

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง  
อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

Effects of a Stroke Prevention Program among High Risk Elderly,  
Ko Kha District, Lampang Province

Miss Sirirat Phanphop



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง  
อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง  
ชื่อและนามสกุล นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ  
แขนงวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. อาจารย์ พันตรีหญิง ดร.นภาพิณ จันทขัมมา  
2. รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนุ่ยศรี

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



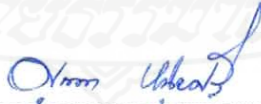
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อภาพร เฒ่าวัฒนา)



กรรมการ

(อาจารย์ พันตรีหญิง ดร.นภาพิณ จันทขัมมา)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนุ่ยศรี)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรังค)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

**ผู้วิจัย** นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ **รหัสนักศึกษา** 2595100385 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) พันตรีหญิง ดร.นภาพีญา จันทขัมมา (2) รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี **ปีการศึกษา** 2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ และ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และมีระดับไขมันแอลดีแอลสูงกว่า 100 มก./ดล. ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยตำบลไหล่หินเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลลำปางหลวงเป็นกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยมี 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**คำสำคัญ** ผู้สูงอายุ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโรคความดันโลหิตสูง

**Thesis title:** Effects of a Stroke Prevention Program among High Risk Elderly, Ko Kha District, Lampang Province

**Researcher:** Miss Sirirat Phanphop; **ID:** 2595100385; **Degree:** Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner); **Thesis advisors:** (1) Dr. Napaphen Jantacumma, Major; (2) Dr. Mukda Nuysri, Associate Professor; **Academic year:** 2018

### Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare the differences of stroke prevention behaviors, levels of LDL cholesterol, and levels of blood pressure in the experimental group before and after participating in the stroke prevention program and 2) to compare the differences among stroke prevention behaviors, levels of LDL cholesterol and levels of blood pressure after participating in the program between the experimental and comparison groups.

The sample was recruited by the purposive sampling technique with the inclusion criteria i.e. elderly patients with hypertension and levels of LDL cholesterol higher than 100 mg/dl at KoKha District, Lampang Province. Thirty elderly persons from Lai Hin subdistrict were put in the experimental group and 30 elderly persons from Lampang Luang subdistrict were put in the comparison group. Two tools were used in this research. 1) The stroke prevention program was developed based on the protection motivation theory and use for 12 weeks training. 2) Questionnaires were used for data collecting. The content validity of the tools was verified by 5 experts, and the CVI was 0.90. The Cronbach's alpha coefficients of behaviors for stroke prevention were 0.92. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results after the experimental were as follows. 1) The stroke prevention behaviors, levels of LDL cholesterol, and levels of blood pressure of elderly in the experimental group were better than before participating the program at the level .05. 2) The stroke prevention behaviors, levels of LDL cholesterol, and levels of blood pressure of the experimental group were significantly better than that of the comparison group at the level .05.

**Keywords:** Elderly, Stroke prevention program, Protection motivation theory, Hypertension

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ อาจารย์ พันตรีหญิง ดร. นภาพิญา จันทขัมมา และรองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ คอยกระตุ้นเตือนพร้อมทั้งให้กำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปาหนัน พิษยภิญโญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล นายแพทย์พงศธร ชุ่มแสง คุณสมเพ็ชร ชัดทะเสมา และคุณเบญจวรรณ ศาสตราบุรุษ ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ทุกท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ได้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าอย่างยิ่งแก่ศิษย์ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณคุณพ่อสอาด คุณแม่เนืองนิจ ผ่านภพ ผู้ให้กำเนิด ซึ่งวางรากฐานชีวิตเป็นแรงบันดาลใจและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอกะลา คณะเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจู้ด เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลบ้านไหล่หิน อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม ระหว่างการศึกษาเป็นอย่างดี

ความดีอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

ศิริรัตน์ ผ่านภพ

ตุลาคม 2562

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามคำศัพท์.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคหลอดเลือดสมอง.....	12
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันโรค.....	23
บริบทการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน.....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	56
การดำเนินการวิจัย.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	67

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	68
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	69
ตอนที่ 2 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง.....	75
ตอนที่ 3 ความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง.....	78
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	82
สรุปการวิจัย .....	82
อภิปรายผล .....	87
ข้อเสนอแนะ .....	92
บรรณานุกรม .....	94
ภาคผนวก .....	104
ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย.....	105
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	107
ค หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยการวิจัย หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และหนังสือขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย.....	109
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	118



สารบัญ (ต่อ)

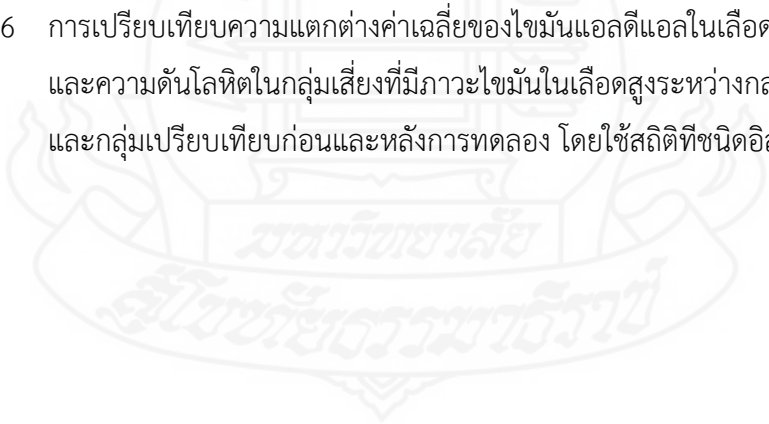
หน้า

ภาคผนวก (ต่อ)

จ ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ	
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลอง ละกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที่ชนิดอิสระ	
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือด และความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ	
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและ ความดันโลหิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที่ชนิดอิสระ.....	132
ฉ การทดสอบ Assumption กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test.....	135
ช แผนการให้ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง.....	138
ซ คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มี ภาวะไขมันในเลือดสูง.....	156
ณ สมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง.....	164
ญ สมุดบันทึกการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	173
ประวัติผู้วิจัย .....	187

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	69
ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	72
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ.....	75
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่ชนิดอิสระ.....	76
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือด และความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ.....	78
ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของไขมันแอลดีแอลในเลือด และความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่ชนิดอิสระ.....	80



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	66



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติก่อให้เกิดอาการแสดงทางพยาธิสภาพหรือนำไปสู่การเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 17 ล้านคน (World Stroke Organization, 2017) และเป็นสาเหตุความพิการเป็นอันดับ 3 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2016)

จากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2559) พบว่า ปี 2551 ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวน 43,778 คน คิดเป็นอัตราความชุก 140.42 ต่อประชากรแสนคน ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2556 มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 228,836 คน คิดเป็นอัตราความชุก 352.30 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนั้นโรคหลอดเลือดสมองยังเป็น 1 ใน 4 กลุ่มโรคหลักที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของโรคไม่ติดต่อในทุกกลุ่มอายุ จากสถิติสาธารณสุข 5 ปี ย้อนหลังจาก ปี พ.ศ. 2553 ถึง ปี พ.ศ. 2557 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 27.53 เป็น 30.04, 31.69, 36.13 และ 38.66 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกที่สูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ด้วยอัตรา 5,096 ต่อ 100,000 ประชากรโลก (World stroke organization, 2017)

โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2537 คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั่วประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2560 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต และส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงรวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระยะยาว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 20,675 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยอัมพาตร้อยละ 56.19 และผู้ป่วยเนื้องอกสมองตายจากการขาดเลือดร้อยละ 26.14 และ จากรายงานการศึกษาภาระโรคของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2552 โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันดับที่ 1 ของประเทศ พบผู้เสียชีวิต จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 10.4 และ เพศหญิงร้อยละ 14.4 การสูญเสียด้านสุขภาพในหน่วยปีสุขภาพที่สูญเสีย (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 6.4 และเพศหญิงร้อยละ 8.0 ส่วนปีสุขภาพที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLLs) จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 7.9 และเพศหญิงร้อยละ 10.5 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้สรุปถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2551 สูงถึง 20,632 ล้านบาทต่อปี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2553 ระบุถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมการไม่ควบคุมระดับไขมันในเลือด พฤติกรรมการไม่ควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการไม่ควบคุมระดับน้ำตาล และการสูบบุหรี่ (Price, 2015) ซึ่งหลักฐานวิชาการในปัจจุบันพบว่า โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่หรือการรับควันบุหรี่จากผู้อื่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และภาวะอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยการเริ่มต้นดูแล เอาใจใส่สุขภาพของตนเองโดยการหมั่นตรวจสุขภาพและลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด โดยรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ งดสูบบุหรี่และงดบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ (วนิดา ศรีพรหมษา, 2560)

จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มของอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2556-2560 มีอัตราความชุก 988.85, 1,121.74, 1,222.92, 956.05 และ 1,308.62 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย 223.56, 118.93, 128.14, 204.81 และ 177.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2560) และอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานอัตราป่วยโรงพยาบาลเกาะคาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556-2560 มีอัตราความชุกด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 701.43, 764.68, 809.59, 673.73 และ 886.64 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 296 คน คิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับ 633.92 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย ปี พ.ศ.

2560 ซึ่งเท่ากับ 470.39 ต่อประชากรแสนคน (HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้จำนวน 128 คน คิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับ 274.27 ต่อประชากรแสนคน และจากรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเกาะคา อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดลำปาง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556-2560 พบผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยมีสาเหตุเกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 114, 122, 115, 121 และ 128 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 20.39, 21.91, 20.24, 21.36 และ 22.61 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (โรงพยาบาลเกาะคา, 2560) ส่วนตำบลไหล่หิน อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดลำปาง พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไขมันในเลือดสูงเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2556-2560 มีอัตราความชุก 182.28, 255.52, 310.90, 237.83 และ 405.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย 54.68, 73.01, 128.02, 73.19 และ 92.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (โรงพยาบาลเกาะคา, 2560) และตำบลลำปางหลวง อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดลำปาง พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไขมันในเลือดสูงเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2556-2560 มีอัตราความชุก 343.95, 360.04, 380.92, 236.88 และ 384.05 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และอัตราตาย 126.72, 90.01, 90.69, 109.33 และ 128.02 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จากการดำเนินงานให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หินที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ จากการทดสอบความรู้โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 60 อีกทั้งยังไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่อพัฒนาพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย เพื่อช่วยปรับภาวะไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การพัฒนาโปรแกรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีการใช้แนวคิดและทฤษฎีหลายทฤษฎีในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม เช่น การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมโดยใช้แนวคิดแบบจำลองพีรอสต์-โพรอสต์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ขจรพรรณ

คงวิวัฒน์, 2559) การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า สามารถส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สูงกว่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รัตนายอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี, 2554) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) มาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นปัจจัยที่จะเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคประกอบด้วยแนวคิด การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำไปสนับสนุนในส่วนของการรับรู้ความเข้าใจ และการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตน สามารถนำไปสนับสนุนในส่วนของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงสอดคล้องเหมาะสมกับแนวคิดทฤษฎีนี้ เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ ตัวแปรที่ส่งผลให้บุคคลเพิ่มหรือลดความกลัว ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) ซึ่งได้นำแนวคิดที่สำคัญจาก 2 ทฤษฎี ได้แก่ โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) มารวมกัน ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบด้วยการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง การประเมินสุขภาพ และการเสริมแรงจูงใจด้วยการเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสามารถส่งผลให้ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดลดลงอยู่ในระดับปกติ มีสุขภาพดี และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้ต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) มาพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่า การทำให้เกิดการรับรู้ของบุคคล เชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นแรงจูงใจในการป้องกันโรค ช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ถึงความเสี่ยงและความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีความตระหนักว่าตนมีความเสี่ยงด้านสุขภาพซึ่งหากปล่อยไว้จะเกิดความร้ายแรง มีความตั้งใจและมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง สามารถวางแผนให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบด้วย 1) สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้ และการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ 2) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้ และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากตัวแบบเชิงบวก และ 4) การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการประเมินอาการเมื่อเข้าสู่ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนโดย การเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ รวมถึงการเยี่ยมบ้าน เสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดย อสม.

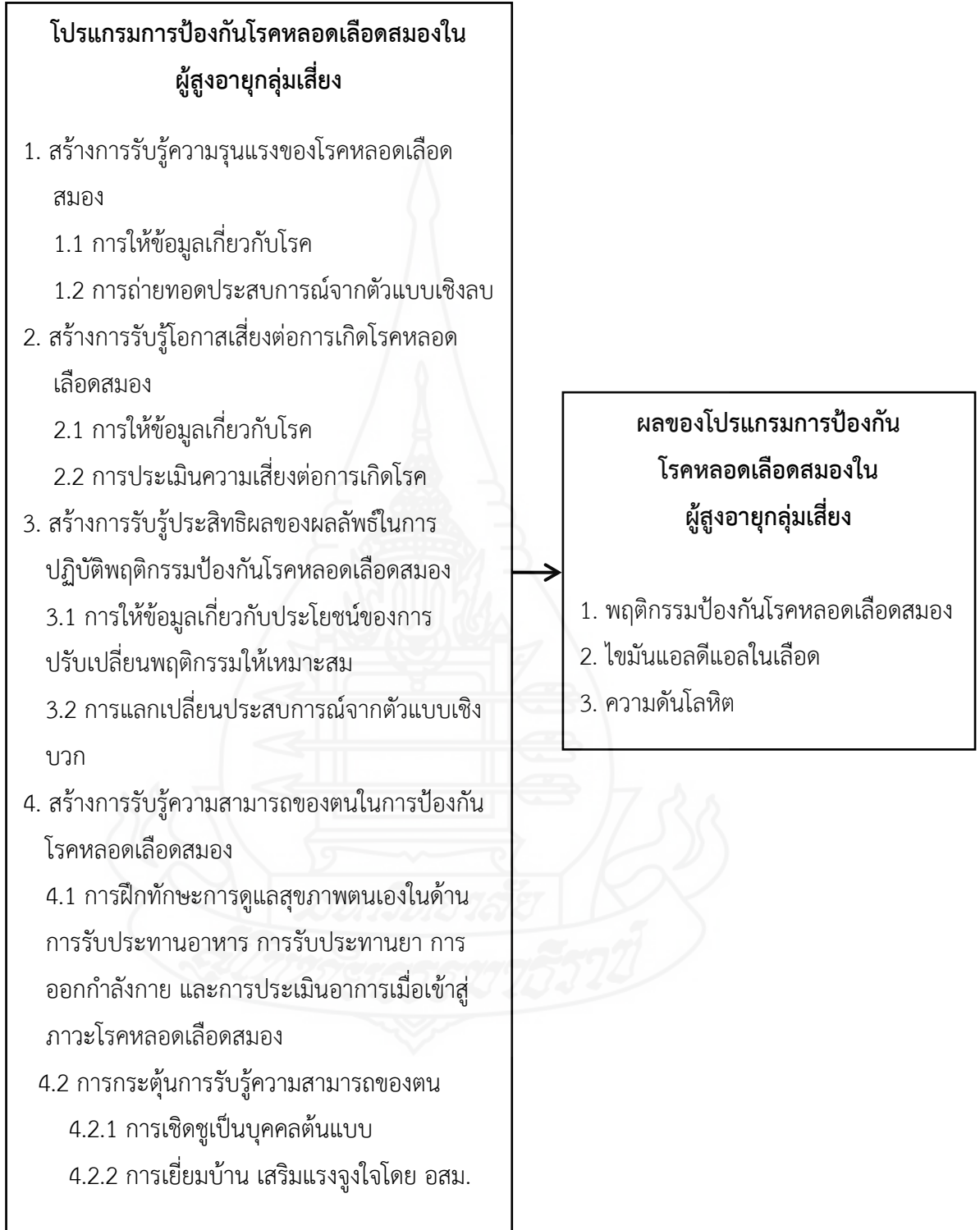


โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคาจังหวัดลำปาง มีผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มเสี่ยงจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ในที่สุด เมื่อกลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และได้รับการหนุนเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และคาดหวังในการป้องกันโรค จะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงตัดสินใจต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดลดลง ความดันโลหิตลดลง ทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง ดังภาพที่ 1.1



## ตัวแปรต้น

## ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนทดลอง และมีระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

4.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## 5. ขอบเขตการวิจัย

### 5.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มม.ปรอท และมีระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายหรือไขมันแอลดีแอล (Low Density Lipoprotein, LDL) สูงกว่า 100 มก./ดล. ที่รับการรักษาในอำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง

### 5.2 ขอบเขตด้านตัวแปร

5.2.1 **ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ ประกอบด้วย

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน และการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

3) การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงบวก เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา

4) สร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย การประเมินอาการเมื่อเข้าสู่ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตน โดยการการเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ และการเยี่ยมบ้าน เสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดย อสม.

**5.2.2 ตัวแปรตาม** คือ ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย

- 1) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) ไขมันแอลดีแอลในเลือด
- 3) ความดันโลหิต

### 5.3 ขอบเขตด้านสถานที่และเวลา

**5.3.1 สถานที่ดำเนินการวิจัย** ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน (รพ.สต.บ้านไหล่หิน) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจู้ด (รพ.สต.บ้านจู้ด) อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยจัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านไหล่หิน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านจู้ด เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

**5.3.2 ระยะเวลา** ดำเนินการทดลอง ระหว่างเดือนเมษายน 2562 ถึง เดือนมิถุนายน 2562 ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

**6.1 โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง กลุ่มของกิจกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ตัวแบบเชิงลบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบเชิงบวก การฝึกทักษะในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรวม 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย โดยการเสริมแรงจูงใจ และการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยทำกิจกรรมร่วมกันรวม 6 ครั้ง ใช้เวลา 12 สัปดาห์

**6.2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มมปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มมปรอท และมีระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายหรือไขมันแอลดีแอล (Low Density Lipoprotein, LDL) สูงกว่า 100 มก./ดล.

**6.3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งวัดได้จาก พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่ม

เสี่ยง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งแต่ละด้านมีความหมาย ดังนี้

**6.3.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร** หมายถึง การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารที่จะช่วยลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งวัดได้จากการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ อาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ ผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง การอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูปริมาณพลังงานและสารอาหาร

**6.3.2 พฤติกรรมการรับประทานยา** หมายถึง การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งวัดได้จากการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ทั้งชนิด ขนาด จำนวน และเวลา การสังเกตการออกฤทธิ์ของยาและผลไม่พึงประสงค์ของยา การดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติ ไม่บด ไม่แกะยาจากแผงไว้ล่วงหน้า รวมทั้งการอ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา

**6.3.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย** หมายถึง พฤติกรรมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งวัดได้จากการออกกำลังกายของด้วยแวกซ์แบน โดยมีความหนักระดับปานกลาง คือ รู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหายใจเร็วแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อยแต่ไม่ถึงกับหอบ พุดคุยได้จนจบประโยคไม่สะดุด เวลาอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน โดยมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังออกกำลังกาย ประมาณ 5-10 นาที การสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย และดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติ

**6.4 ไขมันในเลือด** หมายถึง ระดับไขมันชนิดที่เป็นอันตรายต่อร่างกายหรือไขมันแอลดีแอล (Low Density Lipoprotein, LDL) ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตรวจได้จากการเจาะเลือดหาค่าของไขมันแอลดีแอล

**6.5 ความดันโลหิต** หมายถึง ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งวัดได้จากความดันโลหิตที่วัดจากทั้งแขนซ้ายและแขนขวาของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หลังจากริ่งพักอย่างน้อย 15 นาที ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทที่ได้รับการสอบเทียบความถูกต้องของเครื่องมือ (calibration)

**6.6 การดูแลตามปกติ** หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบบริการปกติ การวัดระดับความดันโลหิต และนัดหมายในคลินิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสม ช่วยลดระดับไขมัน แอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตลงได้ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุในชุมชนลดลงได้และเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดลำปางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะเดียวกัน

7.2 โปรแกรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา หนังสือ วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันโรค
3. บริบทการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยรวมถึงทั่วโลก จากรายงานรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2559) พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นจำนวน 43,778 คน คิดเป็นอัตรา 140.42 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวนและอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 228,836 คน คิดเป็นอัตรา 352.30 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนั้นโรคหลอดเลือดสมองยังเป็น 1 ใน 4 กลุ่มโรคหลัก ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคไม่ติดต่อในทุกกลุ่มอายุ จากสถิติสาธารณสุข 5 ปีย้อนหลังปี พ.ศ. 2553-2557 แสดงถึงอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็น 27.53, 30.04, 36.69, 36.13 และ 38.66 ตามลำดับ

จากข้อมูลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประเทศไทยใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2560 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงโดยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และยิ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

### 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดการขาดเลือดหรือมีเลือดออก พบได้บ่อยในวัยกลางคน วัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัดหรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (WHO, 2017)

สถาบันโรคทางระบบประสาท และโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorder and Stroke, NINDS) ได้ให้ความหมายว่าเป็นผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือด 1 เส้นหรือมากกว่า โดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรืออย่างถาวรก็ได้ (NINDS, 2009)

จากความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองหมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมองเกิดขึ้นทันทีทันใด ส่งผลให้มีอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ วัยกลางคน วัยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัดหรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

### 1.2 การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

การแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งประเภทตามลักษณะพยาธิสรีรภาพ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ (ดิชยา รัตนากร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2551) รายละเอียดดังนี้

**1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด (Ischemic stroke)** ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Cerebral thrombosis / Thrombotic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke/Cerebral embolism)

**1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออก (Hemorrhagic stroke)** ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage, ICH) และภาวะเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage, SAH)

### 1.3 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามลักษณะพยาธิสรีรภาพได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ รายละเอียดดังนี้

**1.3.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Infarction หรือ Ischemic stroke)** เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ทั้งหมดลักษณะพยาธิสภาพมีการอุดตันทางเดินของเส้นเลือด เกิดจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง ไม่เพียงพอ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแบ่งได้ 2 แบบ รายละเอียดดังนี้

1) *โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke)* โดยเชื่อว่าหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) เป็นสาเหตุใหญ่ทำให้ไขมันสะสมและกลายเป็นแผ่นแข็งบนผนังหลอดเลือด แผ่นนี้จะใหญ่ขึ้นจนเป็นเหตุให้หลอดเลือดแดงตีบ พบในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ภาวะไขมันในเลือดสูง และผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะนี้ก่อนวัยสูงอายุ เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเร็วกว่าปกติ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จัด หญิงที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด คนอ้วน และผู้ที่มีญาติพี่น้องเป็นอัมพาตครึ่งซีก มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าปกติ (วิชัย เทียนถาวร, 2555)

2) *โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน* เกิดจากสิ่งอุดตันหลอดเลือด (Emboli) จากตำแหน่งอื่นหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง สิ่งอุดตันเหล่านี้อาจมาจากหัวใจที่เรียกว่าคาร์ดิโอเจนิก เอมโบไล (Cardiogenic emboli) ซึ่งพบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย โรคหัวใจที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ (Valvular heart disease) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว (Atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจพิการ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง อุบัติการณ์สิ่งอุดตันในสมองจะเพิ่มขึ้นตามอายุ หลังได้รับบาดเจ็บมีกระดูกแตกหักหลายชิ้น ชิ้นส่วนจากเศษเนื้อออก ภาวะเลือดหนืด (Polycythemia) และการใช้ยาคุมกำเนิด (วิชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

**1.3.2 โรคหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออก (Embolic stroke)** เกิดเนื่องจากมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแบ่งได้ 2 แบบ รายละเอียดดังนี้

1) *โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะเลือดออกในสมอง* พบมากในผู้ใหญ่และสูงอายุ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดจากโรคความดันโลหิตสูง ส่วนวัยเด็กและหนุ่มสาว สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดจากหลอดเลือดรูปร่างผิดปกติ (Arteriovenous malformation: AVM) (กนกพร โอฬารรัตน์ชัย, 2553)

2) *โรคหลอดเลือดสมองจากภาวะเลือดออกใต้ชั้นอแรนชอยด์* สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ หลอดเลือดโป่งพองแตก (Ruptured aneurysm) (กนกพร โอฬารรัตน์ชัย, 2553) อาจเกิดจากการบาดเจ็บต่อสมอง (Traumatic brain injury) การมีภาวะหลอดเลือดโป่งพองซึ่งอาจเป็นแต่กำเนิดหรือเกิดภายหลังก็ได้ หรือหลอดเลือดรูปร่างผิดปกติ และสาเหตุอื่น ๆ เช่น เนื้องอกในสมอง ความผิดปกติของเลือด และการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ปัจจัยเสริม คือ โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดแดงแข็งตัวและมีไขมันเกาะ Atherosclerosis ผู้สูงอายุ และความเครียด จากสถิติแล้วพบมากในคนอายุต่ำกว่า 40 ปี ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (อรุณ นุรักษ์เช, 2553)

#### 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

การทบทวนเอกสารงานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ แต่สามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงแต่ละด้าน รายละเอียดดังนี้

##### 1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ รายละเอียดดังนี้

1) *ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)* ภาวะที่มีไขมันในหลอดเลือดสูงทั้งชนิด Cholesterol, Triglyceride ซึ่งเป็นไขมันที่ไปเกาะผนังหลอดเลือดและจะทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งอันจะมีผลตามมา ทำให้เกิดอัมพาตได้ง่าย ภาวะไขมันในเลือดสูง ก่อให้เกิดหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ในกรณีโรคหลอดเลือดของหัวใจนั้นพบว่าระดับไขมันรวม (Total Cholesterol) นั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างชัดเจนทั้งหญิงและชาย แต่ความสัมพันธ์จะลดลงเมื่ออายุเกิน 55 ปี อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการวิเคราะห์แยกชนิดของไขมันในเลือดออกเป็นระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (Low Density Lipoprotein-Cholesterol, LDL) และระดับไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (High Density Lipoprotein-Cholesterol, HDL) พบว่า HDL นั้นมีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับแอลดีแอลที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือด กล่าวคือ ถ้า แอลดีแอลสูงในเลือดจะมีผลเหมือนกับไขมันรวม (Total Cholesterol) คือ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นและความสัมพันธ์นี้ปรากฏในทุกเพศ และในผู้สูงอายุด้วย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และยังสามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย (อรุณ นุรักษ์เช, 2553) ดังนั้นการรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมันมากเกินไป หรือ อาจต้องรับประทานยาลดไขมันร่วมด้วย ตามที่แพทย์แนะนำในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจตีบตัน และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย ถือได้ว่าภาวะแอลดีแอล ที่สูงกว่าปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงทางอ้อมของโรคหลอดเลือดสมอง

2) *โรคหัวใจ* พบว่า มีความเสี่ยงสัมพันธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 เท่า ของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน

3) *โรคเบาหวาน* พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงสัมพันธ์เป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด จำนวนหนึ่งในสี่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย และเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการเกิดอาการซ้ำ ดังนั้นจึงแนะนำให้ควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าน้ำตาลสะสม (Glycated hemoglobin) ไม่เกิน 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย (กนกพร โอพารัตนชัย, 2553)

4) *ภาวะความดันโลหิตสูง* พบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับความดันซิสโตลิกที่สูงขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิกที่สูงขึ้นทุก 5 มิลลิเมตรปรอทจากระดับปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะยาวจะทำให้

เกิดความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) ซึ่งความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิตที่สูงขึ้น หากมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบ โดยสารต่าง ๆ ที่หลังจากเอนโดธีเลียมจะควบคุมความตึงและการทำงานของหลอดเลือด เมื่อมีการรบกวนการหลั่งของสารต่าง ๆ จากเซลล์เอนโดธีเลียมจึงทำให้เซลล์เอนโดธีเลียมทำงานผิดปกติไป อาจทำให้การขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ร่วมกับเกิดการอักเสบและหลอดเลือดอุดตัน (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) เมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือดและมีการทำลายผนังของหลอดเลือดชั้นเอนโดธีเลียมจะเกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือด กระตุ้นให้เกิดการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด เป็นผลให้เกิดลิ่มเลือดบริเวณนั้น เมื่อลิ่มเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือดจะทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด และเกิดการตายของเนื้อสมอง หากเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ในขณะที่มีการเสื่อมของหลอดเลือดขนาดเล็กจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพอง ถ้ามีความดันโลหิตสูงขึ้นจากเดิมอย่างกะทันหัน เช่น ตกใจ หรือโกรธ หลอดเลือดสมองที่โป่งพองดังกล่าวจึงแตกออก มีก้อนเลือดเข้าแทนที่เนื้อสมองทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นอักเสบและตาย เช่นเดียวกับในกรณีที่เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2553)

5) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่า ประมาณร้อยละ 6-7 ของผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือสมองขาดเลือดชั่วคราวจะเป็นซ้ำโดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 5 เท่า ของประชาชนทั่วไป โดยโอกาสเกิดอาการซ้ำหลังจากสมองขาดเลือดชั่วคราว เฉลี่ยประมาณร้อยละ 12 ในปีแรก และลดลงเหลือประมาณ ร้อยละ 5 ในปีถัดไป (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2553)

#### 1.4.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้ รายละเอียดดังนี้

1) การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เพิ่มเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เกินวันละ 40 มวน มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่สูบน้อยกว่าวันละ 10 มวน ประมาณ 2 เท่า การสูบบุหรี่ที่มากกว่าวันละ 20 มวน ในผู้ชายมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมอง 2.06 เท่า และมากกว่าวันละ 15 มวนในผู้หญิง มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกในสมอง 2.67 เท่า (กนกพร โอบารัตนชัย, 2553) เนื่องจากบุหรี่ยังมีสารนิโคติน ซึ่งกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) เป็นสาเหตุให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว และยังเพิ่มความหนืดของเลือด เพิ่มโปรตีนเพิ่มการจับของเกล็ดเลือดทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ หากหยุดสูบบุหรี่ได้ 2 ปี จะมีผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง และถ้าเลิกได้อย่างน้อย 5 ปี จะมีผลเทียบเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน (กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์, 2553) อย่างไรก็ตาม พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ที่อยู่ท่ามกลางควันบุหรี่มีระดับนิโคตินในเลือดสูงกว่าปกติถึงแม้จะไม่ได้สูบเอง ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่จึงเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

2) *การไม่ออกกำลังกาย* การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีผลให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายแอลดีแอลลดลง และไขมันที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย HDL เพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดแดงไม่แข็งตัว ทำให้ลดโรคอ้วน ผู้ที่อ้วนมากกว่าปกติมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าผู้ชายที่อ้วนแบบลงพุง คือ มีสัดส่วนระหว่างรอบเอวกับรอบสะโพกมากกว่าปกติ มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีสัดส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน 2.3 เท่า การออกกำลังกายด้วยความแข็งแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค และสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (CDC, 2017) ประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ประชาชนทั่วไปออกกำลังกายด้วยความแข็งแรงปานกลางอย่างน้อย วันละ 30 นาทีเกือบทุกวัน การเคลื่อนไหวออกแรงมากจากงานที่ทำจะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่างานที่ออกแรงระดับปานกลาง และงานที่ไม่ออกแรงส่วนการใช้เวลาว่างในการเคลื่อนไหวออกแรงที่มีความแข็งแรงสูง จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด เมื่อเทียบกับการเคลื่อนไหวออกแรงที่มีความแข็งแรงระดับต่ำ

3) *การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม* ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่าการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงเดียว ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง และยังไม่พบว่าการรับประทานวิตามินต่าง ๆ เช่น วิตามินซี วิตามินอี หรือคาโรทีนอยด์ มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าว ถึงแม้จะพบว่า ผู้ที่นิยมรับประทานผักและผลไม้มีความเสี่ยงลดลง แต่ยังไม่สรุปไม่ได้ว่าความเสี่ยงที่ลดลงเกิดจากแนวทางการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันหรือไม่ แต่การศึกษาในชาวเดนมาร์กเพศชายและหญิงพบว่า ผู้ที่รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณต่ำ (147 กรัมต่อวัน) มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 0.72 เท่า ของผู้ที่รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณสูง (673 กรัมต่อวัน) และการรับประทานผัก ผลไม้ทุกชนิดในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ (Johnsen et al., 2003) สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) แนะนำให้ประชาชนทั่วไปรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อยวันละ 5 จาน ส่วนการเพิ่มอาหารที่อุดมด้วยกรดโฟลิกและวิตามินบี<sub>12</sub> นั้นอาจพิจารณาในผู้ที่มีระดับโฮโมซิสทีน (Homocysteine) สูงกว่าปกติ เนื่องจากมีหลักฐานที่น่าสงสัยว่าระดับโฮโมซิสทีนที่สูงกว่าปกติ มีส่วนเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

