

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

วัฒน์ศักดิ์ สุกใส

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

ตุลาคม 2555

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

วัฒนศักดิ์ สุกใส

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ

ตุลาคม 2555

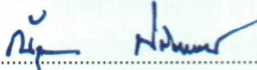
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายวัฒน์ศักดิ์ สุกใส แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(รศ.ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์)

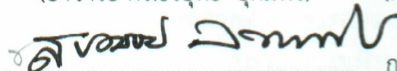
ประธานกรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล)

กรรมการ
(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)


.....
(อาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุดมพร)

กรรมการ
(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)



.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)


กรรมการ
(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)


.....
(อาจารย์ นพ.दनัย ธีวันดา)

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของมหาวิทยาลัย มหาสารคาม


.....
(ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์


.....
(รศ.ดร.ณฐนนท์ ตราชู)
ผู้รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
วันที่ ๕ เดือน ๓ พ.ศ. 2555



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุดมพร กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ ประธานกรรมการ สอบผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี กรรมการสอบ และอาจารย์ นายแพทย์ดนัย ธีวันดา ผู้ทรงคุณวุฒิผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่กรุณาช่วยขัดเกลาและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.บงอร ฉางทรัพย์ อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสมุทรปราการ นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์กุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ดและนางสาวอติกา นิธิเกตุกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าตึกไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ สละเวลาช่วยตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอพนมไพร ที่ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ ที่กรุณาให้ผู้วิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลน่านวล ที่กรุณาให้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกท่าน กลุ่มตัวอย่าง จากตำบลสระแก้ว และตำบลน่านวล อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ ผู้บริหาร เพื่อนร่วมงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมไพรทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุน ตลอดทั้งเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 9 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ศูนย์จังหวัดมหาสารคามทุกคน ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือทุกด้าน ระหว่างที่ศึกษาร่วมกัน

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สำหรับความรัก ความห่วงใย คุณกาญจนา สุกใส ภรรยา เด็กหญิงกวีนิธดา สุกใส บุตรสาว และครอบครัวเนตรวงศ์ ทุกคน ที่ให้กำลังใจคอยช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในครั้งนี้ และช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาตลอดมา

วัฒนศักดิ์ สุกใส



ชื่อเรื่อง	การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้วิจัย	นายวัฒนศักดิ์ สุกใส
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การจัดการระบบสุขภาพ
กรรมการควบคุม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล อาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุตมพร
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่พิมพ์ 2555

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งหมด 98 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 49 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย ภาพพลิก การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม แจกแผ่นพับ คู่มือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการติดตามเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างใช้สถิติ Paired t-test และ Independen t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 55 – 64 ปี สถานภาพสมรส คู่ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 – 3,000 บาท และภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุป การใช้โปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองดังกล่าว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นวิธีการที่ทำให้มีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปปรับใช้ หรือใช้เป็นแนวทางเพื่อจัดกิจกรรมในการป้องกันโรคได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง; โรคความดันโลหิตสูง; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; แรงสนับสนุนทางสังคม



TITLE Application of Health Belief Model and Social Support for Behavior Modification on Stroke Prevention in Hypertension Patients at Phanomphrai district, Roi – et province

AUTHOR Mr. Wattasak Suksai

DEGREE Master Degree of Public Health **MAJOR** Health System Management

COMMITTEE Asst. Prof. Choosak Nithikathkul, Ph.D.
Teerayuth Udomporn, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2012

ABSTRACT

This study was quasi – experimental research there was the objective for compare mean scores of disease prevention knowledge, health belief model comprehension, and behaviors on stroke prevention. The samples were 98 hypertension patients were divided into experimental group and comparison group that each group was 49 subjects. The experimental group was received health education program which compose of lecture with a picture turns, demonstration, training, group discussion, brochure, hand book and social support from health volunteers and health educators home visit. The intervention had been implemented for 10 weeks. The data were collected by questionnaires. The data analysis, descriptive data was analyze by descriptive statistic such as percentage, mean, standard deviation, ect. And comparative data by the comparative statistics such as paired t-test and independent t-test. Set the level of significance at p-value of < 0.05

The results show that most hypertension patients were females, aged between 55-64 years old, married, graduated with elementary education level, worked as a agriculture, earned 1,000-3,000 baht per month, After the interventions, hypertension patients in the experimental group had mean scores of disease prevention knowledge, health belief model comprehension, and behaviors on stroke prevention at significantly higher level ($p < 0.05$).

In conclusion, using the health education program in the experimental group for stroke prevention in hypertension patients was the method to provide more suitable acknowledgement, perception and behaviors. Thus concerning institutions ought to apply or adapt this program to promote prevention activities.

Key Words: stroke; hypertension; health belief model; social support



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามในการวิจัย	4
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 สมมติฐานของการวิจัย	5
1.5 ความสำคัญของการวิจัย	5
1.6 ขอบเขตของการวิจัย	5
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	8
2.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	8
2.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	11
2.3 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	18
2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	22
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	30
3.1 รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง	30
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
3.3 จริยธรรมในการวิจัย	35
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
3.5 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	39
3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	41
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	46
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	47
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	47
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	47
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48



บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย (ต่อ)	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	48
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	50
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	52
ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	61
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	64
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย	64
5.2 สรุปผล	65
5.3 อภิปรายผล	65
5.4 ข้อเสนอแนะ	70
เอกสารอ้างอิง	72
ภาคผนวก	76
ภาคผนวก ก ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	77
ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	79
ภาคผนวก ค หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	81
ภาคผนวก ง แบบสอบถามในการวิจัย	90
ภาคผนวก จ ตารางกิจกรรมการดำเนินการวิจัย	103
ภาคผนวก ฉ แผนการจัดกิจกรรม	109
ภาคผนวก ช ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์	116
ภาคผนวก ซ ตัวอย่างภาพกิจกรรม	124
ภาคผนวก ฌ ใบประกาศและตัวอย่างภาพกิจกรรมการนำเสนอผลงานวิจัย	132
ประวัติย่อผู้วิจัย	136



สารบัญตาราง

	หน้า	
ตาราง 2.1	จำแนกตามระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี (JNC, 2003)	12
ตาราง 4.1	จำนวน และร้อยละ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	48
ตาราง 4.2	ความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	50
ตาราง 4.3	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	51
ตาราง 4.4	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	51
ตาราง 4.5	การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	52
ตาราง 4.6	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายด้าน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	54
ตาราง 4.7	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายด้าน ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	55
ตาราง 4.8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	56
ตาราง 4.9	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	57
ตาราง 4.10	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	57



ตาราง 4.11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	58
ตาราง 4.12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	59
ตาราง 4.13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	60
ตาราง 4.14 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	61
ตาราง 4.15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	62
ตาราง 4.16 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	63
ตารางภาคผนวก ช-1 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์ ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	117
ตารางภาคผนวก ช-2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	118
ตารางภาคผนวก ช-3 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	120
ตารางภาคผนวก ช-4 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	121
ตารางภาคผนวก ช-5 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	122



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 2.1 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ	19
ภาพประกอบ 2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker	20
ภาพประกอบ 2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	29
ภาพประกอบ 3.1 แผนการทดลอง	30
ภาพประกอบ 3.2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	34
ภาพประกอบ 3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	45
ภาพประกอบผนวก ซ-1 จัดกิจกรรมอบรม อสม. ก่อนดำเนินการวิจัย 1 สัปดาห์	125
ภาพประกอบผนวก ซ-2 อสม. เรียนรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากป้ายไวนิล	125
ภาพประกอบผนวก ซ-3 ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ภาพพลิก	126
ภาพประกอบผนวก ซ-4 แบ่งกลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น และอภิปรายกลุ่ม	126
ภาพประกอบผนวก ซ-5 เชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย	127
ภาพประกอบผนวก ซ-6 สาธิตเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ	127
ภาพประกอบผนวก ซ-7 อสม. พี่เลี้ยง เป็นผู้นำฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง	128
ภาพประกอบผนวก ซ-8 ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย และ อสม. พี่เลี้ยง	128
ภาพประกอบผนวก ซ-9 สื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ภาพพลิก แผ่นซีดีฝึกปฏิบัติไม้พลอง	129
ภาพประกอบผนวก ซ-10 แผ่นพับ โปสเตอร์ และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย	129
ภาพประกอบผนวก ซ-11 ป้ายไวนิลให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	130
ภาพประกอบผนวก ซ-12 ปิดการอบรม	130
ภาพประกอบผนวก ซ-13 ทีม อสม. พี่เลี้ยงที่ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	131
ภาพประกอบผนวก ซ-14 นิเทศติดตามเยี่ยม อสม. รายบุคคล สอบถามถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมหาแนวทางแก้ไข	131
ภาพประกอบผนวก ฉ-1 นำเสนอผลงานวิจัยระดับนานาชาติ ที่จังหวัดเชียงใหม่	134
ภาพประกอบผนวก ฉ-2 นำเสนอผลงานวิจัย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา	134
ภาพประกอบผนวก ฉ-3 ห้องย่อยประกวดการนำเสนอผลงานวิจัย	135
ภาพประกอบผนวก ฉ-4 เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัยพร้อมกันนิสิตแพทย์และอาจารย์จากต่างประเทศ	135



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดที่มีความสำคัญอย่างมาก เพราะโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนไทย และผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้นับว่าจำนวนมากต้องประสบความทุกข์ทรมานจากการอยู่ในสภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต ลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือโรคสมองขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคเลือดออกในสมอง เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก จากสถิติของ World Stroke Organization (WSO) ปี พ.ศ.2549 รายงานผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 6.7 ล้านคน ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550 ; American Heart Association, 2006) จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในประเทศแถบเอเชีย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงกว่าโรคหัวใจอย่างมาก การศึกษาจากประเทศจีนพบว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจถึงประมาณ 3 เท่า และอัตราการเสียชีวิตนี้ไม่แตกต่างกันระหว่างประชากรในเมืองและในชนบทพบว่าผู้ชายมีอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรเมือง 251 ต่อแสนประชากร และมีการเสียชีวิตจากโรคหัวใจเพียง 100 ต่อแสนประชากร ในชนบทก็พบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 230 ต่อแสนประชากร และหลอดเลือดหัวใจ 54 ต่อแสนประชากร การศึกษาจากประเทศญี่ปุ่น เกาหลีและไต้หวันก็เช่นเดียวกัน พบว่าประชากรมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตามบางประเทศในเอเชียกลับพบว่าอัตราการเสียชีวิตของโรคหัวใจสูงกว่าโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ประเทศสิงคโปร์ อินเดีย และฮ่องกง (สายัณห์ ชีพอุดมวิทย์, 2547)

ในประเทศไทยจากรายงานข้อมูลตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด พบอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี พ.ศ. 2549, 2550, 2551 เท่ากับ 54.5, 55.2, 56.0 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีรายงานอัตราตายด้วยโรคกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราตายสูงสุด โดยในปี พ.ศ. 2549, 2550, 2551 เท่ากับ 20.6, 20.8, 20.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552) ถึงแม้สถานการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มชะลอลง แต่โรคหลอดเลือดสมองก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เกิดความสูญเสียในด้านต่างๆตามมา จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2542-2551 พบว่าอัตราเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรกระบบไหลเวียนเลือด) ในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 614.3 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2542 เป็น 1,927.0 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2551 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552) ซึ่งเมื่อแยกรายละเอียด



อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีอัตราสูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) พบเป็นอันดับ 3 โดยอัตราเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโรคนี้ในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นจาก จาก 92.7 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2542 เป็น 216.58 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2551 เมื่อพิจารณา อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยแยกรายจังหวัดพบว่ามีความเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2552 พบสูงสุด คือ จังหวัดอุดรธานี รองลงมาคือ จังหวัดจันทบุรี, จังหวัดนครสวรรค์ พบอัตราป่วย 488.81, 457.58, 440.22 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552 อ้างถึงใน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2552) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ไว้ว่า ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ จะต้องเสริมสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพดีและจิตสำนึกที่ดีด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยตัวชี้วัดกระทรวง กำหนดอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องลดลง ร้อยละ 4 และอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ร้อยละ 2 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2550 – 2552 มีอัตราป่วยเท่ากับ 3,336.77, 3,443.28, 3,503.67 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (จิรภา ธีระกนก และคณะ ,2553) สาเหตุการป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองมีความเพิ่มขึ้นตามลำดับในปี พ.ศ. 2548-2552 มีอัตราป่วยเท่ากับ 109.35, 105.39, 127.99, 141.45, 163.95 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมีความเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในปี พ.ศ.2548-2552 มีอัตราตาย 6.90, 6.88, 14.97, 13.99, 16.05 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2553)

อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอีกอำเภอหนึ่งที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จากรายงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2553 มีอัตราป่วยเท่ากับ 148.33, 155.91, 166.12, 174.94, 183.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมีความเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2549 - 2553 มีอัตราตายเท่ากับ 7.67, 8.95, 12.78, 14.05, 16.59 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (โรงพยาบาลพนมไพร, 2553)

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อเดือนมีนาคม 2554 โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ขาดการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 66.67 เนื่องจากไม่มีเวลาเพราะต้องเลี้ยงหลาน หรือเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานมาแล้วทำให้ไม่ได้ออกกำลังกาย 2) ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ร้อยละ 46.66 ส่วนมากรับประทานอาหารรสเค็มเพราะความเคยชิน หรือบางครั้งซื้ออาหารสำเร็จรูปที่มีรสเค็มอยู่แล้วจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ 3) ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จำพวกอาหารผัดๆ ทอดๆ ร้อยละ 55.33 สาเหตุที่ชอบรับประทานอาหารเพราะรสชาติอร่อยถูกปากทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น มีแรงในการทำงาน 4) มีความเครียด ร้อยละ 63.33 จากการใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีปัญหาเรื่องเงินไม่พอใช้จ่าย ปัญหาภายในครอบครัวและปัญหาจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การคลายเครียดส่วนใหญ่จะพูดระบายให้สมาชิกในครอบครัวได้รับทราบ บางครั้งไม่บอกใคร ปล่อยให้ระยะเวลาผ่านไปก็จะทำให้อะไรดีขึ้นเอง



จากการสัมภาษณ์การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 เชื่อว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่ใช่โรคอันตรายร้ายแรง เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ยังไม่ทราบประโยชน์และวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องตามมา

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มาจากปัจจัยเสี่ยงเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (เพิ่มความเสีย 3-17 เท่า) ภาวะเบาหวาน (เพิ่มความเสีย 3 เท่า) การสูบบุหรี่ (เพิ่มความเสีย 2 เท่า) ไขมันโคเลสเตอรอล (เพิ่มความเสีย 1.5 เท่า) และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นแบบทวีคูณ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550) ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคที่สำคัญ คือการหามาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมในชุมชน การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของคนในชุมชน การสื่อสารเตือนภัย การสื่อสารความเสี่ยงในระดับประชากร ด้วยการประชาสัมพันธ์การสื่อสารความเสี่ยงทุกระดับ สร้างความร่วมมือของเครือข่ายต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การให้การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ส่วนการป้องกันในระดับบุคคล ด้วยการคัดกรองความเสี่ยงซึ่งมุ่งเน้นคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และรีบให้การรักษาในกลุ่มเสี่ยงที่พบว่าเป็นโรคตั้งแต่ระยะต้นเพื่อลดความเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรค วิเคราะห์จัดระดับความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้ แก่กลุ่มเสี่ยงให้รู้จักโรค สัญญาณเตือนภัยของโรค รู้จักการประเมินตนเอง สามารถจัดการตนเอง เพื่อลดเสี่ยงลดโรค เช่น การออกกำลังกาย สม่าเสมอ การลดการบริโภคอาหารรสเค็มและเพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก เป็นต้น จากการศึกษาเรื่องการศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าหลักการที่ดีที่สุดในการจัดการกับโรคหลอดเลือดสมองคือ การป้องกันโรค โดยการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) น่าจะมีบทบาทในเรื่องนี้เป็นอย่างมาก(น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2551) และมีรายงานการศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่าการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยการประยุกต์ทฤษฎีเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถที่จะลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ จึงควรพิจารณานำรูปแบบการจัดกิจกรรมสุขศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน(กชพร อ่อนอกภัย, 2551)

จากแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552 อ้างอิงจาก Becker, 1975) ที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคได้สรุปไว้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ส่วนทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีแนวคิดที่สำคัญว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและการประเมินตนเอง (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552 อ้างอิงจาก House, 1981) จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดียิ่งขึ้น และจะส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้นด้วย



ดังนั้น หากนำแนวคิดทั้งสองแนวคิดนี้ มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้การสนับสนุนทางสังคมจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ มีความยั่งยืนในการแก้ปัญหาในระดับชุมชนต่อไปได้

1.2 คำถามในการวิจัย

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ได้หรือไม่

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง การทดลอง

1.3.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.3.2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง



1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.4.2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องดังต่อไปนี้

1.4.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.4.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

1.4.2.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.4.3 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.5 ความสำคัญของการวิจัย

1.5.1 สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

1.5.2 สามารถนำผลการวิจัย ปัญหาอุปสรรค และกิจกรรมต่างๆ จากการวิจัย เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน ในชุมชน

1.5.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจและรับรู้ถึงแนวทางการปฏิบัติตัว การป้องกันโรค เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

1.6.1 การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำการศึกษา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

1.6.2 ประชากร หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ที่อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2,301 คน

1.6.3 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว จำนวน 49 คน และในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนนวนล จำนวน 49 คน

1.6.4 พื้นที่ศึกษา ได้แก่ พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทกึ่งเมือง มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3,878.85 ต่อแสนประชากร มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 185.97 ต่อแสนประชากร และพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนนวนล ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3,043.04 ต่อ



แสนประชากรมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 200.20 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลพนมไพร, 2553)

1.6.5 ตัวแปรของการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1.6.5.1 ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

1.6.5.2 ตัวแปรตาม คือ ความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.7.1 ผลของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

1.7.2 โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมสุขศึกษาที่นำมาใช้ประกอบด้วย กิจกรรมการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก การแจกเอกสารคู่มือประกอบการบรรยาย โปสเตอร์ แผ่นพับ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนให้กำลังใจ บันทึกการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลผู้ป่วย

1.7.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง แบบแผนที่สามารถนำมาใช้อธิบายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินออกมาในรูปคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.7.4 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ โดยการกระตุ้นเตือนให้กำลังใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.7.5 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.7.6 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.7.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การประเมินและตีค่าความรู้สึก จากความรู้ที่มีและประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ ถ้ามีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตน

1.7.8 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การประเมินและตีค่าความรู้สึกจากความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ว่าโรคหลอดเลือดสมองส่งผล



ให้เกิดอันตรายถึงแก่ความตาย พิการ อัมพาต และเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หาย เป็นภาระของครอบครัว

1.7.9 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี และการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดการฉีดยาถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำจากความรู้และประสบการณ์เดิมที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เพราะกลัวปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

1.7.10 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้กระทำกิจกรรม การรับประทานยาที่ถูกต้อง ลดการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานผัก ผลไม้ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

1.7.11 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

1.7.12 การควบคุมอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง คือ ปริมาณอาหารทั้งหมดพอเหมาะ มีสารอาหารครบหมู่ และควบคุมอาหารหวาน มัน เค็มในการปรุงอาหาร

1.7.13 การออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การใช้กำลังในการทำกิจกรรมเพื่อให้กล้ามเนื้อ ปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนในโลหิตมีความแข็งแรงอดทน โดยต้องออกกำลังกายติดต่อกัน 30 นาทีขึ้นไป อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

1.7.14 การรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรับประทานยาของผู้ป่วย ที่ถูกต้องทั้งชนิด ขนาดและจำนวน ตามแพทย์สั่งและการมาพบแพทย์ตามนัด

1.7.15 การจัดการความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรู้จักผ่อนคลายในขณะที่ประกอบกิจกรรมประจำวันต่างๆ จะช่วยให้ความเครียดที่มีอยู่ได้รับการบรรเทาลง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนหรือเลือกตามความเหมาะสมเพื่อให้เหมาะกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้สนับสนุนการดำเนินการศึกษาวิจัย ซึ่งกำหนดขอบเขตเนื้อหาและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- 2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)
- 2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) คือ อาการของแขน ขา หรือหน้า ชักใดชักหนึ่ง ชา อ่อนแรงหรือเคลื่อนไหวลำบาก หรือเคลื่อนไหวไม่ได้อย่างทันทีทันใด เกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เนื้อสมองขาดอาหาร และออกซิเจน เนื้อสมองเสียหาย และการทำงานของสมองหยุดชะงัก ถ้าไม่รีบรักษาเนื้อสมองจะตายและเกิดความเสียหายถาวรในที่สุด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2. อาการของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยมีได้หลายรูปแบบตามสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น ชนิดหลอดเลือดตีบ มักมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน รู้สึกสับสน ยังรู้สึกตัวดี แต่ซึมลงเล็กน้อย หลังจากนั้นมีอาการชาซึ่งมักเป็นซีกเดียวและเป็นด้านตรงข้ามกับซีกของสมองที่มีพยาธิสภาพ อาจพูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยวหรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย ตรวจพบความดันโลหิตสูง รีเฟล็กซ์ของข้อ (tendon reflex) ไวกว่าปกติ ชนิดหลอดเลือดสมองมีก้อนอุดตัน อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นเฉียบพลันทันที อาจพบความผิดปกติของหัวใจ เช่น ฟังได้เสียงฟู่ (murmur) หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิดหลอดเลือดแตก มักเกิดขึ้นทันที ทันใด ขณะทำงานออกแรงมากๆ หรือขณะร่วมเพศ โดยไม่มีสิ่งบอกสาเหตุล่วงหน้า บางรายอาจบ่นปวดศีรษะ แล้วมีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาอ่อนๆ อ่อนแรง บางรายชักหรือหมดสติในเวลาอันรวดเร็ว มักตรวจพบคอแข็งและมีความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ถ้าผู้ใดมีปัจจัยเหล่านี้อยู่ จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงทุกคนจะต้องเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้มีปัจจัยเสี่ยงก็มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน แต่ไม่มากเท่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว (วัฒนีย์ ปานจินดา, 2548) ได้มีการศึกษากันมากถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่สำคัญ ในคนไทยได้มีการศึกษาถึง



ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสมองขาดเลือด พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (นิจศรี ชาญณรงค์, 2547) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

3.1 ความดันโลหิตสูง ภาวะนี้พบว่าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและทำให้เกิดโรคอัมพาตได้มาก ทั้งชนิดหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดตีบ ภาวะโรคความดันโลหิตสูงนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นอัมพาตมากกว่าคนปกติสูงถึง 3-17 เท่า แล้วแต่อายุ ความรุนแรงของความดันโลหิตสูง ในกรณีหลอดเลือดสมองแตกที่เกิดขึ้นเองทันที (spontaneous intracerebral haemorrhage) นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าภาวะความดันโลหิตสูงนั้นเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งในการทำให้ภาวะ atherosclerosis เป็นเพิ่มขึ้น ดังนั้นหลอดเลือดของสมองก็ย่อมหนีไม่พ้นที่จะเกิดภาวะ cerebral thrombo embolism ในที่สุด โดยสรุปภาวะความดันโลหิตสูงนั้นจะเร่งการเกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดสมอง และทำให้เกิด thrombosis ในตำแหน่งนั้น หรือมีการหลุดของ emboli จากผนังหลอดเลือดบริเวณนั้น ไปอุดตันหลอดเลือดสมองในส่วนปลายๆ ทำให้เกิดภาวะ cerebral infarction ตามมา ดังนั้น ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก ถ้าสามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือถ้าเป็นแล้วการลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงลงได้

3.2 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานๆ โดยมิได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอัมพาตชนิดหลอดเลือดตีบได้สูง เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ง่าย โดยจะมีหลอดเลือดแข็งทั่วร่างกาย และถ้าเป็นหลอดเลือดของสมองจะเกิดอัมพาตขึ้นอัตราการเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็นอัมพาตได้สูงกว่าผู้ป่วยปกติถึง 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มิได้เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งมีอายุเท่ากัน โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคนี้นี้ควรพบแพทย์และรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัด จะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

3.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) ภาวะที่มีไขมันในหลอดเลือดสูงทั้งชนิด cholesterol, triglyceride ซึ่งเป็นไขมันที่ไปเกาะผนังหลอดเลือดและจะทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง อันจะมีผลตามมาทำให้เกิดอัมพาตได้ง่าย ภาวะไขมันในเลือดสูง บทบาทของ hyperlipidemia ในการก่อให้เกิด atherosclerosis นั้นเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป ดังเช่นในกรณีโรคหลอดเลือดของหัวใจ นั้น พบว่าระดับ total cholesterol นั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างชัดเจนทั้งหญิงและชาย แต่ความสัมพันธ์จะลดลงเมื่ออายุเกิน 55 ปี อย่างไรก็ตามเมื่อทำการวิเคราะห์แยกชนิดของไขมันในเลือดออกเป็น low density lipoprotein- cholesterol (LDL) และ high density lipoprotein- cholesterol (HDL) กลับพบว่า HDL นั้นมีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับ LDL ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือด กล่าวคือ ถ้า LDL สูงในเลือดจะมีผลเหมือนกับ total cholesterol คือทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และความสัมพันธ์นี้ปรากฏในทุกเพศ และในผู้สูงอายุด้วย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และยังอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย ดังนั้น การรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมันมากเกินไป หรืออาจจะต้องรับประทานยาลดไขมันร่วมด้วย ตามที่แพทย์แนะนำจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจตีบตัน และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย

3.4 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นั้นเป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตได้ง่าย เพราะการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับ cholesterol



ลดระดับของ high density lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ catecholamine และปริมาณ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดในผู้สูบบุหรี่ ยังมีผลเสียต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น โดยที่ผู้สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นอัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญเช่นกัน ดังนั้น จึงควรงดสูบบุหรี่ ถ้างดสูบบุหรี่ได้นอกจากความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงแล้ว ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โรคปอดจะน้อยลงและสุขภาพโดยทั่วไปก็จะดีขึ้นเองอีกด้วย

3.5 ยาคุมกำเนิด ปัจจัยเสี่ยงโรคอันนี้ ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลแทรกซ้อนมาจากการใช้ยาคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 15 – 49 ปี หลายคนเชื่อว่าอายุของผู้ป่วยและระยะเวลาในการกินยาคุมกำเนิด เช่น นานเกิน 5 ปี จะเป็นปัจจัยสำคัญของปัจจัยเสี่ยงนี้ ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ยังไม่ยุติเด่นชัด

3.6 แอลกอฮอล์ ในปัจจุบันยอมรับกันว่ามีความสัมพันธ์กันจริงระหว่างโรคหลอดเลือดสมองกับการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการดื่มสุราจะเป็นทางหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย

3.7 โรคเลือด เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าภาวะ polycythemia นั้นเป็นปัจจัยก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีรายงานของโรคหลอดเลือดชนิด sickle cell disease ซึ่งจัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคอันหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยชาวแอฟริกันอายุน้อยอีกด้วย

3.8 ความอ้วน โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้ผู้ป่วยมีไขมันในหลอดเลือดสูง อันจะมีโอกาสเกิดอัมพาตได้มากกว่าคนธรรมดา จากการศึกษาข้อมูลเรื่องโรคอ้วนพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างชัดเจน

3.9 ภาวะขาดการออกกำลังกาย การที่ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดภาวะเครียด และการออกกำลังกายของร่างกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (LDL, low density lipoprotein cholesterol) ลดลงและไขมัน HDL (high density lipoprotein cholesterol) เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงไม่แข็งตัว จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นว่าภาวะขาดการออกกำลังกายจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

4. สิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4.1 การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ส่งเสริมให้สุขภาพดี

4.1.1 การปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ อาหารที่ส่งเสริมสุขภาพดี เพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเน้นที่ “การลดเกลือเพิ่มผัก” เนื่องจากการปฏิบัติตัวสำคัญที่จะป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรก็ตาม ยังมีอาหารประเภทอื่นซึ่งส่งผลต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน ดังนั้น จึงควรมีการจัดการด้านอาหารอย่างครอบคลุม เพื่อป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

4.1.2 รับประทานผลไม้สด หรือผักทุกวัน อย่างน้อยวันละ 5 ส่วน (400-500 กรัม) โดย 1 ส่วนเทียบได้กับ กล้วย แอปเปิ้ล ส้ม หรือมะม่วงขนาดปกติ 1 ผล หรือผักสุก 2 ช้อนโต๊ะ มะเขือเทศผลใหญ่ 1 ผล ดังนั้น ในวันหนึ่งควรรับประทานผักสุกอย่างน้อย 3 ทัพพี หรือ 9 ช้อนโต๊ะ และผลไม้หลังอาหาร หรือระหว่างมื้อ อย่างน้อย 1 ชนิด 2 ครั้ง/วัน(ไม่ควรเกิน 10-15 คำ/มื้อ แล้วแต่ชนิดผลไม้



หวานมากหรือหวานน้อย) ถ้าไม่มีผลไม้สามารถบริโภคผักแทนได้ 2 ทัพพี และควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น อาหารประเภทถั่ว ข้าวซ้อมมือ เมล็ดธัญพืช เป็นต้น

4.1.3 ลดการบริโภคเกลือลงให้เหลือน้อยกว่า 1 ช้อนชา หรือ 6 กรัม/วัน รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารจานด่วน อาหารแช่แข็ง หรืออาหารที่ผ่านรูปแบบการถนอมอาหารแบบต่างๆ เช่น การดอง การตากแห้ง การหมัก เนื่องจากมีเกลือเป็นส่วนประกอบจำนวนมาก จากการคาดประมาณพบว่า ถ้าลดการบริโภคเกลือลง 50 มิลลิกรัม/วัน จะลดจำนวนผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ต้องรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิตลงได้ครึ่งหนึ่ง และลดจำนวนการตายจากอัมพาตได้ร้อยละ 22

4.1.4 ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เนื่องจากไขมันให้พลังงานสูง ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น โดยไขมันแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ไขมันอิ่มตัว เมื่อย่อยสลายได้โคเลสเตอรอล ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงควรจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมันกลุ่มนี้ประกอบอยู่ และไขมันไม่อิ่มตัว การรับประทานอาหารที่มีไขมันกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า แต่ไขมันกลุ่มนี้ยังคงให้พลังงานสูง ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงไม่ควรรับประทานในจำนวนที่ให้เกินไป ควรใช้การประกอบอาหารโดยการปิ้ง นึ่ง อบ หรือย่าง ในการประกอบอาหารแทนการทอด

