ พิมรินทร์ (2549)

แบบประเมินชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

คัดแปลงจากเครื่องมือการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ของวิไลลักษณ์ พิมรินทร์ (2549) จากเครื่องมือประเมินพฤติกรรมของผู้มารับบริการในการควบคุมระดับไขมันในเลือด ของ สุธิดา ชีระพิทยานนท์ (2550) คัดแปลงมาจากเครื่องมือส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกิตติ เอื้อพงษ์ (2550)

แบบประเมินชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Perceived Probability)

คัดแปลงมาจากเครื่องมือส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกิตติ เอื้อพงษ์ (2550) คัดแปลงมาจากเครื่องมือส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ของจิตรา สุดสงวน (2549) คัดแปลงมาจากเครื่องมือ The Effects of Motivation Interview on Physiological Outcomes. ของ Rebecca Kreman, Bernice C. Yates, Sangeeta Agrawal, Kathryn Fiandt, Wayne Briner, Scott Shurmur (2006)

แบบประเมินชุดที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องในการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

คัดแปลงมาจากเครื่องมือส่วนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ของจิตรา สูดสงวน (2549) คัดแปลงมาจากเครื่องมือส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่วนที่ 6 แรงจูงใจในการปฏิบัติตัวส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกิตติ เอื้อพงษ์พร (2550)

แบบประเมินชุดที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Behavior Change) คัดแปลงมาจากเครื่องมือ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของจิตรา สูดสงวน (2549) และจากเครื่องมือส่วนที่ 2 ของ กิตติ เอื้อพงษ์พร (2550)

แบบประเมินชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน (สำหรับพยาบาล)
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
- ที่อยู่.....โทรศัพท์.....รายได้.....บาท/เดือน
 สถานภาพสมรส.....การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา.....โรคประจำตัวและการใช้ยา.....
- น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/ตารางเมตร

หมายเหตุ	ระดับปกติ	BMI	18.5 – 22.90
	น้ำหนักเกิน		มากกว่าหรือเท่ากับ 23
	อ้วน		23.00 - 24.99 (เริ่มมีปัจจัยเสี่ยง)
	อ้วนระดับ 1		25.00 - 29.99
	อ้วนระดับ 2		มากกว่าหรือเท่ากับ 30

(ภาวะดัชนีมวลกายของคุณเป็นแบบไหน)

ส่วนที่ 2 ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินและรายละเอียดของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ

- จำนวนมื้ออาหาร.....มื้อ
 ช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร
 อาหารเช้า.....น.
 อาหารกลางวัน.....น.
 อาหารเย็น.....น.
- ชนิดอาหาร/ลักษณะอาหาร ที่รับประทานในแต่ละมื้อ
 อาหารมื้อเช้า.....
 อาหารมื้อกลางวัน.....
 อาหารมื้อเย็น.....
 อาหารว่าง.....
 เครื่องดื่มต่าง ๆ
 ขนมหวาน อาหารขบเคี้ยว.....

(คูปริมาณอาหารและลักษณะอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ ตลอดจนช่วงเวลาที่รับประทานอาหารเช้าไป)

แบบประเมินชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

(Perceived Severity) อันเนื่องมาจากภาวะค้ำหนัมวถายเกิน (สำหรับผู้รับบริการ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. โรคหลอดเลือดหัวใจเป็น โรคเรื้อรังที่ไม่มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต					
2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากหัวใจล้มเหลว คือ ภาวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น ไตสมองขาดเลือดไปเลี้ยง					
3. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นผลมาจากมีการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจ					
4. กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายจะไม่ทำให้สมรรถภาพของหัวใจลดลง					
5. ภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันอย่างสมบูรณ์จะทำให้ช็อคและเสียชีวิตอย่างฉับพลันภายใน 3-5 นาทีเท่านั้น					
6. ภาวะที่หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นทำให้หัวใจล้มเหลว					
7. ผู้ป่วยที่เป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อุดตันมาก ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด					
8. ภาวะค้ำหนัมวถายเกินคือภาวะที่มีค่าค้ำหนัมวถายมากกว่า 23.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร					
9. การรับประทานยาที่ถูกต้องส่วนตามหลักโภชนาการสามารถป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ					