4) *การดื่มสุรา* มีงานวิจัยสนับสนุนว่า การดื่มสุรานานน้อย ๆ ทำให้อัตราเสี่ยง (Odd ratio) ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมลดลง ในขณะที่ผู้ที่ดื่มจัดมีอัตราเสี่ยงดังกล่าวมากขึ้น (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ เรย์โนลด์ ลีวิส โนเลน คินนีย์ แชนทายา และอี (Reynolds et al., 2003) ซึ่งพบว่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าวันละ 60 กรัม มีความสัมพันธ์กับอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดเป็น 1.64 เท่า โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเป็น 1.69 เท่า และโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็น 2.18 เท่า แต่เมื่อดื่มแอลกอฮอล์

น้อยกว่าวันละ 12 กรัม และดื่มแอลกอฮอล์วันละ 12-24 กรัม อาจเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

**1.4.3 ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ** เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้แต่สามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ รายละเอียดดังนี้

1) เพศ เกือบทุกช่วงอายุ เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44-76 และยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุ (Fuller, 2009)

2) อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของภาวะโรคหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออก และโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดจนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าเป็นโรคของผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณการสำรวจผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ระหว่างอายุ 45-85 ปี อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับตามช่วงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 ปี (Fuller, 2009)

3) ชชาติพันธุ์ การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบอัตราการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่ามากกว่าผิวขาวทั้งเพศชายและหญิง คนผิวดำ คนพื้นเมือง คนเอเชีย และคนเชื้อสาย ฮิสพานิก (Hispanic) มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนผิวขาว แต่ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถบอกได้ว่าความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิตที่แตกต่างนั้นมีปัจจัยด้านอื่นมาเกี่ยวข้องด้วยหรือไม่ นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในคนผิวดำ ชาวจีน ชาวญี่ปุ่น (Mackay, Mensah, Shanthi, 2004)

4) พันธุกรรม พบว่า ผู้ที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติ โดยปัจจัยด้านบิดาทำให้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 2.4 เท่าของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ใกล้เคียงกัน ส่วนปัจจัยด้านมารดาทำให้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 1.4 เท่า (Fuller, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยหลายปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การป่วยซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ชชาติพันธุ์ และกรรมพันธุ์ เป็นต้น

ในงานวิจัยนี้ เป็นการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยโปรแกรมซึ่งจะประกอบไปด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการ

รับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย เพื่อปรับระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

### 1.5 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นค่อนข้างเร็ว แบบกะทันหันภายในเวลาเป็นนาที อาจเกิดอาการหลังตื่นนอน โดยที่ก่อนเข้านอนยังปกติอยู่ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่เป็น เช่น โรคสมองขาดเลือดหรือเส้นเลือดในสมองตีบตัน มักจะมีอาการขึ้นมาแบบฉับพลันทันที แต่ถ้าเป็นแบบมีลิ้มเลือดเกิดขึ้นในเส้นเลือดจะค่อย ๆ ปรากฏอาการ ส่วนเส้นเลือดเลี้ยงสมองแตกก็มักจะมีอาการขึ้นมาฉับพลันทันที แล้วอาการจะแย่ง เช่น สับสน คลื่นไส้ หรือ อาเจียน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่า ภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณ 15% (พรหมวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560)

**1.5.1 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง** เป็นอาการทางระบบประสาท โดยจะมีอาการสอดคล้องกับบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (ชลธิรา กาวโรสง, 2555) รายละเอียดดังนี้

- 1) *Anterior cerebral artery* ถ้าอุดตันจะมีอาการ ขาเท้า อ่อนแรง โดยแขนเป็นน้อยกว่า เสียประสาทสัมผัสของขา เท้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- 2) *Middle cerebral artery* เมื่อตีบตันจะมีอาการ อ่อนแรงที่ใบหน้าและแขนมากกว่าขา ขาและเสียประสาทรับความรู้สึกของใบหน้า แขนและขา การสัมผัส ตาข้างหนึ่งมองไม่เห็น พูดไม่ได้
- 3) *Posterior cerebral artery* เมื่ออุดตันจะมีอาการตามองไม่เห็น จำไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีกของร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขาผิดปกติ
- 4) *Vertebral basilar artery* เมื่ออุดตันจะเกิดวิงเวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อนมองเห็นครั้งเดียว พูดไม่ชัด อ่อนแรงไปแถบหนึ่ง ขาไปแถบหนึ่ง
- 5) การตีบตันของหลอดเลือดแขนงเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือดเป็นหย่อม ๆ อาจทำให้มีอาการดังต่อไปนี้ เช่น เกิดการอ่อนแรงของใบหน้า แขน ขา หรืออาจมีอาการชาอย่างเดียว โดยไม่อ่อนแรง เดินเซ อ่อนแรงขามากกว่าแขน พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากเบี้ยว

**1.5.2 อาการโรคหลอดเลือดสมอง** แบ่งได้เป็น 3 ระดับ (ชลธิรา กาวโรสง, 2555) รายละเอียดดังนี้

- 1) *อาการน้อย* คือ กลุ่มของผู้ที่มีหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน ซึ่งเป็นหลอดเลือดขนาดเล็ก และยังไม่เกิดการทำลายของเซลล์สมองบริเวณนั้น โดยเป็นการขาดเลือดในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้เกิดอาการซึ่งอาจเป็นวินาที นาที หรือชั่วโมง แต่ไม่นานเกิน 24 ชั่วโมง ลักษณะ

อาการ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยจะเป็นที่แขนอย่างเดียว ขาอย่างเดียว หน้าและแขน การเคลื่อนไหวจะช้าลง มุมปากตก อมน้ำไว้ในปากไม่ได้ ความจำเสื่อมชั่วคราว พูดไม่ชัด เป็นต้น

2) *อาการปานกลางหรืออัมพฤกษ์* ในกลุ่มนี้เซลล์สมองจะถูกทำลายบางส่วน ภายหลังจากการรักษาอาการอาจดีขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน 3-6 เดือน โดยอาการมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใด นอกจากอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงแล้ว ผู้ป่วยยังจะสูญเสียการทรงตัว บางครั้งมีอาการตามัวครึ่งตา หรือมีตาไปข้างหนึ่ง สูญเสียความทรงจำและความสามารถในการคิดคำนวณ ด้านการตัดสินใจ และมักมีสภาวะทางอารมณ์ร่วมด้วย เช่น ซึมเศร้า หรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ

3) *อาการรุนแรงหรืออัมพาต* ในกลุ่มนี้เซลล์สมองจะถูกทำลายอย่างถาวร เกิดอาการอ่อนแรงของแขนและขา ขยับแขนหรือขาไม่ได้ สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ได้ หรือเปล่งเสียงออกมาจากลำคอไม่ได้ กล้ามเนื้อบริเวณหน้าทำงานไม่เท่ากัน หนังตาตก กลอกตาไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก ปฏิกริยาตอบสนองช้า สูญเสียความทรงจำ เป็นต้น

## 1.6 การรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยชีวิตผู้ป่วย ช่วยลดการสูญเสียหน้าที่ของสมอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ และชุลีพร หิตอักร, 2560) ปัจจุบันพบว่า มีแนวทางการรักษาแบบใหม่ซึ่งช่วยให้อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นได้อย่างรวดเร็วและสามารถช่วยลดความพิการได้ สิ่งสำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยเมื่อมีอาการ ใบหน้าอ่อนแรง หรือปากเบี้ยว สับสน พูดลำบาก ตาพร่ามัว มีอาการมึนงง เดินเซ อาจพบเพียง 1 อาการ หรือมากกว่า 1 อาการ จะต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที เนื่องจากการมาพบแพทย์เร็วภายใน 3-6 ชั่วโมง มีโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ได้ผลดี โดยแนวทางการรักษาจะขึ้นกับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีของโรคหลอดเลือดสมองแตก อาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออก ส่วนในกรณีโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การรักษามีหลายแนวทางขึ้นกับตำแหน่งของโรคและระยะเวลาก่อนที่จะมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการคิดค้นยาใหม่ ๆ หลายชนิด เช่น ยาละลายลิ่มเลือดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาภายใน 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะดีขึ้นถ้าให้ภายใน 90 นาที หลังจากนั้นจะต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถให้การรักษาได้ทันที่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังสามารถรักษาโดยการกายภาพบำบัดและอาชีพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสุขภาพและความพิการของผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และช่วยทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ รักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมองสืบเนื่องจากผู้ที่เคยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองมาแล้วจะมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา การดูแลการหายใจ การรักษาภาวะความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง การป้องกันการสำลัก การรักษาอาการชัก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่ การควบคุม

อุณหภูมิร่างกาย การรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อน และในระยะเฉียบพลันร่างกายจะมีกลไกเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในสมอง ความดันโลหิตมักจะมีสูงขึ้นอีก การลดความดันโลหิตจะทำให้การไหลเวียนของเลือดในสมองลดลงทำให้สมองขาดเลือดมากขึ้น จึงควรให้ผู้ปวยนอนพักในที่สงบ ความดันโลหิตมักจะลดลงมาเองโดยไม่ต้องให้ยา หลังจากนั้น 4-6 สัปดาห์ เมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน และขบวนการควบคุมที่หลอดเลือดในสมอง (Cerebral autoregulation) กลับมาปกติ จึงค่อยเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต (ดิซยา รัตนากร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2551)

กล่าวโดยสรุป การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันตามพยาธิสภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรักษาทางยา การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู และการรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ทั้งนี้การรักษาข้างขึ้นอยู่กับ ชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อป้องกันการเสียชีวิตในระยะเริ่มแรก ความพิการอย่างถาวร เมื่อมารับการรักษาเร็วเท่าไร ความพิการและอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น สำหรับการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ คือ การควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น (กษมา เชียงทอง, 2554)

### 1.7 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมี 2 ระยะ คือ การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) และการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) รายละเอียดดังนี้

**1.7.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention)** คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยมีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน โดยการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันเฉพาะอย่าง ดังนี้

1) *การส่งเสริมสุขภาพ* เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมในชุมชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของคนในชุมชน การสื่อสารเตือนภัยประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงทุกรูปแบบ ส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2) *การป้องกันระดับบุคคล* ได้แก่

(1) *ควบคุมระดับความดันโลหิต* โดยควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากพบว่า ระดับความดันโลหิตดังกล่าวมีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Goldstein et al., 2011) การลดความดันโลหิตลงได้ 10 มิลลิเมตรปรอทจะลดโอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 30-40 (Aoki & Uchino, 2011)



(2) *งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์* การจำกัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกินวันละ 2 ดื่ม ในผู้ชาย และไม่เกินวันละ 1 ดื่ม ในผู้หญิง และคนน้ำหนักน้อย (1 ดื่ม เทียบเท่ากับ สุรา 44 มิลลิลิตร (40%) เบียร์ 355 มิลลิลิตร (5%) หรือเหล้าองุ่น 148 มิลลิลิตร (12%) มีประสิทธิภาพของการลดความดันซิสโตลิก 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

(3) *ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง* เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสังพลิ้ว ต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (Goldstein et al., 2011)

(4) *การควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม* โดยควบคุมให้มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และรอบเอวต่ำกว่า 35 นิ้ว ในเพศหญิง และ 40 นิ้ว ในเพศชาย ซึ่งการควบคุมหรือลดน้ำหนักนี้มีผลต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการลดน้ำหนักจะมีผลทำให้สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และรับไขมันในเลือดได้ (Goldstein et al., 2011) คำแนะนำในบริโภคนและ การควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ จำกัดการบริโภคเกลือในอาหาร ไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา การรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่าวันละ 100 มิลลิโมล หรือโซเดียมคลอไรด์วันละ 6 กรัม จะมีประสิทธิภาพในการลดความดันซิสโตลิก 2-8 มิลลิเมตรปรอท เน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับผักดิบประมาณ 2 ทัพพี หรือผักสุก 1 ทัพพี) ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับผลไม้หั่นพอดีคำประมาณ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล หรือผลไม้ขนาดเล็ก 2-4 ผล หรือปริมาณผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองกาแฟได้พอดี 1 จาน) นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

(5) *การควบคุมอาหาร* คือ การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH Diet) เป็นการรับประทานอาหารแบบ DASH คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลสูง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่างๆอย่าง โปแตสเซียม และแมกนีเซียม รวมถึงปริมาณสารไนเตรท สัดส่วนการรับประทานอาหารตามหลัก DASH ใน 1 วัน จะประกอบด้วย ธัญพืชชนิดต่าง ๆ โดยเน้นเป็นธัญพืชไม่ขัดสี 7-8 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 7-8 ทัพพี) ผักและผลไม้อย่างละ 4-5 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 4-5 ทัพพี และผลไม้ 3-4 ส่วน) เพิ่มการรับประทานใยอาหาร วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ โดยเน้นรับประทานผักและผลไม้สด หลีกเลี่ยงผักและผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่าง ๆ เนื้อสัตว์ไขมันต่ำอย่างเนื้อปลา 2-3 ส่วนบริโภค (หรือประมาณ 4-6 ช้อนกินข้าว) การลดการรับประทานสัตว์เนื้อแดง การตัดส่วนไขมันหรือหนังของเนื้อสัตว์ และเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำจะช่วยลดการ

บริโภคไขมัน นอกจากนี้การเพิ่มการรับประทานเนื้อปลาจะช่วยเพิ่มการบริโภคกรดไขมันโอเมก้า 3 ที่ช่วยช่วยบำรุงหัวใจ น้ำมันหรือไขมัน 2-3 ส่วนบริโภค (หรือไม่เกิน 6 ช้อนชา) ของหวานชนิดต่าง ๆ ไม่เกิน 5 ส่วนบริโภคต่อสัปดาห์ แนะนำให้รับประทานนาน ๆ ครั้ง ใช้เครื่องเทศหรือสมุนไพรต่าง ๆ ในการเสริมรสชาติอาหาร และลดการใช้เกลือ หรือเครื่องปรุงที่มีโซเดียมสูงในการปรุงแต่งอาหาร (มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์)

(6) การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและเหมาะสม ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง น้ำหนักตัว ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิก อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ๆ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดความดันซิสโตลิก 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

**1.7.2 การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention)** คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในกรณีที่มีบุคคลนั้นเคยมีโรคหลอดเลือดสมอง หรือสมองขาดเลือดชั่วคราวมาก่อน (ดิชยา รัตนากร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2551) การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทุติยภูมิ ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด และจากการมีเลือดออก ระดับทุติยภูมิ (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

การศึกษาครั้งนี้เน้นการป้องกันในระดับการป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค จากการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความสามารถของตนเอง และเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

## 1.8 สัญญาณเตือนที่ต้องเฝ้าระวัง

ทางการแพทย์ พบว่า ช่วงเวลาหลังการเกิดหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ภายในเวลา 4 ชั่วโมงครึ่งหรือ 270 นาที หลังจากผู้ป่วยเกิดอาการเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมาก หากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเรียกว่า Thrombolytic Therapy (ทรอมโบไลติก เทอราปี) เข้าทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลานี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดและเกิดความพิการภายหลังได้น้อย ในทางการแพทย์จึงเรียกแผนการรักษาที่ว่า “Stroke Fast Track (สโตรก ฟาสต์แทร็ก) หรือ ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ 270 นาทีชีวิต” อาการที่ผิดปกติและเป็นสัญญาณเตือนว่ามีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ แขนขาอ่อนครึ่งซีก แขนขาชาครึ่งซีก แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก ฟังไม่เข้าใจ ตามองเห็นภาพไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน เดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ เวียนหัว บ้านหมุน หลีกสังเกตอาการของโรคนี้ง่าย ๆ แค่ว่า "FAST" (สโตรกฟาสต์แทร็ก) (นฤมล เหล่าโกสิน, 2560)

F = FACE ชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้า ตามัวมองเห็นภาพซ้อนหรือเห็นครึ่งซีก

A = ARM ออกรแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง

S = SPEECH ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดลำบาก พูดไม่ได้

T = TIME เวลาที่จะต้องรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด

อาการเหล่านี้เป็นอาการนำ ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงถึงขั้นหมดสติการที่คนไข้รู้ตัว  
ระวังตัวก่อน จะทำให้รีบไปพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

## 2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันโรค

### 2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ ประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคามและขบวนการแก้ไขปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น รวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้ความน่าจะเป็นของการเกิดโรคเพิ่มหรือลดลง จากการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งคุกคามทางสุขภาพ (วัลย์ลักษณ์ สิริธิบรรณ, 2560) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคได้นำแนวคิดที่สำคัญจาก 2 ทฤษฎี ได้แก่ โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มารวมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ ตัวแปรที่ส่งผลให้บุคคลเพิ่มหรือลดความกลัว ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

### 2.2 องค์ประกอบหรือตัวแปรที่มีผลต่อแรงจูงใจ

องค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ในทุกด้าน ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและความตั้งใจที่จะตอบสนองในท้ายที่สุด ในปี พ.ศ. 2529 ได้มีการพัฒนาองค์ประกอบตัวที่ 4 ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ร่วมกัน ทั้งหมด 4 ปัจจัย (Prentice-Dunn & Rogers, 1986) ดังนี้

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
- 3) การรับรู้ความคาดหวังใน

ผลลัพธ์ของมีพฤติกรรมกำบังโรค 4) การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง รายละเอียดดังนี้

### 2.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived noxiousness/ severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบที่จะตามมา บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงจะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคตลอดเลื้อย (ศิริพร ชัมภลลิขิต และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ความสำคัญของการรับรู้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด รายละเอียดดังนี้

1) การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ โดยที่การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ถ้าไม่มีการรับรู้จะเกิดการเรียนรู้ไม่ได้ในตนเองเดียวกันการเรียนรู้มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เดิมจะแปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร

2) การรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติอารมณ์และแนวโน้มพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึกและมีอารมณ์พัฒนาเป็นเจตคติแล้วเกิดพฤติกรรมตามมาในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคตลอดเลื้อยของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคตลอดเลื้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล, 2554) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น ในโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน (วลัยลักษณ์ สิทธิธรรม, 2560) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงนั้นบุคคลสามารถรับรู้ได้โดยสื่อซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ อาจจะมีลักษณะข้อความที่ปรากฏมีอันตรายถึงชีวิต หรือเกิดอันตรายรุนแรง โดยทั่วไปเป็นข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย (สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย, 2558) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้น ปลุกเร้าร่วมกับการชูงู อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น

กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ขณะที่มีการกระตุ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง ๆ พบว่า มีผลต่อความตั้งใจ

ที่จะปรับเปลี่ยนต่อพฤติกรรมช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและไม่เกิดอันตราย (ชลธิรา กาวไรสง และ รุจิรา ดวงสงค์, 2557) จากการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง เนื่องมาจากได้รับรู้อันตรายของโรคส่งผลกระทบต่อชีวิตอย่างไร ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายหากอาการของโรครุนแรงมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกกลัวต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งนี้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับตลอดทั้งการสื่อสารเรื่องอันตรายของโรคเป็นแรงจูงใจทำให้รู้สึกกลัว ทั้งนี้การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าหากป่วยเป็นโรคแล้วจะมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการทำงานชีวิต หากตนเองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมก็จะเกิดผลดีในการลดความรุนแรงของโรค (สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒนา, 2557) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับรู้ความรุนแรงหรืออันตรายของโรคว่าจะการเกิดภาวะแทรกซ้อน และรู้ว่าหากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารโซเดียม และไขมันต่ำช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง 30-31 มิลลิเมตรปรอท เช่นเดียวกับการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ ช่วยทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขช่วยลดความเครียดทำให้ลดการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 34 มิลลิเมตรปรอท (ณัฐจิรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ธีระทองคำ และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2555) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้เมื่อรับรู้ว่าเป็นอันตรายเพียงใดและจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค การรับรู้อันตรายของโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเข้าใจอันตรายต้องเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้รอดพ้นจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้ (วรวิมล พัฒนาโกครัตนา, 2558)

### 2.2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (*Perceived susceptibility/vulnerability*)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหรือความเป็นโรค ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสต่อการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับแตกต่างกัน การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคจึงแตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เป็นปัจจัยทำนายทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค (Champion & Skinner, 2008) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์นั้นยังไม่เพียงพอ หรืออาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับข้อมูลแล้วไม่ได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลนั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าเป็นโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคมกกว่าผู้ที่ไม่ตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยง ร้อยละ 87-98 (จิรภา เล่าทรัพย์, 2556)

การสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงส่วนใหญ่จะใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ (Joseph et al., 2010) การตรวจสอบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการการรับรู้ในความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรค การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ การใช้สื่อในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้น เช่น การจัดกิจกรรมโดยให้ชมวีดิทัศน์ การบรรยายประกอบสไลด์ ส่งเสริมการจดจำอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และทำแบบประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแบบด้านลบ พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชินชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล และพัชราพร เกิดมงคล, 2560) การกระตุ้นปลูกเร้าร่วมกับการชูอาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะเด่นชัดขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคและภาวะแทรกซ้อนหรือผลที่ตามมา (Gochman, 2013)

### 2.2.3 การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived on outcome self-efficacy)

การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สามารถกระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ การเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่คุณคิดว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อคุณนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดการคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง (เขาวดี มาพูนธนะ และรุจิรา ดวงสงค์ 2555) การแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง จะมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึก หรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฏิบัติตามมากขึ้น (สมบุรณ์ พันธุ์บุตร, 2557) การจัดกิจกรรมให้ตัวแบบเล่าประสบการณ์ถึงผลดีของการมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการอภิปรายกลุ่ม ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชินชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล และพัชราพร เกิดมงคล, 2560)

### 2.2.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Expectancy on self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นองค์ประกอบของความเชื่อที่มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1982) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้น ๆ ซึ่งการสร้าง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลือกกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วย การพูด ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสาร ควรจะมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้แตกต่างจากตัวแปรอื่น ๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ และไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ (Beck & Lund, 1981) ความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายลดลง แต่การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติจะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน (วัลย์พร สิงห์จ้อย และคณะ, 2556) ดังนั้นบุคคลต้องมีความคาดหวังว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย (วาริศา แยมศรี, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2556)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองจะเป็นไปได้สูงเมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วยก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกันถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อย ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงไปด้วย การที่บุคคลมีระดับความสามารถในตนเองสูง เนื่องมาจากกลุ่มเสี่ยงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง มีการสาธิตวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เลิกการดื่มแอลกอฮอล์ และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้ตลอดจนสามารถฝึกทักษะการออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักตัวโดยการบริโภคอาหารที่สมดุล (รัตนภรณ์ ศิริเกศ, สุรชาติ สิทธิปรกรณ์ และพร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม, 2554) ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีแรงกระตุ้นภายในให้มีการออกกำลังกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนต่ำ (ยุพา จิวพัฒน์กุล, 2555)

## 2.3 การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเชื่อว่า จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีที่สุดเมื่อบุคคลเห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพรุนแรง บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้นเชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวที่ถูกต้องเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะจำกัดอันตรายนั้น บุคคลมีความเชื่อมั่นในตัวเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างดี การตอบสนองด้วยการไม่ปรับตัวมีน้อย อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีน้อย (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

### 2.3.1 การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเป็นประโยชน์ต่อบุคคล สังคม และชุมชน โดยให้มีประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ต้องการ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้องอาศัยวิธีการเทคนิค และความเหมาะสมทั้งในส่วนของผู้ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและในส่วนของผู้รับ โดยจุดมุ่งหมายของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคในแต่ละประเด็นจะมีความแตกต่างกันออกไป ที่สำคัญคือเมื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกับบุคคลแล้ว บุคคลจะต้องเกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ มีความสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม จุดมุ่งหมายของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แบ่งได้ 3 ระดับ รายละเอียดดังนี้

1) เพื่อให้บุคคลเกิดความรู้ (Knowledge) บุคคลจะได้รับข้อเท็จจริงต่าง ๆ และวิเคราะห์ถึงเหตุผลของข้อเท็จจริงที่ได้รับเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการและการตัดสินใจ การรับรู้ของบุคคลเริ่มจากระดับง่าย ๆ และจากนั้นบุคคลจะเพิ่มความสามารถในด้านการคิดและสติปัญญาจนสามารถวิเคราะห์ถึงข้อสรุปจนทำให้เกิดเป็นความคิดสร้างสรรค์และนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

2) เพื่อให้เกิดบุคคลเกิดเจตคติ (Attitude) เน้นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก อารมณ์ ท่าทีความชอบ ค่านิยมที่ปลูกฝังให้เกิดในตัวผู้เรียนและพฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายและการสังเกต เพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละบุคคล พฤติกรรมด้านนี้เป็นสิ่งจำเป็น



อย่างยิ่งที่จะต้องปลูกฝังให้เกิดขึ้น เมื่อจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แม้จะต้องใช้เวลานาน สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) เพื่อให้บุคคลเกิดทักษะ (Practice) มุ่งเน้นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดความสามารถและความชำนาญเฉพาะอย่าง แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ทันที หรืออาจล่าช้าก็ได้ พฤติกรรมด้านนี้จะเป็นการบ่งชี้การแสดงออกของพฤติกรรมขั้นสุดท้าย

วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกลุ่มเป้าหมาย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้รายบุคคล เนื่องจากบุคคลมีข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความต้องการและปัญหาในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน การให้ความรู้เป็นรายบุคคลจึงเป็นเนื้อหาเฉพาะเรื่องตามที่บุคคลต้องการ เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่ถึงผู้รับโดยตรงที่เร็วที่สุดสามารถให้ความรู้และให้การประเมินถึงผลการให้ความรู้ได้ตลอดเวลาที่มีการถ่ายทอดความรู้และปรับเปลี่ยนวิธีการใหม่ได้โดยไม่ต้องเสียเวลา ผู้ให้ความรู้และผู้รับมีความใกล้ชิดกัน และมักจะเกิดความพึงพอใจ มีความรู้สึกที่ดีมีความมั่นใจที่จะซักถามปัญหา และสามารถติดต่อกันได้ และการให้ความรู้รายกลุ่ม เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่มีผู้รับหลายคนในการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้สอนจะต้องวางแผนเลือกกิจกรรมการสอนที่จะกระตุ้นให้ผู้รับมีความสนใจ มีส่วนร่วมในกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็น และกลุ่มช่วยกระตุ้นซึ่งกันและกันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดการเรียนรู้ เกิดความร่วมมือตามจุดมุ่งหมายที่ได้ตั้งไว้ (ชนกพร จิตปัญญา, 2551)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการเตือน การรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ธิดารัตน์ อภิญญา และ นิตยา พันธุเวทย์, 2556) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับโรค ความเข้าใจ วิธีคิด ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะของบุคคลในการควบคุมและจัดการสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา และอัจฉรา จินายน, 2553) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคยังมีผลต่อการรับรู้ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกและอารมณ์ พัฒนาเป็นเจตคติแล้วเกิดพฤติกรรมตามมา (สุรินธร กลัมพากร, 2554) พฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหาร อาหารที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถป้องกันการเกิดโรคซ้ำ อาหารที่เหมาะสมสำหรับป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาหารที่ช่วยควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดจนการลดน้ำหนักตัวลง มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

1) *เนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง* เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อนของภาวะไขมันในเลือดสูงด้วย

2) *เนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง* เกี่ยวกับความหมาย ประเภท สาเหตุและพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3) *เนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร* เกี่ยวกับการควบคุมอาหารจะส่งผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูง ได้แก่ อาหารที่มีไขมัน ชนิดและปริมาณอาหารที่ควรบริโภคต่อวัน การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณปริมาณสารอาหารและพลังงาน

4) *เนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา* เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด จำนวน และเวลาตามแผนการรักษา การออกฤทธิ์ของยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติจากการรับประทานยา

5) *เนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกาย* เกี่ยวกับลักษณะการออกกำลังกายที่เหมาะสม การเตรียมความพร้อมก่อนออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย การดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติจากการออกกำลังกาย

### 2.3.2 การสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรค

การสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย กิจกรรม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต และไขมันแอลดีแอลในเลือด

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทราบปัญหาหรือความต้องการทางสุขภาพของบุคคล เมื่อประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมจะช่วยให้วิเคราะห์ข้อมูลตามปัญหาที่เกิดขึ้นและแปลผลได้ถูกต้อง การประเมินสุขภาพนั้นแตกต่างกันไปตามบริบทความต้องการทางสุขภาพ และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ประเภทของการประเมินภาวะสุขภาพนั้นแบ่งเป็น 4 ประเภท (ชวลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2552) ดังนี้

1) *การประเมินสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive assessment)* การประเมินสุขภาพประเภทนี้ครอบคลุมการซักประวัติสุขภาพและการตรวจร่างกายอย่างสมบูรณ์ การประเมินทั้งปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ปัจจัยเสี่ยงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นตามช่วงอายุ หรือเพศ

2) *การประเมินสุขภาพที่เน้นเฉพาะอาการ (Problem based / focused assessment)* การประเมินสุขภาพประเภทนี้จะได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายคล้ายกับการประเมินสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จแต่จะเน้นเฉพาะปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้น มักจะประเมินในคลินิกสุขภาพ การซักถามจะเน้นเฉพาะอาการหรือตามปัญหาที่เกิดขึ้น การประเมินนั้นจำเป็นต้องพิจารณาผลกระทบการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการด้วย

### 3) การประเมินเพื่อติดตามการรักษา (Episodic/follow-up assessment)

การประเมินสุขภาพประเภทนี้เป็นการประเมินเพื่อติดตามผลการรักษาที่ผ่านมา เช่น การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดในผู้รับบริการที่เป็นโรคเบาหวานภายหลังจากได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิตในผู้รับบริการที่ได้รับยาควบคุมความดันโลหิต เป็นต้น

### 4) การประเมินเพื่อคัดกรองสุขภาพ (Screening assessment)

การประเมินสุขภาพประเภทนี้เพื่อตรวจคัดกรองโรค ซึ่งสามารถปฏิบัติในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด และตรวจปัสสาวะ เป็นต้น

การประเมินสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยประเมินเพื่อเน้นเฉพาะอาการ และเพื่อติดตามผลการรักษา โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประเมินสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในกระแสเลือด ลงในสมุดบันทึก เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้ตระหนักถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการประเมินการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา

### 2.3.3 สร้างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

การสร้างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ด้วยการบรรยายให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือประกอบด้วย คู่มือและแผนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงบวก เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันระดับความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดได้ดี แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการจัดกิจกรรมในรูปแบบแสดงความคิดเห็น (Discussion group) โดยใช้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ตลอดเวลา การรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกของการเป็นอยู่และมีอยู่

วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มจากแนวคิดกระบวนการกลุ่มจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของสมาชิกในกลุ่ม การแสดงบทบาทของสมาชิก (Role) เพื่อให้กลุ่มสามารถก้าวสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ โดยมีองค์ประกอบของกลุ่ม เช่น บรรทัดฐานของกลุ่ม (Norm) คือ แนวทางการแสดงออก คำพูดพฤติกรรม เจตคติ เพื่อก่อให้เกิดความเป็นหนึ่งของสมาชิก และแรงยึดเหนี่ยวของ เป็นกำลังใจในการแก้ไขปัญหา

สรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่ม เป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาการทางทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเป็นการทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้นยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และพร้อม

จะแก้ไขปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น การจัดกิจกรรมการป้องกันโดยใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่ม เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้อภิปรายถึงสาเหตุของปัญหาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และระดมแนวคิดเพื่อป้องกันสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น