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญจึงอยู่ที่การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรค เช่น การออกกำลังกาย การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม งดบุหรี่หรือสุรา บริโภคผักผลไม้ในปริมาณที่พอเหมาะ และตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปีเพื่อหาภาวะเสี่ยงของโรค ดังนั้นในงานวิจัยนี้กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจึงเน้นที่กระบวนการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง และจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษา และการให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ภายใต้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory)

2.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

1. ความดันโลหิต (blood pressure) หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดแดง ซึ่งเกิดจากการบีบและการคลายตัวของหัวใจและหลอดเลือด เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ระดับความดันโลหิตยังขึ้นอยู่กับปริมาณของเหลวในหลอดเลือด (ซึ่งเท่ากับความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด) และความต้านทานของกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด โดยปกติความดันโลหิตของคนเรามี 2 ระดับ หรือวัดได้เป็น 2 ค่า ประกอบด้วย ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) หรือค่าความดันโลหิตตัวบน เป็นค่าความดันของเลือดสูงสุดที่เกิดขึ้นใกล้กับระยะที่หัวใจหดตัว เพื่อบีบเลือดออกมาจนหมดหัวใจห้องล่างซ้าย และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) หรือความดันโลหิตตัวล่าง เป็นค่าความดันของเลือดที่ต่ำสุดที่เกิดขึ้นตามมาในระยะเวลาที่มีการคลายตัวเต็มที่ของหัวใจรับเลือดจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความสูงหรือต่ำของความดันโลหิตตามสมการต่อไปนี้



ความดันโลหิต = ปริมาณเลือดจากการบีบตัวของหัวใจแต่ละครั้ง x แรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลาย
(blood pressure = cardiac output x peripheral resistance)

2. การจำแนกตามระดับความดันโลหิตสูง เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงมีความสำคัญต่อการจัดการช่วยเหลือ โดยมี world health organization international society of hypertension (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551 อ้างอิงจาก WHO-ISH, 2003) และ joint national committee (JNC, 2003) เป็นองค์กรที่เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง โดยทั้งสององค์กรมีการเสนอเกณฑ์ที่แตกต่างกันดังนี้

2.1 ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) 80-90 มิลลิเมตร JNC7 ได้จัดอยู่กลุ่ม pre-hypertension ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและเป็นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2 JNC7 ใช้เกณฑ์จำแนกระดับความดันปกติต่ำกว่า WHO-ISH คือ <120/80 มิลลิเมตรปรอท โดยระบุความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เริ่มตั้งแต่ระดับความดันโลหิต 115/75 มิลลิเมตรปรอทและจะเพิ่มเป็น 2 เท่าเมื่อระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทุก 20/10 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ WHO-ISH คือ <135/85 มิลลิเมตรปรอท แสดงให้เห็นว่าระดับความดันโลหิตที่ 135/85 มิลลิเมตรปรอทมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD) ถึง 2 เท่าเมื่อนำไปเทียบกับเกณฑ์ของ JNC7

2.3 JNC7 กำหนดให้ความดันโลหิตสูง stage 1 คือความดันโลหิตซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท ส่วน stag 2 เป็นความดันโลหิตที่สูงกว่า ในปัจจุบันนักวิชาการและผู้ปฏิบัติการในวิชาชีพทางสุขภาพนิยมใช้การจำแนกระดับความดันโลหิตตามแนวทาง JNC7 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 2.1 จำแนกตามระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี (JNC, 2003)

ชนิดของความดันโลหิตสูง	systolic (mmHg.)	diastolic (mmHg.)
Normotensive	<120	<80
Prehypertension	120-139	80-89
Hypertension stage 1	140-159	90-99
Hypertension stage 2	≥ 160	≥ 100

งานวิจัยนี้ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่เกินเกณฑ์ปกติ ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตสูง เท่ากับ 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป



3. การจำแนกตามสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงที่จำแนกตามสาเหตุของการเกิดโรค แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

3.1 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential primary หรือ idiopathic hypertension) พบได้บ่อยถึงร้อยละ 90-95 ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดตลอดชีวิต อวัยวะเป้าหมายที่มักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากที่สุด คือ หัวใจ เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงบางส่วน ของสมองเกิดอาการของเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเส้นเลือด เกิดการอุดตันของเส้นเลือดในสมองทำให้เส้นเลือดสมองแตก เกิดอาการอัมพาตหรือถึงขั้นเสียชีวิตทันทีได้ ไต จะมีอาการไตวายเพราะขาดเลือดไปเลี้ยง มีนักทฤษฎีมากมายที่อธิบายพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง แต่ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเกี่ยวกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เชื่อกันว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการ (multifactorial) ดังต่อไปนี้

- 1) ปริมาณเกลือที่รับประทานโดยเกลือที่รับประทานในปริมาณเพิ่มขึ้นจะมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตได้
- 2) การดื่มสุรา
- 3) ประวัติครอบครัว โดยพบว่าผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่า
- 4) ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินโดยพบว่าคนอ้วนและผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีส่วนสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุ
- 5) เชื้อชาติโดยพบว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในชนชาติมีความแตกต่างกัน โดยชนชาติสีผิวดำมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงได้มากกว่า

ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงควบคู่กันไปกับการรักษาด้วยยาจากแพทย์ และเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มันทนา ประทีปปะเสน และวงเดือน ปันดี, 2542)

3.2 โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เรียกว่า ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (secondary hypertension) พบได้ในผู้ป่วย ร้อยละ 5-10 มี ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ ดังนี้

- 1) ได้รับยาบางประเภท เช่น ยาคูมก้าเนด ยาสเตอรอยด์ แอดรีนาลีน
- 2) ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์
- 3) โรคไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดเลี้ยงไตตีบ (renal artery stenosis) วัณโรคไต เนื้องอกของไต เป็นต้น
- 4) หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบตัว (coarctation of aorta) ลิ้นหัวใจเออรัทิกรัว (aortic insufficiency) ซึ่งมักจะทำให้ความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนความดันช่วงล่างปกติ
- 5) โรคต่อมไร้ท่อ เช่น คอพอกเป็นพิษ โรคคุซซิงเนื้องอกของต่อมหมวกไต ชนิดที่เรียกว่า ฟิโอโครโมไซโตมา (pheochromocytoma) ซึ่งมักจะทำให้มีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม น้ำหนักตัวลดร่วมด้วย เป็นต้น



6) ภาวะที่ต้องทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เช่น อารมณ์เครียด ซึ่งมักจะทำให้ความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียว

7) ภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว (atherosclerosis) มักจะทำให้ความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียวพบในคนสูงอายุ

4. อาการของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลางมักไม่มีอาการหรือมีอาการไม่จำเพาะสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เช่น ตาพร่าปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น เลือดกำเดาออก เวียนศีรษะ หรือนอนไม่หลับ ซึ่งแพทย์จะวินิจฉัยได้จากการตรวจสุขภาพทั่วไปหรือจากการที่มาหาด้วยโรคอื่น ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งจะมีอาการแสดงเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน ของภาวะความดันโลหิตสูงหรือ atherosclerosis เช่น หัวใจวาย หัวใจขาดเลือด อัมพาต หรือไตวาย แต่หากความดันโลหิตสูงขึ้น หรือความดันโลหิตสูงอยู่เป็นนานอาจพบในอาการผู้ป่วยดังนี้

1) ปวดศีรษะ ซึ่งอาการปวดศีรษะพบได้ไม่บ่อยนัก มักจะมีอาการในรายที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง หรือมีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตอยู่ในภาวะวิกฤตมากแล้ว โดยทั่วไปจะปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นหลังตื่นนอนในตอนเช้า อาจมีอาการคลื่นไส้ ตาพร่ามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย มึนงง ปัสสาวะเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก

2) เวียนศีรษะ (dizziness) มักจะมีอาการมึนงง มักเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

3) ไมเกรน มักมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักจะเป็นไมเกรนมากกว่าคนปกติ และพบผู้ป่วยที่เป็นไมเกรนมีความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่เป็น

4) เลือดกำเดาไหล (epitaxis) อาการนี้จะพบได้ไม่บ่อยนัก ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลโดยไม่มีโรคของโพรงจมูก มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูง

5) อาการอื่นๆ อาจพบได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตตัวล่าง สูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท จะมีอาการซีดลงจนถึงขั้นหมดสติ ซึ่งอาการนี้จะเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก เห็นภาพซ้อน ตาพร่ามัว ชัก อาจเป็นอัมพาตและถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษา (สุพรรณ ชูชื่น, 2547)

5. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

1) ผลต่อหัวใจ การที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้หัวใจต้องทำการบีบตัวด้านต่อความดันโลหิตสูงมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจปรับตัวให้มีความหนาขึ้นทำให้เกิดโรคหัวใจได้ง่าย

2) ผลต่อสมอง ผลของการที่มีความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะเป็นความผิดปกติที่มาจากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจนอุดตันเกิดเส้นเลือดสมองตีบและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเส้นเลือดในสมองแตกทำให้เป็นอัมพฤกษ์และอัมพาตได้

3) ผลต่อไต ความดันโลหิตสูงมากเป็นเวลานานอาจมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาแข็งขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อย เป็นสาเหตุที่ทำให้ไตมีประสิทธิภาพในการกรองของเสียต่างๆ ได้ลดลงเกิดการคั่งของสารต่างๆ ในร่างกายซึ่งสารที่เป็นพิษต่อร่างกายได้แก่ สารยูเรีย หากคั่งในระดับสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติและเสียชีวิตได้ในระยะรุนแรง ไตไม่สามารถขับปัสสาวะได้จากภาวะไตวายเรื้อรัง



4) ผลต่อตา ผลจากความดันโลหิตสูงเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของจอภาพนัยน์ตาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่ตาตึบลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการตามัวเมื่อเป็นนานทำให้การมองเห็นลดลงมีโอกาสตาบอดได้ (สมชาย โลจายะ และอรุวรรณ สุวจิตตานนท์, 2536)

6. พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และต้องอาศัยระยะเวลารักษาที่ยาวนานผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการควบคุมพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พฤติกรรมประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการตรวจตามนัด ซึ่งการกระทำดังกล่าวต้องอาศัยระยะเวลาที่ยาวนานจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต ซึ่งการกระทำดังกล่าวแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

6.1 การรับประทานยา

- 1) รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ไม่ควรหยุดยา เพิ่มยา หรือลืมรับประทานยา
- 2) หากพบความผิดปกติหลังการรับประทานยาฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาไม่ควรหยุดยาหรือซื้อยารับประทานเอง
- 3) หากต้องพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่นควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้
- 4) ในกรณีที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำลงอย่างฉับพลัน โดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำในท่ายืน เมื่อเกิดอาการหน้ามืดเป็นลม ควรยกขาสูงกว่าศีรษะ เวลาเปลี่ยนท่าจากท่านอน หรือท่านั่ง ควรเคลื่อนไหวช้าๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนานๆ โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา
- 5) ควรระมัดระวังในการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรในเวลา 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยาอาจมีอาการง่วงซึมได้
- 6) หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิตอาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้ และเมื่อเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์ไม่ควรซื้อยารับประทานเองเพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงได้

6.2 ด้านการควบคุมอาหาร หลักการควบคุมอาหารตามแนวทางของ Joint National Committee (JNC, 2003) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีผลต่อความดันโลหิต ประกอบด้วยอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผัก ผลไม้ ในปริมาณที่มากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ลดอาหารเค็ม จำกัดเกลือแร่ในอาหาร การศึกษาพบว่าหากลดปริมาณเกลือในอาหารลง 100 มิลลิโกล/วัน จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2548) ปัจจุบันมีการศึกษาสนับสนุนชัดเจนว่าหากลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานได้ก็จะสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้แม้ในคนปกติและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- 1) จำกัดปริมาณเกลือในอาหารให้น้อยกว่า 100 มิลลิโกล/วันหรือน้อยกว่า 6 กรัมของเกลือแกงต่อวัน



2) หลีกเลียงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วปลา เต้าเจี้ยว และซอสชนิดต่างๆ อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น อาหารตากแห้ง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกระป๋อง สารปรุงรสต่างๆ เช่น ผงชูรส ผงฟู เนยแข็ง อาหารที่มีโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม อาหารทะเล และอื่นๆ เช่น น้ำที่มีโซเดียมมาก ยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาระบาย เป็นต้น

3) ลดไขมันในอาหาร โดยหลีกเลียงอาหารพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ที่ติดมัน สมอสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น

4) หลีกเลียงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน ทอด หรือเจียว ควรใช้น้ำมันพืชแทน น้ำมันสัตว์เปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารเป็นนึ่ง ต้ม ย่าง อบ แทนการทอด หรือผัดหลีกเลียงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะพร้าว ควรดื่มนมพร่องมันเนยแทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน

6.3 ด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต (Lifestyle modification) ที่มีประโยชน์ทั้งในด้านป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งการออกกำลังกายจะมีประโยชน์สูงสุด ต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้น ควรได้รับคำแนะนำหรือการสั่งการรักษาด้วยการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

7. การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) ถ้าถือปฏิบัติให้เป็นกิจกรรมประจำวัน หรืออาจพูดได้อีกอย่างหนึ่งคือ การดำรงชีวิตแบบที่จะต้องมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายโดยตลอด (physically active life style) จะสามารถลดชะลอหรือสามารถป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หรืออาจจะช่วยลดขนาดและจำนวนยาที่จะต้องใช้ควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกา การดำรงชีวิตแบบที่ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (sedentary behavior life style) จะมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ (ซึ่งรวมโรคความดันโลหิตสูง) เพิ่มขึ้นประมาณ 1.9 เท่า คนที่ดำรงชีวิตแบบ sedentary life style และความดันโลหิตปกติมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 20-50 บุคคลใดเมื่อทราบว่ามีความดันโลหิตสูงแล้ว ก่อนจะเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อนเพื่อที่แพทย์จะได้สามารถตรวจรักษาได้

7.1 ถ้าทราบระดับความดันโลหิตเป็นพื้นฐานก่อน แพทย์จะสามารถแนะนำชนิดและขนาดความแรงของการออกกำลังกายได้ ถ้าความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงเล็กน้อยอาจเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายได้เลยซึ่งในกรณีนี้จะเป็นการช่วยการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้โดยอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา ร่วมในการรักษา แต่ในรายที่ความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงปานกลางแพทย์จำเป็นต้องให้ยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้ดีก่อนที่จะแนะนำให้เริ่มออกกำลังกาย

7.2 ตรวจร่างกายโดยละเอียดเพื่อดูว่าบุคคลนั้นมีโรคอื่นที่เป็นผลตามต่อเนื่องจากความดันโลหิตสูง หรือโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคสมอง เมื่อแพทย์ได้ประเมินระดับความดันโลหิตและสภาพร่างกายแล้ว แพทย์ก็จะสามารถกำหนดและให้คำแนะนำที่ถูกต้องในการออกกำลังกาย

7.3 ในรายที่แพทย์คิดว่าปลอดภัยไม่มีปัญหาในการออกกำลังกายก็สามารถที่จะเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายได้เลย

7.4 ในรายที่มีปัญหาอื่นร่วมด้วย แพทย์คงจะต้องกำหนดการออกกำลังกายโดยให้อยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัดในระยะเริ่มต้นของการออกกำลังกาย