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10. ภาวะอ้วนไม่ได้ส่งเสริมก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ					
11. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และหมั่นดูแลสุขภาพ น้ำหนักตัวไม่ได้ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ					
12. อาหารพวกของมัน ของทอด อาหารเฟรนฟรายส์ เช่น มันฝรั่ง ถั่วทอด ขนมกรุบกรอบ ก่อให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินและทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ					
13. อาหารที่มีรสหวานจัด เช่น อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารที่มีแป้งเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมบัวลอย ถั่วบวชชี ข้าวเหนียวทุเรียน ก่อให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกินและทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ					
14. การรับประทานผักและผลไม้, รับประทานข้าวหรือธัญพืชไม่ได้ทำให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน					
15. การควบคุมน้ำหนักและร่างกายที่ไม่ได้สัดส่วน มีประโยชน์น้อย ต่อการควบคุมภาวะดัชนีมวลกายเกิน					
16. การบริโภคอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต น้ำตาล มากเกินไปไม่ก่อให้เกิดภาวะดัชนีมวลกายเกิน					

ผลการประเมิน

ระดับคะแนน 10.69-16.00

= มีความรุนแรงระดับน้อย

ระดับคะแนน 5.35-10.68

= มีความรุนแรงปานกลาง

ระดับคะแนน 0.00-5.34

= มีความรุนแรงระดับมาก

แบบประเมินชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

(Perceived Probability) เนื่องจากภาวะดัชนีมวลกายเกิน (สำหรับผู้รับบริการ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. อายุที่มากขึ้นทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเพิ่มขึ้น					
2. โอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกี่ยวข้องกับประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนวัยอันควรของสมาชิกในครอบครัว					
3. ภาวะดัชนีมวลกายเกิน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน					
4. ความอ้วนไม่ทำให้เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ					
5. การกินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง เต้าหู้เป็นประจำช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลง					
6. การกินไก่ทอด เฟรนฟาย หรือหมูปิ้ง ไม่ได้เป็นปัจจัยส่งเสริมในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ					
7. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
8. การกินอาหาร เช่น ไข่แดง ไข่นกกระทา ไข่ปลา หอยนางรม ปลาหมึก เป็นประจำทำให้ระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง					
9. การกินอาหารจานด่วนในปริมาณมาก เป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้					
10. การกินอาหารจานด่วนในปริมาณมากเป็นประจำ ทำให้เกิดโรคอ้วน					
11. การกินผักและผลไม้เป็นประจำ ทำให้ลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ					
12. การกินผลไม้เป็นอาหารว่างแทนอาหารจานด่วน ไม่ทำให้เกิดโรคอ้วน					
13. การกินอาหารประเภทต้ม ยำ นึ่ง ย่าง แทนอาหาร ประเภททอด ผัด สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ					
14. การกินขนมเค้ก ขนมปังหวาน ไอศกรีม ช็อคโก แลตไม่ทำให้เกิดโรคอ้วน					

ผลการประเมิน

ระดับคะแนน 9.35 - 14

= โอกาสเสี่ยงระดับมาก

ระดับคะแนน 4.68 - 9.34

= โอกาสเสี่ยงปานกลาง

ระดับคะแนน 0.00 - 4.67

= โอกาสเสี่ยงระดับน้อย

แบบประเมินชุดที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) เมื่อปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการป้องกันภาวะดัชนีมวลกายเกิน (สำหรับผู้รับบริการ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ตรงกับความคิดและความเชื่อของท่านเพียงข้อเดียว

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านคาดว่ากรกินอาหารจานด่วนลดลง ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ					
2. ท่านคาดว่ากรกินอาหารจานด่วนลดลงจะไม่ทำให้เป็นโรคอ้วน					
3. ท่านคาดว่ากรกินอาหารประเภทไข่แดง ไข่ชนก กระเทียม เครื่องในสัตว์ หอยนางรม ปลาหมึกลดลง ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ					
4. ท่านคาดว่ากรกินนมพร่องมันเนยแทนนมที่มีไขมันเนยไม่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง					
5. ท่านคาดว่ากรกินผักผลไม้หลากหลายเป็นประจำ จะไม่ทำให้เป็นโรคอ้วน					
6. ท่านคาดว่ากรกินพืชผัก ใบเขียว เหลือง เป็นประจำไม่ทำให้ไขมันสะสมในหลอดเลือด					
7. ท่านคาดว่ากรกินผัก ผลไม้ ให้หลากหลายทุกวัน ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
8. ท่านคาดว่ากรรทลลเกดเลดงอหอรประเภทไขม่น (กะทล ไขแคง ไขวขหมู ไขวมน ไขว) ช่วปองกันการ เกดโรคหลอดเลอดหัวใจ					
9. ท่านคาดว่ากรรควบคุมระดบไขม่นในเลอดให้อยู่ ในภาวะปกติ ช่วปองกันการเกดโรคหลอดเลอด หัวใจ					
10. ท่านคาดว่ากรรกินขนมหวานให้น้อยลงทำให้ น้ำหนักลดลงได้					
11. ท่านคาดว่ากรรงดดื่ม ซา กาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือเครื่องดืมที่มี แอลกอฮอล์สามารถปองกันโรคหลอดเลอดหัวใจได้					
12. ท่านคาดว่ากรรควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติสามารถลดการเกดโรคหลอดเลอดหัวใจได้					