การใช้กรณีตัวอย่างหรือบุคคลต้นแบบเป็นวิธีการที่มุ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกฝนการเผชิญและแก้ปัญหาทางสุขภาพโดยไม่ต้องรอให้ เกิดปัญหาจริง (พรรณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร, 2557) เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสคิดวิเคราะห์และเรียนรู้ความคิดของผู้อื่นช่วยให้มีมุมมองทางสุขภาพที่กว้างขึ้นมีขั้นตอนสำคัญ คือ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมศึกษาคณณัติตัวอย่างหรือบุคคลต้นแบบ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอภิปรายประเด็นคำถามเพื่อหาคำตอบ แขนงนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผู้เข้าร่วมกิจกรรมอภิปรายคำตอบ อภิปรายเกี่ยวกับปัญหา วิธีแก้ปัญหา และสรุปการเรียนรู้ทางสุขภาพที่ได้รับ Bandura (1997) กล่าวว่า การใช้บุคคลต้นแบบเป็นตัวชักนำให้ผู้ร่วมกิจกรรมสามารถเปลี่ยนตนเองนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ จำเป็นต้องพึ่งพาตัวแบบที่มีพฤติกรรมที่ซับซ้อนแต่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนเองได้ นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของการสร้างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เพราะเห็นตัวแบบมีความพยายามประสบความสำเร็จในที่สุด ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ การใช้ตัวแบบทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ จนสามารถดูตนเองให้มีสุขภาพดีได้ เนื่องได้รับฟังการบอกเล่าจากบุคคลต้นแบบที่มาถ่ายทอดความจริง ซึ่งสามารถอธิบายขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างละเอียด จนทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมองเห็นความเป็นไปได้และนำไปทดลองปฏิบัติกับตนเองจนสำเร็จ (พรรณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร, 2557)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคลต้นแบบภายในกลุ่มของโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การใช้กิจกรรมกลุ่มมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อแก้ไขสิ่งที่บุคคลเข้าใจผิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการรับฟังปัญหา จากผู้ที่มีปัญหาล้ำก้นจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยการใช้กระบวนการกลุ่มนั้น เป็นการให้สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการในกลุ่มย่อยฝึกทักษะการประเมินอาการด้วยตนเองเมื่อเริ่มเข้าสู่ภาวะหลอดเลือดสมอง วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคในกลุ่มย่อยนั้นจะใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มซึ่งเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้ผู้รับบริการได้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย มีการพัฒนาด้านเจตคติ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความเข้าใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ รวมทั้งได้ฝึกฝนทักษะในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี สามารถส่งผลเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และสร้างความ

คาดหวังในกลุ่มตัวอย่างให้เกิดผลสัมฤทธิ์เช่นเดียวกับบุคคลต้นแบบ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ของโรคเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และมีพฤติกรรมที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติจริงและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามได้ และเห็นผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนคือมีระดับความดันโลหิตและระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดลดลง

### 2.3.4 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยส่งเสริมความสามารถของตนเองด้วยวิธีการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรม การฝึกทักษะ การดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ การประเมินอาการเมื่อเข้าสู่ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนโดยการเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ การเยี่ยมบ้าน เสริมแรงใจอย่างต่อเนื่องโดย อสม. เครื่องมือประกอบด้วย สมุดบันทึกการจัดการตนเอง แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ รวมถึงโรคหลอดเลือดสมองได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) รายละเอียดดังนี้

#### 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การมีน้ำหนักตัวเกินมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระดับไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวานซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น การควบคุมน้ำหนัก สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ดังนั้นภาวะน้ำหนักตัวเกินจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การบริโภคอาหารเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการ ไม่มากหรือน้อยเกินไป โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลมาก ซึ่งการรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนักทำได้ โดยการรับประทานอาหารหมวดข้าว แป้งและไขมันให้น้อยลง หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด และอาหารประเภททอดและผัด ควรรับประทานอาหารประเภทผักโดย เฉพาะผักใบและผลไม้ที่ไม่หวานจัดเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ใยอาหารทำให้รู้สึกอิ่ม หลักการบริโภคอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง (DASH) จะแสดงถึงอาหาร 6 หมวด และปริมาณสัดส่วนที่ควรรับประทานในแต่ละวันอย่างถูกหลักโภชนาการ (1) หมวดคาร์โบไฮเดรต เช่นธัญพืช ข้าวแป้ง ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ได้จากข้าวและแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว มักกะโรนี ขนมปัง รวมทั้งผักซึ่งมีแป้งสูง เช่น มันฝรั่ง ข้าวโพด เผือก มันเทศ ฟักทอง ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ เช่น ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ซึ่งอาหารเหล่านี้มีสาร อาหารชนิดเดียวกันและมีปริมาณที่ใกล้เคียงกัน ให้พลังงานแก่ร่างกายและมีบทบาทสำคัญ ในการวางแผนมื้ออาหาร เลือกรับประทานอาหารหมวดนี้อย่างน้อยวันละ 6 ส่วนขึ้นไป (2) หมวดผักและผลไม้ เป็นแหล่งของวิตามินและเกลือแร่ ที่สำคัญรวมทั้งใยอาหาร ผักมีปริมาณ คาร์โบไฮเดรตและพลังงานต่ำรับประทานได้ในปริมาณที่ต้องการ แต่ควรระวังวิธีปรุงที่เติมไขมันลงไปมาก (3) หมวดเนื้อสัตว์และ

นม เนื้อสัตว์มีสารอาหารที่สำคัญ คือ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต สังกะสี ควรเลือกเนื้อสัตว์ไม่ติดหนังและมัน ควรจำกัดเนื้อสัตว์ในปริมาณ 4-6 ช้อนโต๊ะ/มื้อ ในแต่ละวัน (4) หมวดยกและผลิตภัณฑ์นม ควรเลือกแต่ผลิตภัณฑ์พร่องมันเนยและนมขาดมันเนย เพื่อลดไขมันจากอาหาร และควรหลีกเลี่ยงโยเกิร์ตชนิดเต็มเพราะมีส่วนผสมของน้ำตาลสูง (5) หมวดยกและผลิตภัณฑ์นม ควรเลือกแต่ผลิตภัณฑ์พร่องมันเนยและนมขาดมันเนย เพื่อลดไขมันจากอาหาร และควรหลีกเลี่ยงโยเกิร์ตชนิดเต็มเพราะมีส่วนผสมของน้ำตาลสูง (6) หมวดยกไขมัน มักให้พลังงานและไขมันสูง และยังรวมไปถึงน้ำตาลและเกลือ อาหารหมวดยกนี้มีส่วนผสมของไขมันสูง น้ำตาลสูง หรือเกลือสูง จึงเป็นหมวดยกที่ควรหลีกเลี่ยง รับประทานน้อยที่สุดหรือรับประทานเป็นครั้งคราวเท่านั้น

## 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเสริมจากกิจวัตรประจำวันโดยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ที่ร่างกาย มีการสูบฉีดไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดและหัวใจดีขึ้น ช่วยลดความเครียด ความกังวลได้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะทำให้สุขภาพทั่วไปดีขึ้น การออกกำลังกายช่วยลดโรคหรือชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้หัวใจ หลอดเลือด และปอดแข็งแรง การออกกำลังกายที่ใช้กำลังระดับปานกลางที่ทำให้หายใจแรงขึ้น ยังสามารถพูดคุยได้จบประโยค (แต่ไม่หอบเหนื่อย) ส่วนระยะเวลาควรค่อย ๆ เริ่มจากเวลาสั้น ๆ และสะสมขึ้นเป็นระยะเวลา 30 นาทีต่อวัน หรืออาจจะแบ่งช่วงเวลาสั้น ๆ ช่วงละ 10-15 นาทีก็ได้ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนเป็นการเคลื่อนไหวอีกรูปแบบหนึ่ง โดยมีการกำหนดท่าทางระยะเวลาความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวของอวัยวะทุกส่วนหลักการแกว่งแขนที่ถูกต้อง คือ แกว่งแขนให้ถูกวิธีต่อเนื่องสะสมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จะช่วยพัฒนาระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกาย ทำให้สุขภาพแข็งแรง หรือแกว่งแขนสะสมครั้งละ 10 นาที รวม 30 นาทีต่อวัน เป็นประจำทุกวันสม่ำเสมอควบคู่กับการควบคุมอาหารจะช่วยให้สามารถลดพุงลดโรคได้สำเร็จ วิธีการแกว่งแขนที่ถูกวิธีทำได้ดังนี้ ยืนตรงงอเข่าเล็กน้อยเพื่อการทรงตัว เท้าสองข้างแยกออกจากกันให้มีระยะห่างเท่ากับหัวไหล่ ปล่อยมือทั้งสองข้างลงตามธรรมชาติไม่ว่าหรือหงายมือ จากนั้นแกว่งแขนเบา ๆ เหมือนลูกตุ้มนาฬิกา เมื่อแกว่งไปข้างหน้าจะรู้สึกลำตัวเซไปข้างหน้าเล็กน้อย ใช้ฝ่าเท้ารับน้ำหนักถ่ายน้ำหนักไปที่ปลายเท้าเพื่อสร้างสมดุลกับลำตัวที่เซไปข้างหน้า เมื่อแกว่งไปข้างหลังก็ถ่ายน้ำหนักมาที่ส้นเท้าเพื่อสมดุลกับน้ำหนักลำตัวที่เซไปข้างหลัง ซึ่งการเซไปข้างหน้าและหลังนั้น เป็นผลจากการแกว่งแขนนั่นเอง จากผลการศึกษาของ เอกชัย จันทศร (2553) พบว่า การออกกำลังกายด้วยท่ารำไม้พลองและยางยืด มีผลต่อเปอร์เซ็นต์ไขมันในผู้สูงอายุ โดยมีปริมาณที่ต่ำกว่าก่อนฝึกการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นริศรา เปรมศรี (2556) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อภาวะความเครียดและระบบภูมิคุ้มกัน แสดงให้เห็นถึงการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยการเดินเร็วแบบยกแขนสูงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ไม่ส่งผลก่อให้เกิด

เกิดความเครียด สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้มีผู้ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนร่วมกับการควบคุมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และการปฏิบัติตัว พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จักรพงษ์ บุหรีน, 2557)

### 3) พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด

การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากโรคความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงตามแบบคัดกรอง อัมพฤกษ์ อัมพาต กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอาจต้องมีการรับประทานยาที่รักษาเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อกลุ่มเสี่ยงมีการขาดการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง และไม่มาพบแพทย์ตามนัดแล้ว อาจทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยครอบคลุมพฤติกรรมการตรวจสอบชื่อ สกิลบนของยา และตรวจสอบชนิดยา วิธีการใช้ยา พฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ ได้แก่ ถูกผู้ป่วย (Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกขนาด (Right dose) ถูกเวลา (Right time) ถูกทาง (Right route) และถูกเทคนิค (Right technique) (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) การไม่หยุดยากินเอง หรือลดขนาดยาเอง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการรับประทานยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ขณะรับประทานยาและหลังรับประทานยา การเก็บรักษา ยา และการมาพบแพทย์ตามนัด

พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต้องรับประทานยาอย่างถูกต้องเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ต้องการเป็นไปตามหลักการบริหารยา การใช้ยามีหลายวิธี ได้แก่ ทางปาก ทางหลอดเลือด ทางเยื่อ ซึ่งยาแต่ละอย่างจะบ่งบอกถึงวิธีทางใช้ยาโดยเฉพาะ เช่น ยาเม็ด สำหรับกินใช้รับประทานทางปาก ยาอมใต้ลิ้น ใช้อิมใต้ลิ้นเท่านั้น ห้ามเคี้ยว เป็นต้น การใช้ยาถูกขนาด ในโรคชนิดเดียวกันจะมีอาการ การดำเนินของโรคแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงทำให้ระดับของการรักษาแตกต่างกันออกไป และเพื่อให้ยาได้ดูดซึมได้ดีที่สุด ออกฤทธิ์ต่อร่างกายได้เหมาะสมจึงควรใช้ยาให้ถูกเวลา เช่น ก่อนอาหาร หลังอาหาร ก่อนนอน เพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดมีมากพออยู่ตลอดเวลาโดยไม่เกิดพิษของยามากเกินไป และระดับของยาไม่น้อยเกินไปจนไม่สามารถรักษาโรคได้ หากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลารับประทาน

ยาในมือต่อไป ให้รับประทานยาในมือนั้นและรับประทานยาในมือต่อไปตามปกติโดยไม่เพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2552)

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บางรายอาจได้รับยาหลายชนิดอาจทำให้ลืมรับประทานยาได้ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจึงควรมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา เช่น นำยาไปวางไว้ในที่ที่มองเห็นได้ชัดเจน หรือใช้วิธีการตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้งที่ได้รับประทานยา หรือใช้แผงหรือกล่องบรรจุยาชนิดที่มีวันที่ติดอยู่เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา เป็นต้น (Lois, 2002) ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยา เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเน้นการลดอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามแพทย์นัด (สุมาลี วัจนกร, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 53 (ประนอม สังขวรรณ, 2555)

คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป็นลักษณะเอกสารประกอบการปฏิบัติ เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเป็นเอกสารที่มีคำอธิบายการปฏิบัติ หลักความคิด วัตถุประสงค์ และเนื้อหาสาระที่มีความสมบูรณ์ อธิบายรายละเอียดของกระบวนการในการป้องกันโรคหลอดเลือด เปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ไปสู่จุดมุ่งหมาย (พิเศษ บัณฑิตน์, 2556) ประโยชน์ของการจัดทำคู่มือป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทำให้การปฏิบัติเป็นไปตามที่กำหนด ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสน สามารถเริ่มปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ลดขั้นตอนที่ซับซ้อน ลดข้อผิดพลาด เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ ช่วยให้เกิดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ รวมไปถึงช่วยลดการตอบคำถามเมื่อผู้ป่วยมีข้อสงสัย



### 3. บริบทการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน

#### 3.1 นโยบายและกลวิธีของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรควิถีชีวิต จึงเกิดความร่วมมือบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพวิถีชีวิตไทย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเป็น ปัญหาสุขภาพสำคัญลำดับต้น ๆ ที่ระบาดอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตที่คาดว่าจะมีแนวโน้มทวีความ รุนแรงมากยิ่งขึ้นหากปล่อยให้สถานการณ์ดำเนินไปโดยมิได้ดำเนินการสกัดกั้นปัญหาอย่างจริงจัง และ ได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพคน สังคม และสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 แผนนี้ได้ต่อยอดความคิดเชิงลึกในแต่ละประเด็นปัญหา สานต่อแนวคิด สุขภาพพอเพียงตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา สร้างสมดุล การพัฒนาในทุกมิติและสร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้กับคนไทยและประเทศและการมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจของประชาชน ที่มีความชัดเจนของเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งสร้างวิถีชีวิตที่พอเพียงเพื่อการ มีสุขภาพที่ดีของคนไทยด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนใน ทุกระดับทั้งในระดับบุคคลครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศ ให้ก้าวไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียง และสังคมอยู่เย็นเป็นสุขและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เป้าหมายหลักในการพัฒนาได้แก่ ลดปัญหา โรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคสูงหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคมะเร็ง) ใน 5 ด้าน (การเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การพิการ การตาย และภาระค่าใช้จ่าย) ด้วยการ เพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน (การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการ อารมณ์ได้เหมาะสม) เพื่อให้กรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยสามารถแปลงไปสู่การปฏิบัติ ของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง จึงได้กำหนดให้มีแนวทางการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นกรอบ ในการผลักดันสู่การปฏิบัติการ และการจัดตั้งองค์กรในรูปคณะกรรมการนโยบายและบริหารระดับชาติ ร่วมรับผิดชอบ เพื่อเป็นแกนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้บรรลุเป้าหมายและเกิดสัมฤทธิ์ผลได้อย่างมี ประสิทธิภาพและยั่งยืน

#### 3.2 นโยบายและกลวิธีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน คป.สอ.เกาะคา

ในการดำเนินงานการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขต คป.สอ.เกาะคา มีโรงพยาบาลเกาะคาเป็นแม่ข่ายพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

3.2.1 คป.สอ.เกาะคา มีโครงการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสนับสนุนให้ความรู้ทางวิชาการ

3.2.2 ถ่ายทอดแนวทางการปฏิบัติงานในการรักษา ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขต คป.สอ. เกาะคา

3.2.3 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร (อสม.) ให้มีความรู้ และทักษะในการดูแล และติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้ตามหลักสูตรอาสาสมัครดูแลครอบครัว (อ.สค.) และนักจัดการสุขภาพ (น.สค.)

3.2.4 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Care giver) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.2.5 มีทีมหมอครอบครัวให้การติดตามดูแล และมีระบบให้คำปรึกษา

### 3.3 ขอบเขตความรับผิดชอบของของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน คป.สอ.

#### เกาะคา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน คป.สอ.เกาะคาเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีจำนวน 13 แห่งในอำเภอเกาะคา มีขอบเขตความรับผิดชอบสำคัญ 5 ด้าน ตามขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา พยาบาล การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ (ไพจิตร วราชาติ, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, นิทัศน์ รวยยว, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุทธานนท์, สุธิมา สงวนศักดิ์ และสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์, 2553) รายละเอียดดังนี้

**3.3.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ** การส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถของตนเองในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรี กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มพิการ เพื่อเป็นข้อมูลและวางแผนการให้บริการที่แตกต่างกัน กลยุทธ์หลัก ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งกับกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข เป็นวิธีการทำงานเชิงรุก ซึ่งดำเนินทั้งในสถานบริการและในชุมชน

**3.3.2 ด้านการรักษาพยาบาล** ให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น และการรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อและรับกลับมาดูแลต่อเนื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเยี่ยมบ้าน การป้องกันการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยที่สัมผัสโรค กลุ่มเสี่ยงในสถานบริการและชุมชน การจัดการบริการด้านเภสัชกรรม การให้คำปรึกษา และงานแพทย์แผนไทย

**3.3.3 ด้านการควบคุมป้องกันโรค** ประกอบด้วย กิจกรรมการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและภัยสุขภาพ มีการสังเกต การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ การแปลผล และการรายงาน

สถานการณ์โรค ภัยสุขภาพที่เฝ้าระวังติดตามหรือคาดว่าจะเกิด ค้นหาการระบาดของโรคร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นและสามารถดำเนินการควบคุมได้ทันเวลา การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การนำข้อมูลจากการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและภัยสุขภาพมาวิเคราะห์แล้วจัดทำแผนงาน กำหนดมาตรการลงชุมชน

**3.3.4 ด้านการฟื้นฟูสภาพ** มีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชน โดยทีมสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

**3.3.5 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค** มีการสร้างความตระหนักหรือส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการติดตามเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ประชาชนต้องบริโภคและใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง น้ำ น้ำแข็ง เป็นต้น ซึ่งอาศัยภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบเฝ้าระวังทั้งกับตนเอง ครอบครัว รวมไปถึงชุมชน

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน คป.สอ.เกาะคาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญ มีการจัดบริการทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน อย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม มีขอบเขตการดำเนินงานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในการดูแล อาศัยภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

### 3.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การจัดบริการการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการรักษาต่อเนื่องในคลินิกเฉพาะทาง/เฉพาะโรค และการฟื้นฟูสภาพ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และปนัดดา ปรียทฤณ, 2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน คป.สอ.เกาะคา เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้การดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม เน้นบริการหลักในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ทั่วประเทศ ให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดการเจ็บป่วย ลดการพิการ และการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหลหิน ใช้รูปแบบการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (จรีพร คงประเสริฐ, 2558) ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังของวากเนอร์ (Wagner's Chronic care model) โดยมีกระบวนการหลัก 6 องค์ประกอบ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2559) ดังนี้

1. มีทิศทางนโยบาย เป้าหมาย การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในภาพเครือข่ายบริการ และบูรณาการในระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)

2. ระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูลสารสนเทศของจังหวัด และโรงพยาบาล แม่ข่าย มีข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ การจัดทะเบียน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

3. การปรับระบบและกระบวนการบริการ ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยเพิ่ม การดูแลแบบผสมผสาน บูรณาการกับเครือข่าย มีทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และการจัดการโรคเรื้อรัง รวมทั้งประสานการดำเนินการร่วมกันในการดูแล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

4. การสนับสนุนการดูแลตนเอง การป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตนเอง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยจึงต้องมีความสามารถ และทักษะในการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ ในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานภายใต้ข้อมูล หลักฐาน ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจ

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เช่น การบูรณาการ ทรัพยากรหรือแผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามกระบวนการหลัก ดังนี้

1. ร่วมเป็นคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอ ทำหน้าที่ร่วมประชุม วางแผน กำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมายของการให้บริการ โดยให้มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ปรับระดับ ไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติที่ต่ำกว่า 100 มล./ดล. รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จัดบริการที่มีคุณภาพ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล รายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพที่ดี

2. เชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูลสารสนเทศของจังหวัด และเครือข่ายบริการสุขภาพ จัดทำ ข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ ทะเบียนกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทะเบียนคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

3. ให้บริการป้องกัน ควบคุมโรค และดูแลรักษาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยการให้ยา และ สนับสนุนการปรับพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีระบบ ส่งต่อ และรับกลับ เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

4. มีเครื่องมือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ได้แก่ สมุดบันทึก สุขภาพ มีกิจกรรมที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงดูแลตนเองได้ และแลกเปลี่ยนรู้ประสบการณ์ระหว่าง กลุ่มป่วยด้วยกัน ทำให้สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้

5. มีแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเกาะคา จัดทำขึ้นและสื่อสารสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติงานมากขึ้น

6. มีการคืนข้อมูล ประชุมร่วมกับชุมชน เทศบาล ผู้นำชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะบทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาโรคทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขที่สูงกว่าอย่างเหมาะสม (กาญจนา จันทร์ไทย, อีรพร สิริอังกูร และขวัญณา ขวัญสถาพร, 2559)

ในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนการปรับพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการสร้างความรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ได้

## 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 4.1 งานวิจัยในประเทศไทย

กันตินันท์ ทองแดง และยินดี พรหมศิริไพบุลย์ (2558) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดประดู่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central limit theorem) กิจกรรมประกอบด้วย 1) สร้างและพัฒนาแบบสอบถามและแผนการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ทดลองใช้แบบสอบถาม 3) ทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง ขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) เก็บข้อมูลจริงตามแผนการใช้กระบวนการกลุ่ม 5) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล

และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ในการดูแลตนเองหลังการใช้กระบวนการกลุ่ม 17.73 คะแนน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 53.20 คะแนน และกลุ่มทดลองก่อนใช้กระบวนการกลุ่ม มีค่าระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 60.00 อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 30.00 และอยู่ในระดับควบคุมได้ ร้อยละ 3.30 หลังการใช้กระบวนการกลุ่ม มีค่าระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 66.70 ระดับควบคุมได้ ร้อยละ 26.7 และไม่มีระดับ 3 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า หลังการใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กนกวรรณ อุดมพิทยารัตน์ (2557) ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมสุขศึกษา ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมสุขศึกษาทั้งหมด 5 ครั้ง ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แต่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามรูปแบบเดิมของหน่วยงาน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ผลดีของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรีเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 40-65 ปี ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับต่ำและปานกลาง มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง จากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดแบบจำลองพรีสิด-โพสสิด กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรค 2) การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง 3) การเสริมแรงจูงใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรรยา ศรี ปัญญาดี (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้ตัวแบบและสื่อหมอลำของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอฟะนิง จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เลือกมาโดยการสุ่มอย่างง่ายได้ตำบลนาบัว เป็นกลุ่มทดลองและตำบลเชียงหวางเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กิจกรรมประกอบด้วย 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 2) จัดกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมจากผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อต่อสู้โรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่ถูกต้อง มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชลธิรา การไธสง และรุจิรา ดวงสงค์ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอุมพวง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีอายุตั้งแต่ 35-65 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม 2) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3) นำเสนอตัวแบบด้านบวกเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีผลการรักษาที่ดี และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 4) บรรยายสาธิต และฝึกปฏิบัติในการเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การผ่อนคลาย และ

การรับประทานยา 5) อภิปรายกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง การตั้งใจ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับความดันโลหิตและค่าระดับไขมันในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล และพัชราพร เกิดมงคล (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60-70 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กิจกรรมประกอบด้วย 1) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอันตราย และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และวิธีการปฏิบัติตัวโดยการชมวีดิทัศน์ การบรรยายประกอบสไลด์ การร้องเพลงโรคหลอดเลือดสมอง 3) ส่งเสริมการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกทักษะจัดยา การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย 4) กระตุ้นเตือนโดยใช้โทรศัพท์ 5) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอันตราย การเผชิญปัญหา และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และกลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปานใจ กันยะมี และทัศนาศูววรรณะปกรณ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน เลือกตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว และการติดตามโทรศัพท์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง



ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

พินิตนันท์ วงศ์สุวรรณ, วิณา เทียงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา และสุธรรม นันทมงคลชัย (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60-70 ปี กลุ่มตัวอย่าง 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม 2) การฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารแบบ DASH-diet 3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และอาสาสมัครสาธารณสุขสูงกว่าการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนารณ์ ศิริเกตม, สุรชาติ สิทธิปรกรณ์ และพร้อมจิตร ห่อนบุญheim (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับแบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงอัมพฤกษ์อัมพาตที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 68 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็น โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กิจกรรมประกอบด้วย 1) รับรู้ความรุนแรงของโรคโดยให้สมาชิกร่วมกันค้นหาปัญหาความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนทนากลุ่ม นำเสนอต้นแบบที่เคยได้รับความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองแล้วเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา 3 ชั่วโมง 2) รับรู้ความเสี่ยงของโรคจากการสนทนากลุ่ม ปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 3) บรรยายวิธีปฏิบัติตัวเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) แนะนำการจัดการกรณีฉุกเฉิน ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิธีการเรียกใช้ เมื่อมีอาการ บรรยายโดยผู้วิจัย 5) จัดสถานที่ที่เอื้อต่อการฝึกทักษะของกลุ่มเสี่ยง 6) ฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การรับรู้สัญญาณเตือนและจัดการ

กรณีฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 7) กิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 8) การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ 9) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเพื่อดูการปฏิบัติเพื่อเผชิญปัญหา 10) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีคะแนนการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$

วรวิฑูรี พัฒนโศครัตนา (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดไม่ได้ จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมกิจกรรม ประกอบด้วย 1) จัดกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม 2) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3) นำเสนอตัวแบบด้านบวก เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการรักษาดี และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พร้อมทั้งอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกการสังเกตและประเมินพฤติกรรมตนเอง แจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมพร้อมทั้งคำแนะนำในการลงบันทึก 4) บรรยาย การสาธิต และฝึกปฏิบัติในการเลือกอาหารรับประทานที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยการเดินเร็ว การผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิ และการรับประทานยา 5) อภิปรายกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติของแต่ละคน สรุปปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติไม่สำเร็จ ร่วมกันปรับแผนในการปฏิบัติ 6) สรุปและประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งตอบข้อซักถามและทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิยะการ แสงหัวช้าง และจันทิรา จักรสาร (2555) ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลตันตล อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ชุมชนตันตล อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสอนให้ความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 2) การติดตามทางโทรศัพท์ 3) การประเมินผลการทำกิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงอาการเตือนและการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา และวราณี สัมฤทธิ์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ ได้ประยุกต์ใช้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker กิจกรรมประกอบด้วย 1) สร้างความร่วมมือ และการค้นหาสภาพการณ์จริงใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยตรวจวัดความดันโลหิต และแจกแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) ให้กลุ่มตัวอย่าง และให้แต่ละคนวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จัดกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน เขียนสรุปข้อมูลในกระดาษ Flip Chart เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกัน และต่างกัน และให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มมานำเสนอ 2) สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามความตระหนักรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ด้าน และเปิดวิดีโอเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กลุ่มตัวอย่างดู และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นใน Flip Chart เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองจากนั้นให้ต้นแบบที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถดูแลตนเองได้ มาเล่าประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตนเอง เปรียบเทียบกับต้นแบบที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเขียนสรุปในกระดาษ Flip Chart และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยประกอบไปด้วยการป้องกันใน 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด พร้อมแจกคู่มือการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง ผู้วิจัยติดตาม ให้กำลังใจ และประเมินการปฏิบัติตน ซักถาม พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลจากการทำแบบสอบถามประเมินความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) และวางแผนแนวทางปฏิบัติเป็นรายบุคคลที่บ้าน 4) ให้กลุ่มตัวอย่าง เล่าประสบการณ์การปฏิบัติตน ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่

ประสบความสำเร็จ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แจกแบบประเมินพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง (Post-test) 5) นัคหมายกลุ่มตัวอย่างตรงกับวันนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโตะหมิง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยผู้วิจัยวัดความดันโลหิต พร้อมแจ้งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความดันโลหิต ซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความรู้ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิสริน มะโน, วันเพ็ญ แก้วปาน, อาภาพร เผ่าวัฒนา และปาหนัน พิษขยัญญู (2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคนเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยกลางคน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการป้องกันความดันโลหิตสูงที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมประกอบด้วย การชมวีดีทัศน์ประกอบการบรรยาย เรียนรู้จากต้นแบบ การสาธิต ฝึกทักษะ อภิปรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถ การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ และมีพฤติกรรมกำบังกันความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

อรุณโรจน์ สิมมา (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลท่าตุม อำเภอท่าตุม จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งหมด 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการเกิดโรค อาการ อาการแสดง การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการ แนวทางการรักษา การดูแลป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยการเกิดโรค อาการ และอาการแสดง แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) การสาธิตการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา และการสังเกตอาการข้างเคียงการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและโรคการผ่อนคลายและการจัดการกับความเครียด

4) การฝึกทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา และการสังเกตอาการข้างเคียง การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและโรค การผ่อนคลาย และการจัดการกับความเครียด 5) กิจกรรมการจับชีพจร และกิจกรรมกำไลสะกิดใจ การบันทึกชีพจรลงในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการฝึกทักษะ การเปลี่ยนกำไลข้อมือตามระดับความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง บุคคลในครอบครัวไม่เคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

คามินิตี, สเคอร์ส, บาร์บารา และคณะ (Caminiti, Schulz, Barbara et al., 2017) ศึกษาพัฒนาการรณรงค์ให้สุขศึกษาเพื่อลดอาการของโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่ออธิบายองค์ประกอบในการสนับสนุนการให้สุขศึกษา สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมของโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประเมินความจำเป็นและความต้องการของกิจกรรมในการพัฒนาการให้สุขศึกษา โดยการสำรวจภาคตัดขวาง 2 ครั้งเพื่อวัดความตระหนักโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเป้าหมายและเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางพฤติกรรมเพื่อลดอาการของโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้ารับการรักษา ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการให้สุขศึกษาตามวัตถุประสงค์ จากทฤษฎีและแนวทางที่ได้ศึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นทั้งผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเป้าหมาย ที่มีระดับความรู้ต่ำได้มีการเรียกร้องให้สุขศึกษาอธิบายในรูปแบบภาพการ์ตูน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวที่ได้รับการให้สุขศึกษา ร้อยละ 42 โทรหาเบอร์ฉุกเฉิน หลังมีอาการภายใน 2 ชั่วโมง จากคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มของโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มพบว่า การให้สุขศึกษาสามารถช่วยในการตัดสินใจที่จะหลีกเลี่ยงเกิดความกลัว จากการได้รับคำแนะนำเชิงบวกและการสร้างความหวังให้กับกลุ่มเป้าหมาย

ไพรส์ (PRICE, 2015) ศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้สุขศึกษาสำหรับการดูแลเบื้องต้น เป็นการทบทวนย้อนหลัง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 ราย ที่มีประวัติโรคจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ในโรคหัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลป้องกันในระดับปฐมภูมิเป็นการประเมินถึงการให้สุขศึกษา ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานยา หรือการระบุงการของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงก่อนแสดงอาการโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเสนอแนะต่อหน่วยงานสุขภาพสำหรับใน