ในการออกกำลังกายผู้ป่วยควรจะต้องได้รับคำแนะนำข้อบ่งชี้ที่จะต้องหยุดการออกกำลังกาย หรือลดขนาดความแรงของการออกกำลังกายเพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายมากเกินไป ซึ่งอาจเกิดอันตรายได้ ข้อบ่งชี้ที่ควรทราบนี้ ได้แก่ แขนขาอ่อนเปลี้ย ซีพจรเต้นเร็วหรือใจสั่นมาก เจ็บ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ความดันโลหิตลดต่ำมาก หน้าซีด ตัวเย็น หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ซีพจรเป็นเครื่องกำหนดระดับของการออกกำลังกายได้เป็นอย่างดี โดยทั่วไปอัตราการเต้นของซีพจรสูงสุดขณะออกกำลังกายไม่ควรเกิน 220 ลบด้วยจำนวนปีของอายุ เช่น อายุ 60 ปี ซีพจรสูงสุดขณะออกกำลังกายไม่ควรเกิน $220 - 60 = 160$ ครั้งต่อนาที การเดินหรือวิ่งเหยาะๆ (jogging) หรือ การเดินแอโรบิกเป็นการออกกำลังกายที่ง่ายและสะดวก ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรือการฝึกพิเศษ ในระยะต้นควรเริ่มจากการเดินช้าๆ และค่อยๆ ปรับจนเป็นการเดินเร็ว เมื่อสามารถทำได้ดีแล้วสามารถ เปลี่ยนเป็นการเดินเร็วสลับวิ่งเหยาะ เมื่อทำได้ดี ไม่มีอาการเหนื่อยหรือข้อบ่งชี้ดังกล่าวข้างต้นก็สามารถ เปลี่ยนมาเป็นการวิ่งเหยาะทั้งหมด ทั้งนี้ควรใช้ซีพจรช่วยกำหนดไม่ให้ออกกำลังกายรุนแรงมากเกินไป อัตราซีพจรนั้นควรจะใช้แค่ประมาณร้อยละ 60-80 ของอัตราซีพจรสูงสุดก็เพียงพอ ในบางรายที่ซีพจร เริ่มต้นขณะพักอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจหรือซีพจรผู้ป่วยตัวเอง จุดสูงสุดของซีพจรขณะออกกำลังกายอาจใช้ตัวเลขขณะพัก +30 เช่น ก่อนเริ่มการออกกำลังกายซีพจร ผู้ป่วยวัดได้ 50 ครั้งต่อนาที ดังนั้นจุดสูงสุดของซีพจรขณะออกกำลังกายอาจกำหนดให้เท่ากับ $50 + 30 = 80$ ครั้งต่อนาทีในระยะเริ่มต้น จากนั้นค่อยๆ ใช้เป็นเปอร์เซ็นต์ของซีพจรสูงสุดเมื่อร่างกายดีขึ้น การออกกำลังกายถ้าใช้ความแรง (intensity) มากไปก็เกิดผลเสียเช่นกัน การออกกำลังกายนอกจาก จะต้องคำนึงถึงความรุนแรง (work load or intensity) ระยะเวลาและความบ่อยแล้ว แผนงานของการออกกำลังกายควรจะต้องมีการอุ่นเครื่อง (warm up) ก่อนเริ่มออกกำลังกาย 5-10 นาที จากนั้น จึงรักษาระดับความรุนแรงให้คงที่ (threshold) เป็นระยะเวลาตามต้องการ (ประมาณไม่น้อยกว่า 15 นาที) เมื่อจบจะต้องเข้าสู่ระยะผ่อนเบา (cool down) อีก 5-10 นาที

ข้อแนะนำในการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง

1. เป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ การบริหารร่างกายแบบไทชิ (Tai Chi) ซีกง (Chi Cong) หรือมีการร่วมการออกกำลังกายแบบมีการ ต้านทานเพียงอย่างเดียว และต้องไม่กลั้นหายใจระหว่างการออกกำลังกายแบบมีแรงเสียดทาน ขณะยก น้ำหนักต้องหายใจออกและหายใจเข้าขณะคลายกล้ามเนื้อช่วงลดน้ำหนัก

2. ควรเป็นชนิด moderate intensity มีความหนักปานกลางร้อยละ 40-60 ของ ความสามารถสูงสุด (maximum exercise performance) หรือร้อยละ 50-70 ของอัตราซีพจรสูงสุด (maximum heart rate) คือจะต้องมีความรู้สึกเหนื่อยหายใจเร็วและหัวใจเต้นเร็วที่ทนได้ขณะออก กาย

3. ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง

4. ความบ่อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity)

1. มีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับระดับความดันโลหิตสูงและอัตราการเกิดโรค

2. สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2/3 มิลลิเมตรปรอท (systolic/diastolic)

ในคนปกติ ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงนั้นจะสามารถลดระดับความดันโลหิตความดันโลหิตได้ถึง 10/8 (เฉลี่ย 4/8) มิลลิเมตรปรอท โดยไม่ได้คิดว่าน้ำหนักตัวจะต้องลดด้วยหรือไม่



3. ช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงและค่าความดันโลหิตจะไม่ค่อยสูงขึ้นในคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นประโยชน์ในการที่จะช่วยป้องกันโรคต่างๆ ที่จะเป็นผลตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตสูง โดยเพิ่มความเสี่ยงเป็น 3-17 เท่า และถ้ามีโรคอื่นๆ ร่วมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นแบบทวีคูณ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550) ดังนั้นในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การนำโปรแกรมสุขศึกษาเข้ามาแก้ไขปัญหในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆของการเกิดโรค และส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ลดความเครียด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และงดการสูบบุหรี่ เป็นต้น เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างยั่งยืน

2.3 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แนวคิดของทฤษฎีนี้ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสานาม (field theory) และทฤษฎีการจูงใจ (motivation theory) ของ เคิร์ท เลวิน ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น โดยที่เลวินมีความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ เลวินยังเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใดๆ เกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับตัวแปร 2 ประการคือ ประการแรก การที่บุคคลประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประการที่สอง คือ การประเมินผลลัพธ์ออกมา ซึ่งตัวแปรทั้งสองจะมีแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552 อ้างอิงจาก Rosenstock, 1974)

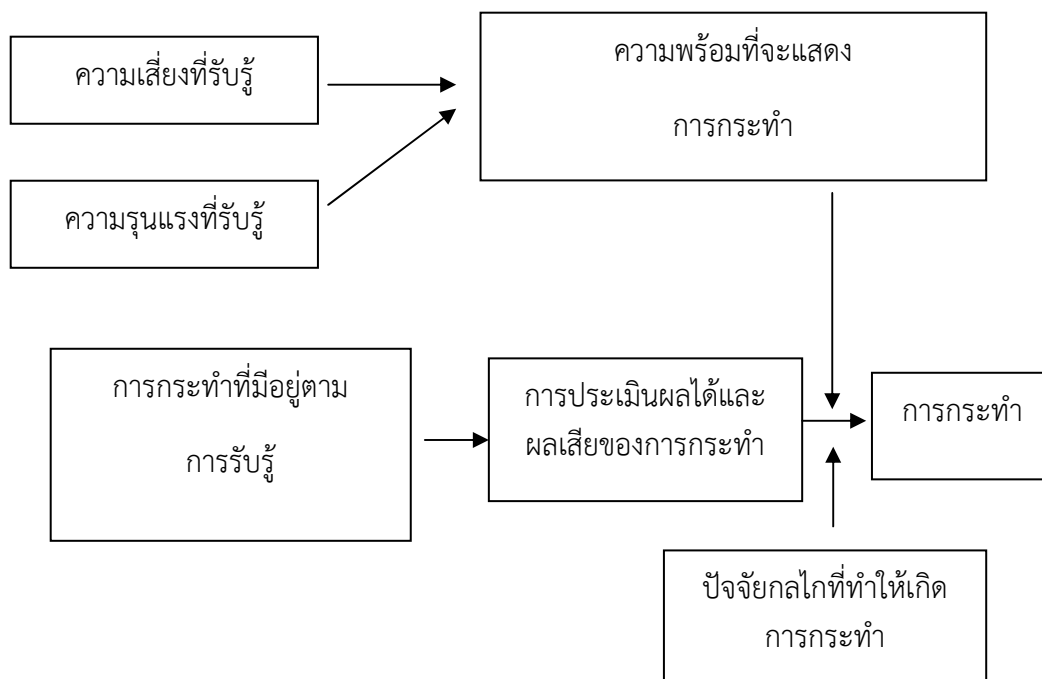
แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

จากแบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกเสนอขึ้นเพื่ออธิบาย พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีรูปแบบ 2 ประการคือ

1. บุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรม (readiness to take action) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพถูกกำหนดโดยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น (perceptions of susceptibility and severity)

2. บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่ได้รับ หรือผลเสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้ และให้น้ำหนักที่กลับกับอุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552 อ้างอิงจาก Rosenstock, 1969, 1974)



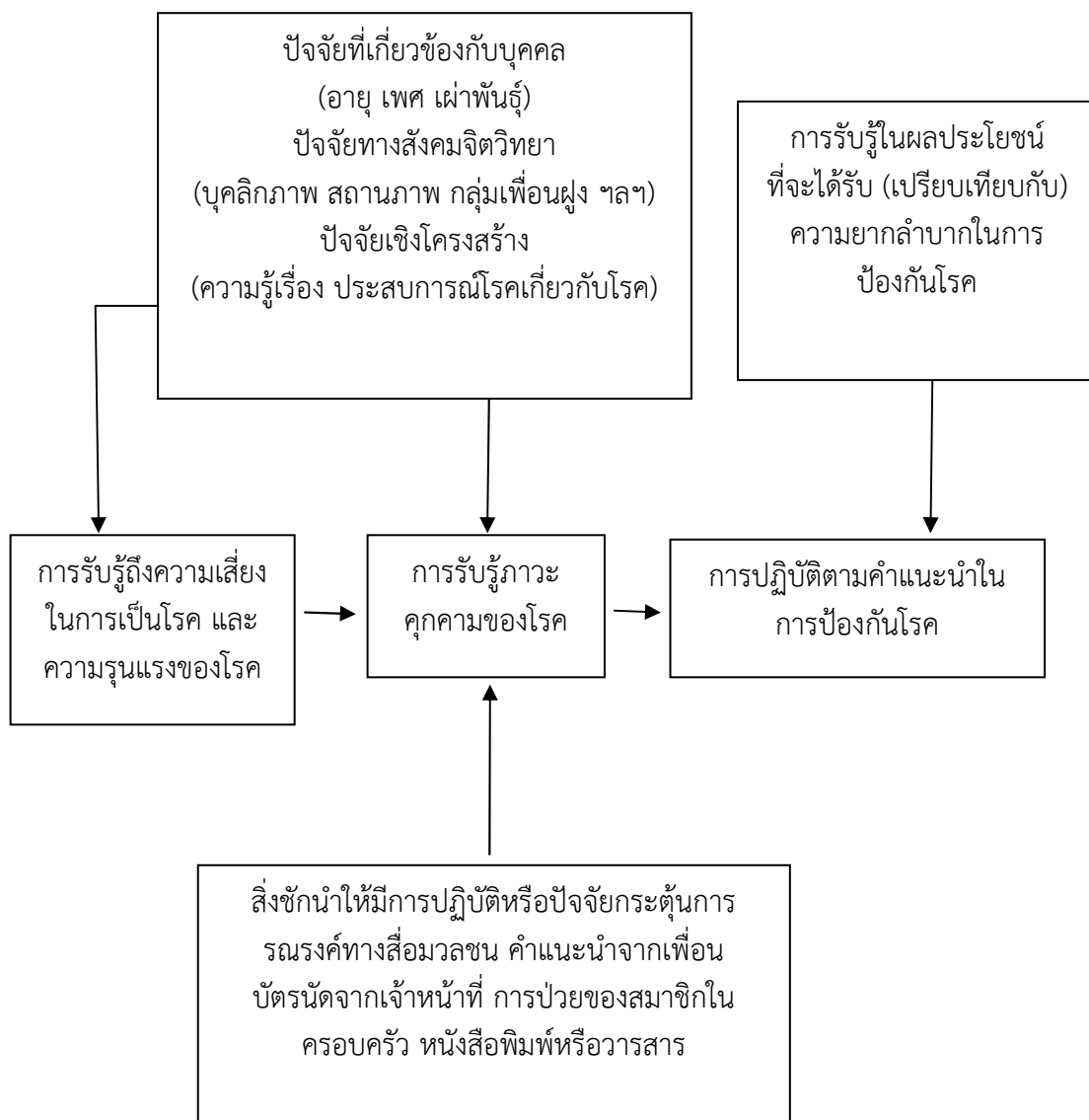


ที่มา : Rosenstock และคณะ (จุฬารณณ์ โสตะ, 2552 อ้างอิงจาก Rosenstock, 1969, 1974)

ภาพประกอบ 2.1 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ

ต่อมาเบคเกอร์ (จุฬารณณ์ โสตะ, 2552 อ้างอิงจาก Becker, 1975) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้





ที่มา : Becker (จุฬารณีย์ โสตะ, 2552 อ้างอิงจาก Becker, 1975)

ภาพประกอบ 2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย จะหมายถึง 1) ความเชื่อต่อความถูกต้องที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นโรคซ้ำอีก และ 2) ความรู้สึกของผู้ป่วย ว่า ตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ดังนั้นบุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และรักษาสุขภาพ เบคเกอร์ สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญ



ของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเองซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนี้อาจมีความหมายแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน (จุฬารัตน์ โสตะ, 2552 อ้างอิงจาก Becker, 1997) การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (perceived benefits of taking the health action minus the barriers or costs of that action) หมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค เป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่ปฏิบัติ นั้น เป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรค หรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัติ นั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (external cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6) ปัจจัยร่วม (modifying factors) หมายถึง ปัจจัยอื่น นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้น ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมหรือ เป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

6.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น



6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค

7) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกายอาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่ง ผลักดันร่วมกันกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ สุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) สรุปแนวคิดได้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อการเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิถีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker มาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

1. ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม (social support)

กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่จะทำให้คนปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนรับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ได้ขยายออกไปอีกในแง่พฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยได้ให้ความหมายและคำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม



Kahn (1979) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่ง ซึ่งีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับและการเรียนรู้ ตลอดจนการประเมินตนเอง

Thorits (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูลซึ่งเกิดจากการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้ทำให้บุคคลมีความสามารถเผชิญกับความเครียด และตอบสนองกับความเครียดได้อย่างรวดเร็ว

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความ เป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุน ด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2538) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งๆ ที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม” ในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ และแกนนำกลุ่มต่างๆ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับผู้รับการสนับสนุน

จุฬารัตน์ โสตะ (2552) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน โดยผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านอารมณ์และความรู้สึก แก่ผู้รับการสนับสนุน และผู้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าตนเองคุณค่า นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม แล้วได้รับการประคับประคองด้านอารมณ์ และความรู้สึก การประเมินตัดสินหรือสนับสนุนเห็นพ้องกับพฤติกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ที่จำเป็น และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของ เงินทอง หรือแรงงาน

2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981)

โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

2.1 กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

2.2 กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงานกลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา



สรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการสุขภาพสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

จุฬารัตน์ โสตะ (2552) ได้สรุปหลักที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

1. ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรักความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ
2. ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
3. ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ

3.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการในที่นี้คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546 อ้างอิงจาก House, 1981) คือ