ผลการประเมิน

ระดับคะแนน 8.01 - 12.00

= ความคาดหวังอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนน 4.01 - 8.00

= ความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 0.00 - 4.00

= ความคาดหวังอยู่ในระดับน้อย

แบบประเมินชุดที่ 5 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ลดการรับประทานอาหารที่ใส่กะทิ ทอดด้วยน้ำมัน เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องใน สัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล ข้าวขาหมู ขา หมูพะโล้					
2. ลดการรับประทานขนมหวานทุกชนิด					
3. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน					
4. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
5. ควบคุมไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูง					
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
7. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
8. ควบคุมตัวเองไม่ให้เกิดความเครียด					
9. ลดการใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร					
10. เติมเกลือ/น้ำตาล/ซอส ในอาหารที่ ปรุงเสร็จแล้ว					
11. รับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือ หวานจัด					
12. รับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง					

ผลการประเมิน

ระดับคะแนน 8.01 - 12.00

= พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนน 4.01 - 8.00

= พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 0.00 - 4.00

= พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับน้อย

ผนวก ค .

เอกสารประกอบการสอน
ภาวะดัชนีมวลกายเกินกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อ	นามสกุล	อายุ	ปี
BMI	(น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง)		
ระดับปกติ	BMI	18.5 - 22.90	
น้ำหนักเกิน		มากกว่าหรือเท่ากับ 23	
อ้วน		23.00 - 24.99	(เริ่มมีปัจจัยเสี่ยง)
อ้วนระดับ 1		25.00 - 29.99	
อ้วนระดับ 2		มากกว่าหรือเท่ากับ 30	

(ภาวะดัชนีมวลกายของคุณเป็นแบบไหน)

โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง โรคที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออาจถึงกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยจะแสดงอาการเช่น เจ็บหน้าอก มีการเต้นผิดจังหวะของหัวใจหรือเสียชีวิตอย่างฉับพลัน

ซึ่งสาเหตุจากการเกิดโรค เนื่องจากการหนาตัวของผนังเส้นเลือดหัวใจ จากการที่มีไขมันไปสะสมในผนังเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดหนาตัวขึ้น หรือมีการเสื่อมของเส้นเลือดและมีการตีบของเส้นเลือดตามมา



ที่มา : มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย (2552)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่ามาตรฐานที่ใช้บอก เรียกว่า ค่าดัชนีมวลกายเกิน หรือ BMI คนที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจะมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน และเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้

1. มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด ผัดมัน แกงกะทิ ไข่กรอก กุนเชียง แสมเบอร์เกอร์ แซนวิช
2. มีการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันและหนัง เช่น อาหารพวกมันทอด มีกะทิเป็นส่วนประกอบ หมูสามชั้น
3. มีการรับประทานอาหารที่เป็นขนมปัง หรือเบเกอรี่ที่ใส่เนย หรือน้ำตาลมาก เช่น โดนัท พาย เค้ก คุกกี้
4. มีการรับประทานอาหาร ในส่วนของเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง เช่น น้ำหวาน นม หรือน้ำอัดลม
5. รับประทานเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
6. ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน และเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ (ต่อ)

7. การสูบบุหรี่
8. อ้วนลงพุง
9. ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และระดับไขมันในเลือดสูง
10. ขาดการออกกำลังกาย

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้

1. อายุ เมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหัวใจขยายตัวไม่ดีและเกิดการตีบแข็งของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
2. เพศ พบว่าการไหลเวียนเลือดไปกล้ามเนื้อหัวใจในเพศชายลดลงมากกว่าเพศหญิง ในเพศชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและเพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนหรืออายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป

3. พันธุกรรม (โดยมีประวัติ พ่อ แม่ เป็น โรคหลอดเลือดแดงก่อนวัยอันควร)

อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน

1. เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดหนังและมัน
2. เลือกรับประทานปลาทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
3. เลือกคีนอม และผลิตภัณฑ์นมชนิดพร่องมันเนย
4. รับประทานอาหารที่มีเส้นใยให้มากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง
5. รับประทานอาหารประเภทต้ม ตุ่น นึ่ง ย่าง อบ ยำ แทนการทอดหรือผัดมัน
6. ควรเลือกใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง
7. รับประทานผัก และ ผลไม้เป็นประจำ
8. หลีกเลี่ยงขนมหวานให้มากที่สุด
9. ควรมีการบริโภคเนื้อปลา และอาหารประเภทหนึ่งเป็นประจำทุกวันร่วมกับมีการออกกำลังกาย
10. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ควรรับประทานโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200mg/d
11. ควรใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด เนื่องจากมีกรดไลโนเลอิก

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย คือ การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายมีการใช้พลังงาน เกิดการเผาผลาญอาหารที่เก็บเอาไว้ในสภาพ แข็ง ไขมัน ให้เกิดเป็นพลังงาน

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพดี คือ การออกกำลังกายที่ต้องทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยด้วย การทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นกว่าปกติประมาณเท่าตัวหรือเกือบเท่าตัวเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที และสัปดาห์ละอย่างน้อย

3-4 วัน วันละ 1 ครั้ง โดยสม่ำเสมอ เช่นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมากนัก ต้องใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญพลังงาน และต้องใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ เช่น ขาหรือแขนอย่างต่อเนื่องนานพอ หนักพอ และบ่อยครั้งพอ

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

- ลดความอ้วน เพิ่มกล้ามเนื้อ จึงทำให้น้ำหนักอาจไม่ลดลง
- ลดไขมันในเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้ดีขึ้น ถ้าออกกำลังกายที่ถูกต้องสม่ำเสมอ ซิทหรือหัวใจจะเต้นช้าลง ซึ่งเป็นการประหยัดการทำงานของหัวใจ
- ช่วยทำให้ร่างกายนำไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ได้ดีกว่าเดิม เป็นการประหยัดการใช้แป้งที่มีอยู่น้อย
- ทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาโรค ลดเวลาที่จะหยุดงานจากการเจ็บป่วย ทำให้ประชาชนมั่งคั่ง ประเทศชาติมั่นคง ร่างกายแข็งแรงอยู่ตลอดเวลา

หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

- ต้องเป็นการออกกำลังกายที่ทุกส่วนของร่างกายได้เคลื่อนไหว ยืดหด
- ต้องค่อยเป็นค่อยไป แล้วจึงค่อยๆเพิ่มปริมาณทีละน้อยๆ เพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้น และเพิ่มความยากขึ้นตามลำดับ จนร่างกายอยู่ตัว แต่อย่าให้เกินกำลังของคนที่รับไหวหรือทนได้
- ก่อนและหลังออกกำลังกายทุกครั้งควรมีการอบอุ่นร่างกาย
- ต้องออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน ไป หรือทำวันเว้นวัน สลับก็ หรือทำทุกวัน ได้จะยิ่งดี
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม ควรทำอย่างต่อเนื่องประมาณ 20 นาทีเป็นอย่างน้อย แต่ถ้าเดินต้องเดินเร็ว ๆ 40 นาทีรวดเดียว
- การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ในหนึ่งสัปดาห์ควรทำ 3 ครั้ง แต่ไม่ควรทำมากกว่า 6 ครั้ง เพื่อเป็นการพักผ่อน

วิธีการเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและเพศ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องควรเลือกให้เหมาะสมกับ อายุ เพศ และสภาพร่างกาย โดยแบ่งตามระดับอายุดังนี้