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ได้รับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และไขมันผิดปกติ เนื้อหาจะเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้นเป็นการให้สุขศึกษาการใช้ยา สำหรับการระบุงการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นหัวข้อในการให้สุขศึกษาที่พบได้น้อยสุด ร้อยละ 3.1 ในระบบการดูแลปฐมภูมิทั้งหมดนี้ยังพบว่า ผู้ให้สุขศึกษา และประเภทสุขศึกษาในเรื่องควบคุมน้ำหนัก การระบุงการโรคหลอดเลือดสมอง การหยุดสูบบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา หรือความเสี่ยงของโรค ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการสุขภาพยังให้ความสำคัญของการให้สุขศึกษาในเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ไม่เพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเสี่ยง ควรได้รับการให้สุขศึกษาที่รวดเร็วต่อผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การได้รับสุขศึกษาที่ไม่เพียงพอในระดับการดูแลปฐมภูมิ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้ความสำคัญในการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิได้

ไมหยางจิน และไฮเยนโชเจ็ง (Mi Yang Jeon, Hyeon Cheol Jeong, 2015) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงที่อยู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 93 คน ที่มีปัจจัยเสี่ยง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมหลักสูตร 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง การแนะนำการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงที่อยู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง (BMI) ( $t = 8.27, p < .001$ ) ระดับความดันโลหิต ( $t = 2.39, p = .021$ ) ระดับไขมันในเลือด ( $t = 4.18, p < .001$ ) ระดับไตรกลีเซอไรด์ ( $t = 2.50, p = .016$ ) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

สพาสโซวา, วิททอรี, โดรสต์ และโรช (Spasova, Vittore, Droste & Rosch, 2016) ศึกษาประสิทธิภาพและการใช้งานของระบบฝึกสอนวิถีการดำเนินชีวิตด้วยโทรศัพท์คอมพิวเตอร์สำหรับป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไปที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นระบบฝึกสอนวิถีการดำเนินชีวิตด้วยโทรศัพท์คอมพิวเตอร์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิก แอลดีแอลคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ลดลง มีการรับประทานผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น รับประทานอาหารหวานลดลงกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระบบฝึกสอนวิถีการดำเนินชีวิตด้วยโทรศัพท์คอมพิวเตอร์มีคะแนนความสะดวกในการใช้ ได้รับการยอมรับสูงจากผู้เฉลี่ย 80.10 คะแนน

ฮาบีบี, ชาโมริตี และคาร์โฮริ (Habibi, Shahmoradi, Kalhori et al., 2018) ศึกษา ระดับไขมันในเลือดและความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในภาคเหนือของประเทศอิหร่าน ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศ เป็นการศึกษาย้อนกลับ เพื่อระบุความสัมพันธ์ของความผิดปกติไขมันในเลือดและความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ซายาด ชิราซี จอร์เจน (Sayad Shirazi) โดยศึกษาจากทะเบียนผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเดือนสิงหาคม ปี 2558-2559 ในโรงพยาบาลซายาด ร่วมกับผู้ที่มีการวัดไขมันในเลือดสูงจากผลทางปฏิบัติการ โดยโปรแกรมสุขศึกษาโคเลสเตอรอลแห่งชาติสำหรับผู้ใหญ่ (Adult Cholesterol Education Panel III) ได้ถูกนำมาใช้ในการจำแนกระดับไขมันเหล่านี้ ผลการศึกษาพบว่า จากรายงานทะเบียน 415 ราย ร้อยละ 9.6 มีการวินิจฉัยโรคที่ไม่ระบุรายละเอียดของโรคหลอดเลือดสมอง จาก 160 บันทึกงานที่ได้รับการตรวจวัดระดับไขมัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีระดับไขมันผิดปกติเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.6 และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71 ทั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับชาติพันธุ์ ระดับไขมันผิดปกติ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระดับไขมันในเพศหญิง นอกจากนั้น ความผิดปกติของไขมัน ยังสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอื่น ๆ รวมถึงเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด อาการก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้แสดงถึงความผิดปกติของไขมัน มีร่วมกับโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ทั้งนี้การลดระดับไขมันให้อยู่ในระดับต่ำ เป็นการป้องกันที่สำคัญในประชากรกลุ่มนี้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาข้างต้น พบว่า แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค แนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง แบบจำลองปริสิต-โพริสิต การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตัว นำมาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงการที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การให้คำแนะนำ คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เช่น คู่มือ การเยี่ยมบ้านหรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคคล มีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไปในทางที่ดีขึ้น สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองในการประเมินผลของโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิต หากมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง การ

รับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง การประเมินสุขภาพ และการสร้างแรงจูงใจด้วยการเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะทำให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสามารถส่งผลให้ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดลดลงอยู่ระดับปกติ มีสุขภาพดี และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้ต่อไป





## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Two-group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มม.ปรอท และมีระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายหรือไขมันแอลดีแอล (Low Density Lipoprotein, LDL) สูงกว่า 100 มก./ดล. ที่รับการรักษาในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 128 คน (โรงพยาบาลเกาะคา, 2560)

##### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดสูง โดยมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

**1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้แนวคิด Power analysis กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.8 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ( $\alpha = .05$ ) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยการคำนวณจากผลการวิจัยของ ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล และพัชราพร เกิดมงคล ศึกษาเรื่องผลของการจัดโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest, posttest design with comparison group) ก่อนกับหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 64 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ

32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) และผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 24.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.40 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 21.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.9 ค่าขนาดผล (Effect size) ได้เท่ากับ 0.79 และนำไปแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน

**1.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** มี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า และ 2) เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1) **เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)** เลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

- (1) มีอายุระหว่าง 60-75 ปี
- (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มมปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มมปรอท และมีระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายหรือไขมันแอลดีแอล (Low Density Lipoprotein, LDL) สูงกว่า 100 มก./ดล.

- (3) สามารถสื่อสารโดยการ อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี
- (4) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม เช่น โรคเบาหวาน โรคกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท โรคเบาหวาน โรคไตวาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

- (5) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด

2) **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ดังนี้

- (1) กลุ่มตัวอย่างที่ขอสละสิทธิ์ออกระหว่างการศึกษาวิจัย
- (2) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ไม่ครบทุกกิจกรรม
- (3) กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยกะทันหันด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม

**1.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 60 คน โดยให้ผู้ป่วยตำบลไหล่หิน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยตำบลบ้านจู้ด เป็นกลุ่ม

เปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยวิธีการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงในด้าน อายุ เพศ และระดับความดันโลหิต ดังนี้

- 1) อายุ กำหนดให้อายุของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยให้มีความแตกต่างของอายุไม่เกิน 5 ปี
- 2) เพศ กำหนดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศเดียวกัน
- 3) ระดับความดันโลหิต กำหนดให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยให้มีความแตกต่างของระดับความดันโลหิตมีค่าแตกต่างไม่เกิน 5 มิลลิเมตรปรอท

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

### 2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

**2.1.1 โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง** ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) มาออกแบบในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดกิจกรรมและเครื่องมือสำหรับในการทำกิจกรรม มีดังนี้

- 1) **สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง** ด้วยการบรรยายให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โปสเตอร์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แผ่นพับเรื่องอาหาร ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) และการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดสูงและมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) *สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง* ด้วยการบรรยายให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลเรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง และ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิต และไขมัน แอลดีแอลในเลือด

3) *สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง* เป็นการบรรยายให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เครื่องมือประกอบด้วยคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง และแผนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารบรรยายโดยโภชนาการ การรับประทานยาบรรยายโดยเภสัชกร การออกกำลังกายสาธิตโดยผู้วิจัย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงบวก เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันระดับความดันโลหิตสูง และภาวะไขมัน แอลดีแอล ในเลือดได้ดี

4) *สร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง* เป็นการฝึกทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การประเมินอาการเมื่อเข้าสู่ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนโดยการเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ การเยี่ยมบ้าน เสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องโดย อสม. เครื่องมือประกอบด้วย สมุดบันทึกการจัดการตนเอง แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียด ดังนี้

2.2.1 *แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง* ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) *ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป* จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองของญาติสายตรง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 16 ข้อ และข้อมูลสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันแอลดีแอลในเลือด

2) *ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง* จำนวน 70 ข้อ ประกอบด้วย ความถี่ในการปฏิบัติของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ข้อคำถาม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 46 ข้อ พฤติกรรมการ

รับประทานยา จำนวน 12 ข้อ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบ ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ หรือทุกวัน	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หรือ 5-6 วัน/สัปดาห์	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง หรือ 3-4 วัน/สัปดาห์	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง หรือ 1-2 วัน/สัปดาห์	2 คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัติน้อยมาก หรือ ไม่ได้ปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลความหมายของข้อมูลตามคะแนนเฉลี่ย (Mean) ใช้เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับของพฤติกรรม
3.67-5.00	ระดับสูง
2.34-3.66	ระดับปานกลาง
1.00-2.33	ระดับต่ำ

**2.2.2 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม.** ได้แก่ แบบบันทึกความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว แบบบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาเป็นลักษณะแบบเติมคำในช่องว่าง และปัญหา อุปสรรคที่พบพร้อมคำแนะนำ โดย อสม. เป็นผู้บันทึกผล

### 2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

#### 2.3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์

2) นำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขและปรับปรุงแล้ว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา ด้วยการให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ และไม่เหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปรนั้น ควรตัดทิ้ง
- 2 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์น้อย จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมาก จึงจะสอดคล้องกับนิยามศัพท์ และเหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปรนั้นน้อย
- 3 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ค่อนข้างมาก จำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะสอดคล้องกับนิยามศัพท์ และเหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปรนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง คำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์ค่อนข้างมาก และเหมาะสมที่จะใช้วัดตัวแปร นั้นมาก

คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากค่า คะแนนความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ที่ค่า 0.80 ขึ้นไป (Davis, 1992) และใช้ สูตรในการคำนวณดังต่อไปนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบบสอบถามได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90

3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไป ทดลองใช้

### 2.3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

1) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากขั้นตอนการตรวจสอบความ ตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ในตำบลนาแสง อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง

2) นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ของส่วนต่าง ๆ ดังนี้ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเท่ากับ 0.92 จำแนกเป็น ด้านการ รับประทานอาหาร มีค่าเท่ากับ 0.95 ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเท่ากับ 0.76 และด้านการรับประทาน ยา มีค่าเท่ากับ 0.84

3) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องวัดความดันโลหิต นำเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทและและเครื่องชั่งน้ำหนักแบบสปริงไปตรวจสอบ เทียบความถูกต้องของเครื่องมือ (calibration) ก่อนการวิจัย และฝึกผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตตามแนวปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย และตรวจสอบความถูกต้องของการอ่านค่าโดยใช้หูฟังสองปลายกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน ผลการอ่านค่าความดันโลหิตเท่ากันทั้ง 10 คน

4) การตรวจสอบความเที่ยงของการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และรอบเอว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดรอบเอว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน ผลการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว เท่ากันทั้ง 10 คน

5) การตรวจสอบความเที่ยงของการเจาะเลือด โดยมีตัวแทนบริษัทเครื่องมือในการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาไขมันแอลดีแอลในเลือดเข้ามาตรวจสอบก่อนเริ่มโครงการวิจัย

### 3. การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง ดังนี้

#### 3.1 ระยะก่อนการทดลอง

3.1.1 **จัดทำโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับสมบูรณ์

3.1.2 **ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์** ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 7/2562 (ดังแสดงในภาคผนวก) ผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2560

3.1.3 **ขออนุมัติหนังสือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย** ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3.1.4 **ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงพื้นที่การวิจัย** ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โครงการวิจัย และตัวอย่างเครื่องมือการวิจัยถึงพื้นที่การวิจัยทั้ง 2 แห่ง

**3.1.5 ติดต่อประสานงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่การวิจัยทั้ง 2 แห่ง หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**3.1.6 เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย** โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) **ผู้ช่วยวิจัย** ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ให้เป็นผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจแบบสอบถาม ทดสอบความถูกต้องของการวัดความดันโลหิต

2) **วิทยากร** ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ (ผู้วิจัย) 1 คน โภชนากร 1 คน เภสัชกร 1 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มทดลอง ทำความเข้าใจเนื้อหาในแผนการสอนให้ตรงกัน

3) **อสม. ที่สมัครใจให้ความร่วมมือ** และมีกลุ่มทดลองอยู่ในเขตรับผิดชอบของตน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต แนวทางการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาและมอบแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการลงบันทึก หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมให้รวบรวมแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. ส่งผู้วิจัย

**3.1.7 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ให้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา แห่งละ 30 คน ด้วยวิธีการจับคู่ อายุ เพศ ระดับความดันโลหิต ในกลุ่มเปรียบเทียบให้คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง

**3.1.8 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินกิจกรรม จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม และระยะเวลาของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาเป็นกลุ่ม การมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และผู้วิจัยพร้อมจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากต้องการ รวมทั้งจัดทำเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในกรณีของกลุ่มเปรียบเทียบ จะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการทดลองแล้ว เพื่อให้มีทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง



**3.1.9 เก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว

### 3.2 ระยะเวลาทดลอง

ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจู้ด โดยมีรายละเอียดกิจกรรมแต่ละกลุ่ม ดังนี้

#### 3.2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ

**สัปดาห์ที่ 1** จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจู้ด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1) *ประเมินสุขภาพ* โดยทีมผู้วิจัยประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจวัดระดับไขมันในกระแสเลือด

**สัปดาห์ที่ 1-12** ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลที่ให้บริการในระบบบริการปกติและนัดหมาย เพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 12

#### 3.2.2 กลุ่มทดลอง

**สัปดาห์ที่ 1** “มารู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกันเถอะ” เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) *ประเมินสุขภาพ* โดยทีมผู้วิจัยประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจวัดระดับไขมันในกระแสเลือด

2) *การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง* ทีมวิทยากรบรรยายให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อน ประกอบสื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับ เอกสารคู่มือที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และการแลกเปลี่ยนซักถามความรู้และประสบการณ์

3) *การเสริมแรงจิตใจ* ผู้วิจัยสนับสนุนจิตใจแก่กลุ่มทดลอง ให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการแจกคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มทดลองในการอ่านและศึกษารายละเอียด เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย ให้ถูกต้องได้ที่บ้าน

**สัปดาห์ที่ 2 “เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์”** เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากตัวแบบเชิงลบ และตัวแบบเชิงบวก โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ โดยแบ่งกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม “เรียนรู้จากเรื่องจริง” ด้วยกระบวนการกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล ต้นแบบภายในกลุ่ม โดยเรียนรู้จากตัวแบบเชิงลบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมัน ในเลือดสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่สมัครใจร่วมกล่าวถึงประสบการณ์การ เจ็บป่วยและความรู้สึกเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแบบเชิงบวก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูงที่สมัครใจร่วมกล่าวถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยและความรู้สึก เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง และความสำเร็จของพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์จากบุคคลตัวแบบ การ ตั้งเป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจงในกิจกรรมที่ต้องกระทำ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทาน ยา การออกกำลังกาย หลังจากนั้นตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลการวิเคราะห์ที่ได้จากกระบวนการกลุ่ม

**สัปดาห์ที่ 3 “ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง”** จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการสาธิตและฝึกทักษะการ ดูแลสุขภาพตนเอง เรื่อง การรับประทานยาและการออกกำลังกาย โดยเภสัชกรสาธิตการใช้ยาที่ใช้บ่อย วิธีการอ่านฉลากยา การเก็บรักษา ยา และผู้วิจัยสาธิตรูปแบบการออกกำลังกายในวิธีต่าง ๆ ฝึกและ แนะนำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงบันทึกการรับประทานยา การรับประทานยา และการออกกำลังกาย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการลงบันทึก

**สัปดาห์ที่ 4** จัดกิจกรรม “สถานีทักษะการดูแลสุขภาพ” เพื่อฝึกทักษะการ ดูแลสุขภาพตนเองแยกฐาน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในการ ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด สมอง และภาวะแทรกซ้อน

2) ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานยา การรับประทาน ยา และการออกกำลังกาย โดยการฝึกทักษะโดยแบ่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เป็น 3 กลุ่มย่อย จัดให้ทำ กิจกรรม 3 ฐานหมุนเวียนจนครบ 3 ฐาน ใช้เวลาฐานละ 30 นาที ดังนี้

(1) ฐานการรับประทานยา “ตลาดนัดสุขภาพ” ให้สมาชิกกลุ่มเลือก อาหารที่ตนเองรับประทานอยู่เสมอจากตัวอย่างอาหารที่จัดวางไว้ เช่น อาหารกระป๋อง บะหมี่กึ่ง

สำเร็จรูป เครื่องปรุงอาหาร เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้ และขนม เป็นต้น ให้สมาชิกกลุ่มร่วมพิจารณาว่าอาหารที่เลือกมานั้นมีสารอาหารอะไรบ้าง ปริมาณเท่าใด เหมาะสมสำหรับโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ คำนวณปริมาณสารอาหาร และโภชนาการจากตัวอย่างฉลากอาหารที่กำหนดให้ หลังจากนั้นให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มนำเสนอผลการคำนวณสารอาหารอย่างง่าย ตามตัวอย่างฉลากอาหารที่วิทยากรแจกให้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

(2) *ฐานการใช้ยา “ฉลาดใช้ยา”* ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างยาที่ใช้ในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง และยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับจากโรงพยาบาลแจกให้แก่สมาชิกในกลุ่มระบุวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด จำนวน และเวลาตามแผนการรักษา การออกฤทธิ์ยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติจากการรับประทานยา หลังจากนั้นให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มนำเสนอวิธีการใช้ยาจากตัวอย่างยาจากวิทยากรกำหนดให้ ในเรื่องชื่อยา วิธีการใช้ยา ข้อบ่งใช้ ข้อห้ามหรือข้อควรระวัง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา เป็นต้น

(3) *ฐานการออกกำลังกาย “ออกกำลังกายกันเถอะ”* ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันตั้งเป้าหมาย วางแผนในการปฏิบัติเพื่อไป สู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ค้นหาหนทางในการบรรลุสู่เป้าหมาย โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันวางแผนกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และนำเสนอแลกเปลี่ยนกันระหว่างสมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรม และมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มทำการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกาย หลังจากนั้นฝึกสมาชิกกลุ่มทดลองปฏิบัติการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและแกว่งแขนอย่างถูกวิธี โดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายก่อนยืดเหยียดกล้ามเนื้อและแกว่งแขน เพื่อให้ร่างกายเตรียมพร้อมของการทำงานของระบบต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและแกว่งแขน ต่อเนื่องนาน 30 นาที

### สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ที่ 11

1) *การเสริมแรงจิตใจ* โดย อสม. เยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ให้คำปรึกษา พูดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมแรงจิตใจให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งบันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้าน

## 3.3 ระยะสิ้นสุดโปรแกรม

### 3.3.1 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) *ตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุด* ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

2) *ประเมินสุขภาพ* เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจวัดระดับไขมันในเลือด วัดระดับความดันโลหิต และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ สรุปผลการเรียนรู้ และวิเคราะห์ผลสำเร็จของการดูแลตนเอง

3) *การเสริมแรงจิตใจ* โดยมอบเกียรติบัตรเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบแก่ตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ประสบผลสำเร็จของการดูแลตนเองที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดได้ จำนวน 3 คน

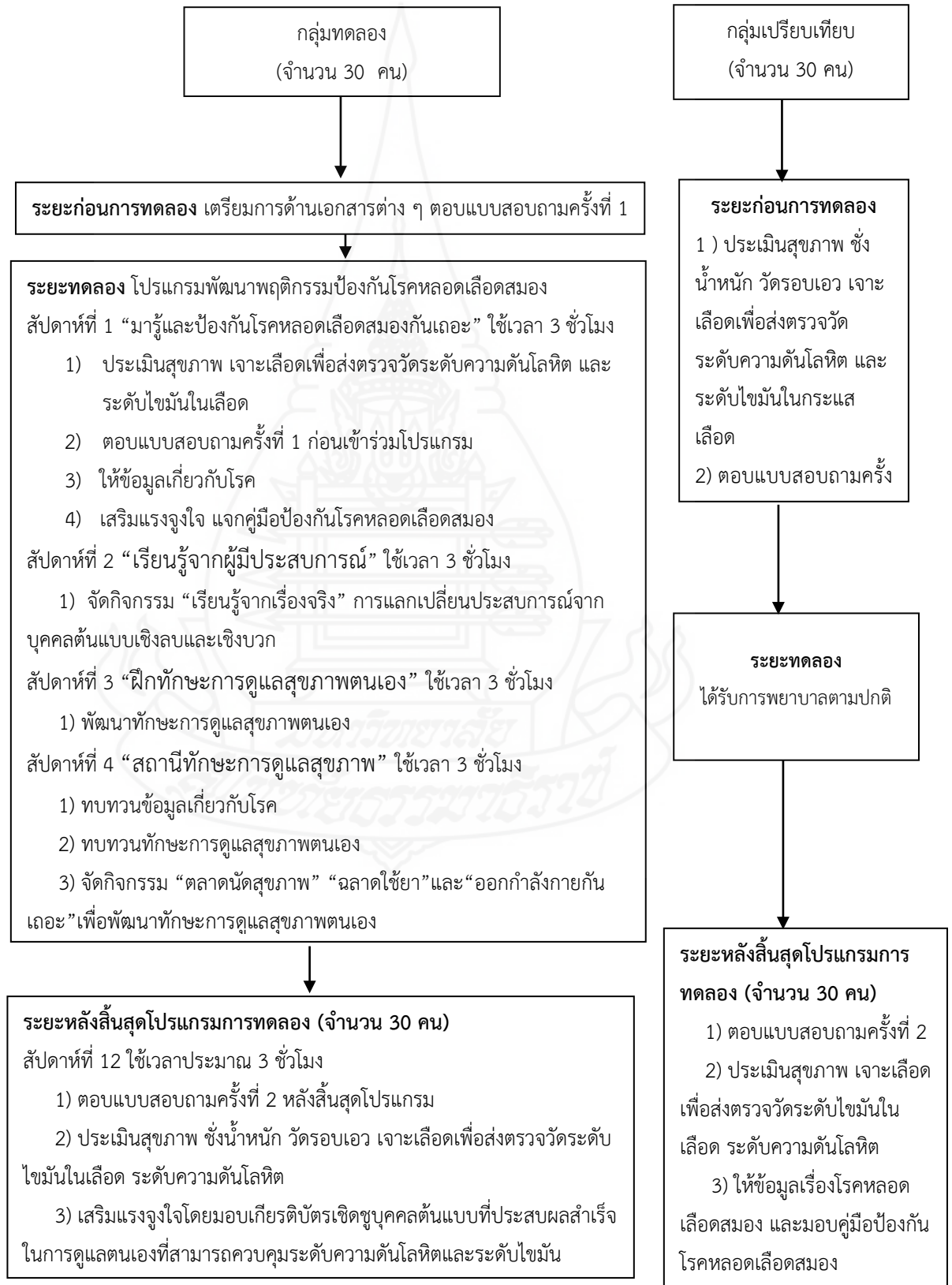
### 3.3.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

#### สัปดาห์ที่ 12

1) *ตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุด* ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2) *ประเมินสุขภาพ* เจาะเลือดเพื่อตรวจวัดระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และวัดรอบเอว บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ สรุปผลการเรียนรู้ และวิเคราะห์ผลสำเร็จของการดูแลตนเอง

3) *ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโดยบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์* เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย แก่กลุ่มเปรียบเทียบ มอบคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกล่าวขอบคุณกลุ่มเปรียบเทียบที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้ ดังภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

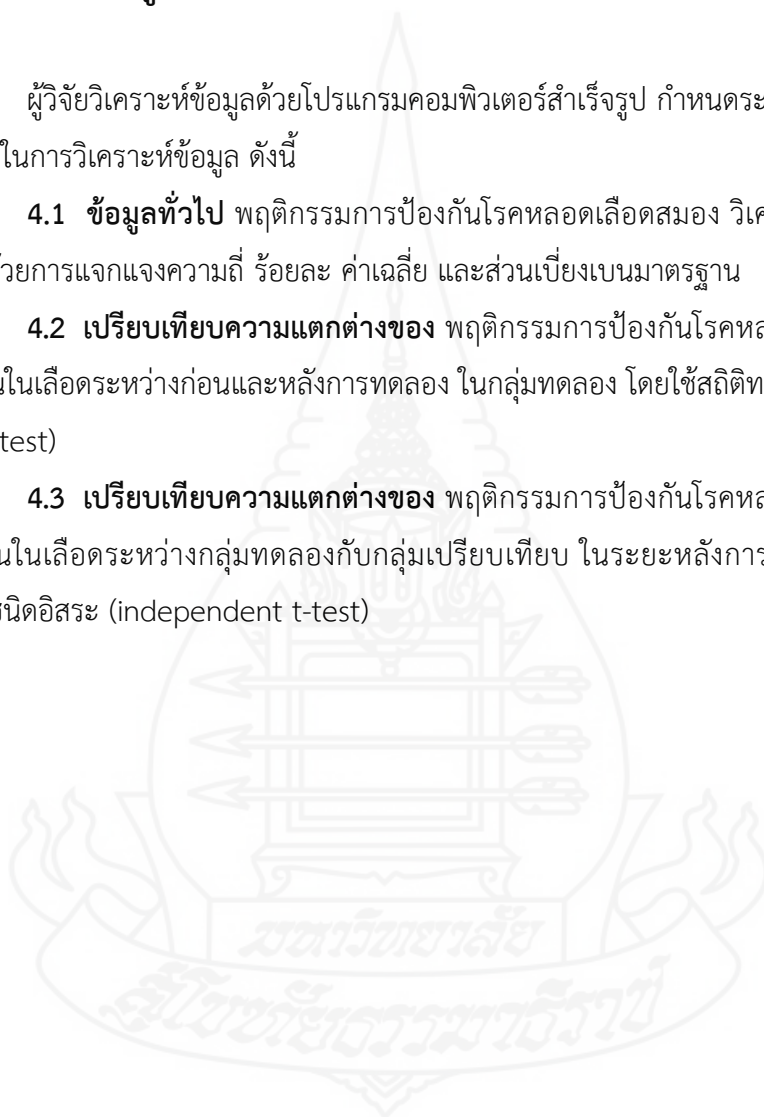
#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

**4.1 ข้อมูลทั่วไป** พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของ** พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไขมันในเลือดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test)

**4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของ** พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไขมันในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดอิสระ (independent t-test)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไขมันแอลดีแอลในเลือด และระดับความดันโลหิต โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดสูงเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 ความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง



## ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดสูง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน โดยข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่น ๆ การออกกำลังกายต่อสัปดาห์ในปัจจุบัน ประเภทของการออกกำลังกาย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ลักษณะการใช้แรงงานในการทำกิจกรรมประจำวัน การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลทางคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 4.1 และ 4.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		X <sup>2</sup> / t-test	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
ชาย	10	33.33	12	40.00	.287 <sup>a</sup>	.789
หญิง	20	66.67	18	60.00		
<b>อายุ (ปี)</b>	$\bar{x} = 67.77, SD = 4.869, \bar{x} = 67.50, SD = 5.015$					
60-67	13	43.33	12	40.00	.209 <sup>b</sup>	.835
68-75	17	56.67	18	60.00		
<b>สถานภาพสมรส</b>						
คู่	23	76.67	26	86.67	1.002 <sup>a</sup>	.506
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	23.33	4	13.33		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่าถึงประถมศึกษา	26	86.67	29	96.67	1.964 <sup>a</sup>	.353
มัธยมศึกษาขึ้นไป	4	13.33	1	3.33		



ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		X <sup>2</sup> / t-test	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกรกรรม	9	30.00	11	36.67	.354 <sup>a</sup>	.838
รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย	14	46.67	12	40.00		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	23.33	7	23.33		
<b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน</b>						
≤ 5,000 บาท	12	40.00	12	40.00	1.003 <sup>a</sup>	.606
5,001-10,000 บาท	8	26.67	11	36.67		
≥ 10,001 บาท	10	33.33	7	23.33		
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>						
เพียงพอ เหลือเก็บ	7	23.33	7	23.33	.851 <sup>a</sup>	.837
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	11	36.67	14	46.67		
ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้	6	20.00	5	16.67		
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	6	20.00	4	13.33		
<b>มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>						
ไม่มี	15	50.00	12	40.00	.606 <sup>a</sup>	.604
มี	15	50.00	18	60.00		
<b>ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี) <math>\bar{X} = 7.10</math>, SD = 2.412, <math>\bar{X} = 7.27</math>, SD = 2.33</b>						
3-4	7	23.33	5	16.67	.272 <sup>b</sup>	.787
5-6	5	16.67	6	20.00		
7-8	8	26.67	9	30.00		
มากกว่า 8	10	33.33	10	33.33		
<b>มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย</b>						
ไม่มี	24	80.00	17	56.67	3.774 <sup>a</sup>	.095
มี ได้แก่ โรคอ้วน ไตเสื่อม	6	20.00	13	43.33		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\chi^2/$ t-test	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การออกกำลังกายต่อสัปดาห์ในปัจจุบัน (ครั้ง/สัปดาห์)</b>						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3	15	50.00	21	70.00	2.500 <sup>a</sup>	.187
มากกว่า 3	15	50.00	9	30.00		
<b>ประเภทของการออกกำลังกาย</b>						
เดินเร็ว/วิ่งเหยาะ	11	36.67	15	50.00	1.131 <sup>a</sup>	.568
ถีบจักรยาน	7	23.33	5	16.67		
แกว่งแขน	12	40.00	10	33.33		
<b>ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (นาที/ครั้ง) <math>\bar{X}</math> = 27.67, SD = 6.661, <math>\bar{X}</math> = 24.17, SD = 6.833</b>						
น้อยกว่า 15	0	0.00	5	16.67	2.009 <sup>b</sup>	.049
มากกว่าหรือเท่ากับ 15	30	100.00	25	83.33		
<b>ลักษณะการทำงาน</b>						
ใช้แรงงานน้อย	11	36.67	13	43.33	.278 <sup>a</sup>	.792
ใช้แรงงานกลางและมาก	19	63.33	17	56.67		
<b>การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง*</b>						
<b>การบริโภคอาหาร</b>						
ได้รับคำแนะนำ	25	83.33	23	76.67	.417 <sup>a</sup>	.748
ไม่ได้รับคำแนะนำ	5	16.67	7	23.33		
<b>การออกกำลังกาย</b>						
ได้รับคำแนะนำ	28	93.33	26	86.67	.741 <sup>a</sup>	.671
ไม่ได้รับคำแนะนำ	2	6.67	4	13.33		
<b>การรับประทานยา</b>						
ได้รับคำแนะนำ	29	96.67	27	90.00	1.071 <sup>a</sup>	.612
ไม่ได้รับคำแนะนำ	1	3.33	3	10.00		
<b>การดูแลตนเองเมื่อความดันโลหิตสูง</b>						
ได้รับคำแนะนำ	18	60.00	19	63.33	3.270 <sup>a</sup>	.120
ไม่ได้รับคำแนะนำ	12	40.00	11	36.67		

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทางคลินิก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทางคลินิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)</b>	$\bar{x} = 23.67, SD = 1.918,$		$\bar{x} = 23.08, SD = 3.266$			
≤ 18.50	0	0.00	2	6.66	.866 <sup>b</sup>	.390
18.51-22.99	9	30.00	14	46.67		
23.00-24.99	12	40.00	5	16.67		
≥ 25.00	9	30.00	9	30.00		
<b>รอบเอว (เซนติเมตร)</b>	$\bar{x} = 82.52, SD = 5.223,$		$\bar{x} = 81.27, SD = 4.828$			
หญิง ≤ 80	8	26.67	3	10.00	1.364 <sup>b</sup>	.382
> 80	12	40.00	15	50.00		
ชาย ≤ 90	9	30.00	12	40.00	1.071 <sup>b</sup>	.612
> 90	1	3.33	0	0.00		
<b>ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>	$\bar{x} = 152.98, SD = 8.992,$		$\bar{x} = 152.65, SD = 6.618$			
140-159	25	83.33	27	90.00	.190 <sup>b</sup>	.850
มากกว่า 160	5	16.67	3	10.00		
<b>ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>	$\bar{x} = 96.18, SD = 3.369,$		$\bar{x} = 96.80, SD = 5.041$			
90-99	29	86.67	24	80.00	.557 <sup>b</sup>	.580
มากกว่า 100	4	13.33	6	20.00		
<b>ไขมัน LDL ในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)</b>	$\bar{x} = 126.47, SD = 16.552,$		$\bar{x} = 126.10, SD = 9.817$			
100-130	18	60.00	20	66.67	.917 <sup>b</sup>	.367
131-160	12	40.00	10	33.33		