4.1 Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 appraisal support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (feed back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 information support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่นการให้คำแนะนำ (suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4.4 instrumental support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มาประยุกต์ใช้ โดยใช้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัสดุสิ่งของ โดยการให้การสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง



การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่วิจัย รูปแบบเดิมจะเป็นการให้ความรู้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเมื่อมีการจัดอบรมและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว โดยเน้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วไป และมีการฝึกปฏิบัติเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีการจัดอบรม อสม.พี่เลี้ยง เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การรับรู้แก่ผู้ป่วย และสร้างเสริมการปฏิบัติตัว โดยเน้นโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง มีการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และผู้วิจัยจะประเมินติดตามการเยี่ยมบ้านของ อสม.อย่างต่อเนื่อง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดอาการอัมพฤกษ์ อัมพาตและความพิการตามมาส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วย ตัวผู้ดูแล บุคคลในครอบครัว และชุมชน เพราะต้องปรับตัว ปรับบทบาทต่อภารกิจในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมน้อยที่สุด ซึ่งผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ามาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. งานวิจัยในประเทศ

สุวรรณา จงห้วงกลาง (2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปว่า ผู้ดูแลมีความเป็นภาระทั้งด้านความเป็นภาระเชิงปรณัย ซึ่งเกี่ยวกับการดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และจากปัญหาที่ผู้ป่วยป่วยเป็นเวลานาน และความเป็นภาระเชิงอัตนัย เกี่ยวกับความวิตกกังวลในเรื่องการดูแลเกรงว่าอาการจะป่วยมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่าความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล และความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และจากการประเมินก่อนการเสริมสร้างศักยภาพทำให้ทราบว่าผู้ดูแลขาดศักยภาพในด้านความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มะลิ จันทร์ยาง (2550) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งศึกษา 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านคลินิก และปัจจัยด้านพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีระดับความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีไขมันคอเลสเตอรอล มากกว่า 200 mg/dl และมีความดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับด้านพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความเครียดนาน ๆ ครั้ง รองลงมา คือ ดื่มสุราและสูบบุหรี่



น้อมจิตต์ นวลเนตร์ (2551) ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในกลุ่ม อสม. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 288 คน พบว่ามี อสม. จำนวน ถึงร้อยละ 25 ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และในส่วนของ อสม. ที่ได้รับรู้ข้อมูลในการศึกษารั้งนี้มักมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าสื่ออื่นๆ แสดงให้เห็นว่าการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านสื่ออื่นๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ยังไม่มากเท่าที่ควร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประสบความสำเร็จ

พิกุล ดินมาส (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน พบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมรับประทานอาหารกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กชพร อ่อนอภัย (2551) ได้ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ และตำบลคอนสวรรค์ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำนวน 96 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และผู้วิจัยได้เสนอแนะควรให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงควรได้รับการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลที่มีความรู้และสามารถที่จะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

สุพรรณิ คมคาย (2552) ได้ศึกษาการเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลยังมีความรู้เรื่องโรคไม่เพียงพอขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแล และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ประกอบกับการที่จะต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวจึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย

หทัยพร มะโน (2552) ได้ศึกษาการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ ที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 226 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ควรให้ความสำคัญของการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในประเด็นอาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ที่มสุขภาพจะต้องตระหนักในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่สำคัญและอัตราการตาย ทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

บุญพิสิษฐี ธรรมกุล (2554) ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 32 คน โดยให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ นำเสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกปฏิบัติ อภิปรายกลุ่ม ป้ายรณรงค์ เยี่ยมบ้าน ประกวดคำขวัญ มอบรางวัล และแจกถุงผ้ารณรงค์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้การรับรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง



สถิติ ค่าดัชนีมวลกายและความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลังดำเนินการลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ละม่อม มาศรี (2554) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจ ตำบลบ้านลาน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ศึกษาตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการรับประทานยา นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงยังมีระดับความดันโลหิตลดลง 10 คน และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 7 คน หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมพลังอำนาจ

วัลลยา ทองน้อย (2554) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน ได้รับกิจกรรมโดยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิต การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกเอกสารแผ่นพับ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. งานวิจัยต่างประเทศ

Simon, Jeremy, Nigel, Lavanya, Billy, Tom (2005) ได้ทำการศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในโรงพยาบาลในลอนดอน โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) พบว่า อายุของผู้ป่วยมีผลต่อการมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 1.23 เปอร์เซ็นต์ (1.28 เปอร์เซ็นต์ในเพศชาย และ 1.18 เปอร์เซ็นต์ในเพศหญิง) เมื่อมีอายุมากขึ้นจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมากขึ้นในเพศชาย 8.28 เปอร์เซ็นต์ ในเพศหญิงอายุมากกว่า 65 ปี 6.66 เปอร์เซ็นต์ และทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น แม้ว่า จะควบคุมความดันโลหิตได้ดี 25 เปอร์เซ็นต์ ในเพศชาย 31 เปอร์เซ็นต์ ในเพศหญิง มีความดันโลหิตสูงกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมและผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมอง สามารถป้องกันได้ระดับปานกลาง

Hakan, Mural Arsava, Claiborne Johnston, Mark Vangel, Lee Schwamm, Karen Furie, et al. (2009) ได้ทำการศึกษาเรื่องการทำนายภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจากอาการทางคลินิกและผลที่ตามมาหลังจากเกิดภาวะสมองขาดเลือดฉับพลันโดยใช้ The CIPP Model พบว่ากลุ่มที่ศึกษาจำนวน 601 คน ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรที่ศึกษามีอายุระหว่าง 45 ถึง 64 ปี เมื่อมีภาวะสมองขาดเลือดแม้จะเป็นเพียงระยะสั้นแต่จะมีผลต่อระบบประสาทด้านการพูดเป็นเวลายาวนาน จากการรวบรวมพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนน้อยเท่านั้นที่ไม่เกิดภาวะสมองขาดเลือดฉับพลัน และอัตราความชุกเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 1 ไปเป็นร้อยละ 6

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลของโปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค



การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตัว นำมาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อันได้แก่ กระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การให้คำแนะนำ คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ การเยี่ยมบ้าน มีผลช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้สนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การให้ความรู้ การสนับสนุนแผ่นพับ สิ่งพิมพ์ การตรวจสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

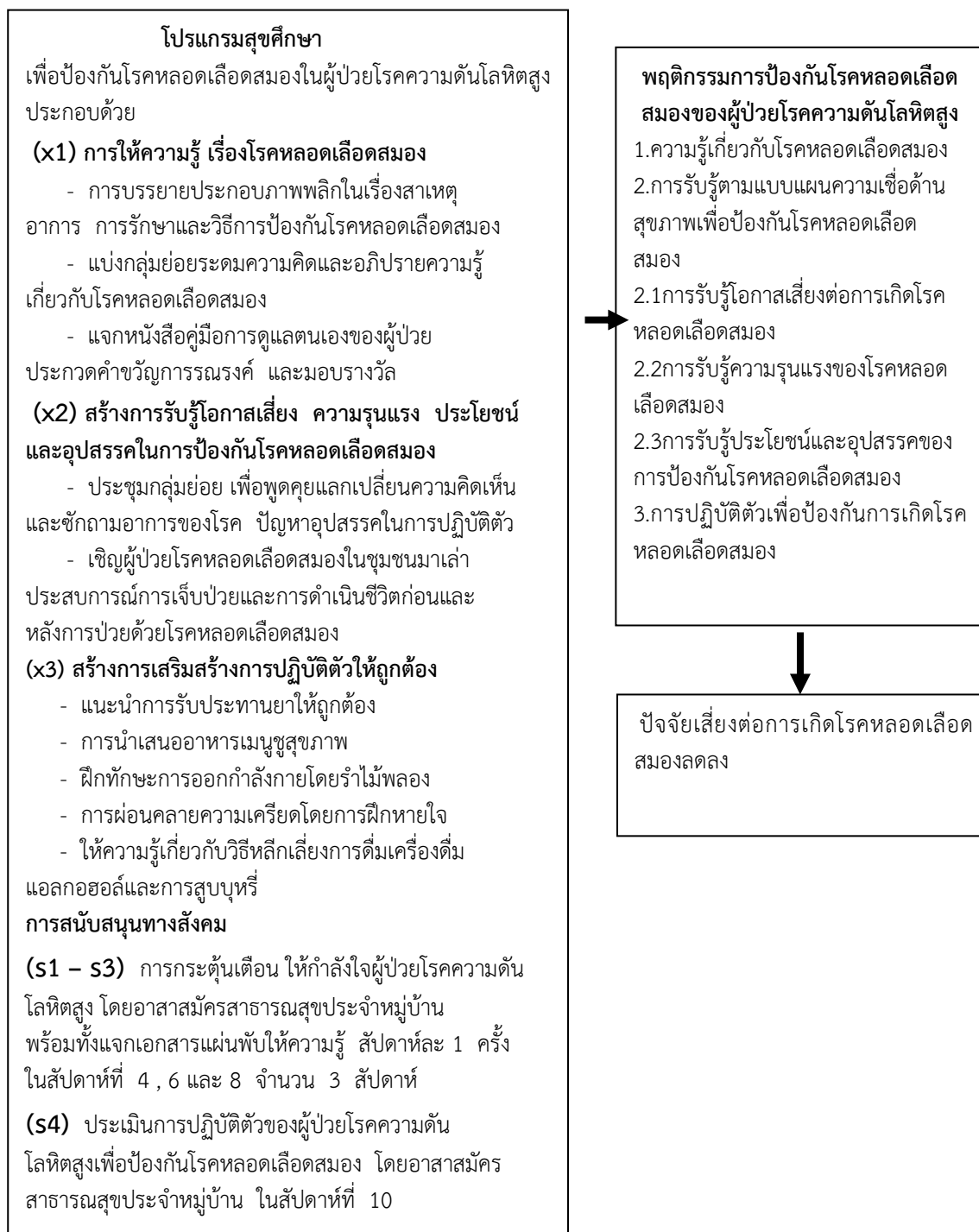
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมองค์ความรู้ต่าง ๆ มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นแนวทางจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาหารรสหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ลดความเครียดและพักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดังต่อไปนี้



ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



ภาพประกอบ 2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

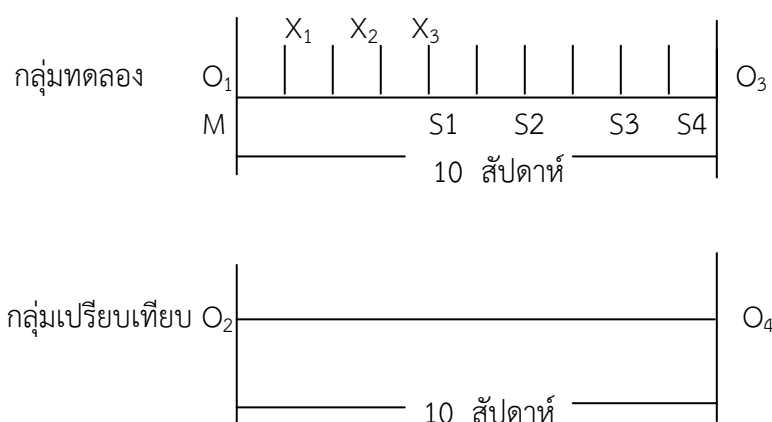
วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 จริยธรรมในการวิจัย
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) ออกแบบการวิจัยเป็นแบบการศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดผลการศึกษา 2 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม (the pretest-posttest two group design) โดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขภาพประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมตามผู้วิจัยกำหนด กลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพใดๆใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 10 สัปดาห์ ตามแผนการทดลองดังนี้



ภาพประกอบ 3.1 แผนการทดลอง



สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

M = การจัดกิจกรรมอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเวลา 1 วัน ก่อนการดำเนินการวิจัย 1 สัปดาห์

O1, O2 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

O3, O4 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

S1-S4 = การให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการให้ความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ ด้านการประเมินและด้านอารมณ์ เป็นการกระตุ้นเตือนให้กำลังใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับในสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง 1 คน จะได้รับการกระตุ้นเตือน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ตามที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะผ่านการอบรมให้เข้าใจบทบาท รวมถึงวิธีการให้แรงสนับสนุนในการให้คำแนะนำ และกระตุ้นเตือนให้กำลังใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง และในสัปดาห์ที่ 10 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

X1-X3 = โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ระยะห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้

X1 หมายถึง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการ การรักษาและวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยาย แบ่งกลุ่มย่อยเป็น 5กลุ่ม เพื่อระดมความคิดและอภิปรายความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แจกหนังสือคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกวดคำขวัญการณรงค์โรคหลอดเลือดสมอง และมอบรางวัล ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

X2 หมายถึง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย ประชุมกลุ่มย่อย เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้พูดคุยแลกเปลี่ยนซักถามอาการของโรค ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติตัว และแจกแผ่นพับ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

X3 หมายถึง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการจัดกิจกรรมบรรยายให้ความรู้และสาธิตการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง แนะนำการรับประทานยาให้ถูกต้อง การนำเสนออาหารเมนูสุขภาพ



ฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยรำไม้พลอง การผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกหายใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ แนะนำการลงบันทึกการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ที่อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2,301 คน

2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยสูตรดังนี้ (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2547)

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่าง

Z_α = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่กำหนดให้ power of test = 90 ดังนั้น

$$Z_\beta = 1.28$$

μ_1 = ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง

μ_2 = ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน

กลุ่มเปรียบเทียบ

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากรายงานการวิจัยของกชพร อ่อนอภัย (2551) ที่ได้ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ เป็นงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการศึกษาทั้งทดลอง แนวคิดและทฤษฎี และกลุ่มตัวอย่างคล้ายกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 96 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองเท่ากับ 38.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.39 และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 35.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.16 จะได้ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้



$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)Sd_1^2 + (n_2 - 1)Sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$\text{แทนค่า } \sigma^2 = \frac{(48 - 1)(2.39)^2 + (48 - 1)(2.16)^2}{48 + 48 - 2}$$

$$\sigma^2 = \frac{268.37 + 219.02}{94} = \frac{487.39}{94}$$

$$\sigma^2 = 5.18$$

$(\mu_1 - \mu_2)$ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย ของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ
 $38.71 - 35.65 = 3.06$

$$\text{แทนค่าได้ } n / \text{กลุ่ม} = \frac{2(5.18)^2(1.64 + 1.28)^2}{(3.06)^2}$$

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{(53.66)(8.52)}{9.36}$$

$$n / \text{กลุ่ม} = 48.84 \sim 49$$

ผู้วิจัยจึงขอใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 49 คน และ
 กลุ่มเปรียบเทียบอีก 49 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง

3.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

3.1.1 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอพนมไพร ที่มีผู้ป่วยและ
 เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในรอบปีที่ผ่านมา

3.1.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อนุญาตและยินดีให้ความ
 ร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตลอดระยะเวลาในการทดลอง

3.1.3 เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ในอำเภอพนมไพร

3.1.4 ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาการทดลอง

3.1.5 ผู้ป่วยให้ความยินยอมในการศึกษาวิจัย อนุญาตให้เยี่ยมบ้านได้

3.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างออก (exclusion criteria)

3.2.1 ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่

3.2.2 ผู้ป่วยขอถอนตัวออกระหว่างการศึกษาวิจัย

3.2.3 ผู้ป่วยเสียชีวิต



ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการสุ่มอย่างง่ายตามขั้นตอนดังนี้