- กลุ่มอายุ 18-35 ปี เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และวัยกลางคืน กลุ่มนี้ส่วนหนึ่งจะอยู่ในเกณฑ์วัยรุ่นตอนปลายแล้ว การออกกำลังกายจึงควรเน้นการฝึกให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของร่างกาย ฝึกทักษะที่ยากสลับซับซ้อนขึ้นและมีหลากหลาย เช่น วิ่ง ถีบจักรยานว่ายน้ำ เล่นแอโรบิค เล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ เน้นการออกให้เป็นประจำ
- กลุ่มอายุ 36-55 ปี เป็นกลุ่มวัยกลางคนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นวัยที่กำลังของร่างกาย ไม่แข็งแรงอดทน การออกกำลังกายควรเน้นการฝึกความอดทน การฝึกทำซ้ำ ๆ แบบง่าย ๆ ไม่ออกกำลังกายหนักเกินไป เช่น การวิ่งระยะสั้น ๆ การแกว่งแขน การว่ายน้ำ เล่นแอโรบิค เล่นกีฬาประเภทไม่ต้องการแรงปะทะมาก เช่น ห่วงยาง ตะกร้อข้ามตาข่าย วอลเลย์บอล ยกน้ำหนัก รำกระบอง รำมวยจีน (ไทเก๊ก) ฝึกโยคะ ออกกำลังกายแบบสบาย ๆ ปานกลาง ไม่หักโหมรุนแรง ใช้เวลามากขึ้น
- กลุ่มอายุ 56 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มผู้เข้าสู่วัยทอง กำลังเข้าสู่ผู้สูงอายุจึงต้องปฏิบัติตนในการออกกำลังกายตามที่หมอแนะนำ
 - * การหาอัตราเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมายในระดับความเข้มข้น 50% โดยใช้สูตรของ American College of Sport Medicine ซึ่งหาอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ โดยเอา อายุลบออกจาก 220 จะได้อัตราเต้นสูงสุดของหัวใจของคน ๆ นั้น

ปริมาณพลังงานที่พบในอาหาร
ชนิดเครื่องดื่ม

ชนิด	ปริมาณ	ปริมาณพลังงาน (แคลอรี)
กาแฟ (น้ำตาล 2 ช้อน ครีม 2 ช้อนชา)	1 ถ้วย	6-5
โค้ก แป็บซี่	1 แก้ว	100
ช็อคโกแลต ร้อน /เย็น	1 แก้ว	280
ชา (น้ำตาล 2 ช้อน)	1 ถ้วย	42
ชาจีน	1 ถ้วย	2
ชาเย็น	1 แก้ว	81
นมถั่วเหลือง	1 แก้ว	150
นมสด (240 ซีซี)	1 กล่อง	150
น้ำส้มคั้น	1 แก้ว	160
แฟนต้า เขียว แดง อุ่น	1 แก้ว	120
ชาคูลท์	1 ขวด	90
รุตเบียร์	1 แก้ว	105
ไวตามิลค์	1 ขวด	150
สไปร์ท	1 แก้ว	110
โอเลี้ยง	1 แก้ว	103
โอวัลติน เย็น/ร้อน	1 แก้ว	220
ไอซ์ที	1 แก้ว	85

ผลไม้

ชนิด	ปริมาณ	ปริมาณพลังงาน (แคลอรี)
กล้วยไข่สุก	1 ผลกลาง	40
กล้วยน้ำว้า	1 ผลเล็ก	40
กล้วยหอมสุก	½ ผลกลาง	40
แคนตาลูป(250กรัม)	1 ชิ้น	40
เงาะ	3 ผลกลาง	40
แตงโม(250กรัม)	1 ชิ้น	40
ทุเรียน	½ เม็ดกลาง	40
น้อยหน่า	½ ผลกลาง	40
ฝรั่งกลมสาลี่	½ ผลกลาง	40
พุทราแอปเปิ้ล	3 ผลใหญ่	40
มะม่วงสุก	½ ผลกลาง	40
มะละกอ(90กรัม)	1 ชิ้น	40
มังคุด	3 ผลกลาง	40
ละมุด	1 ผลกลาง	40
กลางสาด	7-10 ผล	40
ลำไย	5-6 ผลกลาง	40
ลิ้นจี่	3 ผลกลาง	40
ส้มเขียวหวาน	1 ผล	40
ส้มโอ	2 กลีบ	40
สับปะรด(85กรัม)	1 ชิ้น	40
องุ่น	12 ผล	40
แอปเปิ้ล	1 ผลกลาง	40

สัดส่วนอาหารที่ธงโภชนาบัญญัติ แนะนำให้คนไทยวัยทำงาน บริโภคในวัน
โดยแบ่งตามเพศ อายุ และพลังงานที่ควรได้รับ