หมายเหตุ : <sup>a</sup> = ค่า  $\chi^2$ , <sup>b</sup> = ค่า t-test

จากตารางที่ 4.1 และ 4.2 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.77 ปี (SD = 4.869) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี (SD = 5.015) ส่วนใหญ่มีอายุ 68-75 ปี ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส คู่มากที่สุด ร้อยละ 76.67 และร้อยละ 86.67 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับต่ำกว่าถึงประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 96.67 ตามลำดับ ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและค้าขาย ร้อยละ 46.67 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ

ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนในระดับไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 40.00 มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 36.67 และร้อยละ 46.67 ตามลำดับ มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน คือ เฉลี่ย 7.10 ปี (SD = 2.412) และ 7.27 ปี (SD = 2.333) ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 8 ปี ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคไตเสื่อม ร้อยละ 20.00 และร้อยละ 43.33 ตามลำดับ

ส่วนมากออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ โดยผู้ออกกำลังกายในกลุ่มทดลอง ออกกำลังกายด้วยวิธีแกว่งแขน ร้อยละ 40.00 และกลุ่มเปรียบเทียบออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็วหรือวิ่งเหยาะ ร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน 27.67 นาทีต่อครั้ง (SD = 6.661) และ 24.17 นาทีต่อครั้ง (SD = 6.833) ตามลำดับ โดยออกกำลังกายมากกว่า 15 นาทีต่อครั้งมากที่สุด ร้อยละ 100.00 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ

ส่วนมากทำงานโดยใช้แรงงานระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 63.33 และร้อยละ 56.67 ตามลำดับ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูงในด้านการบริโภคอาหาร ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 93.33 และร้อยละ 86.67 ตามลำดับ ด้านการรับประทานยา ร้อยละ 96.67 และร้อยละ 90.00 ตามลำดับ ด้านการดูแลตนเองเมื่อความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ ส่วนมากไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันไตเสื่อม ร้อยละ 76.67 และร้อยละ 93.33 ตามลำดับ และไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 80.00 และร้อยละ 96.77 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน 23.67 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 1.918) และ 23.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 3.266) ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมากที่สุด ร้อยละ 40.00 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.51-22.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมากที่สุด ร้อยละ 46.67 กลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยรอบเอวใกล้เคียงกัน 82.52 เซนติเมตร (SD = 5.223) และ 81.27 เซนติเมตร (SD = 4.828) ตามลำดับ

เพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80.00 เซนติเมตรมากที่สุด ร้อยละ 40 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ เพศชายมีรอบเอวมากกว่า 90.00 เซนติเมตร ร้อยละ 3.33 และร้อยละ 0.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความดันเฉลี่ยซิสโตลิกใกล้เคียงกัน 152.98 มิลลิเมตรปรอท (SD = 8.992) และ 152.65 มิลลิเมตรปรอท (SD = 6.618) ตามลำดับ ค่าความดันซิสโตลิกระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุดร้อยละ 83.33 และร้อยละ 90.00 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกใกล้เคียงกัน 96.18 มิลลิเมตรปรอท (SD = 3.36) และ 96.80 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.041) ตามลำดับ ค่าความดันไดแอสโตลิกระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุด ร้อยละ 86.77 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลในเลือดใกล้เคียงกัน 126.47 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 16.552) และ 126.10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 9.817) ตามลำดับ ระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดส่วนมากอยู่ในช่วง 100-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ

**หมายเหตุ** ทดสอบความเหมือนกันของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษาซึ่งเป็นนามมาตรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Test for Homogeneity) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## **ตอนที่ 2 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง**

### **2.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 4.3 โดยมีการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (ดังแสดงในภาคผนวก จ) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระ (paired t-test)

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Paired t-test	p
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>								
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.16	0.136	ปานกลาง	3.90	0.147	สูง	-25.548	0.000***
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>								
กลุ่มทดลอง (n=30)	2.72	0.401	ปานกลาง	3.69	0.305	สูง	-10.444	0.000***
<b>ด้านการรับประทานยา</b>								
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.33	0.365	ปานกลาง	3.69	0.357	สูง	-6.829	0.000***
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>								
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.07	0.226	ปานกลาง	3.71	0.150	สูง	-16.632	0.000***

\*\*\* *p-value* < .001

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.07$ ,  $SD = 0.226$ ) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ( $\bar{X} = 3.71$ ,  $SD = 0.150$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16$ ,  $SD = 0.136$ ) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ( $\bar{X} = 3.90$ ,  $SD = 0.147$ ) ก่อนการทดลองพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.72$ ,  $SD = 0.401$ ) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ( $\bar{X} = 3.69$ ,  $SD = 0.305$ ) ก่อนการทดลองพฤติกรรมด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.33$ ,  $SD = 0.365$ ) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ( $\bar{X} = 3.69$ ,  $SD = 0.357$ ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ( $t = -16.632$ ;  $p\text{-value} < .001$ ,  $t = -25.548$ ;  $p\text{-value} < .001$ ,  $t = -10.444$ ;  $p\text{-value} < .001$ ,  $t = -6.829$ ;  $p\text{-value} < .001$  ตามลำดับ)

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.03$ ,  $SD = 0.150$ ) หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เท่าเดิม ( $\bar{x} = 3.06$ ,  $SD = 0.132$ ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติที่ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ด้าน การรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างจากก่อนการ ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

## 2.2 ความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4.4 โดยมีการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้ง ปกติ (ดังแสดงในภาคผนวกจ) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทีชนิดอิสระ (Independent t-test)

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการ ทดลอง โดยใช้สถิติทีชนิดอิสระ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p
	(n = 30)			(n = 30)				
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>								
หลังการทดลอง	3.90	0.147	สูง	3.14	0.107	ปานกลาง	23.040	0.000***
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>								
หลังการทดลอง	3.69	0.305	สูง	2.69	0.226	ปานกลาง	14.429	0.000***
<b>ด้านการรับประทานยา</b>								
หลังการทดลอง	3.69	0.357	สูง	3.35	0.279	ปานกลาง	4.161	0.000***
<b>พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>								
หลังการทดลอง	3.71	0.150	สูง	3.06	0.132	ปานกลาง	17.788	0.000***

\*\*\* p-value < .001

จากตารางที่ 4.4 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ( $\bar{x} = 3.71$ ,  $SD = 0.150$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ( $\bar{x} = 3.90$ ,  $SD = 0.147$ ) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ( $\bar{x} = 3.69$ ,  $SD = 0.305$ ) พฤติกรรมด้านการรับประทานยา เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ( $\bar{x} = 3.69$ ,  $SD = 0.357$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ( $\bar{x} = 3.06$ ,  $SD = 0.132$ ) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ( $\bar{x} = 3.14$ ,  $SD = 0.107$ ) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ( $\bar{x} = 2.69$ ,  $SD = 0.226$ ) พฤติกรรมด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ( $\bar{x} = 3.35$ ,  $SD = 0.279$ ) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ด้วยสถิติที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 17.788$ ;  $p\text{-value} < .001$ ,  $t = 23.040$ ;  $p\text{-value} < .001$ ,  $t = 14.429$ ;  $p\text{-value} < .001$ ,  $t = 4.161$ ;  $p\text{-value} < .001$  ตามลำดับ)

ส่วนในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.07$ ,  $SD = 0.226$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.03$ ,  $SD = 0.150$ ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติที่ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ดังแสดงในภาคผนวก จ)



### ตอนที่ 3 ความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

#### 3.1 ความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของไขมันแอลดีแอลในเลือด และความดันโลหิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 4.5 โดยมีการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (ดังแสดงในภาคผนวก จ) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระ (paired t-test)

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระ

ภาวะสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
<b>ไขมันแอลดีแอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)</b>						
กลุ่มทดลอง (n=30)	126.47	16.552	104.83	15.193	5.136	0.000***
<b>ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>						
กลุ่มทดลอง (n=30)	152.98	6.992	132.78	9.011	9.795	0.000***
<b>ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>						
กลุ่มทดลอง (n=30)	96.18	3.369	83.47	3.908	14.509	0.000***

\*\*\* *p-value* < .001

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดก่อนการทดลองเท่ากับ 126.47 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 16.552) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดลดลงเท่ากับ 104.83 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 15.193) ซึ่งหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 5.136$ , *p-value* < .001)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยไขมันในเลือดก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 152.98 มิลลิเมตรปรอท (SD = 6.992) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 132.78 มิลลิเมตรปรอท (SD = 9.011) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 9.795$ ,  $p\text{-value} < .001$ ) และกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 96.18 มิลลิเมตรปรอท (SD = 3.369) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 83.47 มิลลิเมตรปรอท (SD = 3.908) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 14.509$ ,  $p\text{-value} < .001$ )

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

### 3.2 ความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4.6 โดยมีการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (ดังแสดงในภาคผนวก จ) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทีชนิดอิสระ (Independent t-test)

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีชนิดอิสระ

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
<b>ไขมันแอลดีแอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)</b>						
หลังการทดลอง	104.83	15.193	126.67	10.182	-6.538	0.000***
<b>ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>						
หลังการทดลอง	132.78	9.011	152.00	6.251	-9.598	0.000***
<b>ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>						
หลังการทดลอง	83.47	3.908	95.93	5.638	-9.953	0.000***

\*\*\*  $p$ -value < .001

จากตารางที่ 4.6 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดลดลงเป็น 104.83 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 15.193) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดเท่ากับ 126.67 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (SD = 10.182) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -6.538$ ,  $p$ -value < .001) ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 132.78 มิลลิเมตรปรอท (SD = 9.011) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 152.00 มิลลิเมตรปรอท (SD = 6.251) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -9.598$ ,  $p$ -value < .001) ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 83.47 มิลลิเมตรปรอท (SD = 3.908) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 95.93 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.638) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -9.953$ ;  $p\text{-value} = < .001$ ) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีค่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 และมีค่าระดับไขมันแอลดีแอลต่ำกว่า 100 จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 จากการถอดบทเรียน พบว่า ในการเสริมแรงจิตใจด้วยการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ที่ 5-11 ของ อสม. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยที่ อสม. จะสรุปผลการเยี่ยมบ้านต่อผู้วิจัยทุกสัปดาห์ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางในการสนับสนุน เสริมแรงจิตใจ และให้คำแนะนำในกรณีที่เกิดปัญหา เช่น พบปัญหาใช้น้ำมันในการประกอบอาหารทั้งทอดและผัดในปริมาณที่มาก อสม. แนะนำให้ใช้น้ำมันในการประกอบอาหารในปริมาณไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน ลืมรับประทานยาเป็นประจำ อสม. แนะนำให้นำยาไปวางไว้ในที่ที่มองเห็นได้ชัดเจน หรือใช้วิธีการตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้งที่ได้รับประทานยา หรือใช้กล่องบรรจุยาชนิดที่มีวันที่ติดอยู่เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา ขาดความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย อสม. ชักชวนให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายร่วมกันในช่วงตอนเย็นเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทดลองออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ซึ่งสามารถสรุปการวิจัย อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

1.1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 **กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มม.ปรอท และมีระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกายหรือไขมันแอลดีแอล (Low Density Lipoprotein, LDL) สูงกว่า 100 มก./ดล. ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหลหิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจู้ด อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา เป็นกลุ่มทดลอง และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน

1.2.2 **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection

Motivation theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) เป็นกรอบในการสร้างกิจกรรม ประกอบด้วย สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและมีเครื่องมือในการทดลองสำหรับกิจกรรมแต่ละประเภท ดังนี้

(1) *สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง* เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอน วิดีทัศน์ คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ

(2) *สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง* เครื่องมือประกอบด้วย การข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการสอน และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิต และไขมันแอลดีแอลในเลือด

(3) *สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง* เครื่องมือประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แผนการสอน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงบวก

(4) *สร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง* เครื่องมือประกอบด้วย สมุดบันทึกการจัดการตนเอง การเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ การเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนให้คำแนะนำและกำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยอสม. มีกำหนดเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมทั้งบันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. จากนั้น อสม. รวบรวมข้อมูลที่บันทึกได้ในแต่ละสัปดาห์นั้นไปรายงานผลให้กับผู้วิจัย นัดหมายกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการปฏิบัติตัว

## 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90 และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

**1.2.3 การดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) *ระยะก่อนการทดลอง* จัดทำโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เลขที่ 007/2562 และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง สอบเทียบมาตรฐานของเครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องชั่งน้ำหนัก ติดต่อประสานงานกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยวิจัย วิทยากร และอสม. ขอความร่วมมือจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ให้การสนับสนุนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาที่กำหนด แห่งละ 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยแบบสอบถาม ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตามที่กำหนด

2) *ระยะทดลอง* กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ จำนวนกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจู้ด

### 3) *ระยะหลังการทดลอง*

กลุ่มทดลอง ประเมินผลโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยการตอบแบบสอบถาม ประเมินภาวะสุขภาพ เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจวัดระดับไขมันแอลดีแอลในเลือด ระดับความดันโลหิต และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ มอบเกียรติบัตรเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันสรุปผลการเรียนรู้ วิเคราะห์ผลสำเร็จของการดูแลตนเองและกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินผลการได้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ โดยการประเมินสุขภาพ ตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเจาะเลือดวัดระดับไขมันแอลดีแอลในเลือด และตอบแบบสอบถามการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยบรรยายข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง ประกอบสื่อวีดิทัศน์ มอบคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกล่าวขอบคุณกลุ่มเปรียบเทียบที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

**1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) *ข้อมูลทั่วไป* พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) *เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง* ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดอิสระ (independent t-test)

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ชนิดไม่อิสระ (Paired t-test)

### 1.3 ผลการวิจัย

**1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.77 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 76.67 และร้อยละ 86.67 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับต่ำกว่าถึงประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 96.67 ตามลำดับ ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและค้าขาย ร้อยละ 46.67 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนในระดับไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 40.00 มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 36.67 และร้อยละ 46.67 ตามลำดับ มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน คือ เฉลี่ย 7.10 ปี และ 7.27 ปี ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 8 ปี ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคไตเสื่อม ร้อยละ 20.00 และร้อยละ 43.33 ตามลำดับ ส่วนมากออกกำลังกาย น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ โดยผู้ออกกำลังกายในกลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยวิธีแกว่งแขน ร้อยละ 40.00 และกลุ่มเปรียบเทียบออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็วหรือวิ่งเหยาะ ร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน 27.67 นาทีต่อครั้ง และ 24.17 นาทีต่อครั้ง ตามลำดับ โดยออกกำลังกายมากกว่า 15 นาทีต่อครั้งมากที่สุด ร้อยละ 100.00 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทำงานโดยใช้แรงงานระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 63.33 และร้อยละ 56.67 ตามลำดับ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ร้อยละ 83.33 การออกกำลังกาย ร้อยละ 93.33 การรับประทานยา ร้อยละ 96.67 และการดูแลตนเองเมื่อความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน 23.67 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ 23.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมากที่สุด ร้อยละ 40.00 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีดัชนีมวลกาย ระหว่าง 18.51-22.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมากที่สุด ร้อยละ 46.67 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยรอบเอวใกล้เคียงกัน 82.52 เซนติเมตร และ 81.27 เซนติเมตร ตามลำดับ เพศหญิงมีรอบเอวมมากกว่า 80.00 เซนติเมตรมากที่สุด ร้อยละ 40 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ เพศชายมีรอบเอวมมากกว่า 90.00 เซนติเมตร ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและ



กลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันเฉลี่ยซิสโตลิกใกล้เคียงกัน 152.98 มิลลิเมตรปรอท และ 152.65 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ค่าความดันซิสโตลิกระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุด ร้อยละ 83.33 และ ร้อยละ 90.00 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกใกล้เคียงกัน 96.18 มิลลิเมตรปรอท) และ 96.80 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ค่าความดันไดแอสโตลิกระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุด ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลในเลือดใกล้เคียงกัน 126.47 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ 126.10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตามลำดับ ระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดส่วนมากอยู่ในช่วง 100-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ

### **1.3.2 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต แตกต่างกันดังนี้

1) *กลุ่มทดลอง* มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมพบว่า หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ซึ่งหลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความดันเลือดแดงเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) *กลุ่มเปรียบเทียบ* ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมพบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยาก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### 1.3.3 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการรับประทายยา สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวมและรายด้าน ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2. อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย โดยจะแยกตามตัวแปรตามที่ศึกษา ดังนี้

### 2.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.71$ ) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 3.07$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $\bar{X} = 3.06$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมของโปรแกรม ดังนี้ ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นการประเมินสุขภาพ จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไขมันในเลือดสูง ประกอบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แผ่นพับ และเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองให้แก่กลุ่มทดลอง ด้วยการแจกคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการ

รับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายให้ถูกต้องได้ที่บ้าน และแจกสมุดบันทึกการจัดการตนเอง เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “เรียนรู้จากเรื่องจริง” จากตัวแบบเชิงลบ และตัวแบบเชิงบวก ร่วมกล่าวถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยและความรู้สึกเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง และความสำเร็จของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 3 เป็นการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองโดยการสาธิตและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง เรื่อง การรับประทานอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หลักการรับประทานยาและวิธีใช้ยาที่ถูกต้องบรรยาย และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งสอนการลงบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองเรื่อง การรับประทานอาหารโดยเน้นย้ำการลดอาหารรสเค็ม และมันเฉพาะอาหารพื้นบ้านที่รับประทานกันเป็นประจำ เช่น แกงฮังเล แหนม แคบหมู หมกสมองหมู ใส่อั่ว ข้าวเหนียว เป็นต้น การออกกำลังกายแกว่งแขน และการรับประทานยาโดยสม่ำเสมอ ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับโรค และทบทวนทักษะการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ด้วยกระบวนการกลุ่ม จัดให้ทำกิจกรรม 3 ฐาน ดังนี้ 1) ฐาน “ตลาดนัดสุขภาพ” 2) ฐาน “ฉลาดใช้ยา” และ 3) ฐาน “ออกกำลังกายกันเถอะ” ผู้วิจัยเชิญชวนให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมบันทึกกิจกรรมในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง ในสัปดาห์ที่ 5-11 เป็นการเสริมแรงจิตใจ โดย อสม. ให้การเยี่ยมบ้าน กำหนดเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และชี้ให้เห็นความเสี่ยงจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งบันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละสัปดาห์ แลกเปลี่ยนผลการติดตามเยี่ยม ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และการสนับสนุนให้กำลังใจ มอบเกียรติบัตรเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด

กิจกรรมจากโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) โดยเน้นเกี่ยวกับการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ สร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การบันทึกกิจกรรมเป็นช่วยให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนการปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองทราบโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ สร้างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงบวก และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยวิธีการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การเชิดชูเป็นบุคคลต้นแบบ การเยี่ยมบ้าน ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิยะการ แสงหัวช้าง และจันทิรา จักรสาร (2555) พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยง อาการเตือนและการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การศึกษาของ ปานใจ กันยะมี และทัศนาศูววรรณะปกรณ (2557) พบว่า คณะนพคุณกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) โดยการบรรยายให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของ ชลธิรา กาวไรสง และรุจิรา ดวงสงค์ (2557) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง การตั้งใจ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 หลังจากการทดลองพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบรรยาย ให้ความรู้เรื่อง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดสมอง การสาธิต และการฝึกปฏิบัติเรื่องการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การศึกษาของ สุวิตรา สร้างนา (2557) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การศึกษาของ ชื่นชม สมพล, ทัศนีย์ รวีวรกุล และพัชราพร เกิดมงคล (2560) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังเสนอตัวแบบด้านลบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เปิดโอกาสพูดคุย ชักถามอาการ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ทั้งนี้ไพรส์ (Price, 2015) ได้อธิบายว่า มีผู้ได้รับความรู้เฉพาะโรคหลอดเลือดสมองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ผู้ให้บริการสุขภาพยังให้ความสำคัญกับการให้สุขศึกษาในเรื่อง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ไม่เพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความเสี่ยงต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการให้สุศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพื่อช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง

## 2.2 ความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลและความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการส่งเสริมและติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง จึงสามารถควบคุมระดับไขมันแอลดีแอลและความดันโลหิตให้ลดลงตามไปด้วย

ทั้งนี้การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ การควบคุมความดันโลหิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับความดันซิสโตลิกที่สูงขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิกที่สูงขึ้นทุก 5 มิลลิเมตรปรอทจากระดับปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะยาวจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) การควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายส่งผลต่อระดับไขมันในร่างกายนี้อย่างมีนัยสำคัญ ถ้าแอลดีแอลในเลือดสูงจะมีผลเหมือนกับไขมันรวม (Total Cholesterol) ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นและความสัมพันธ์นี้ปรากฏในผู้สูงอายุด้วย (อาคม อารยาวิชานนท์, 2553) ผู้ที่รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณต่ำ (147 กรัมต่อวัน) มีความเสี่ยงสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 0.72 เท่า ของผู้ที่รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณสูง (673 กรัมต่อวัน) และการรับประทานผัก ผลไม้ทุกชนิดในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ (Johnson et al., 2003)

การรับประทานอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม (DASH diet) การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมที่ต่ำ การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมัน และลดการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล เนื่องจากการรับประทานอาหารแบบ DASH โดยลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม เช่น ซีอิ๊ว น้ำปลา ผงชูรส อาหารแปรรูป เช่น อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง ควบคุมปริมาณโซเดียมที่ได้จากอาหารให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสม ไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัม หรือปริมาณ

เท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา (6 กรัม) ต่อวัน จะสามารถลดความดันได้ 2-8 มิลลิปรอท เพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ อย่าง โปแตสเซียม และแมกนีเซียมช่วยปรับสมดุลของโซเดียม ช่วยลดความดันโลหิต เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2561)

สำหรับการออกกำลังกายมีผลให้ระดับไขมันแอลดีแอลลดลงทำให้หลอดเลือดแดงไม่แข็งตัว ช่วยลดความดันโลหิตสูง จากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดความดันซิสโตลิก 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การรับประทานยาต่อเนื่องกันทุกวัน เช่น ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง Amlodipine เป็นยาในกลุ่ม Calcium channel blocker โดยจะไปออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ยา Enalapril เป็นยาในกลุ่ม ACE inhibitor ซึ่งจะออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและป้องกันไม่ให้ร่างกายบวมน้ำ เป็นต้น

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงมีผลต่อระดับความดันโลหิต และปริมาณไขมันแอลดีแอลในเลือดที่ลดลง แสดงถึงความสามารถในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ตามไปด้วย

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สพาสโซวา, วิททอรี, โดรสต์ และโรซ (Spasova, Vittore, Droste & Rosch (2016) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีไขมันแอลดีแอล มีความดันซิสโตลิก และไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังจากเข้าร่วมระบบการฝึกสอนวิถีการดำเนินชีวิตด้วยโทรศัพท์คอมพิวเตอร์สำหรับป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ โดยรับประทานผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น และรับประทานอาหารหวานลดลง การศึกษาของ ไม หยาง เจิน และไฮ เยิน โช เจิง (Mi Yang Jeon & Hyeon Cheol Jeong, 2015) พบว่า หลังจากการทดลองโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยการให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิรา กาวโรตอง และรุจิรา ดวงสงค์ (2557) พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับความดันโลหิตและค่าระดับไขมันในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังจากหลังการทดลองพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ การศึกษาของ ฮาบีบี, ชาโมริดี, คาร์โฮริ และคณะ (Habibi, Shahmoradi, Kalhori et al., 2018) ได้ศึกษาระดับไขมันในเลือดและความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในภาคเหนือของอิหร่าน

เพื่อระบุความสัมพันธ์ของความผิดปกติไขมันในเลือดและความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แสดงถึงความผิดปกติของไขมัน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ทั้งนี้การลดระดับไขมันให้อยู่ในระดับต่ำ เป็นการป้องกันที่สำคัญในประชากรกลุ่มนี้

สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ อุทุมพิทยารัตน์ (2557) พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ผลดีของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองศึกษาโปรแกรม สุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของ ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ (2559) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำ กว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังจากการทดลองพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลในเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.2 ควรขยายผลโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในการวิจัยกลุ่มโรคเรื้อรัง อื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และขยายผลไปพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อติดตามผลความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะยาวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเรื่องความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองในระยะยาวแบบไปข้างหน้า ซึ่งจะช่วยให้ทราบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น สามารถนำมาวางแผนในการจัดบริการเชิงรุกให้มีคุณภาพต่อไป

3.2.2 ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม. หรือผู้ดูแลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยการกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องกับความรุนแรงของโรค ซึ่งมีกำหนดการเฝ้าระวัง การติดตามเยี่ยมบ้านที่มีระยะเวลาแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรคหรือตามอาการที่ผู้ป่วยเป็น และออกเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับอสม. หรือผู้ดูแลเพื่อการเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มโซเซียลเน็ตเวิร์ก โดยที่ อสม. หรือผู้ดูแลสามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง







บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กนกพร โอปารัตน์ชัย. (2553). แนวทางการสืบค้นในโรคหลอดเลือดสมอง. ใน เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Diseases)* (หน้า 17-30).  
เชียงใหม่: หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์. (2553). โรคสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke). ใน เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Diseases)* (หน้า 33-73).  
เชียงใหม่: หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กนกวรรณ อุดมพิทยารัตต์. (2557). โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal*, 7(1), 62-72.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต คอพลิฟท์.
- กษมา เชียงทอง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้นจาก <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/14138>
- กาญจนา จันทร์ไทย, ชีรพร สติธอังกฤษ และขวัญณา ขวัญสถาพร. (2559). พัฒนารูปแบบเครือข่ายผู้บริหารการพยาบาล เพื่อการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 241-252.
- กาญจนาตรี ทรัพย์สะอาด, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์ และสุขสันต์ เตชาพิสุทธิ์. (2559). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการภาวะไข้ร่วมกับการใช้ผ้าเย็นโพลีไวนิลแอลกอฮอล์ ต่อภาวะไข้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 109-121.
- กันตินันท์ ทองแดง และยินดี พรหมศิริไพบูลย์. (2558). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดประดู่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(2), 261-271.
- กำพล ศรีวิวัฒนกุล. (2552). *คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). ปทุมธานี: สกายบุ๊กส์.

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์. (2559). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- จริยาวัตร คมพัยค์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และปนัดดา ปรียทฤฆ. (2559). ระบบบริการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. ใน ประมวลสาระชุดวิชา นโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. (หน่วยที่ 8, หน้า 1-75). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จักรพงษ์ บุหรีน. (2557). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกควบคู่กับการควบคุมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลโนนราษี อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- จีรภา เล่าทรัพย์. (2556). ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- จรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา. (2558). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จุฬารณีย์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น; โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลธิรา กาวไสง. (2555). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล และพัชราพร เกิดมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(ฉบับพิเศษ), 58-74.
- ชุลีพร ด่านยุทธศิลป์. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 25(3), 82-91.
- ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. (2555). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: จีซีเคเอส พรินติ้ง.

- ณัชพันธ์ มานพ. (2557). การรับรู้สัญญาณเตือนและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ณัฐริรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2557). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*. 20(3), 356-371.
- ดิษยา รัตนากร และเจษฎา เขียนดวงจันทร์. (2551). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน* (หน้า 431-443). กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2557). การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 275-282.
- ธิดารัตน์ อภิญญา และนิตยา พันธุเวทย์. (2556). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2556* (งบประมาณ 2557). สืบค้นจาก [www.dpck5.com/SRRTcenter/56-Paralysis.pdf](http://www.dpck5.com/SRRTcenter/56-Paralysis.pdf)
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2549). *สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- บุญพิสิฐ ธรรมกุล. (2554). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ประนอม สังขวรรณ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่่นาวาง อำเภอแม่เฒ่า จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา.
- ปานใจ กันยะมี. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26(2), 14-25.
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีประสาทสัมผัส การรับรู้ และการเคลื่อนไหวผิดปกติจากประสาทส่วนกลาง. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ* (หน่วยที่ 14, พิมพ์ครั้งที่ 13, หน้า 364-384). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. (2560). *โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)*. สืบค้นจาก [ww.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106\\_2017-08-19.pdf](http://ww.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf)

- พรรณณี ปานเทวัญ และอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร. (2557). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 16-34.
- พักรวิทย์ วรณารัตน์ และธีระ วรณารัตน์. (2557). *องค์ความรู้ด้านวิถีชีวิตกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. กรุงเทพฯ: จรัสสนิทวงศ์การพิมพ์.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ไพจิตร วราจิต, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, นิตศน์ รายยาว, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุธานนท์, สุธิมา สงวนศักดิ์ และสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์. (2553). *คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- ภัทรา เล็กจิตรธาดา และอัจฉรา จินายน. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล*. สมุทรปราการ: คอมเมอร์เชียลเวิลด์มีเดีย.
- ยุพา จิวพัฒนกุล, อุบลวรรณ เรือนทองดี และฐิติรัตน์ ทับแก้ว. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(2), 46-57.
- เยาวดี มาพูนธนะ และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(4), 77-88.
- รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกษแก้ว สอนดี. (2554). ผลของโปรแกรมสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(2), 79-93.
- รัตนารมณ์ ศิริเกตม, สุรชาติ สิทธิปรกรณ์ และพร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. (2554). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(3), 299-304.
- รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ และชุลีพร หิตอักษร. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 49-55.
- วนิดา ศรีพรหมษา. (2560). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. สืบค้นจาก <http://110.164.51.229/research/attachments/documents/020925571310.Pdf>

- วัลย์พร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(3)*, 14-16.
- วัลย์ลักษณ์ สิทธิบรรณ. (2560). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง ตาบลดร้อนพิบูลย์ อาเกอรอนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. สืบค้นจาก [www.nigrc2017.ubu.ac.th/article\\_status.php?sp=8&searchtype=&searchtext=&searchyear=2560&articlesubtype\\_id=&type\\_present=&status](http://www.nigrc2017.ubu.ac.th/article_status.php?sp=8&searchtype=&searchtext=&searchyear=2560&articlesubtype_id=&type_present=&status)
- วรวิมล พัฒนโกครัตนา. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์, 29(1)*, 145-153.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา และวราณี สัมฤทธิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(2)*, 94-107.
- วรรณภา เศรษฐธรรม-อิชิตะ, นริศรา เปรมศรี และวิไลวรรณ กฤษณะพันธ์. (2559). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่ออัลฟาอะไมเลสในน้ำลาย และจำนวนเม็ดเลือดขาวในประชากรไทยที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอ. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 31(1)*, 1-7.
- วาริตา แยมศรี, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2556). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(3)*, 41-57.
- วิชัย เทียนถาวร. (2555). *ตำราการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (80 Yrs c Quality of Life)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิยะการ แสงหัวช้าง และจันทิรา จักรสาร. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลต้นตาล อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(4)*, 260-273.
- ศิริพร ชัมภลชิต และจุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศิลปกรรม งามจันทร์ศรี. (2556). ผลของโปรแกรมประยุกต์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมาธิบำบัด ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืด ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 11(3), 117-123.
- สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). โภชนาการเพื่อการป้องกันและบำบัดกลุ่ม ประชากรที่มีภาวะทุพโภชนาการ ทั้งด้านขาดและเกิน. สืบค้นจาก <http://www.inmu.mahidol.ac.th/th/research/completed-research/group-IV/research-project/index.php?id=15>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: อีวันน้ำพรีนติ้ง.
- สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน และนิรชร ชูดีพัฒน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1), 110-128.
- สมบูรณ์ พันธุ์บุตร. (2557). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลไร่สี อำเภอลือ อำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค*, 12(4), 40-51.
- สุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล. (2558). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์ คอร์ปอเรชั่น.
- สุวิตรา สร้างนา. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอมือง จังหวัด ชัยภูมิ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 18(2), 214-218.
- สุมาลี วัจนการ, ชูติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ รับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุรินทร์ กลัมพากร. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและ ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2560). *ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด*. สืบค้นจาก [https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)

- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การ  
สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อรุณ นุรักษ์เช. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองใหญ่. ใน *ผ่องศรี  
ศรีมรกต (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเล่ม 3*  
(หน้า 472-477). กรุงเทพฯ: โอกรูปเพรส.
- อรุณโรจน์ สิมมา. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ  
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลท่าตม อำเภอท่าตม จังหวัด  
สุรินทร์. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 10(1), 73-83.
- อาคม อารยาวิชานนท์. (2555). รูปแบบการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและ  
อุดตันของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. *สรรพสิทธิเวชสาร*,  
33(1), 71-86.
- เอกชัย จันทศร. (2556). *ผลการออกกำลังกายด้วยท่ารำไม้พลองและยางยืดที่มีต่อเปอร์เซ็นต์ไขมัน  
ในผู้สูงอายุประชาชนในเขตศูนย์สาธารณสุขประชาชนในเขต 17 ประชาชนเขต 1 เขตจตุจักร*.  
สืบค้นจาก <http://tdc.walai.net/docview.aspx?tdcid=31350>.
- Aoki, J. & Uchino. (2011). Treatment of risk factors to prevent stroke.  
*Neurotherapeutics*, 8(3), 463-74.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. Bandura, A. (1994). In V. S. Ramachaudran (Ed.),  
*Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.
- Beck, K. H., & Lund, A. K. (1981). The effects of health threat seriousness and  
personal efficacy upon intentions and behavior. *Journal of Applied Social  
Psychology*, 11(5), 401-415.
- Best, John W. 1977. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs. New Jersey:  
Prentice Hall.
- Caminiti, C., Schulz, P., Marcomini, B., Lezzi, E., Riva, S., Scoditti, U., et al. (2017).  
Development of an education campaign to reduce delays in pre-hospital  
response to stroke. *BMC Emergency Medicine*, 17(20), 1-19.
- Center for Disease Control and Prevention : CDC. (2017). *Physical Activity Guidelines  
for Americans*. Retrieved from [https://www.cdc.gov/physicalactivity  
/resources/recommendations.html](https://www.cdc.gov/physicalactivity/resources/recommendations.html)
- Champion, V.L. and Skinner, C. S. (2008). *The health belief model*. New york: A wiley  
Imprint.