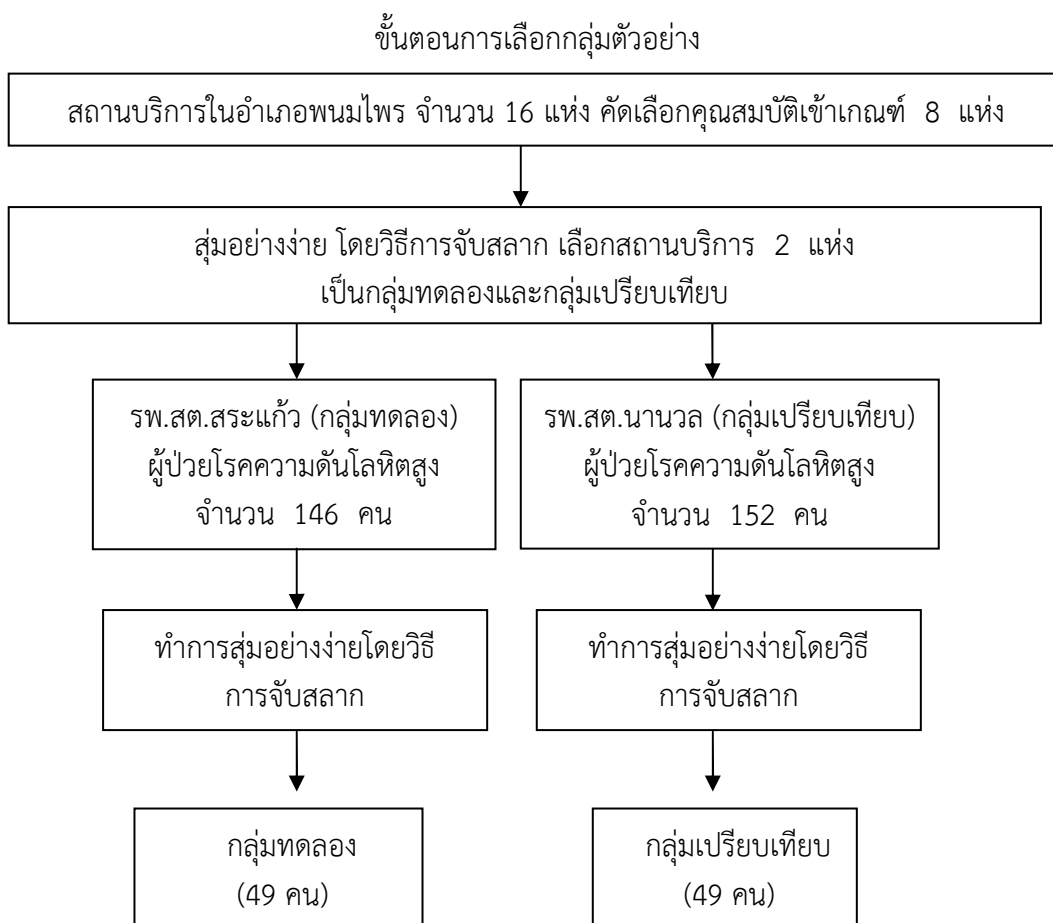
ขั้นตอนที่ 1 กำหนดคุณลักษณะตัวอย่างที่จะทำการศึกษาโดยกำหนดพื้นที่สถานบริการ ที่มีผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในรอบปีที่ผ่านมา ในเขตอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จากทั้งหมด จำนวน 16 แห่ง เข้าเกณฑ์ 8 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มสถานบริการโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก 2 ครั้ง หยิบขึ้นมาครั้งละ 1 แผ่นได้สถานบริการของกลุ่มทดลอง และได้สถานบริการของกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยวิธีการจับฉลาก

กลุ่มทดลอง ได้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 49 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนานวล อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 49 คน
ดังแผนภูมิดังนี้



ภาพประกอบ 3.2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง



3.3 จริยธรรมในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ถือว่าจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องคำนึงถึงมากที่สุด เนื่องจากผู้วิจัยต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล และการทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยต้องทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมในการวิจัยทุกราย โดยได้ยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้าน จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และเมื่อทำการวิจัย แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้งแจ้งให้ทราบสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยทำขึ้น เป็นโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

1.1 แผนการอบรมกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 แผนการจัดกิจกรรมให้ความรู้ครั้งที่ 1 โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก

เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรค การรักษา และวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 แผนการจัดกิจกรรมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก

1.4 แผนการจัดกิจกรรมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองครั้งที่ 3 โดยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ

1.5 สื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลในการอบรม ได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.6 กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกระตุ้นเตือนให้กำลังใจ แจกแผ่นพับ และประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และรายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกัน ควบคุมโรค และสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยตอบได้เพียงข้อเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 12 คะแนน



การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินทางการศึกษาของบลูม (Bloom, 1975) มีเกณฑ์ดังนี้

ระดับความรู้	ร้อยละ	คะแนน
ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	10 – 12
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79	8 – 9
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	0 – 7

ส่วนที่ 3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ด้านต่างๆ 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ โดยสร้างคำถามตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert' scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ดังนี้

ข้อคำถามที่เป็นเจตคติเชิงบวก

เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นเจตคติเชิงลบ

เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน

การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงกลุ่ม โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของเบสท์ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2544: 38 อ้างอิงจาก Best, 1977 : 174) มีเกณฑ์ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนต่ำสุด} - \text{คะแนนสูงสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}}$$

$$\frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ



ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ โดยสร้างคำถามตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert' scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ดังนี้

ข้อคำถามที่เป็นเจตคติเชิงบวก

เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นเจตคติเชิงลบ

เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน

การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงกลุ่ม โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของเบสท์ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2544: 38 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174) มีเกณฑ์ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนต่ำสุด} - \text{คะแนนสูงสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}}$$

$$\frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ

ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ โดยสร้างคำถามตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert' scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ดังนี้



ข้อคำถามที่เป็นเจตคติเชิงบวก

เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นใจ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นเจตคติเชิงลบ

เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่เห็นใจ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน

การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงกลุ่ม โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของเบสท์ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2544: 38 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174) มีเกณฑ์ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนต่ำสุด} - \text{คะแนนสูงสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}}$$

$$\frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมด้านต่างๆ ของผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) โดยกำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	1	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	3	คะแนน



การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงกลุ่ม โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของเบสท์ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2544: 38 อ้างอิงจาก Best, 1977 : 174) มีเกณฑ์ดังนี้

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนต่ำสุด} - \text{คะแนนสูงสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้น}}$$

$$\frac{3 - 1}{3} = 0.66$$

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง	มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง	มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง	มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ

3.5 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้ศึกษาสร้างเครื่องมือขึ้นโดยได้ศึกษารูปแบบจากตำรา ทฤษฎี หนังสือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย แนวคิดการค้นคว้าของงานวิจัย และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อหาความเป็นปรนัยและความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

2. ความตรง (validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้วเสนอต่อประธานกรรมการ และกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัยตรวจสอบ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย รศ.ดร.บงอร ฉางทรัพย์ อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสมุทรปราการ นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด และนางสาวอติกา นิธิเกตุกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าตึกไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

จากผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาตัดสินดังนี้

กำหนดให้ตัวแปรการวิจัย หมายถึง ข้อมูลที่ต้องการศึกษา

ให้ +1 เมื่อข้อความคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อความ คำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อความคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย



จากผลการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา และ โครงสร้างได้จากสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (ลัวิน สายยศ และ อังคณา สายยศ, 2539: 248-249 อ้างอิงจาก Rowinelli and Hambleton, 1977)

$$IOC = \sum R / N$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (1977) กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน (ลัวิน สายยศ และ อังคณา สายยศ, 2539: 248-249) ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่า IOC ที่ยอมรับได้ในการศึกษาคั้งนี้มีค่าไม่น้อยกว่า 0.5 จึงถือว่าข้อคำถามนั้นๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อคำถามคำตอบใดที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะทำการพิจารณาสร้างข้อคำถามนั้นๆ ใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ได้ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1 มีจำนวน 10 ข้อ เท่ากับ 0.67 จำนวน 2 ข้อ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 3 ด้าน ได้แก่

2.2.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1 มีจำนวน 10 ข้อ เท่ากับ 0.67 จำนวน 5 ข้อ

2.2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1 มีจำนวน 9 ข้อ เท่ากับ 0.67 จำนวน 3 ข้อ

2.2.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1 มีจำนวน 11 ข้อ เท่ากับ 0.67 จำนวน 4 ข้อ

2.3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1 มีจำนวน 15 ข้อ

3. ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try - out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือ นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์และปรับปรุงแบบสอบถาม

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หาความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR 20) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83



3.2 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) จำนวน 42 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 แยกเป็นรายด้าน ดังนี้

3.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76

3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80

3.2.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

3.3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

จากนั้นนำชุดแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น เสนอต่อประธานกรรมการ และกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ ปรับปรุงและแก้ไข จากนั้นนำไปดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปให้ตรวจสอบอีกครั้ง ผ่านการตรวจสอบที่ถูกต้องแล้วนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยต่อไป

3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในจัดทำโปรแกรมสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมไพร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอพนมไพร และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมไพร ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.3 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว เพื่อขอใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรมและดำเนินการทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.6 ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการทดสอบก่อนการทดลอง ให้คะแนนและแปลผล



2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ก่อนดำเนินการวิจัย 1 สัปดาห์

2.1.1 จัดกิจกรรมอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในรพ.สต.กลุ่มทดลองเป็นเวลา 1 วัน เพื่อให้ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการบรรยาย โดยเน้นเกี่ยวกับความรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค เปิดโอกาสให้ อสม. ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน แนะนำบทบาท อสม. ในการจัดบันทึกแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมแล้ว อสม.จะมีหน้าที่ร่วมกัน คือประเมินพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามที่ได้รับมอบหมายแล้วแนะนำบทบาทหน้าที่ที่จะต้องติดตามให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ภายหลังการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมมีหน้าที่ดังนี้

2.1.1.1 รับผิดชอบให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 – 5 คนต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน

2.2.1.2 ติดตามให้คำแนะนำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการเก็บรวบรวมบันทึกการปฏิบัติตัว

2.2.1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมกลุ่มกับผู้วิจัย ในการจัดกิจกรรมสุศึกษา และร่วมกันวางแผนในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง

ประเมินผลการจัดกิจกรรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการสังเกต ซักถาม ทดสอบสอบถามความรู้ขณะอบรมและหลังการอบรม และติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมในการดำเนินงาน

2.2 ระหว่างดำเนินการวิจัย

โดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุศึกษา ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ดังนี้

2.2.2 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมให้เกิดความรู้และการรับรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการสร้างความสัมพันธ์ และบรรยากาศที่เป็นกันเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชี้แจงโครงการและกิจกรรมที่จะจัดให้มีในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิทยากรบรรยายให้ความรู้ โดยใช้ภาพพลิกเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการ การรักษา และวิธีการป้องกัน แล้วแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 5 กลุ่ม เพื่อระดมความคิดและอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสรุปและอธิบาย พร้อมทั้งแจกหนังสือคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกวดคำขวัญการณรงค์โรคหลอดเลือดสมอง และมอบรางวัล

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมให้เกิดการรับรู้ จูงใจให้ปฏิบัติ เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยนำเสนอตัวแบบด้านลบ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และจูงใจให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค โดยใช้สื่อ รูปภาพ โปสเตอร์ ภาพพลิก ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยได้เชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและสมัครใจมาเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์



การเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้พูดคุยแลกเปลี่ยนซักถามอาการของโรค ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัว แจกแผ่นพับ

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมบรรยายโดยผู้วิจัยให้ความรู้และสาธิต จำนวน 3 ชั่วโมง เน้นการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบรรยาย สนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ แนะนำการรับประทานยาให้ถูกต้อง การนำเสนอด้านอาหารเมนูสุขภาพ ฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยรำไม้พลอง การผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกหายใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผู้วิจัยสรุปและเน้นย้ำการบันทึกการรับประทานอาหารและบันทึกการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 4 , 6 , 8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกระตุ้นเตือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่รับผิดชอบ เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้สังเกตการณ์ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะๆ พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 10 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง การประเมินผลหลังดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมเพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 2 – 9 ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อต่างๆ และจะมีการนัดหมายวันที่จะตอบแบบสอบถาม เพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

สัปดาห์ที่ 10 ใช้แบบสอบถามชุดเดิมเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยการบรรยายและชมภาพพลิค แจกแผ่นพับของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดั่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้



กลุ่มทดลอง (49 คน)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.สต.กลุ่มทดลอง

ก่อนดำเนินการวิจัย 1 สัปดาห์

- ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- จัดกิจกรรมอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง เป็นเวลา 1 วัน
- ประเมินผลการอบรม โดยการสังเกต ชักถาม และตอบแบบสอบถาม ขณะและหลังการอบรม

สัปดาห์ที่ 1 (X1)

จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งกลุ่มย่อยเป็น 5 กลุ่มเพื่อระดมความคิด และอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ภาพพลิกในเรื่องสาเหตุ อาการ การรักษา และวิธีการป้องกัน วิทยากรสรุป ผู้วิจัยอธิบายและแจกหนังสือคู่มือการดูแลตนเอง แผ่นพับ ประมวลคำขวัญการรณรงค์โรคหลอดเลือดสมอง และมอบรางวัล

สัปดาห์ที่ 2 (X2)

จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรคในการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยได้เชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ชักถามปัญหา และอุปสรรค

สัปดาห์ที่ 3 (X3)

จัดกิจกรรมบรรยายและสาธิตการปฏิบัติตัว แนะนำการรับประทานยาการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการคลายเครียด ลงบันทึกในแบบบันทึกของผู้ป่วย

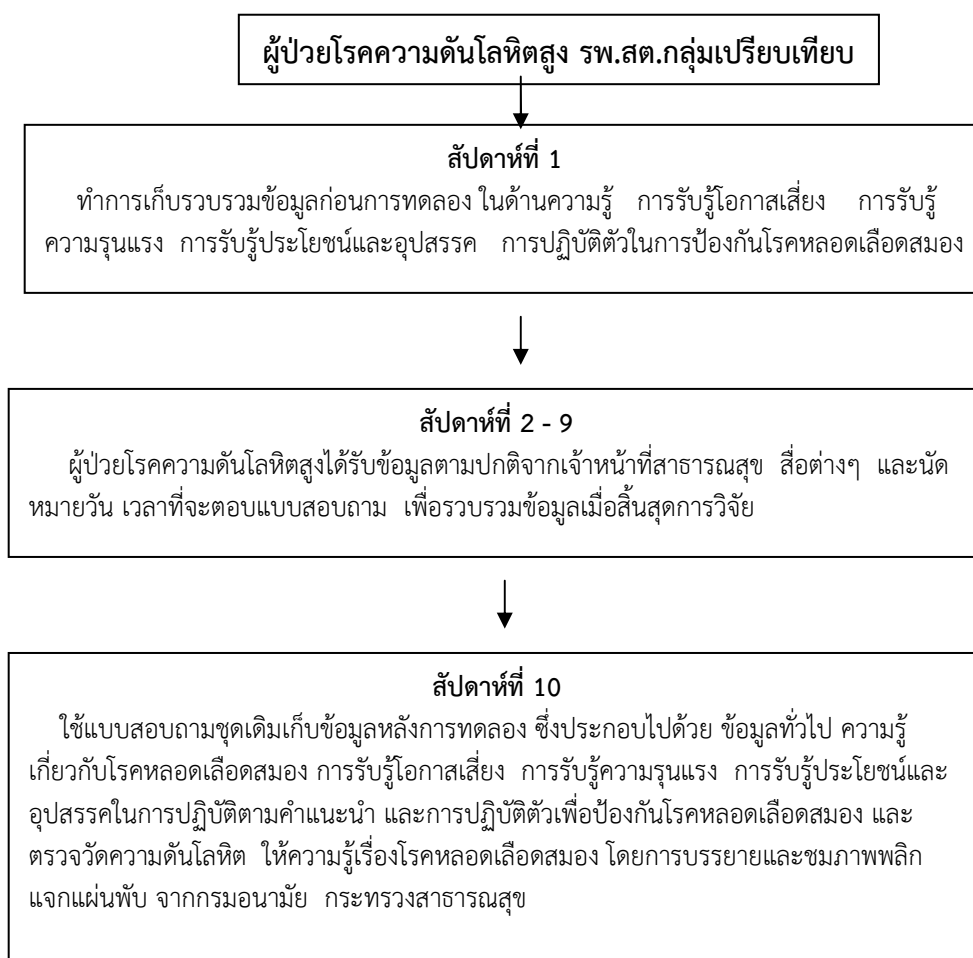
สัปดาห์ที่ 4 , 6 , 8 (S1 - S3)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกระตุ้นเตือนให้กำลังใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ที่รับผิดชอบและให้ความรู้เพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้สังเกตการณ์ปฏิบัติงานเป็นระยะ พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 10 (S4)