กลุ่มอาหารที่ควรกินครบใน 1 วัน	หญิงวัยทำงานอายุ 25-60 ปี ควรได้รับพลังงานวันละ 1600 กิโลแคลอรี	-วัยรุ่นหญิง-ชาย อายุ 18-25 ปี -ชายวัยทำงานอายุ 25-60 ปี ควรได้รับพลังงานวันละ 2000 กิโลแคลอรี
ข้าว-แป้ง	8 ทัพพี	10 ทัพพี
ผัก	4 ทัพพี	5 ทัพพี
ผลไม้	3 ส่วน	4 ส่วน
เนื้อสัตว์	6 ช้อนกินข้าว	9 ช้อนกินข้าว
นม	2 แก้ว	1 แก้ว หรือถ้าไม่ดื่มนม กิน ปลา ชาร์คีน 1 กระป๋อง หรือ ปลาเล็กปลาน้อย 2 ช้อนกิน ข้าว

หมายเหตุ : ผลไม้ 1 ส่วน เท่ากับ กล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือกล้วยหอม ½ ผล หรือ ส้มเขียวหวาน 1
ผลใหญ่ หรือเงาะ 4 ผล หรือ ฝรั่ง ½ ผลกลาง ถ้าเป็นผลใหญ่ได้แก่ มะละกอ ตับปรด
ประมาณ 6-8 คำ

ปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดในอาหารชนิดต่าง ๆ ในส่วนที่รับประทานได้ 100 กรัม

ชนิดอาหาร	ไขมัน(กรัม/100กรัม)	โคเลสเตอรอลในเลือด (มก./100 กรัม)	กรดไขมันอิ่มตัวร้อยละของไขมันทั้งหมด
ไข่ไก่ ไข่แดง	30	1250	34.9
ไข่ไก่ทั้งฟอง	8.6	427	35.7
ไข่นกกระทา	13.2	508	37.4
ไข่ขาว ไข่	0.3	-	32.1
ตับ หมู	5.2	364	41.1
ตับ ไข่	7.9	336	42.4
ตับ เป็ด	3.5	235	40.5
หมู	3.0	235	33.1
หมู ขา	18	66	29.4
หมู สันใน	3.3	55	36.6
หมู แสมทอด	7.9	66	27.9
วัว เนื้อ	1.7	65	45.5
วัว สันใน	3.3	55	36.6
วัว นมวัว	3.9	17	63.7
น่องไก่	10	100	29.6
อกไก่ ไม่ติดหนัง	1.5	63	32.4
เป็ด เนื้อ	2.2	82	31
กุ้งแช่บ๊วย	0.9	192	30.8
กุ้งกุลาดำ	1.2	175	31.6
มันกุ้งนาง	34	138	38.3
หอยแมลงภู่	1.6	148	32.1
หอยแครง ลวก	1.5	195	35.9
ปูทะเล	1.5	195	29.5
ปูทะเล มัน	0.4	361	39.1
ปลาหมึกกล้วย เนื้อ	4.7	251	34

ชนิดอาหาร	ไขมัน(กรัม/100กรัม)	โคเลสเตอรอลในเลือด (มก./100 กรัม)	กรดไขมันอิ่มตัวร้อยละของไขมันทั้งหมด
ปลาช่อน เนื้อ	4.3	44	31.5
ปลาจระเม็ด	2.6	56	48.5
เนย	82.4	186	65.4
เนยแข็ง	29.7	94	61.9



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีค่านีวมวลกายเกิน ได้ตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เฉียมจรัสรังสี
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา
ผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ฝ่ายวิจัย
3. คุณพรนิภา เอื้อเบญจพล
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระดับ 8 (พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล นางสาวจันทร์ น้าดอกมะลิ
 วัน เดือน ปีเกิด 11 ธันวาคม พ.ศ. 2521
 ที่อยู่ปัจจุบัน 223 หมู่ 6 ตำบลนาเกลือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี
 รหัสไปรษณีย์ 20150

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล
 สภากาชาดไทย
 พ.ศ. 2556 ศึกษาต่อระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2544 – 2546 พยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิกฤติและพยาบาลด้าน ไตเทียม
 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
 พ.ศ. 2546 - 2550 พยาบาลวิชาชีพตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 พ.ศ. 2550 - ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์