- Choi, S., Rabjub, S., Stewart, A. and Oka, R. (2008). Perceptions of coronary heart disease risk in Korean immigrants with type 2 diabetes. *The diabetes educator*, 34(3), 484-493.
- Fuller, K. S. (2009). *Pathology: Implications for the physical therapist* (3<sup>rd</sup> ed.). St.Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Goldstein, L.B., Bushnell, C. D., Adams, R. J., Appel, L. J. Braun, L. T., & Chaturvedi, S. Mark A. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. *Stroke*, 42(2), 517-584.
- Green T., Haley E., Eliasziw M., & Hoyte K. (2007). Education in stroke prevention: efficacy of an educational counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors. *Can J Neurosci Nurs*, 29, 3-20.
- Habibi, M. K., Shahmoradi, L., & Kalhori, S. R. N. (2018). Lipid Profile and the Risk of Stroke: A Study from North of Iran. *Journal of Research in Medical and Dental Sciences*, 6(1), 343-349.
- Janowski, K., Donata Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PLoS Onev*. 8(5), e63920.
- Jeon, M. Y., & Jeon, H. C. (2007). Effects of a stroke primary prevention program on risk factors for at-home elderly. *Med Sci Monit*, 21, 3696–3703.
- Johnson, R. J., Kang, D. H., Feig, D., Kivlighn. S., Kanellis, J., Watanabe. S., Tuttle, K. R., Rodriguez-Iturbe, B., Herrera-Acosta, J., & Mazzali, M. (2003). Is there a pathogenetic role for uric acid in hypertension and cardiovascular and renal disease?. *Hypertension*, 41(6), 1183-90.
- Joshi, V. D. (2014). Quality of life in end stage renal disease patients. *World J Nephrol*, 3(4), 308–316. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220366/>
- Joseph, G., Burke, N. J., Tuason, N., Barker, J. C., & Pasick, R. J. (2009). Perceived susceptibility to illness and perceived benefits of preventive care: an exploration of behavioral theory constructs in a transcultural context. *Health Educ Behav*, 36(5), 71-90.

- Lois, W. (2002). *Basic nursing foundation of skills & concepts*. United states: Delmar Thomson learning.
- Mackay, J., Mensah, G., Shanthi, M., & Kurt G. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Retrieved from [www.who.int/iris/handle/10665/43007](http://www.who.int/iris/handle/10665/43007)
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS). (2009). *Brain Basics: Preventing Stroke*. Retrieved from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Preventing-Stroke>
- Price, J. E. (2015). *Stroke: what preventative education occurs in primary care? A retrospective review of primary care prevention, post stroke*. (The degree of Doctor of Nursing Practice). Binghamton University, New York.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press.
- Spasova, L., Vittore, D., Droste, D. W., & Rosch, N. (2016). Randomised controlled trial to evaluate the efficacy and usability of a computerized phone-based lifestyle coaching system for primary and secondary prevention of stroke. *BioMed Central Neurology*, 16, 1-9. doi: 10.1186/s12883-016-0540-4 Retrieved from [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26861865](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26861865)
- World Health Organization. (2017). *Stroke, Cerebrovascular accident* . Retrieved from [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/)
- World Stoke Organization. (2017). *WSO annual report 2013*. Geneva: Administrative Office.

ภาคผนวก



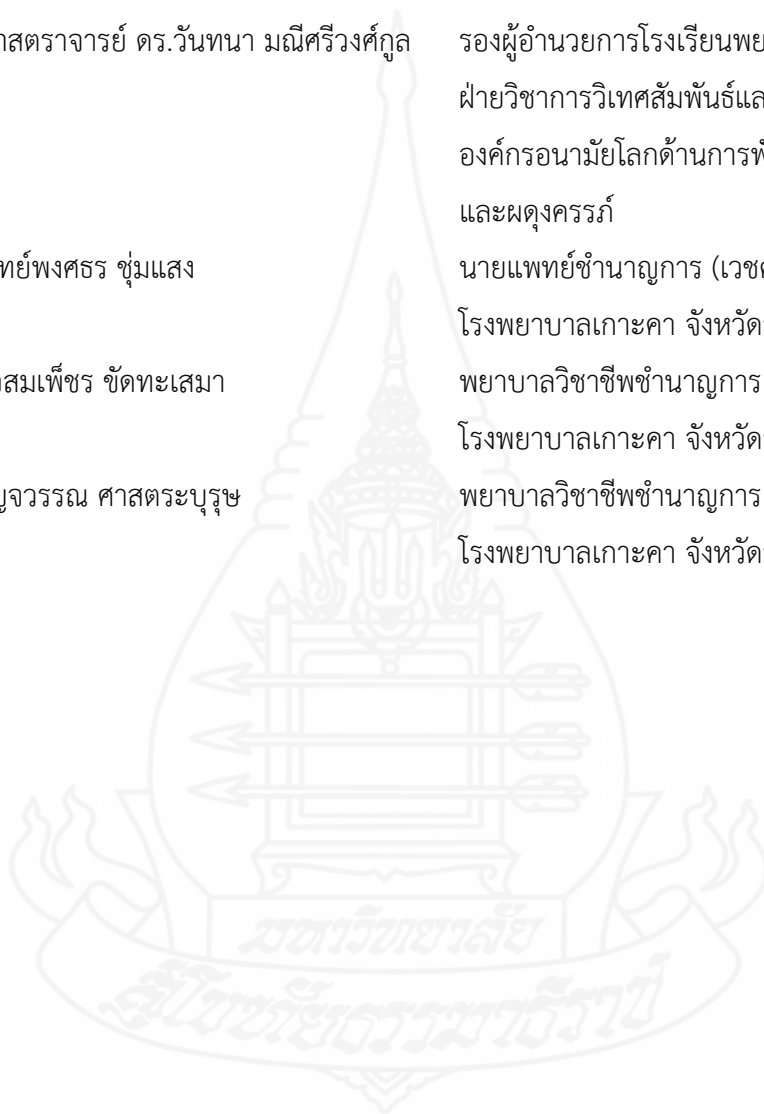
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

- |   |   |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ปาหนัน พิชยภิญโญ         | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข<br>คณะสาธารณสุขศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยมหิดล   |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล | รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี<br>ฝ่ายวิชาการวิเทศสัมพันธ์และผู้ประสานงาน<br>องค์รอนามัยโลกด้านการพัฒนาการพยาบาล<br>และผดุงครรภ์ |
| 3. นายแพทย์พงษ์ศร ชุ่มแสง                     | นายแพทย์ชำนาญการ (เวชศาสตร์ครอบครัว)<br>โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง  |
| 4. นางสาวสมเพ็ชร ชัดทะเสมา                    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง   |
| 5. นางเบญจวรรณ ศาสตระบุรุษ                    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง   |



**ภาคผนวก ข**

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No. ....007/2562.....

### เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง  
 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง  
 รหัสโครงการ : 2595100385  
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ  
 สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ไหล่หิน ตำบลไหล่หิน  
 อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่ามีคุณสมบัติสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล  
 จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี)  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

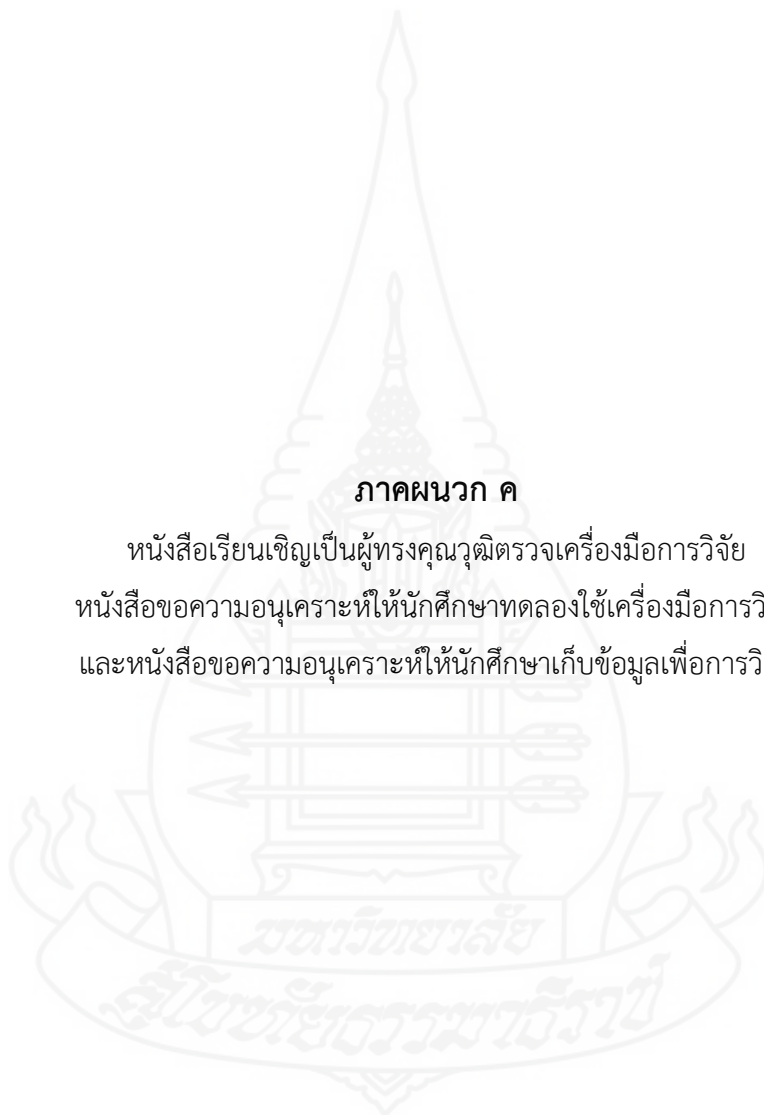
ลงนาม.....  
 (รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว)  
 กรรมการและเลขานุการ

วันที่ให้การรับรอง : .....31/1/2562.....

วันที่หมดอายุการรับรอง : .....31/1/2563.....

## ภาคผนวก ค

หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย  
หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย  
และหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย







ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๑ ๑๐๕๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๙ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย  
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ปาหนัน พิษยกิจญ์

ด้วย นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัด  
ลำปาง” โดยมี อาจารย์ พ.ศ.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง  
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น  
อย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิทัศกุล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗  
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐  
โทรศัพท์ ๐๘-๕๐๓๔-๗๖๕๓ (นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)



ที่ ศธ ๐๔๒๒.๒๖/ว ๑๐๕๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๙ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย  
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

ด้วย นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัด  
ลำปาง” โดยมี อาจารย์ พ.ต.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง  
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น  
อย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิทัษณ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗  
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐  
โทรศัพท์ ๐๘-๕๐๓๔-๘๓๕๓ (นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๑ ๑๐๕๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๙ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์พงศธร ชุ่มแสง

ด้วย นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัด  
ลำปาง” โดยมี อาจารย์ พ.ศ.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทร์ขี้มา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง  
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น  
อย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ ทูธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๕๐๐๔-๗๖๕๕๓ (นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๑๐๕๙๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๓ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย  
เรียน คุณสมเพชร ชัดทะเสมา

ด้วย นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัด  
ลำปาง” โดยมี อาจารย์ พ.ศ.หญิง คร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง  
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น  
อย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาพยาบาลศาสตร์  
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗  
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐  
โทรคัมภ์ ๐๘-๕๐๓๔-๗๗๕๓ (นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๑๐๕๙

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑) กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย  
เรียน คุณเบญจวรรณ ศาสตราบุรุษ

ด้วย นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัด  
ลำปาง” โดยมี อาจารย์ พ.ต.หญิง คร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง  
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น  
อย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาพยาบาลศาสตร์  
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗  
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐  
โทรศัพท์ ๐๘-๕๐๓๔-๗๖๕๓ (นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๑๖๐๐

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง

ด้วย นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดสูง โดยมี อาจารย์ พ.ต.หญิง ดร.นภาเพ็ญ จันทขัมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๓๐ ราย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*สุทธิพร มูลศาสตร์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๕๐๓๔-๗๗๕๓ (นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว.๑๘๗

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน

ด้วย นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดสูง โดยมี อาจารย์ พ.ต.หญิง ดร.นภาพิณ จันทขัมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว สำหรับเป็นกลุ่มทดลองในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๓๐ ราย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๕๐๓๔-๗๗๕๓ (นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๑๘๗

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจัด

ด้วย นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันแอลดีแอลในเลือดสูง โดยมี อาจารย์ พ.ต.หญิง ดร.นภาพิญา จันทขัมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว สำหรับเป็นกลุ่มเปรียบเทียบในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๓๐ ราย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ รักษาการแทน  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๕๐๓๔-๗๗๕๓ (นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)



ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เลขที่แบบสอบถาม  สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

วันที่.....

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามที่เคารพทุกท่าน

ด้วยดิฉัน นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง” โดยมี อาจารย์ พ.ต.หญิง ดร.นภาพิณ จันทขัมมา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก จำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่าน ด้วยแบบสอบถามอันจะนำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ดังกล่าวได้ ดิฉันจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ คำตอบในแบบสอบถามไม่มีถูกหรือผิด โปรดตอบด้วยความสบายใจ โดยฟังคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และตอบให้ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นกลุ่มมิใช่รายบุคคล ท่านมีสิทธิ์จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่าน ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

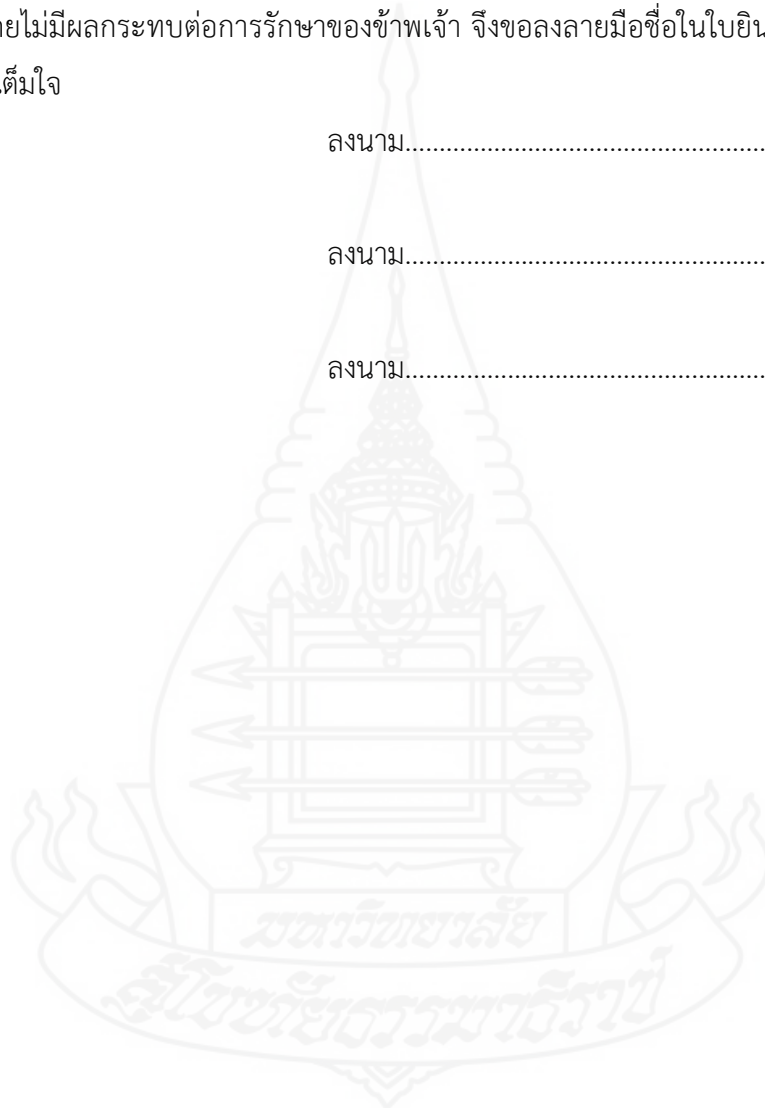
### เอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และผู้ดำเนินการวิจัยพร้อมจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังจนข้าพเจ้าพอใจ รวมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลเป็นสรุปผลการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และมีสิทธิ์จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของข้าพเจ้า จึงขอลงลายมือชื่อในใบยินยอมไว้เป็นหลักฐานด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....(ผู้ยินยอม)

ลงนาม.....(พยาน)

ลงนาม.....(พยาน)



## แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

ครั้งที่.....

 กลุ่มทดลอง  กลุ่มเปรียบเทียบ
เลขที่แบบสอบถาม  

## คำชี้แจง

แบบสอบถามมีทั้งหมด 11 หน้า ประกอบด้วย 90 ข้อคำถาม มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 70 ข้อ

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่หน้าข้อความตามความเป็นจริงในแต่ละข้อ และกรอกข้อมูลในช่องว่างที่กำหนดให้

## ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ  1) ชาย  2) หญิง
2. อายุ..... ปี (คำนวณอายุปีเต็มโดยใช้ พ.ศ. ปัจจุบัน ลบด้วย พ.ศ. เกิด)
3. สถานภาพสมรส
  - 1) โสด  2) คู่
  - 3) หม้าย  4) หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
  - 1) ไม่ได้รับการศึกษา  2) ประถมศึกษา
  - 3) มัธยมศึกษาตอนต้น  4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
  - 5) อนุปริญญา/ปวส.  6)ปริญญาตรี
  - 7) สูงกว่าปริญญาตรี  8) อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. อาชีพ
  - 1) เกษตรกรรม  2) รับจ้างทั่วไป
  - 3) ค้าขาย  4) ข้าราชการบำนาญ
  - 5) แม่บ้าน/ พ่อบ้าน  6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
  - 7) อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

## สำหรับผู้วิจัย

SEX ( )

AGE ( )

STA ( )

EDC ( )

OCC ( )

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

- 1) ไม่เกิน 5,000 บาท       2) 5,001-10,000 บาท  
 3) 10,001-15,000 บาท       4) 15,001-20,000 บาท  
 5) 20,001-25,000 บาท       6) 25,001-30,000 บาท  
 7) 30,001-35,000 บาท       8) 35,001-40,000 บาท  
 9) อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

7. ความพอเพียงของรายได้

- 1) เพียงพอ เหลือเก็บ       2) เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ  
 3) ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้       4) ไม่เพียงพอ เป็นหนี้

8. ท่านมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

- 1) มี (ระบุ.....)       2) ไม่มี

9. ท่านมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

- 1) มี (ระบุ.....)       2) ไม่มี

10. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของท่าน.....ปี (นับจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)

11. โรคประจำตัวอื่น ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) ไม่มี  
 2) มี (โปรดระบุ)  
 1) ไขมันในเลือดสูง       2) ภาวะอ้วน  
 3) ความดันโลหิตสูง       4) โรคไตเสื่อม  
 5) อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

12. การออกกำลังกายต่อสัปดาห์ในปัจจุบัน

- 1) ไม่เคยออกกำลังกายเลยหรือน้อยมาก (ถ้าตอบข้อนี้ข้ามคำถามข้อ 13 ได้)  
 2) ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์  
 3) ออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์  
 4) ออกกำลังกายมากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์

สำหรับผู้วิจัย

INC ( )

SUFF ( )

FAMHT ( )

FAMI ( )

TIME ( )

Noill ( )

ill1 ( )

ill2 ( )

ill3 ( )

ill4 ( )

ill5 ( )

Exc ( )

13. ประเภทของการออกกำลังกาย/ เคลื่อนไหวร่างกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1) เดินเร็ว                       2) วิ่งเหยาะ
- 3) เต้นแอโรบิค                       4) ถีบจักรยาน
- 5) แกว่งแขน                       6) โไทเก๊ก / มวยจีน
- 7) รำไม้พลอง                       8) อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....
14. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย.....นาที/ครั้ง
15. ลักษณะการทำงาน (ทั้งงานที่เป็นอาชีพและงานบ้าน)
- 1) ใช้แรงงานน้อย เช่น งานจักสาน งานเย็บผ้า เป็นต้น
- 2) ใช้แรงงานปานกลาง เช่น ทำงานบ้าน ทำความสะอาด เป็นต้น
- 3) ใช้แรงงานมาก เช่น ทำสวน รับจ้างทั่วไป เป็นต้น
16. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1) การบริโภคอาหาร                       2) การออกกำลังกาย
- 3) การรับประทานยา                       4) การดูแลตนเองเมื่อความดันโลหิตสูง
- 5) การป้องกันไตเสื่อม/ไตวาย                       6) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 7) การมาตรวจตามแพทย์นัด
- 8) สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เช่น อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือชาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดลำบาก พูดไม่ชัด
- 9) อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

### ข้อมูลทางคลินิก

17. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
- ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>
18. รอบเอว.....เซนติเมตร
19. ระดับความดันโลหิต: แขนซ้าย ทำนั่ง ครั้งที่ 1...../.....มิลลิเมตรปรอท
- ครั้งที่ 2...../.....มิลลิเมตรปรอท
- (วัดห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 5 นาที)
20. ระดับไขมันที่ไม่ดีในเลือด (low-density lipoprotein: LDL) .....มก./ดล

สำหรับผู้วิจัย

Exkind ( )

Extime ( )

Exwork ( )

Adv1 ( )

Adv2 ( )

Adv3 ( )

Adv4 ( )

Adv5 ( )

Adv6 ( )

Adv7 ( )

Adv8 ( )

Adv9 ( )

BW ( )

HEIGHT ( )

BMI ( )

WAIST ( )

SBP1 ( )

SBP2 ( )

DBP1 ( )

DBP2 ( )

LDL ( )

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อคำถาม และ ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด  
ในแต่ละข้อ โดยมีตัวเลือกดังนี้

- 5 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 7 วัน
- 4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 5-6 วัน
- 3 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 3-4 วัน
- 2 ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 1-2 วัน
- 1 ปฏิบัติน้อยมาก / ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยมากหรือไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ เลย

ข้อ	ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	สำหรับ นักวิจัย
<b>ด้านการรับประทานอาหารทั่วไป</b>							
1.	ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา						FG-1 ( )
2.	ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ						FG-2 ( )
3.	ท่านรับประทานอาหารในแต่ละมื้อในปริมาณที่พออิ่ม						FG-3 ( )
4.	ท่านรับประทานอาหารจุกจิบระหว่างมื้ออาหาร เช่น ขนมกรุบกรอบ เค้ก คุกกี้ ขนมปัง ขนมหวาน เป็นต้น						FG-4 ( )
5.	ท่านรับประทานอาหารเย็นหลังเวลา 1 ทุ่ม						FG-5 ( )
6.	ท่านรับประทานอาหารมื้อเช้าปริมาณน้อยที่สุดและมื้อเย็นปริมาณมากที่สุด						FG-6 ( )
7.	เมื่อท่านรับประทานอาหารประเภทแป้ง เช่น ขนมจีน ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น แล้วท่านจะไม่รับประทานข้าวร่วมด้วยในมื้อนั้น						FG-7 ( )
8.	ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านซื้อข้าวสำเร็จหรือรับประทานอาหารที่ไม่ได้ทำเอง						FG-8 ( )

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับนักวิจัย
<b>พฤติกรรมกรรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม (DASH diet)</b>							
9.	ท่านรับประทานข้าวไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวไรเบอร์รี่ เป็นต้น						FD-1 ( )
10.	ในแต่ละวันท่านรับประทานข้าว ไม่เกิน 8 ทัพพี						FD-2 ( )
11.	ท่านรับประทานถั่วเปลือกแข็ง เช่น ถั่วลิสง ถั่วอินคา มากกว่า 7 กำมือต่อวัน (1 กำมือ เท่ากับ 1 ชีด)						FD-3 ( )
12.	ท่านรับประทานผักที่เหมาะสม เช่น รับประทานผัก ใบเขียว ถั่วฝักยาว ผักกาด ผักบุ้ง ตำลึง คะน้า กวางตุ้ง เป็นต้น						FD-4 ( )
13.	ท่านรับประทานผัก โดย ถ้าเป็นผักสุกไม่น้อยกว่าวันละ ครั้งถ้วย หรือผักสดไม่น้อยกว่าวันละ 1 ถ้วย						FD-5 ( )
14.	ท่านรับประทานผลไม้สดไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง ชมพู แก้วมังกร กล้วยน้ำว้า ส้มเขียวหวาน เป็นต้น อย่างน้อยวันละ 4 ผลขนาดกลาง หรือ 8 ผลขนาดเล็ก						FD-6 ( )
15.	ท่านรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น งา ถั่วขาว คะน้า บล็อกเคอรี่ ส้ม ข้าวโอ๊ต เป็นต้น						FD-7 ( )
16.	ท่านรับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง เช่น ถั่วลิสง น้ำเต้าหู้ ฟองเต้าหู้ เต้าหู้ เป็นต้น						FD-8 ( )
17.	ท่านเลือกรับประทานนมพร่องมันเนย หรือ ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2 กล่องใหญ่ต่อวัน (450 ซีซี/วัน)						FD-9 ( )



ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับนักวิจัย
18.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา เนื้อไม่ติดมัน เป็นต้น อย่างน้อยวันละ 2 ฝ่ามือ						FD-10 ( )
19.	ท่านดื่มชา กาแฟสด กาแฟซองสำเร็จรูป โอวัลตินของสำเร็จรูป เครื่องดื่มชูกำลัง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน						FD-11 ( )
20.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้าขาว เบียร์ เหล้าแดง เป็นต้น						FD-12 ( )
21.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ดังกล่าว โดยผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่ม ผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มต่อวัน (เหล้าขาว/เหล้าแดง 1 ดื่ม 30 cc. เบียร์ 1 ดื่ม 240 cc.)						FD-13 ( )
<b>พฤติกรรมมารับประทานอาหารโซเดียมสูง</b>							
22.	ท่านใช้เกลือแกงปรุงอาหาร ไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือหากใช้น้ำปลาแทนไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน						FS-1 ( )
23.	ท่านกินอาหาร ขนมหุ้บกรอบ หรือเครื่องดื่มที่มีโซเดียมสูง เช่น สปอนเซอร์ M 150 เป็นต้น						FS-2 ( )
24.	ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือใช้โซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น กะปิ น้ำปลาน้ำปลาร้า ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ซอสหอย ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ ผงชูรส รสดี สารกันบูด อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป ผงฟู (ขนมปัง ขนมหุ้บ คูกี้) เป็นต้น						FS-3 ( )
25.	ท่านรับประทานอาหารที่ใช้เกลือถนอมอาหาร ได้แก่ เช่น เต้าหู้ยี้ แหนม ปูเค็ม เนื้อแดดเดียว ผลไม้ดอง ผักดอง อาหาร กระป๋อง อาหารสำเร็จรูป เป็นต้น						FS-4 ( )

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับนักวิจัย
26.	ท่านรับประทานผัก ผลไม้หมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง มะขามดอง มะม่วงดอง ผักเสี้ยนดอง ผักกาดดอง หอมดอง เป็นต้น						FS-5 ( )
27.	ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น หรือน้ำปลาพริกลงในอาหารเพิ่มเติมจากที่ปรุงรสมาแล้วทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหาร						FS-6 ( )
28.	ท่านรับประทานอาหารแปรรูป เช่น ลูกชิ้น หมูยอ กุนเชียง แหนมดิบ ไส้กรอกอีสาน ไส้จั่ว ปลาต้ม เป็นต้น						FS-7 ( )
29.	ครอบครัวท่านปรุงอาหารโดยใช้ผงชูรส ซุปก้อน (คะนอร์) ซุปผง (รสดี)						FS-8 ( )
30.	บนโต๊ะอาหารในบ้านท่านมีพริกน้ำปลา หรือ ซอสภูเขาทอง หรือซอสพริก						FS-9 ( )
31.	ท่านมักจะรับประทานน้ำซุพที่มากับอาหารจนหมด หรือรับประทานน้ำก๋วยเตี๋ยวจนหมด						FS-10 ( )
<b>พฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีไขมัน</b>							
32.	ท่านเลือกใช้ไขมันในการประกอบอาหารที่เหมาะสม คือใช้น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันถั่วเหลือง ในการผัด						FF-1 ( )
33.	ท่านเลือกใช้ไขมันในการประกอบอาหารที่เหมาะสม คือใช้น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันรำข้าว ใน การทอด						FF-2 ( )
34.	ท่านเลือกใช้ไขมันในการประกอบอาหารในปริมาณไม่ เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน						FF-3 ( )
35.	ท่านสามารถประกอบอาหารโดยใช้วิธีต้ม นึ่ง ลวก อบ แทนการทอด						FF-4 ( )

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับนักวิจัย
36.	ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวราดผัดกระเพรา หมูสามชั้น หนังสัตว์ ไส้กรอก กุนเชียง เบคอน อาหารทอดจำพวกไก่ทอด หมูทอด ปาท่องโก๋ แคนหมู ก๋วยเตี๋ยวทอด ไชนกกระทาทอด เป็นต้น						FF-5 ( )
37.	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงจากกะทิ เช่น แกง เขียวหวาน ขนมจีนน้ำยา ต้มข่าไก่ ต้มสายบัว ก๋วยเตี๋ยวชี่ พักทองแกงบวช บัวลอย เป็นต้น						FF-6 ( )
38.	ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์สูง จำพวก เนย มาร์گارีน ผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ เช่น เค้ก คุกกี้ ขนมปัง เป็นต้น						FF-7 ( )
39.	ท่านรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปลาหมึก อาหารทะเลที่มีเปลือก (หอยแครง หอยแมลงภู่ หอยนางรม กุ้ง) เป็นต้น						FF-8 ( )
<b>พฤติกรรมรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล</b>							
40.	ท่านใช้น้ำตาลในการปรุงอาหารหรือ เครื่องดื่มไม่เกิน 6 ช้อนชา หรือเติมนมข้นหวานในเครื่องดื่มไม่เกิน 1 ช้อนชา						FC-1 ( )
41.	ท่านรับประทานผลไม้ ที่มีรสหวาน เช่น กล้วยน้ำว้า ทุเรียน มะม่วงสุก ขนุนสุก ลำไย ละมุด เป็นต้น						FC-2 ( )
42.	ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ผลไม้เชื่อม หม้อแกง สังขยา ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง แกงบวช บัวลอย ลอดช่อง ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ เป็นต้น						FC-3 ( )