- อสม. ประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง
- เก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม เพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง





ภาพประกอบ 3.3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มเปรียบเทียบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ก่อนการทดลอง (Pre-test) และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม หลังการทดลอง (Post-test)

3.2 กลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ก่อนการทดลอง (Pre-test) แล้วจัดกลุ่มให้โปรแกรมสุขศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม หลังการทดลอง (Post-test)



3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ หลังจากที่ได้ดำเนินการกิจกรรมการทดลองตามที่กำหนดไว้ และรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว จึงดำเนินการเตรียมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามขั้นตอนดังนี้

- 1.1 จัดทำสมุดคู่มือลงรหัส
- 1.2 ตรวจสอบแบบสอบถาม และลงรหัสตามที่กำหนดในสมุดคู่มือลงรหัส
- 1.3 บันทึกและเก็บข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์
- 1.4 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลว่าครบถ้วน ถูกต้องตรงกัน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์

ข้อมูล

2. ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 คะแนนของความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test

2.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลผลการวิจัย ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย (mean)
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
Max.	แทน	ค่าสูงสุด (maximum)
Min.	แทน	ค่าต่ำสุด (minimum)
t	แทน	สถิติทดสอบที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
p- value	แทน	ค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง



4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตาราง 4.1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	17	34.69	15	30.61
หญิง	32	65.31	34	69.39
อายุ				
น้อยกว่า 35 ปี	1	2.04	1	2.04
35 - 44 ปี	4	8.16	2	4.08
45 - 54 ปี	13	26.53	6	12.24
55 - 64 ปี	16	32.66	23	46.94
65 ปีขึ้นไป	15	30.61	17	34.70
\bar{X} , (S.D.)	58.30 , (13.19)		61.79 , (8.90)	
Min. - Max.	34 - 84		34 - 78	
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	40	81.63	48	97.96
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	12.25	1	2.04
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	6.12	0	0
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	33	67.35	30	61.22
ค้าขาย	2	4.08	1	2.04
แม่บ้าน	6	12.25	0	0
รับจ้างภาคอุตสาหกรรม	1	2.04	0	0
ไม่ได้ทำงาน	7	14.28	18	36.74



ตาราง 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพ				
โสด	1	2.04	2	4.08
คู่	35	71.43	34	69.39
หม้าย	13	26.53	11	22.45
หย่า/ร้าง	0	0	2	4.08
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
1,000 – 3,000 บาท	27	55.10	37	75.51
3,001 – 5,000 บาท	21	42.86	8	16.33
สูงกว่า 5,000 บาท	1	2.04	4	8.16
\bar{X} , (S.D.)	3,100 (1.10)		2,700 (1.40)	
Min. – Max.	1,500 - 6,000		1,000 – 7,500	

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 65.31) มีอายุ 55 - 64 ปี (ร้อยละ 32.66) ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 81.63) อาชีพหลัก เกษตรกรรม (ร้อยละ 67.35) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 71.43) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 - 3,000 บาท (ร้อยละ 55.10)

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 69.39) มีอายุ 55 - 64 ปี (ร้อยละ 46.94) ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 97.96) อาชีพหลัก เกษตรกรรม (ร้อยละ 61.22) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 69.39) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 - 3,000 บาท (ร้อยละ 75.51)



ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.2 ความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน ความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 49)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (10-12คะแนน)	4	8.16	39	79.59	1	2.04	3	6.12
ระดับปานกลาง (8-9 คะแนน)	27	55.10	10	20.41	33	67.35	31	63.27
ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	18	36.74	0	0	15	30.61	15	30.61
\bar{x}	7.61		10.37		7.78		7.86	
S.D.	1.64		1.42		1.31		1.32	
โดยรวม	ต่ำ		สูง		ต่ำ		ต่ำ	

จากตาราง 4.2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.10) รองลงมาระดับต่ำ (ร้อยละ 36) หลังการทดลองพบว่า มีระดับคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 79.59) รองลงมาระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.41) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.35) รองลงมาระดับต่ำ (ร้อยละ 30.61) และระดับสูง (ร้อยละ 2.04) หลังการทดลองพบว่า มีระดับคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.27) รองลงมาระดับต่ำ (ร้อยละ 30.61) และระดับสูง (ร้อยละ 6.12)



ตาราง 4.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	ก่อนการทดลอง (n = 49)		หลังการทดลอง (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กลุ่มทดลอง	7.61	1.64	10.37	1.42	- 16.56	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.78	1.31	7.86	1.32	- 1.15	.252

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.3 พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.61$) แต่หลังการทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 10.37$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองทั้งก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 7.78$) และหลังการทดลอง ($\bar{X} = 7.86$) อยู่ในระดับต่ำ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

ตาราง 4.4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ก่อนการทดลอง	7.61	1.64	7.78	1.31	- 0.54	.588
หลังการทดลอง	10.37	1.42	7.86	1.32	9.03	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.4 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.61$) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.78$) และ



ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 10.37$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.86$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.5 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนการรับรู้	กลุ่มทดลอง (n = 49)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ระดับสูง (2.34 – 3.00)	0	0	33	67.35	1	2.04	0	0
ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33)	41	83.67	15	30.61	42	85.72	45	91.84
ระดับต่ำ (1.00 – 1.66)	8	16.33	1	2.04	6	12.24	4	8.16
2.การรับรู้ความรุนแรง								
ระดับสูง (2.34 – 3.00)	1	2.04	39	79.59	0	0	1	2.04
ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33)	30	61.22	9	18.37	33	67.35	34	69.39
ระดับต่ำ (1.00 – 1.66)	18	36.74	1	2.04	16	32.65	14	28.57



ตาราง 4.5 (ต่อ)

ระดับคะแนน การรับรู้	กลุ่มทดลอง (n = 49)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.การรับรู้ ประโยชน์และ อุปสรรค								
ระดับสูง (2.34 – 3.00)	0	0	36	73.47	2	4.08	3	6.12
ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33)	32	65.31	13	26.53	26	53.06	28	57.14
ระดับต่ำ (1.00 – 1.66)	17	34.69	0	0	21	42.86	18	36.74
\bar{x}	1.81		2.51		1.82		1.85	
S.D.	0.18		0.16		0.17		0.16	
โดยรวม	ปานกลาง		สูง		ปานกลาง		ปานกลาง	

จากตาราง 4.5 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.81$) หลังการทดลอง มีระดับคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.51$)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.82$) หลังการทดลอง มีระดับคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.85$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.67) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 67.35) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.72) หลังการทดลอง มีการรับรู้เท่าเดิม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.84)



2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.22) หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 79.59) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.35) หลังการทดลอง มีการรับรู้เท่าเดิม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.39)

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.31) หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.47) ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.06) หลังการทดลอง มีการรับรู้เท่าเดิม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.14)

ตาราง 4.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (รายด้าน)	ก่อนการทดลอง (n = 49)			หลังการทดลอง (n = 49)			p- value
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	1.91	0.23	ปานกลาง	2.51	0.30	สูง	<.001*
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.78	0.31	ปานกลาง	2.53	0.26	สูง	<.001*
3.การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	1.75	0.27	ปานกลาง	2.50	0.19	สูง	<.001*
โดยรวม	1.81	0.18	ปานกลาง	2.51	0.16	สูง	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.6 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.81$) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.51$) เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า



1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.91$) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.51$)
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.78$) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.53$)
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.50$)

ตาราง 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายด้านของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	ก่อนการทดลอง (n = 49)			หลังการทดลอง (n = 49)			p- value
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล	
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	1.91	0.20	ปานกลาง	1.92	0.19	ปานกลาง	.814
2.การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.80	0.30	ปานกลาง	1.85	0.32	ปานกลาง	.113
3.การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	1.75	0.28	ปานกลาง	1.79	0.28	ปานกลาง	.150
โดยรวม	1.82	0.17	ปานกลาง	1.85	0.16	ปานกลาง	.102

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.7 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.82$) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม เท่าเดิม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.85$) เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.91$) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่าเดิม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$)



2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80$) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่าเดิม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.85$)

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่าเดิม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.79$)

ตาราง 4.8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดลอง (n = 49)		หลังการทดลอง (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กลุ่มทดลอง	1.91	0.23	2.51	0.30	- 12.51	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.91	0.20	1.92	0.19	- .237	.814

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.8 พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.91$) แต่หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.51$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 1.91$) และหลังการทดลอง ($\bar{X} = 1.92$) อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)



ตาราง 4.9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของ โรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรง ของโรค หลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดลอง (n = 49)		หลังการทดลอง (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กลุ่มทดลอง	1.78	0.31	2.53	0.26	- 17.02	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.80	0.30	1.85	0.32	- 1.615	.113

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.9 พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.78$) แต่หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.53$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 1.80$) และหลังการทดลอง ($\bar{X} = 1.85$) อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

ตาราง 4.10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดลอง (n = 49)		หลังการทดลอง (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กลุ่มทดลอง	1.75	0.27	2.50	0.19	- 15.35	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.75	0.28	1.79	0.28	- 1.46	.150

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จากตาราง 4.10 พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$) แต่หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.50$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 1.75$) และหลังการทดลอง ($\bar{X} = 1.79$) อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

ตาราง 4.11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n = 49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ก่อนการทดลอง	1.91	0.23	1.91	0.20	- 0.18	.857
หลังการทดลอง	2.51	0.30	1.92	0.19	11.42	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.11 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.91$) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.91$) และไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.51$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



ตาราง 4.12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n = 49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ก่อนการทดลอง	1.78	0.31	1.80	0.30	- 0.30	.765
หลังการทดลอง	2.53	0.26	1.85	0.32	11.49	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.12 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.78$) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80$) และไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.53$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.85$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



ตาราง 4.13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n = 49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ก่อนการทดลอง	1.75	0.27	1.75	0.28	0.09	.924
หลังการทดลอง	2.50	0.19	1.79	0.28	14.55	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.13 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75$) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.50$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.79$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4.14 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน การปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n = 49)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (2.34 – 3.00)	2	4.08	41	83.67	1	2.04	1	2.04
ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33)	39	79.59	8	16.33	44	89.80	45	91.84
ระดับต่ำ (1.00 – 1.66)	8	16.33	0	0	4	8.16	3	6.12
\bar{x}	1.92		2.59		1.94		1.97	
S.D.	0.23		0.21		0.20		0.19	
โดยรวม	ปานกลาง		สูง		ปานกลาง		ปานกลาง	

จากตาราง 4.14 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.59) หลังการทดลอง มีระดับคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.67)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.80) หลังการทดลอง มีระดับคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่าเดิม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.84)



ตาราง 4.15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติตัว	ก่อนการทดลอง (n = 49)		หลังการทดลอง (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
กลุ่มทดลอง	1.92	0.23	2.59	0.21	- 16.12	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.94	0.20	1.97	0.19	- 1.56	.124

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.15 พบว่า ก่อนทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$) แต่หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.59$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 1.94$) และหลังการทดลอง ($\bar{X} = 1.97$) อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)



ตาราง 4.16 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n = 49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 49)		t	p- value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ก่อนการทดลอง	1.92	0.23	1.94	0.20	- 0.36	.714
หลังการทดลอง	2.59	0.21	1.97	0.19	14.92	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.16 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.94$) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.59$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยคาดว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์มาเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 49 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2555 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.2 สรุปผล

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง การทดลอง

5.1.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

5.1.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง การทดลอง



5.2 สรุปผล

5.2.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 65.31) มีอายุ 55 - 64 ปี (ร้อยละ 32.66) ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 81.63) อาชีพหลัก เกษตรกรรม (ร้อยละ 67.35) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 71.43) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 - 3,000 บาท (ร้อยละ 55.10)

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 69.39) มีอายุ 55 - 64 ปี (ร้อยละ 46.94) ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 97.96) อาชีพหลัก เกษตรกรรม (ร้อยละ 61.22) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 69.39) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 - 3,000 บาท (ร้อยละ 75.51)

5.2.2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.3 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรง ของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5.2.4 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5.3 อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเน้นด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยในแต่ละ ประเด็น ดังนี้คือ

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้น่าจะเป็นผลเนื่องมาจากการจัดโปรแกรมสุข ศึกษที่เป็นขั้นตอน ได้แก่การจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง



โดยเน้น สาเหตุ อาการ การรักษาและวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยได้บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีภาพพลิกประกอบ จากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับฟังคำบรรยายประกอบภาพพลิกซึ่งข้อดีของภาพพลิกเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เรียนรับสิ่งเร้าผ่านประสาทสัมผัสทางตา ทางหู ไปพร้อมๆ กัน ซึ่งจะทำให้จำง่าย และจำได้เป็นเวลานาน และสามารถใช้กับห้องธรรมดาได้โดยไม่ต้องควบคุม แสง เสียง และสามารถผลิตได้ง่าย สะดวกในการพกพา เคลื่อนย้าย (อรวรรณ มาอ่อน, 2552 อ้างอิงจาก พรพรรณ บุญนุกูล, 2545) และผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีโอกาสซักถามในประเด็นที่เป็นข้อสงสัย หรือมีความไม่ชัดเจนและตอบข้อสงสัย พร้อมทั้งร่วมแสดงความคิดเห็น โดยเขียนลงในใบงานถึงสาเหตุ อาการ การรักษาและวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้นยังให้ตัวแทนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มานำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม และผู้วิจัยได้สรุปใจความสำคัญให้ฟังอีกครั้งหนึ่ง อีกทั้งผู้วิจัยได้จัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โปสเตอร์ และไว้นิตต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณสถานที่จัดอบรม ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยที่มาถึงก่อนเวลาอบรมได้มีโอกาสอ่านและศึกษาทำความเข้าใจก่อน และในขณะที่ฟังบรรยายก็ได้อ่านจากข้อความประกอบภาพพลิกไปด้วยทำให้มีความรู้และเข้าใจถึงสาเหตุ อาการ การรักษา และวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลยา ทองน้อย (2554) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ภาพพลิกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการอบรม และผู้วิจัยได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มย่อยเพื่ออภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีการแจกหนังสือคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และประกวดคำขวัญรณรงค์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้คำขวัญที่ชนะเลิศ คือ ลดเค็ม เพิ่มผักผลไม้ ออกกำลังกาย คลายเครียด พร้อมทั้งมอบรางวัลแก่กลุ่มที่ชนะเลิศ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล (2554) ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้และการรับรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการอภิปรายกลุ่มและแบ่งกลุ่มย่อยระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง และสิ่งที่ควรปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นได้แจกคู่มือการดูแลตนเอง แผ่นพับ และประกวดคำขวัญรณรงค์โดยให้ผู้ป่วยทั้งหมดยกมือตัดสินคำขวัญชนะเลิศ และมอบรางวัล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากผู้วิจัยได้ใช้การบรรยาย