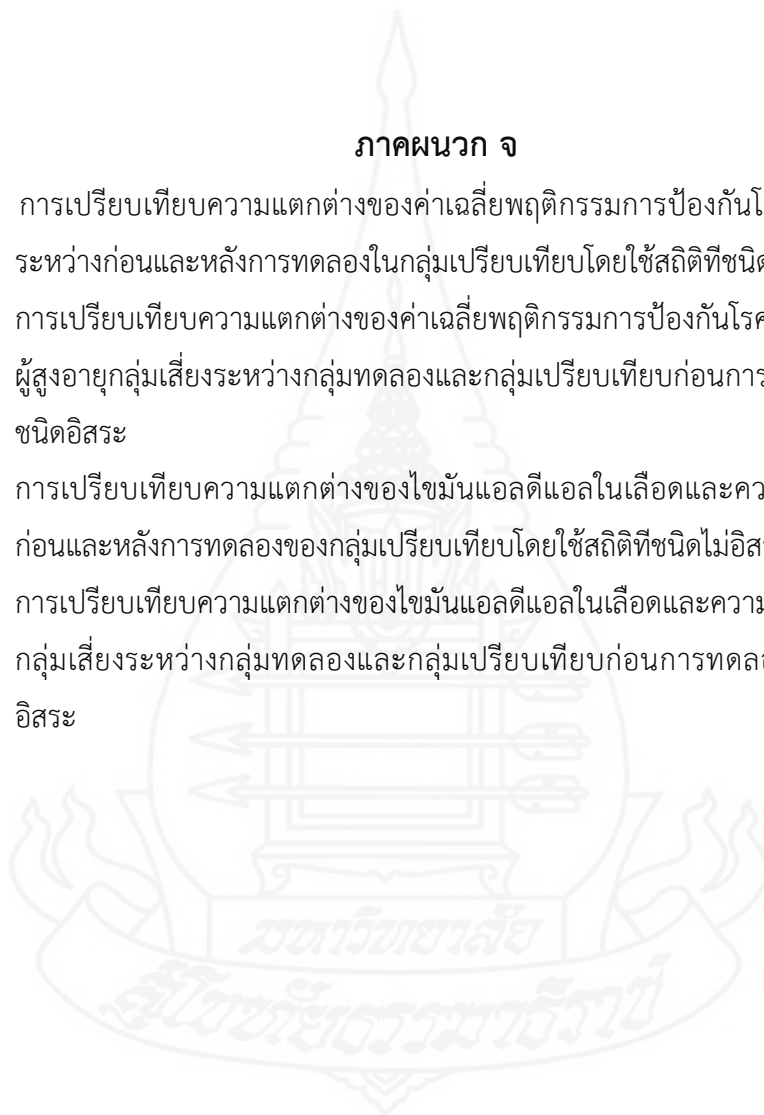
ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับนักวิจัย
43	ท่านรับประทานขนม เช่น ไอศกรีม เค้ก ขนมเทียน ข้าวต้มมัด ขนมปังสอดไส้ครีมต่าง ๆ เป็นต้น						FC-4 ( )
44.	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานเช่นน้ำอัดลม โอเลี้ยง ชาเย็น ชานมไข่มุก นมเย็นน้ำหวาน น้ำผลไม้บรรจุกล่อง โนมโล โอวัลตินสำเร็จรูป เนสวิต้า เป็นต้น						FC-5 ( )
45.	ท่านรับประทานขนมประเภท ขนมทอด เคลือบน้ำตาล เช่น ไข่หงส์ กล้วยข้าวเม่า เป็นต้น						FC-6 ( )
46.	ท่านเติมน้ำตาลลงในอาหารจานเดียว เช่น ราดหน้า ก๋วยเตี๋ยว ผัดซีอิ้ว ผัดไทย เป็นต้น						FC-7 ( )
<b>พฤติกรรมการออกกำลังกาย</b>							
47.	ท่านออกกำลังกายโดยสวมใส่เสื้อผ้าที่มีการระบายอากาศดีและสวมรองเท้าที่เหมาะสม						EX-1 ( )
48.	ท่านออกกำลังกายภายหลังรับประทาน อาหารแล้วประมาณ 2 ชั่วโมง						EX-2 ( )
49.	ท่านออกกำลังกายในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง						EX-3 ( )
50.	ท่านอบอุ่นร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที ก่อนและหลังออกกำลังกาย						EX-4 ( )
51	ท่านออกกำลังกายเวลาใดก็ได้ที่ท่านสะดวก โดยไม่คำนึงสภาพอากาศ เวลา และสถานที่						EX-5 ( )
52	ท่านออกกำลังกาย เช่น แกว่งแขน เดิน แอโรบิก เต้นบาสโลบ เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ปั่นจักรยาน เป็นต้น อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที						EX-6 ( )

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับนักวิจัย
53	ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งเหงื่อออกหรือจนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อย หายใจเร็วหรือ แรงกว่าปกติเล็กน้อย แต่ไม่ถึงกับหอบ ยังพูดคุยได้จนจบประโยค ไม่สะดุด						EX-7 ( )
54	ท่านออกกำลังกายอย่างค่อยเป็นค่อยไปไม่หักโหม						EX-8 ( )
55.	ท่านไม่หยุดออกกำลังกายในทันที แต่ลดความเร็วลงอย่างช้า ๆ						EX-9 ( )
56.	ท่านจับชีพจรตนเองที่ข้อมือก่อนออกกำลังกาย เริ่มออกกำลังกายขณะออกกำลังกาย และหลังจากอบอุ่นร่างกาย หลังนั่งพัก 5-10 นาทีจนหายเหนื่อย และจับชีพจรอีกครั้ง						EX-10 ( )
57.	ในขณะที่ออกกำลังกาย ท่านสังเกตอาการผิดปกติเช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หัวใจเต้นผิดปกติ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น						EX-11 ( )
58.	ในขณะที่ออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติ ท่านหยุดออกกำลังกาย แล้วนั่งพักทุกครั้ง						EX-12 ( )
<b>พฤติกรรมมารับประทานยา</b>							
59.	ท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องโดยไม่หยุดยาเอง						Med-1 ( )
60.	ท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตามเวลา ครบทุกมื้อ						Med-2 ( )
61	ท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในขนาดและจำนวนตามที่แพทย์สั่ง						Med-3 ( )
62.	ท่านสังเกตผลไม่พึงประสงค์ของยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทาน เช่น ขาบวม ตาพร่ามัว ไอ เป็นต้น						Med-4 ( )

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับนักวิจัย
63.	ท่านไม่แกะเม็ดยาออกจากแผงไว้ล่วงหน้าเกิน 7 วันก่อนกินยา						Med-5 ( )
64.	เมื่อยาหมด ท่านรับประทานยารักษาโรค ความดัน โลหิตสูงของคนอื่น หรือซื้อยามารับประทานเอง						Med-6 ( )
65.	เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับยาที่ท่านรับประทาน ท่านจะปรึกษาเภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์ โดยตรงทุกครั้ง						Med-7 ( )
66.	ท่านอ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา						Med-8 ( )
67.	เมื่อท่านลืมนรับประทานยา ท่านจะรับประทานยาเพิ่ม เป็น 2 เท่า ในมือต่อไป						Med-9 ( )
68.	ท่านรับประทานยาสมุนไพรที่เพื่อนบ้านแนะนำ หรือสมุนไพรที่โฆษณาทางรายการวิทยุกระจายเสียง เช่น ยาผงแดงตราอินทร์แฉวน ยาน้ำกระชายดำตราหมอเส็ง ยาบำรุงร่างกายตราหมอเส็ง เป็นต้น						Med-10 ( )
69.	ท่านเอายาที่เหลือติดตัวไปด้วยตอนที่ไปพบแพทย์ตามนัด						Med-11 ( )
70.	ขณะออกนอกบ้าน ท่านไม่ได้รับประทานยาเพราะไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วย						Med-12 ( )

### ภาคผนวก จ

- ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ
- ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที่ชนิดอิสระ
- ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ
- ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที่ชนิดอิสระ



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Paired <i>t</i> -test	<i>p</i>
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>								
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	3.11	0.123	ปานกลาง	3.14	0.107	ปานกลาง	-1.258	0.218
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>								
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	2.67	0.341	ปานกลาง	2.69	0.226	ปานกลาง	-0.306	0.762
<b>ด้านการรับประทานยา</b>								
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	3.31	0.236	ปานกลาง	3.35	0.279	ปานกลาง	-1.525	0.138
<b>พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>								
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	3.03	0.150	ปานกลาง	3.06	0.132	ปานกลาง	-1.430	0.163

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดอิสระ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>								
ก่อนการทดลอง	3.16	0.136	ปานกลาง	3.11	0.123	ปานกลาง	1.650	0.104
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>								
ก่อนการทดลอง	2.72	0.401	ปานกลาง	2.67	0.341	ปานกลาง	0.549	0.585
<b>ด้านการรับประทานยา</b>								
ก่อนการทดลอง	3.33	0.365	ปานกลาง	3.31	0.236	ปานกลาง	0.210	0.834
<b>พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>								
ก่อนการทดลอง	3.07	0.226	ปานกลาง	3.03	0.150	ปานกลาง	0.840	0.404



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ

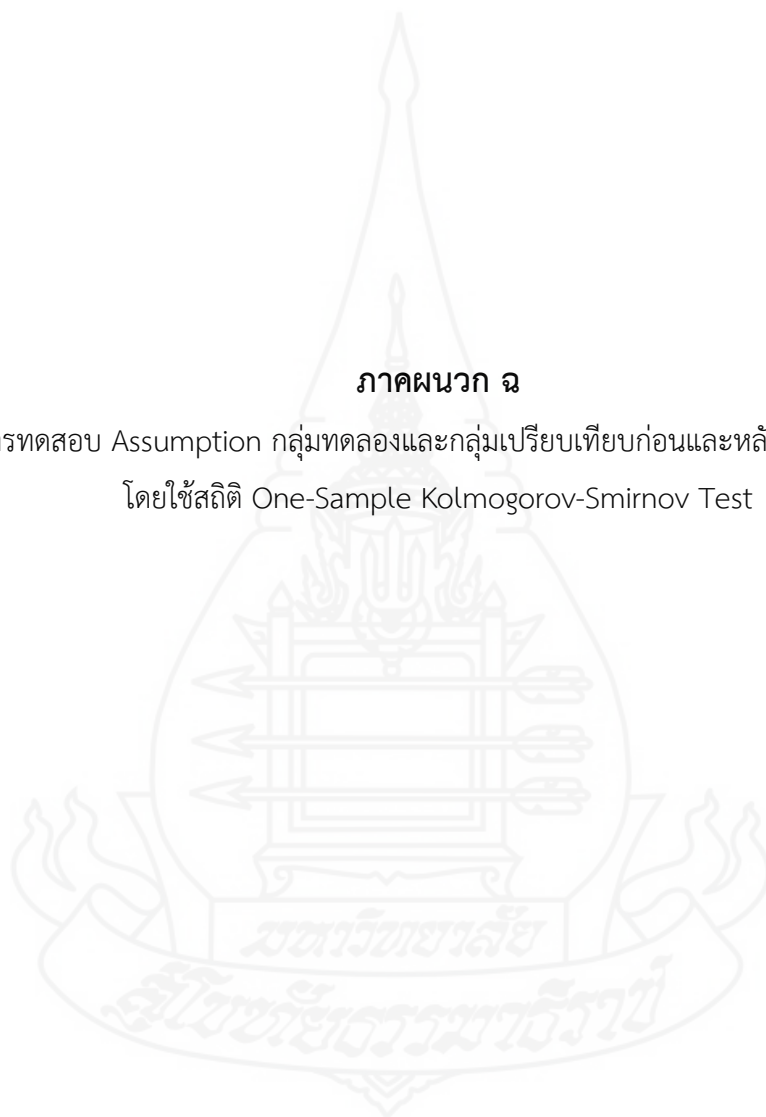
ภาวะสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
<b>ไขมันแอลดีแอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)</b>						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	126.10	9.817	126.67	10.182	-0.423	0.676
<b>ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	152.68	6.618	152.00	6.251	0.480	0.635
<b>ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>						
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	96.80	5.041	95.93	5.638	0.557	0.582

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของไขมันแอลดีแอลในเลือดและความดันโลหิตในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองโดยใช้สถิติที่ชนิดอิสระ

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
<b>ไขมันแอลดีแอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)</b>						
ก่อนการทดลอง	126.47	16.552	126.10	9.817	0.104	0.917
<b>ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>						
ก่อนการทดลอง	152.98	6.992	152.65	6.618	0.190	0.850
<b>ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)</b>						
ก่อนการทดลอง	96.18	3.366	96.80	5.041	-0.557	0.580

## ภาคผนวก จ

การทดสอบ Assumption กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง  
โดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test



ตารางที่ 1 การทดสอบ Assumption กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง  
โดยใช้สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

พฤติกรรม (N=30)	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
<b>กลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง</b>				
พฤติกรรมการรับประทานอาหารทั่วไป	3.42	.264	.149	.089
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (DASH diet)	2.67	.355	.138	.151
พฤติกรรมการรับประทานอาหารโซเดียมสูง	3.15	.320	.147	.097
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมัน	3.28	.175	.250	.000
พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล	3.03	.258	.144	.114
<b>พฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม</b>	3.11	.123	.092	.200
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.67	.341	.073	.200
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.31	.236	.131	.200
<b>พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>	3.03	.150	.134	.182
ไขมันแอลดีแอลในเลือด	126.10	9.817	.118	.200
ความดันโลหิตซิสโตลิก	152.65	6.618	.189	.008
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	96.80	5.041	.239	.000
<b>กลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง</b>				
พฤติกรรมการรับประทานอาหารทั่วไป	3.47	.209	.176	.018
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (DASH diet)	2.75	.374	.137	.160
พฤติกรรมการรับประทานอาหารโซเดียมสูง	3.07	.265	.142	.124
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมัน	3.35	.254	.186	.009
พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล	3.04	.260	.168	.030
<b>พฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม</b>	3.14	.107	.073	.200
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.69	.226	.094	.200
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.35	.279	.141	.133
<b>พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>	3.06	.132	.066	.200
ไขมันแอลดีแอลในเลือด	126.67	10.182	.110	.200
ความดันโลหิตซิสโตลิก	152.00	6.251	.129	.036
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	95.93	5.638	.165	.200

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พฤติกรรม (N=30)	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
<b>กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง</b>				
พฤติกรรมการรับประทานอาหารทั่วไป	3.51	0.362	.123	.200
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (DASH diet)	2.74	0.224	.126	.200
พฤติกรรมการรับประทานอาหารโซเดียมสูง	3.10	0.261	.121	.200
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมัน	3.34	0.263	.123	.200
พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล	3.13	0.176	.176	.018
<b>พฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม</b>	3.16	0.136	.138	.151
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.72	0.401	.084	.200
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.33	0.365	.118	.200
<b>พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>	3.07	0.226	.104	.200
ไขมันแอลดีแอลในเลือด	126.47	16.552	.163	.041
ความดันโลหิตซิสโตลิก	152.98	6.992	.116	.200
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	96.18	3.369	.138	.153
<b>กลุ่มทดลองหลังการทดลอง</b>				
พฤติกรรมการรับประทานอาหารทั่วไป	3.97	0.231	.117	.200
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (DASH diet)	3.84	0.317	.110	.200
พฤติกรรมการรับประทานอาหารโซเดียมสูง	3.81	0.419	.158	.053
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมัน	4.10	0.093	.278	.000
พฤติกรรมการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล	3.94	0.308	.143	.121
<b>พฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม</b>	3.90	0.147	.101	.200
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.69	0.305	.134	.176
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.69	0.357	.153	.073
<b>พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม</b>	3.71	0.150	.083	.200
ไขมันแอลดีแอลในเลือด	104.83	15.193	.081	.200
ความดันโลหิตซิสโตลิก	132.78	9.011	.154	.200
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	83.47	3.908	.108	.068

## ภาคผนวก ข

แผนการให้ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง



แผนการสอนเรื่อง  
โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	30 นาที
สถานที่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง
ผู้สอน	นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ
วัตถุประสงค์ทั่วไป	

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงแสดงความรู้สึที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูงและตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	<p><b>1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง</b> หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (ตัวบน) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (ตัวล่าง) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p><b>2. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง</b> ผู้ป่วยร้อยละ 90-95 ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านพันธุกรรม อายุ เพศ ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเค็ม การดื่มสุรา แอลกอฮอล์/คาเฟอีน การใช้ยาคุมกำเนิด</p> <p><b>3. อาการของโรคความดันโลหิตสูง</b> ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ เนื่องจากความดันโลหิตจะเพิ่มอย่างช้าๆ อาการแสดงเมื่อโรคเป็นมาก และเป็นมานานจะมีอาการ เช่น ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยในตอนเช้า อาจมีคลื่นไส้ บางราย ตามัว วิงเวียนศีรษะ</p> <p><b>4. ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง</b> ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาและมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จะมีผลทำให้อวัยวะนั้นเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง ภาวะแทรกซ้อนทางตาและภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ</p> <p><b>สรุป</b> โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง .....</p>	30 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ดูวิดีโอเรื่องโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>2. ผู้วิจัยบรรยายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงประกอบสื่อ Powerpoint</li> <li>3. ผู้วิจัยอธิบายและเปิดโอกาสให้ซักถาม</li> <li>4. ผู้วิจัยสรุปความหมายของโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>5. กำหนดค่าความดันโลหิต 3 ค่า แล้วให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แปลความหมาย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. วีดิทัศน์ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>2. Powerpoint เรื่องโรคความดันโลหิตสูง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การสังเกตความสนใจตั้งใจฟัง</li> <li>2. ความถูกต้องของการตอบคำถามและการสรุปความหมาย</li> </ol>

แผนการสอนเรื่อง  
โรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	30 นาที
สถานที่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน อำเภอกะชัง จังหวัดลำปาง
ผู้สอน	นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ
วัตถุประสงค์ทั่วไป	

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แสดงความรู้สึกที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>จากที่กล่าวไว้แล้วว่าโรคความดันโลหิตสูงจะมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง เราจึงต้องมาทำความรู้จักกับโรคหลอดเลือดสมองให้ชัดเจนขึ้น</p> <p><b>ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง</b> หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองในลักษณะตีตัน อุดกั้นหรือแตก ซึ่งมีผลให้การทำงานของสมองผิดปกติชั่วคราวหรือถาวร</p> <p><b>ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง</b></p> <p>แบ่งตามพยาธิสรีรภาพเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือด พบร้อยละ 85 และโรคหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออก พบร้อยละ 15</p> <p><b>สาเหตุและพยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดสมอง</b></p> <p>.....</p> <p><b>สรุป</b></p> <p>โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>30 นาที</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงดูวีดิทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>2. ผู้วิจัยบรรยายเรื่องโรคหลอดเลือดสมองประกอบสื่อ Power point</li> <li>3. ผู้วิจัยอธิบายและเปิดโอกาสให้ซักถาม</li> <li>4. สุ่มถามผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง2-3 คนว่าสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองมีอะไรบ้าง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.วีดิทัศน์ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>2.Power point</li> <li>3. คู่มือ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การสังเกตความสนใจตั้งใจฟัง</li> <li>2. ความถูกต้องของการตอบคำถาม</li> </ol>

## แผนการสอนเรื่อง

### การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ และ ตัวแบบเชิงบวก

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	90 นาที
สถานที่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง
ผู้สอน	นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ
วัตถุประสงค์ทั่วไป	

1. สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แสดงความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูงและตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>1. สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้บุคคลตัวแบบเชิงลบและตัวแบบเชิงบวก</p> <p>2. ผู้วิจัยเชิญตัวแบบเชิงลบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร่วมกับมีภาวะไขมันในเลือดสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มาบอกเล่าประสบการณ์และปัญหาที่ประสบอยู่ และส่งผลให้เกิดมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>3. ตัวแบบเชิงบวก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ กล่าวถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยและความรู้สึกเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง และความสำเร็จของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการดูแลสุขภาพ วิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ การแก้ไขปัญหาในต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>90 นาที</p>	<p>1. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ร่วมเรียนรู้จากประสบการณ์เรื่องจริง โดยผ่านตัวแบบเชิงลบ และผ่านตัวแบบเชิงบวก กลุ่มละ 45 นาที เวียนกลุ่มจนครบ</p> <p>2. ผู้วิจัยเปิดประเด็นและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนซักถาม</p> <p>3. ผู้วิจัยสรุปและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม</p>	<p>1. ตัวแบบเชิงลบ และตัวแบบเชิงบวก</p>	<p>1. การสังเกต ความสนใจ ตั้งใจฟัง</p> <p>2. การแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ระหว่างสมาชิกกลุ่ม</p> <p>3. ความร่วมมือในการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน</p>

## แผนการสอนเรื่อง

การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 30 คน

ระยะเวลา

90 นาที

สถานที่

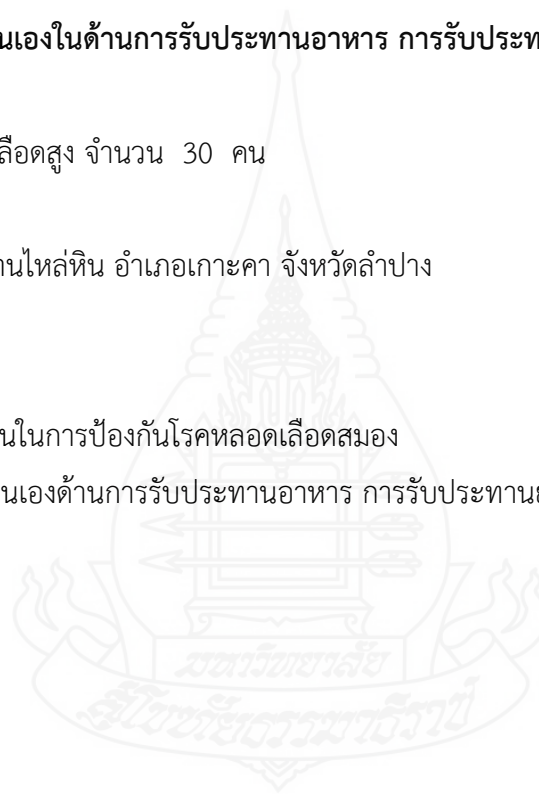
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง

ผู้สอน

นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. สร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย



แผนการสอนเรื่อง  
การรับประทานอาหาร

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงที่มี ภาวะไขมันใน เลือดสูง สามารถบอก ถึงอาหารที่ เหมาะสมกับ ตนเองได้โดย ใช้หลักอาหาร ป้องกันโรค ความดันโลหิต สูง (DASH Diet)	<b>1. อาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (DASH)</b> จะแสดงถึงอาหาร 6 หมวด และปริมาณสัดส่วนที่ควร รับประทานในแต่ละวันอย่างถูกหลักโภชนาการ - หมวดคาร์โบไฮเดรต ..... ..... - หมวดผักและผลไม้ ..... ..... - หมวดเนื้อสัตว์และนม..... ..... - หมวดนมและผลิตภัณฑ์นม..... ..... - หมวดไขมัน..... .....	30 นาที	1. ผู้วิจัยบรรยายเรื่องอาหารที่จะ ช่วยลดความดันโลหิตสูง (DASH diet)	1. โมเดลอาหารที่ จะช่วยลดความ ดันโลหิตสูง 2. แผ่นพับอาหาร ควบคุมความดัน โลหิตสูง 3. Power point เรื่องอาหารที่จะ ช่วยลดความดัน โลหิตสูง (DASH diet)	1. การสังเกต ความสนใจ และตั้งใจฟัง 2. สังเกตจาก ความสนใจ การมีส่วนร่วม ร่วมตอบ คำถามและ ซักถาม

แผนการสอนเรื่อง  
การรับประทานยา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะ ไขมันในเลือดสูง มีความรู้และ ตระหนักถึง ความสำคัญ ของการ รับประทานยา ลดความดันโลหิต	<p>การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง บางรายอาจได้รับยาหลายชนิดอาจทำให้ลืมรับประทานยาได้ กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จึงควรมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา เช่น นำยาไปวางไว้ในที่ที่มองเห็นได้ชัดเจน หรือใช้วิธีการตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้ง ที่รับประทานยา หรือใช้แฟงหรือกล่องบรรจุยาชนิดที่มีวันที่ติดอยู่เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา</p> <p><b>หลักและวิธีใช้ยา</b> ที่ถูกต้องรายละเอียดดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	30 นาที	1. ผู้วิจัยบรรยายเรื่องหลักการใช้ยา	1. Power point เรื่องหลักการใช้ยา	1. การสังเกต ความสนใจ และตั้งใจฟัง 2. สังเกตจาก ความสนใจ การมีส่วนร่วม ร่วมตอบ คำถามและ ซักถาม

แผนการสอนเรื่อง  
การออกกำลังกาย

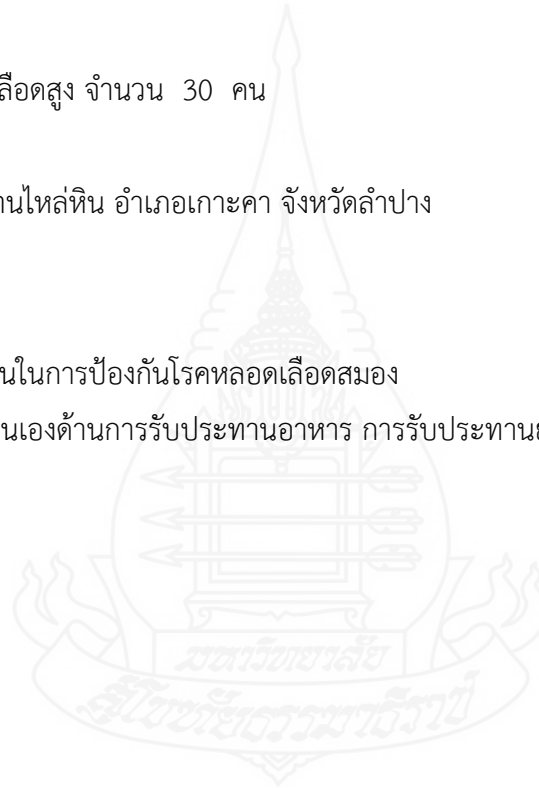
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงที่มี ภาวะไขมันใน เลือดสูงมี ความรู้และ ตระหนักถึง ความสำคัญ ของการออก กำลังกาย	<p>การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงได้ดี ดังนั้นจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมและถูกวิธีจะมีประโยชน์ดังนี้</p> <p><b>1. ผลการออกกำลังกายต่อระบบไหลเวียนเลือด</b> .....</p> <p><b>2. ผลต่อการออกกำลังกายต่อระบบหัวใจ</b> .....</p> <p><b>3. ผลการออกกำลังกายต่อระบบกล้ามเนื้อ</b> .....</p> <p><b>4. ช่วยป้องกันโรคอ้วน</b> .....</p>	30 นาที	1. ผู้วิจัยบรรยายเรื่องการออกกำลังกาย	1. Power point เรื่องการออก กำลังกาย	<p>1. การสังเกต ความสนใจ และตั้งใจฟัง</p> <p>2. สังเกตจาก ความสนใจ การมีส่วนร่วม ร่วมตอบ คำถามและ ซักถาม</p>

## แผนการสอนเรื่อง

การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองแยกฐาน ตลาดนัดสุขภาพ ฉลาดใช้ยา การออกกำลังกายแกว่งแขน

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 30 คน
ระยะเวลา	90 นาที
สถานที่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง
ผู้สอน	นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ
วัตถุประสงค์ทั่วไป	

1. สร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย





**ฐาน  
ตลาดนัดสุขภาพ**

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงที่มี ภาวะไขมันใน เลือดสูง มี ทักษะในการ ดูแลสุขภาพ ตนเองด้านการ รับประทานอาหาร	กิจกรรม <b>ตลาดนัดสุขภาพ</b> สมาชิกกลุ่มเลือก อาหารที่ตนเองรับประทานอยู่เสมอจากตัวอย่าง อาหารที่จัดวางไว้ เช่น อาหารกระป๋อง บะหมี่กึ่ง สำเร็จรูป เครื่องปรุงอาหาร เครื่องต้มชูกำลัง น้ำผลไม้ และขนม เป็นต้น และสามารถคำนวณสัดส่วนพลังงาน จากอาหารที่ตนเองเลือก ได้อย่างถูกต้อง	30 นาที	1. ผู้วิจัยแบ่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ย่อย กลุ่มละ 10 คน 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มเลือกอาหารที่ ตนเองรับ ประทานอยู่เสมอจากตัวอย่าง อาหารที่จัดวางไว้ เช่น อาหาร กระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เครื่องปรุงอาหาร เครื่องต้มชูกำลัง น้ำผลไม้ และขนม เป็นต้น 3. ผู้วิจัยจับเวลา 10 นาที โดยแต่ละ กลุ่มเริ่มตอบคำถามพร้อมกัน หลัง ได้ยินสัญญาณนกหวีด	1. โมเดลอาหารที่จะ ช่วยลดความดัน โลหิตสูง 2. ตัวอย่างอาหาร เช่น อาหาร กระป๋อง บะหมี่ กึ่งสำเร็จรูป เครื่องปรุงอาหาร เครื่องต้มชูกำลัง น้ำผลไม้ และ ขนม เป็นต้น	1. การสังเกต ความสนใจ และการมี ส่วนร่วม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
			<p>4. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมพิจารณาว่าอาหารที่เลือกมานั้นมี “สัดส่วนพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม” เขียนกระดาษคำตอบที่ผู้วิจัยแจกให้</p> <p>5. เมื่อหมดเวลาให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มนำเสนอผลการคำนวณสารอาหารอย่างง่าย ตามตัวอย่างฉลากอาหารที่วิทยากรแจกให้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>6. ผู้วิจัยแนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และสรุปวิธีการลดการรับประทานเค็มหรือเกลือโซเดียม ลดการรับประทานหวาน ลดมันในชีวิตประจำวัน</p>		

**ฐาน  
ฉลาดใช้ยา**

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงที่มี ภาวะไขมันใน เลือดสูง มี ทักษะในการ ดูแลสุขภาพ ตนเองด้านการ ใช้ยา	กิจกรรมฉลาดใช้ยา สมาชิกกลุ่มเลือกตัวอย่างยาที่ใช้ ในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง และยารักษาโรคความ ดันโลหิตสูง ที่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับจากโรงพยาบาล และระบุวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด จำนวน และเวลาตามแผนการรักษา การออกฤทธิ์ยา ผล ไม่พึงประสงค์ของยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติ จากการรับประทานยาได้	30 นาที	1. ผู้วิจัยแบ่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน 2. ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างยาที่ใช้ในการ รักษาภาวะไขมันในเลือดสูง และ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับจาก โรงพยาบาลแจกให้แก่สมาชิก 3. ผู้วิจัยจับเวลา 10 นาที โดยแต่ละ กลุ่มเริ่มตอบคำถามพร้อมกัน หลัง ได้ยินสัญญาณนกหวีด 4. ให้สมาชิกกลุ่มระบุวิธีการ รับประทานยาที่ถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด จำนวน และเวลาตาม	1. ตัวอย่างยา รักษาภาวะไขมัน ในเลือดสูง และ ยารักษาโรค ความดันโลหิต สูง ที่ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงได้รับ จาก รพ. และ รพ.สต.	1. การสังเกต ความสนใจ และการมี ส่วนร่วม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
			<p>แผนการรักษา การออกฤทธิ์ยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา การ ปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการ ผิดปกติ จากการรับประทานยา ลงใน กระดาษคำตอบที่แจกให้</p> <p>5. เมื่อหมดเวลาให้ตัวแทนสมาชิก กลุ่มนำเสนอคำตอบที่ร่วมกันคิด</p> <p>6. ผู้วิจัยเฉลย และเสนอแนะเพิ่มเติม ในเรื่องชื่อยา วิธีการ ใช้อย่าง ใช้ ข้อห้ามหรือข้อควรระวัง การ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตัวเมื่อลืมปรับ ประทานยา เป็นต้น</p>		

**ฐาน**  
**การออกกำลังกายแกว่งแขน**

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงที่มี ภาวะไขมันใน เลือดสูง มีทักษะ ในการดูแล สุขภาพตนเอง ด้านการออก กำลังกาย	<p><b>1. การเตรียมตัวเมื่อออกกำลังกาย</b></p> <p>แนะนำในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย และการ ผ่อนคลายภายหลังการออกกำลังกาย โดยช่วงของการ อบอุ่นร่างกายควรใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เพื่อการ เตรียมกล้ามเนื้อ หัวใจ และปอดให้พร้อมก่อนการเพิ่ม ความหนักในการออกกำลังกายและภายหลังการออกกำลังกาย อย่างเพียงพอ</p> <p><b>การแกว่งแขน</b></p> <p>การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน เป็นการ เคลื่อนไหวอีกรูปแบบหนึ่ง โดยมีกำหนดท่าทาง ระยะ เวลา ความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวของอวัยวะ ทุกส่วน หลักการแกว่งแขนที่ถูกต้อง คือ แกว่งแขนให้ถูก วิธีต่อเนื่องสะสมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จะช่วยพัฒนา ระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกาย ทำให้สุขภาพแข็งแรง หรือแกว่งแขนสะสมครั้งละ 10 นาที รวม 30 นาทีต่อวัน</p>	30 นาที	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยแบ่งผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน</li> <li>2. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกัน ตั้งเป้าหมาย วางแผนในการออก กำลังกายเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกัน วางแผนกิจกรรมที่สามารถนำไป ปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้</li> <li>3. ตัวแทนสมาชิกกลุ่มนำเสนอ แลกเปลี่ยนกันระหว่างสมาชิก ผู้เข้าร่วมกิจกรรม</li> <li>4. ผู้วิจัยสาธิตปฏิบัติการยืดเหยียด กล้ามเนื้อและแกว่งแขนอย่างถูก วิธี โดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย ก่อนยืดเหยียดกล้ามเนื้อและแกว่ง แขน เพื่อให้ร่างกายเตรียม พร้อมของการทำงานของระบบ</li> </ol>	1. ผู้วิจัยสาธิต วิธีการยืดเหยียด กล้ามเนื้อและ การออกกำลังกาย แกว่งแขน	1. การสังเกต ความสนใจ และการมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	เวลา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ	การประเมินผล
	<p>เป็นประจำทุกวันสม่ำเสมอควบคู่กับการควบคุมอาหารจะช่วยให้สามารถลดพุง ลดโรคได้สำเร็จ</p> <p>วิธีการแกว่งแขนที่ถูกวิธีทำได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ยืนตรง งอเข่าเล็กน้อยเพื่อการทรงตัว เท้าสองข้าง แยกออกจากกันให้มีระยะห่างเท่ากับหัวไหล่</li> <li>(2) ปลดปล่อยมือทั้งสองข้างลงตามธรรมชาติไม่ว่าจะหรือ หายมือ</li> <li>(3) จากนั้นแกว่งแขนเบาๆ เหมือนลูกตุ้มนาฬิกา เมื่อแกว่งไปข้างหน้าจะรู้สึกลำตัวเซไปข้างหน้าเล็กน้อย ใช้ฝ่าเท้ารับน้ำหนักถ่ายน้ำหนักไปที่ปลายเท้าเพื่อสร้างสมดุลกับลำตัวที่เซไปข้างหน้า เมื่อแกว่งไปข้างหลังก็ถ่ายน้ำหนักมาที่ส้นเท้าเพื่อสมดุลกับน้ำหนัก ลำตัวที่เซไปข้างหลัง ซึ่งการเซไปข้างหน้าและหลังนั้น เป็นผลจากการแกว่งแขนนั่นเอง</li> </ol>		<p>ต่าง ๆ ที่จะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง 30 นาที พร้อมกับ ให้สมาชิกกลุ่มร่วมปฏิบัติพร้อมกัน</p> <p>5. ผู้วิจัยมอบหมายให้สมาชิกกลุ่มทำการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในสมุดบันทึก สุขภาพ</p>		

**ภาคผนวก ซ**

คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

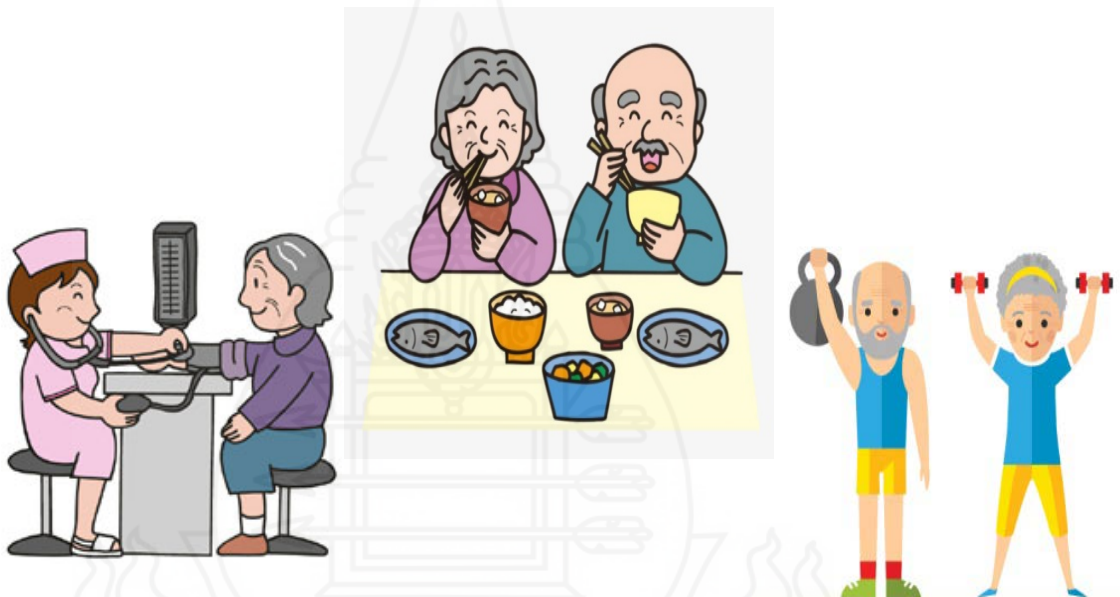


# คู่มือ

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง



จัดทำโดย

นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ชื่อเจ้าของคู่มือ.....

(บุคคลผู้ใส่ใจดูแลสุขภาพ)



## คำนำ

คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงนี้ ผู้จัดทำได้รวบรวมจากการทบทวนเอกสารวิชาการ คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอันจะนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากคู่มือนี้

นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ  
ผู้จัดทำ



**สารบัญ**

	หน้า
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>	
ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง	1
สาเหตุและอาการของโรคความดันโลหิตสูง	2
ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	2
เคล็ดลับลดภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันโลหิตสูง	4
<b>โรคหลอดเลือดสมอง</b>	
ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	5
ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง	7
อาการของโรคหลอดเลือดสมอง	8
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	10
<b>ภาวะไขมันในเลือดสูง</b>	
สาเหตุของการมีระดับไขมันในเลือดสูง	11
ภาวะแทรกซ้อนจากไขมันในเลือดสูง	13
การป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง	14
หลักการบริโภคอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง	14
ประโยชน์ของอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	18
ตัวอย่างอาหารและพลังงานที่ได้รับจากการรับประทาน	19
<b>หลักการรับประทานยาให้ถูกวิธี</b>	
ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยา	22
<b>หลักการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี</b>	
การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี	23
การออกกำลังกายแกว่งแขน	30
<b>บรรณานุกรม</b>	33

## โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (ตัวบน) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (ตัวล่าง) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท



ค่าความดันโลหิต บ่งบอกอะไร

ความอันตราย	ความดันโลหิตค่าบน	ความดันโลหิตค่าล่าง	คำแนะนำ
สูงมาก	มากกว่า 160	มากกว่า 100	พบแพทย์ด่วน
สูง	140 - 159	90 - 99	พบแพทย์
ค่อนข้างสูง	121 - 139	80 - 89	ปรึกษาแพทย์
ปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80	ตรวจเช็ค ความดันโลหิต สม่ำเสมอ

## สาเหตุและอาการของโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงมีส่วนน้อยที่ทราบสาเหตุว่าเป็นจากโรคอื่น ๆ ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุซึ่งพบได้ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงคือกรรมพันธุ์ อ้วน ไขมันในเลือดสูง ขาดการออกกำลังกายและรับประทานอาหารเค็ม

อาการของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ อาการแสดงเมื่อโรคเป็นมาก และเป็นมานาน จะมีอาการ เช่น ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยในตอนเช้า อาจมีคลื่นไส้ บางราย ตามัว วิงเวียนศีรษะ อาการที่พบในคนที่มีความดันโลหิตสูงที่รุนแรงหรือความดันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือ มีเลือดกำเดาออก เหนื่อยง่าย เพราะหัวใจต้องรับภาระไม่ไหวจึงเกิดอาการเหนื่อยได้

## ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษา และมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องจะมีผลต่อเส้นเลือดของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้อวัยวะนั้นเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก กลายเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย บางรายถ้าเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคความจำเป็นเสื่อมสมาธิลดลง นอกจากนี้ ในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว หรือในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันก็อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ซึม เพ้อ ซัก หรือหมดสติได้

2. ภาวะแทรกซ้อนทางตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบ แต่ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่ตาทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้นตาบอดได้

3. ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต ซึ่งถ้าปล่อยให้เป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่นเกี่ยวกับหัวใจตามมาได้ และโรคนี้อาจทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบ กลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งถ้าเป็นรุนแรงอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะทำให้มีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจตรวจพบหัวใจเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที และจังหวะไม่สม่ำเสมอจากหัวใจห้องบนเต้นแผ่วระรัว

4. ภาวะแทรกซ้อนที่ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ซึ่งไตที่วายจะยิ่งทำให้ความโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น กลายเป็นวงจรที่เลวร้าย

5. หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หลอดเลือดแดงใหญ่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และภาวะเลือดเซาะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ หลอดเลือดแดงส่วนที่มาเลี้ยงขาและปลายเท้าอาจเกิดภาวะแข็งตัวและตีบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ขาและปลายเท้าได้น้อย อาจเป็นตะคริวบ่อย หรือปวดน่องขณะเดินมาก ๆ หากหลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันก็อาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดจนกลายเป็นเนื้อตายเน่าได้



### เคล็ดลับลดภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันโลหิตสูง

1. ควบคุมน้ำหนักโดยการบริโภคอาหารควบคุมความดัน หรืออาหารแดช โดยการเน้นรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง เพราะมีโพแทสเซียมมาก ซึ่งจะส่งผลดีต่อการควบคุมความดัน ผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันต่ำ เมล็ดธัญพืชต่างๆ ปลาที่อุดมไปด้วยกรดไขมันที่ดีต่อร่างกายให้มาก ๆ ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ใหญ่ แป้ง น้ำตาล ของหวาน ไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลและลดการบริโภคอาหารเค็มหรือโซเดียม โดยการจำกัดเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) ให้น้อยกว่าวันละ 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา และลดการบริโภคอาหารที่ใส่ผงฟู ผงชูรส และสารกันบูด รวมทั้งโซเดียมไปคาร์บอนเนต และงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หมั่นออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นประจำให้ได้เกือบทุกวัน เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ แกว่งแขน ขี่จักรยาน ว่ายน้ำอย่างน้อยวันละ 30 นาที ติดต่อกัน 3-5 วันต่อสัปดาห์

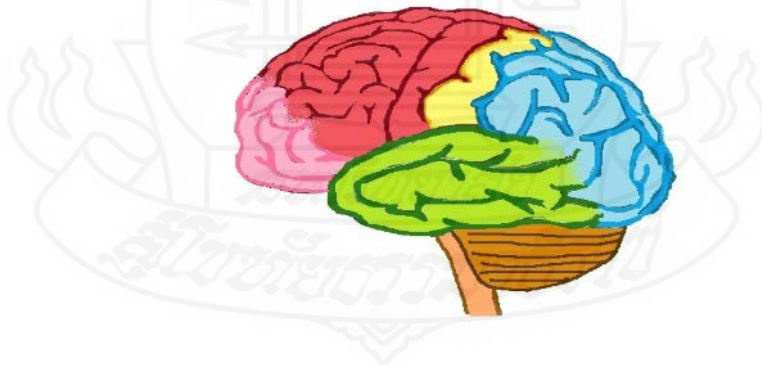
3. ลดน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 กก./ม.<sup>2</sup>

4. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งให้ถูกต้อง ครบถ้วน และไม่หยุดยาเอง แม้ว่าจะรู้สึกสบายดีหรือความดันลดลงแล้วก็ตาม โดยการลดยาหรือหยุดยานั้นผู้ป่วยควรให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา

5. พักผ่อนให้เพียงพอ รักษาสุขภาพจิตให้ดี ไม่เครียด เข้าใจและยอมรับชีวิต รวมถึงการหมั่นฝึกผ่อนคลายความเครียดและบริหารสุขภาพจิตอยู่เสมอ เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ โยคะ รำมวยจีน ซึ่ก ร้องเพลง เล่นดนตรี หรือทำงานอดิเรกต่าง ๆ
6. ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ งดยาหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้ขายให้ดื่มได้ไม่เกินวันละ 2 หน่วยการดื่ม (Drink) ซึ่งเทียบเท่ากับวิสกี้ 90 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร หรือเบียร์ 720 มิลลิลิตร ส่วนผู้หญิงให้ดื่มได้ไม่เกิน 1 หน่วยการดื่ม
7. ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เพราะการอาศัยแต่วิธีการสังเกตเพียงอย่างเดียว มักไม่แน่นอน เพราะโรคนี้ส่วนมากจะไม่มีอาการแสดงแต่อย่างใด

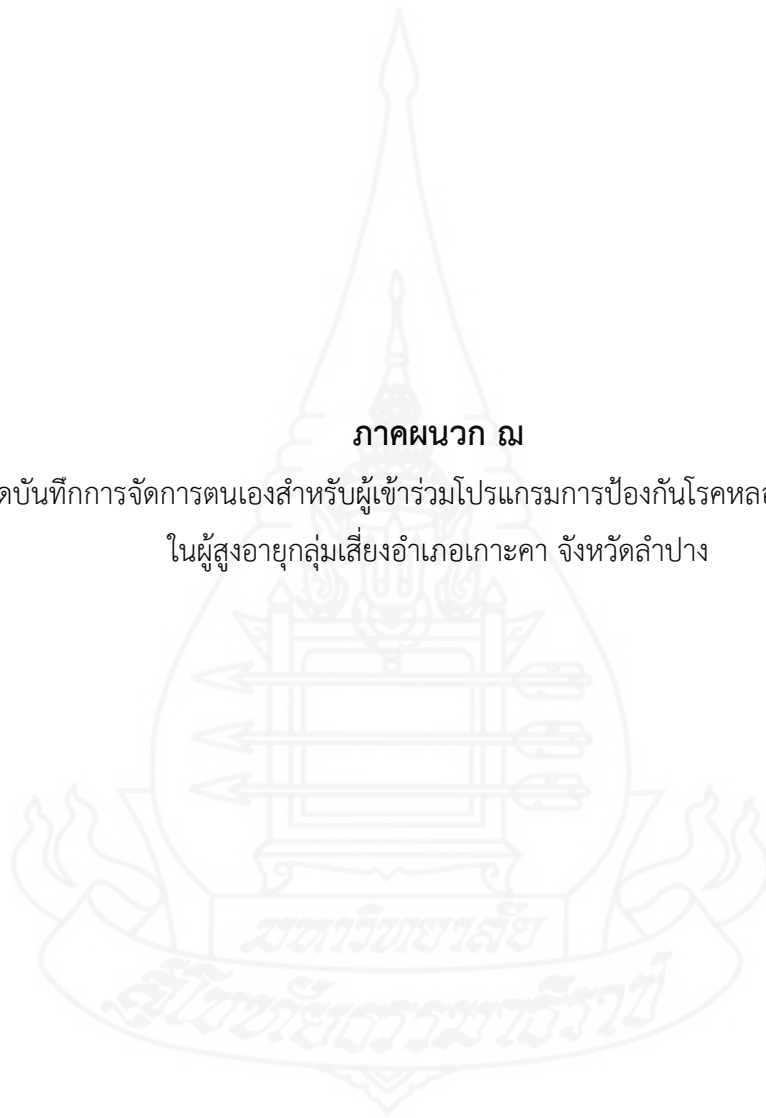
## โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมองเกิดขึ้นทันทีทันใด ส่งผลให้มีอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ วัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัดหรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น



## ภาคผนวก ฅ

สมุดบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง



## สมุดบันทึกการจัดการตนเอง

สำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง



ชื่อ-สกุล.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

\*\*\* โปรดอย่าทำหาย และนำติดตัวมาด้วยทุกครั้งที่มาเข้าร่วมกิจกรรมตามนัด

จัดทำโดย

นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช



### ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี  
 ความดันโลหิต.....อาซีพ.....

### ประวัติการเจ็บป่วย

โรคประจำตัว.....  
 ประวัติการผ่าตัด.....  
 การแพ้ยา ( ) ไม่แพ้ยา ( ) แพ้.....

### ประวัติครอบครัว

มีพี่น้องท้องเดียวกัน จำนวน.....คน

พ่อ/แม่ มีประวัติเจ็บป่วย

- 1) เป็นเบาหวาน ( ) มี ( ) ไม่มี  
 เป็นความดันโลหิตสูง ( ) มี ( ) ไม่มี  
 2) อื่นๆ โปรดระบุ.....

อสม.ที่รับผิดชอบ.....เบอร์โทร.....

บันทึกสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูง : การตรวจความดันโลหิต / ตรวจเบาหวาน

หมายเหตุ : สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้นบันทึก

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร รอบเอว.....เซนติเมตร

ค่าดัชนีมวลกาย .....กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไขมันในเลือด.....

หมายเหตุ : สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้นบันทึก วันที่บันทึก.....

# ส่วนที่ 1

## การบันทึกเรื่องการรับประทานอาหาร



### คำชี้แจง

ให้ท่านเติมข้อมูลในช่องว่างเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยให้ท่านเลือกบันทึก 3 วันต่อสัปดาห์ โดยเลือกระหว่างวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ให้ท่านเลือกบันทึก 2 วัน เลือกวันใดก็ได้ และระหว่างวันเสาร์อาทิตย์ ให้ท่านเลือกบันทึก 1 วัน วันใดวันหนึ่ง

#### ตัวอย่างเช่น

มื้อเช้า	ข้าวสวย 1 ทัพพี ไช้เจียว 1 ฟอง
มื้อกลางวัน	ก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็ก 1 ถ้วย
มื้อเย็น	ข้าวสวย 1 ทัพพี ผัดผักบุ้งไฟแดง 1 จาน หมูทอด 1 ชิ้นใหญ่
อาหารว่าง	ฝรั่ง 1 ลูก นมพร่องมันเนย 1 กล่องใหญ่

## แบบบันทึกการรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่	วันที่	อาหารที่รับประทาน
	(ว/ด/ป) .....	มือเช้า
		มือกลางวัน
		มือเย็น
		อาหารว่าง
	(ว/ด/ป) .....	มือเช้า
		มือกลางวัน
		มือเย็น
		อาหารว่าง
	(ว/ด/ป) .....	มือเช้า
		มือกลางวัน
		มือเย็น
		อาหารว่าง
	(ว/ด/ป) .....	มือเช้า
		มือกลางวัน
		มือเย็น
		อาหารว่าง
	(ว/ด/ป) .....	มือเช้า
		มือกลางวัน
		มือเย็น
		อาหารว่าง
วันเสาร์ หรือวันอาทิตย์ (ว/ด/ป) .....	มือเช้า	
	มือกลางวัน	
	มือเย็น	
	อาหารว่าง	

## ส่วนที่ 2

### การบันทึกเรื่องการออกกำลังกาย



บันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายรายสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 5

กิจกรรม	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ชนิดการออกกำลังกาย							
ระยะเวลา(นาที)							

บันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายรายสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 6

กิจกรรม	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ชนิดการออกกำลังกาย							
ระยะเวลา(นาที)							

บันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายรายสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 7

กิจกรรม	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ชนิดการออกกำลังกาย							
ระยะเวลา(นาที)							

### ส่วนที่ 3

## การบันทึกเรื่องการรับประทานยา



ศูนย์ช่วยชีวิตทางไกล

**แบบบันทึกการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**  
**คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ตามความเป็นจริงในการบันทึกการรับประทานยา**

ชื่อยา/ขนาดที่ใช้	เวลา รับประทาน	เดือน.....											
		วันที่ 1			วันที่ 2			วันที่ 3			วันที่ 4		
		ครบ จำนวน	ไม่ตรง เวลา	ลืมรับ ประทานยา	ครบ จำนวน	ไม่ตรง เวลา	ลืมรับ ประทานยา	ครบ จำนวน	ไม่ตรง เวลา	ลืมรับ ประทานยา	ครบ จำนวน	ไม่ตรง เวลา	ลืมรับ ประทานยา
1. สี..... จำนวน ..... เม็ด	เช้า												
	กลางวัน												
	เย็น												
	ก่อนนอน												
2. สี..... จำนวน ..... เม็ด	เช้า												
	กลางวัน												
	เย็น												
	ก่อนนอน												
3. สี..... จำนวน ..... เม็ด	เช้า												
	กลางวัน												
	เย็น												
	ก่อนนอน												

ภาคผนวก ญ

สมุดบันทึกการเยี่ยมชมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน





# แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....

ที่อยู่ .....

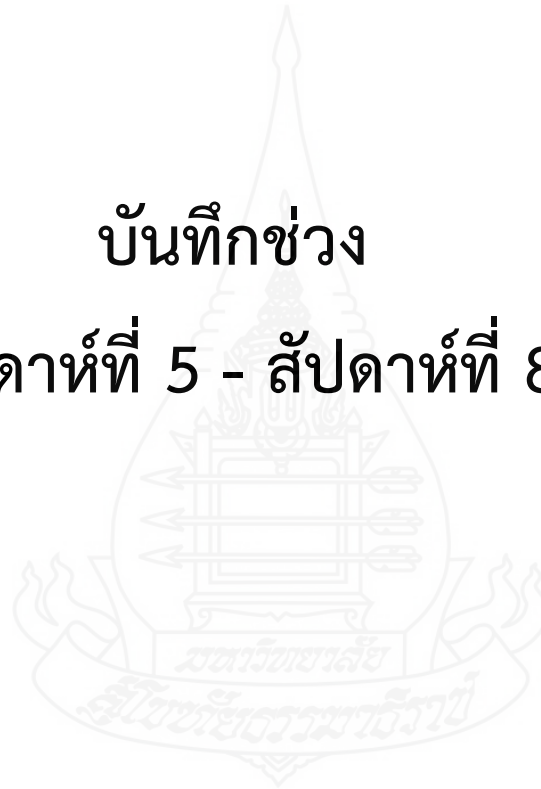
.....

.....

ชื่อ อสม. ผู้เยี่ยม.....



บันทึกช่วง  
สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ที่ 8



### ด้านการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง วงกลมตัวเลข ตามความเป็นจริงในการติดตามด้านการรับประทานอาหาร 1 ครั้ง / สัปดาห์

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	สัปดาห์ที่ 5 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 6 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 7 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 8 วันที่.....
ค่าความดันโลหิต	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
น้ำหนัก	.....ก.ก	.....ก.ก	.....ก.ก	.....ก.ก
รอบเอว	.....ซ.ม	.....ซ.ม	.....ซ.ม	.....ซ.ม
<b>อาหารโซเดียมสูง (อาหารเค็ม)</b>				
1. ลดรับประทานอาหารโซเดียมสูง	1	1	1	1
2. ยังรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง กุนเชียง ปลาจ๋า หมูย่าง ไส้กรอก ปลาเค็ม ไข่เค็ม และเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว	2	2	2	2
<b>อาหารไขมันสูง</b>				
1. ลดรับประทานอาหารไขมันสูง	1	1	1	1
2. ยังรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	2	2	2	2
<b>อาหารประเภทแป้ง น้ำตาล</b>				
1. ลดรับประทานอาหารที่มีแป้ง และน้ำตาลสูง	1	1	1	1
2. ยังรับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง	2	2	2	2
<b>การให้คำแนะนำ</b>				
1. ให้ข้อมูลความรู้เรื่อง การรับประทานอาหาร เน้นลดโซเดียม ไขมัน แป้งและน้ำตาล	1	1	1	1
2. ให้คำแนะนำการบันทึกการรับประทานอาหาร	2	2	2	2
3. ชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารได้	3	3	3	3

บันทึกช่วง  
สัปดาห์ที่ 9 - สัปดาห์ที่ 11



การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	สัปดาห์ที่ 9 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 10 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 11 วันที่.....
ค่าความดันโลหิต	...../.....	...../.....	...../.....
น้ำหนัก	.....ก.ก	.....ก.ก	.....ก.ก
รอบเอว	.....ซ.ม	.....ซ.ม	.....ซ.ม
<b>อาหารโซเดียมสูง (อาหารเค็ม)</b>			
1. ลดรับประทานอาหารโซเดียมสูง	1	1	1
2. ยังรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง กุนเชียง ปลาร้า หมูย่าง ไส้กรอก ปลาเค็ม ไข่เค็ม และเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว	2	2	2
<b>อาหารไขมันสูง</b>			
1. ลดรับประทานอาหารไขมันสูง	1	1	1
2. ยังรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	2	2	2
<b>อาหารประเภทแป้ง น้ำตาล</b>			
1. ลดรับประทานอาหารที่มีแป้ง และน้ำตาลสูง	1	1	1
2. ยังรับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง	2	2	2
<b>การให้คำแนะนำ</b>			
1. ให้ข้อมูลความรู้เรื่อง การรับประทานอาหาร เน้นลดโซเดียม ไขมัน แป้งและน้ำตาล	1	1	1
2. ให้คำแนะนำการบันทึกการรับประทานอาหาร	2	2	2
3. ชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารได้	3	3	3

บันทึกช่วง  
สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ที่ 8



### ด้านการรับประทานยา

คำชี้แจง วงกลมตัวเลข ตามความเป็นจริงในการติดตามด้านการรับประทานยา 1 ครั้ง / สัปดาห์

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	สัปดาห์ที่ 5 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 6 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 7 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 8 วันที่.....
<b>การรับประทานยา</b>				
1. รับประทานยาถูกต้องทั้งชนิด ขนาด จำนวน	1	1	1	1
2. รับประทานยาไม่ถูกต้อง	2	2	2	2
<b>การลืมนับรับประทานยา</b>				
1. รับประทานยาครบทุกมื้อ	1	1	1	1
2. ลืมรับประทานยาบางมื้อ (1-2 มื้อ)	2	2	2	2
3. ลืมรับประทานยาบ่อยครั้ง (มากกว่า 2 มื้อ)	3	3	3	3
<b>ความรู้</b>				
1. ทราบฤทธิ์ของยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา	1	1	1	1
2. ไม่ทราบฤทธิ์ของยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา	2	2	2	2
<b>การไปตรวจตามนัด</b>				
1. ไปตรวจตามนัด (ครั้งล่าสุดวันที่.....)	1	1	1	1
2. ขาดนัด	2	2	2	2
3. ยังไม่ถึงวันนัด				
<b>การให้คำแนะนำ</b>				
1. ให้ข้อมูลความรู้เรื่องยา การรับประทานยา	1	1	1	1
2. ให้คำแนะนำการบันทึกการรับประทานยา	2	2	2	2
3. กระตุ้นให้ไปตรวจตามนัด	3	3	3	3
4. ชมเชยเมื่อปฏิบัติตนด้านการรับประทานยาที่ถูกต้อง	4	4	4	4

บันทึกช่วง  
สัปดาห์ที่ 9 - สัปดาห์ที่ 11





การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	สัปดาห์ที่ 9 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 10 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 11 วันที่.....
<b>การรับประทานยา</b>			
1. รับประทานยาถูกต้องทั้งชนิด ขนาด จำนวน	1	1	1
2. รับประทานยาไม่ถูกต้อง	2	2	2
<b>การลืมนับรับประทานยา</b>			
1. รับประทานยาครบทุกมื้อ	1	1	1
2. ลืมนับรับประทานยาบางมื้อ (1-2 มื้อ)	2	2	2
3. ลืมนับรับประทานยาบ่อยครั้ง (มากกว่า 2 มื้อ)	3	3	3
<b>ความรู้</b>			
1. ทราบฤทธิ์ของยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา	1	1	1
2. ไม่ทราบฤทธิ์ของยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา	2	2	2
<b>การไปตรวจตามนัด</b>			
1. ไปตรวจตามนัด (ครั้งล่าสุดวันที่.....)	1	1	1
2. ขาดนัด	2	2	2
3. ยังไม่ถึงวันนัด			
<b>การให้คำแนะนำ</b>			
1. ให้ข้อมูลความรู้เรื่องยา การรับประทานยา	1	1	1
2. ให้คำแนะนำการบันทึกการรับประทานยา	2	2	2
3. กระตุ้นให้ไปตรวจตามนัด	3	3	3
4. ชมเชยเมื่อปฏิบัติตนด้านการรับประทานยาที่ถูกต้อง	4	4	4

บันทึกช่วง  
สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ที่ 8



## ด้านการออกกำลังกาย

**คำชี้แจง** วงกลมตัวเลข ตามความเป็นจริงในการติดตามด้านการออกกำลังกาย 1 ครั้ง / สัปดาห์

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	สัปดาห์ที่ 5 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 6 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 7 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 8 วันที่.....
<b>การเตรียมความพร้อม</b>				
1. อบอุ่นร่างกายก่อน และหลังการออกกำลังกายแกว่งแขน	1	1	1	1
2. ไม่ได้อบอุ่นร่างกาย และหลังการออกกำลังกายแกว่งแขน	2	2	2	2
<b>การออกกำลังกาย</b>				
1. แกว่งแขนต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที รวมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	1	1	1	1
2. แกว่งแขนต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที รวมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	2	2	2	2
3. ไม่ได้ออกกำลังกาย	3	3	3	3
4. ออกกำลังกายประเภทอื่น ระบุ.....	4	4	4	4
<b>อาการผิดปกติ</b>				
1. สังเกตพบอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย	1	1	1	1
2. ไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติ	2	2	2	2
3. สังเกตไม่พบอาการผิดปกติ	3	3	3	3
<b>การให้คำแนะนำ</b>				
1. กระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกาย	1	1	1	1
2. ให้คำแนะนำการบันทึกการออกกำลังกาย	2	2	2	2
3. ชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายได้ถูกต้อง	3	3	3	3

บันทึกช่วง  
สัปดาห์ที่ 9 - สัปดาห์ที่ 11



การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	สัปดาห์ที่ 9 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 10 วันที่.....	สัปดาห์ที่ 11 วันที่.....
<b>การเตรียมความพร้อม</b>			
1. อบอุ่นร่างกายก่อน และหลังการออกกำลังกายแกว่งแขน	1	1	1
2. ไม่ได้อบอุ่นร่างกาย และหลังการออกกำลังกายแกว่งแขน	2	2	2
<b>การออกกำลังกาย</b>			
1. แกว่งแขนต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที รวมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	1	1	1
2. แกว่งแขนต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที รวมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	2	2	2
3. ไม่ได้ออกกำลังกาย	3	3	3
4. ออกกำลังกายประเภทอื่น ระบุ.....	4	4	4
<b>อาการผิดปกติ</b>			
1. สังเกตพบอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย	1	1	1
2. ไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติ	2	2	2
3. สังเกตไม่พบอาการผิดปกติ	3	3	3
<b>การให้คำแนะนำ</b>			
1. กระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกาย	1	1	1
2. ให้คำแนะนำการบันทึกการออกกำลังกาย	2	2	2
3. ชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวด้านการออกกำลังกายได้ถูกต้อง	3	3	3

**ประวัติผู้วิจัย**

<b>ชื่อ</b>	นางสาวศิริรัตน์ ผ่านภพ
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	17 ธันวาคม 2517
<b>สถานที่เกิด</b>	อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
<b>ประวัติการศึกษา</b>	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง พ.ศ. 2549
<b>สถานที่ทำงาน</b>	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน ตำบลไหล่หิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
<b>ตำแหน่ง</b>	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