ประกอบภาพพลิก ซึ่งเน้นเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเปิดโอกาสให้มีการซักถามและตอบข้อสงสัย มีการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (ถาวร สุรศรี, 2553 อ้างอิงจาก Becker, 1977) อธิบายว่าความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินในด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพทางสังคม รวมถึงการรับรู้ถึงประโยชน์หรือข้อดี ข้อเสีย ในการปฏิบัติให้ห่างจากการเป็นโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค และเป็นไปตามแนวคิดของเฮาส์ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546 อ้างอิงจาก House, 1981) กล่าวคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คอยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง อีกทั้งผู้วิจัยได้แจกเอกสารคู่มือ ให้คำแนะนำต่างๆ และอธิบายตามคู่มือ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า น่าจะเป็นผลจากการนำโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วยการบรรยายประกอบภาพพลิก เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองว่ามีมากเพียงใด และมีการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยในการอภิปรายกลุ่มได้ให้ความรู้ถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค โดยเฉพาะตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการนำเสนอตัวแบบด้านลบที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมาถ่ายทอดประสบการณ์ การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปฏิบัติก่อนการเจ็บป่วย ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสนใจแสดงความคิดเห็น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันภายในกลุ่ม และผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นเพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองร่วมกัน โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวว่า การพัฒนาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคทำได้โดยวิธีการสอนและวิธีการปรับพฤติกรรม ซึ่งวิธีการสอนมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคด้วยวิธีต่างๆ เช่น การใช้โสตทัศนอุปกรณ์ การใช้อิทธิพลกลุ่มมาเป็นส่วนประกอบสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร อ่อนอภัย (2551) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ โดยการให้ความรู้และนำเสนอตัวแบบด้านลบซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่คลินิก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเสี่ยงพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลจากการนำโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วยการบรรยายประกอบภาพพลิก ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากผลจากการที่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองและ



การอภิปรายกลุ่มจากการนำเสนอตัวแบบด้านลบที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ทำให้ทราบถึงอาการโรค และความรุนแรงว่าทำให้เกิดความสูญเสียต่อร่างกายที่มีความพิการและอันตรายถึงชีวิตได้ และทางด้านเศรษฐกิจทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา สูญเสียการทำงานก่อนวัยอันควรและเป็นภาระของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ หัสยาพร มะโน (2552) ศึกษาการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่ พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในประเด็นอาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทีมสุขภาพจะต้องตระหนักในการจัดโปรแกรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เน้นการให้ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการในภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่สำคัญรวมทั้งอัตราตาย และเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณางค์กลาง (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปว่าผู้ดูแลมีความเป็นภาระเกี่ยวกับการดูแลในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และจากปัญหาที่ผู้ป่วยป่วยเป็นเวลานาน และความวิตกกังวลในเรื่องการดูแลเกรงว่าอาการจะป่วยมากขึ้น ดังนั้นการได้เข้าร่วมกิจกรรมจึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เข้าร่วมโครงการ ได้รับความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมทั้งการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การผ่อนคลายความเครียดจะสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ผลดีผลเสียและอุปสรรคการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ พิบูล ตินามาส (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน พบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิ จันทร์ยาง (2550) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งศึกษา 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านคลินิก และปัจจัยด้านพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีระดับความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีไขมันคอเลสเตอรอล มากกว่า 200 mg/dl และมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความเครียดนาน ๆ ครั้ง รองลงมา คือ ดื่มสุราและสูบบุหรี่ จากแนวคิดของ Becker และคณะ (พินิจ ศรีใส, 2552 อ้างอิงจาก Becker และคณะ, 1974) ได้กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคหมายถึง ความเห็นของบุคคลในการรับรู้ถึงอุปสรรคที่จับต้องได้ (tangible) และอุปสรรคที่สัมพันธ์กับทางจิตวิทยา (psychological cost) ของการทำตามคำแนะนำ หรืออาจหมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ และจากผลการทดลองพบว่า เมื่อมีการเปรียบเทียบภายใน



กลุ่ม ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการศึกษา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยที่ผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระตุ้นเตือนให้กำลังใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง และเป็นผลมาจากการที่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เข้าร่วมโครงการ การได้รับความรู้ด้านการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากการบรรยาย สื่อภาพพลิก แผ่นพับ การสาธิตเมนูอาหารสุขภาพและบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วย การสาธิตการออกกำลังกายแบบไม่พลองและบันทึกการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ละม่อม มาศรี (2554) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจ ตำบลบ้านลาน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการรับประทานยา นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงยังมีความดันโลหิตลดลง 10 คน และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 7 คน หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมพลังอำนาจ และในการวิจัยในครั้งนี้ยังมีการติดตามให้คำแนะนำกระตุ้นเตือนที่บ้านโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 สัปดาห์ ซึ่งการไปเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละครั้งจะมีเอกสารแผ่นพับแจกให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยเพื่อเป็นการเน้นย้ำให้เกิดความตระหนักและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพิสิฐ ธรรมกุล (2554) ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญ อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ พบว่า การออกเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ความรู้และกระตุ้นให้มีการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง ตลอดจนให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาอุปสรรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้พบกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิมล สังฆะมณี (2549) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้นและได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้วิจัยคอยสังเกตและติดตามการปฏิบัติงานเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสซักถามข้อสงสัยหรือซักถามปัญหา



ต่างๆ จึงทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองถูกต้องกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค (พงษ์พัฒน์ ชวโรกร, 2544 อ้างอิงจาก Becker, Drachman and Kirscht, 1974) ที่กล่าวว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรคคือ การรณรงค์ทางสื่อมวลชน การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ตลอดจนความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ อีกทั้งมีการประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในสัปดาห์สุดท้ายของการดำเนินการวิจัยด้วย

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.4.1.1 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสนใจฟังบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นไปในทางที่ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำ ฝึกอบรมความรู้และทักษะให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

5.4.1.2 การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ควรมีการติดตามนิเทศดูแลอย่างใกล้ชิด หากมีปัญหาในการปฏิบัติในขั้นตอนใด จะได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาได้ทัน

5.4.1.3 ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา รัฐบาลมีนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด ซึ่งประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ อาจส่งผลต่อการศึกษาได้

5.4.1.4 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองเป็นพื้นที่ชนบทกึ่งเมือง และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นพื้นที่ชนบท อาจส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันได้

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านเวลา จึงควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษา เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบถาวร ต้องใช้เวลานานพอสมควร หรืออาจทำการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participation action research)

5.4.2.2 ควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้ป่วย จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเรื่องต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด เป็นต้น ดังนั้นการให้ความรู้หรือเพิ่มทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย จะทำให้สามารถนำความรู้ไปดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง



5.4.2.3 ผลจากการวิจัยพบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตัวถูกต้องมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในทางที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรนำวิธีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาไปประยุกต์ใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะความดันโลหิตแทรกซ้อน เป็นต้น

5.4.2.4 การจัดกิจกรรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ๆ โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่



- Bloom , B.S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning*. New York: David Mackay.
- Cobb S. (1976). Social Support as a Moderate of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38: 300 – 314.
- Hakan Ay, E. Mural Arsava, S. Claiborne Johnston, Mark Vangel, Lee H. Schwamm, Karen L. Furie, et al. (2009). Clinical-and Imaging-Basesd Prediction of Stroke Risk After Transient Ischemic Attack: The CIP Model. *Stroke January*. 2009(1), 180-186.
- House JS.et al. (1981). *Measures and concepts of social support*. In : Cohen S, Syme SI, editors. *Social Support and Health*, Orlando: Academic Press.
- Joint National Committee. (2003). *The sixth report the joint National Communittee on Detection, Prevention, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC7)*. n.p: Archieves of National Medicine.
- Kahn, R.L. (1979). *Social in Aging From to Death. Interdisc : plenary Perspectives*. Colo: Westview Press.
- Pender NJ. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd cd. Norwolk, CT: Appleton & Lange.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origin of Health Believe Model. *Health Education Monograp*, 1974, 329-355.
- Simon, de L., J Eremy Van V., Nigel, H., Lavanya, T., Billy, D. & Tom, C. (2005). Preventing Stroke in People : a Cross-Sectional Study. *Journal of Public Health*, 27(1), 85-92.
- The Joint National Committee on Detection Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation of High Blood Pressure (JNCV). *Arch Intern Med*, 1993, 153, 154 - 181.
- Thorits, P.A. (1982). Conceptual Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health Social Behavior*, 38, 145 – 159.
- WHO. (2003). International Society of Hypertention Writing Group. WHO / ISH Statement on Management of Hypertention. *J Hypertens*, (21), 1983-1992.

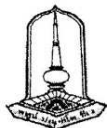


ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : 0050 / 2555

ชื่อโครงการวิจัย : การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยหลัก : นายวัฒนศักดิ์ สุกใส

หน่วยงานต้นสังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง
ข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลง
ใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา ประเทพา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 16 / กุมภาพันธ์ / 2555



ภาคผนวก ข
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.บังอร ฉางทรัพย์ อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จังหวัดสมุทรปราการ
2. นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
โรงพยาบาลพนมไพร
จังหวัดร้อยเอ็ด
3. นางสาวอธิกา นิธิเกตุกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าตึกไอซียูศัลยกรรม
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด



ภาคผนวก ค
หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘ / ๖๖๗๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๑๕๐

๖๗ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน รศ.ดร.บังอร ฉางทรัพย์

ด้วย นายวัฒน์ศักดิ์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ธีรยุทธ อุดมพร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี
โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘ / ๖ ๖๑๓๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๑๕๐

๖๐ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์กุล

ด้วย นายวัฒนศักดิ์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ธีรยุทธ อุดมพร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี

โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘ / ๖ ๖๗๓๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๑๕๐

๖ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน นางสาวอริกา นิธิเกตุกุล

ด้วย นายวัฒนศักดิ์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ธีรยุทธ อุตมพร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.ประชุมพร เล่าห์ประเสริฐ)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี
โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘๘/๗ ๕๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน สาธารณสุขอำเภอพนมไพร

ด้วย นายวัฒนศักดิ์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ธีรยุทธ อุดมพร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้นายวัฒนศักดิ์ สุกใส ทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในเดือน ธันวาคม ๒๕๕๔ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์)

รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี

โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘๗๕๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่

ด้วย นายวัฒนศักดิ์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ธีรยุทธ อุคมพร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้นายวัฒนศักดิ์ สุกใส ทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในเดือน ธันวาคม ๒๕๕๔ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์)

รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี

โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘๖/๒๕๖๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอพนมไพร

ด้วย นายวัฒนศักดิ์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ธีรยุทธ อุดมพร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายวัฒนศักดิ์ สุกใส เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม ๒๕๕๕ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์)

รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี

โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘๖/๖๕๗ ๙

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๙๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว

ด้วย นายวัฒนศักดิ์ สุขใส นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ธีรยุทธ อุคมพร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายวัฒนศักดิ์ สุขใส เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม ๒๕๕๕ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์)

รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี

โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘๖/๒๕๖๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๑๕๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมเครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนนวนล

ด้วย นายวัฒนศักดิ์ สุกใส นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ธีรยุทธ อุดมพร เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดอนุญาตให้ นายวัฒนศักดิ์ สุกใส เก็บรวบรวมเครื่องมือกับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของท่าน ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม ๒๕๕๕ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.ชัยยง ชามรัตน์)

รักษาการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักงานคณบดี

โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓



ภาคผนวก ง
แบบสอบถามในการวิจัย



เลขที่แบบสัมภาษณ์ NO กลุ่มทดลองครั้งที่ SUB กลุ่มเปรียบเทียบครั้งที่ SUB

แบบสอบถาม

เรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเพื่อนำคำตอบที่ได้ไปจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน และจะเก็บไว้เป็นความลับ จึงขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้รายละเอียดในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และตรงกับความเป็นจริงทุกประการ โดยผู้ทำการสอบถามจะเป็นผู้วิจัย หรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรม ชี้แจง ในวิธีการใช้แบบสอบถามแล้วเท่านั้น

สอบถามวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....โทรศัพท์.....

แบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม | จำนวน 6 ข้อ |
| 2. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 12 ข้อ |
| 3. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ | |
| 3.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 15 ข้อ |
| 3.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 12 ข้อ |
| 3.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 15 ข้อ |
| 4. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง | จำนวน 15 ข้อ |

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นายวัฒนศักดิ์ สุกใส

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขา การจัดการระบบสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้วิจัย



แบบสอบถามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ท่านเห็นว่าเป็นความจริงในแต่ละข้อ

ข้อมูลทั่วไป	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1) ชาย <input type="checkbox"/> 2) หญิง	SEX <input type="checkbox"/>
2. อายุ.....ปี (อายุเต็ม)	AGE <input type="checkbox"/>
3. ระดับการศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2) ชั้นประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3) มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 6) ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7) สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 8) อื่นๆ	EDU <input type="checkbox"/>
4. อาชีพหลัก(ตอบเพียงข้อเดียว) <input type="checkbox"/> 1) เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 2) ค้าขาย <input type="checkbox"/> 3) ทำงานบ้าน(แม่บ้าน) <input type="checkbox"/> 4) รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 5) รับจ้างภาคอุตสาหกรรม <input type="checkbox"/> 6) รับจ้างภาคเกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 7) ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> 8) อื่นๆ ระบุ.....	OCC <input type="checkbox"/>
5. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1) โสด <input type="checkbox"/> 2) คู่ <input type="checkbox"/> 3) หม้าย <input type="checkbox"/> 4) หย่า/ร้าง	STA <input type="checkbox"/>
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท	INC <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ท่านเห็นว่าเป็นความจริงในแต่ละข้อ

ความรู้	สำหรับ ผู้วิจัย
1. โรคใดเมื่อป่วยแล้วทำให้เกิดความพิการและมีโอกาสน้อยที่จะกลับมาเป็นปกติได้เหมือนเดิม <input type="checkbox"/> 1) โรคไข้เลือดออก <input type="checkbox"/> 2) โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 3) โรคปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 4) โรคแผลในกระเพาะอาหาร	K1 <input type="checkbox"/>
2. โรคหลอดเลือดสมอง เกิดมาจากสาเหตุใด <input type="checkbox"/> 1) เกิดจากเวรกรรม <input type="checkbox"/> 2) เกิดจากการทำงานหนักมากเกินไป <input type="checkbox"/> 3) เกิดจากหลอดเลือดดำอุดตัน <input type="checkbox"/> 4) เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตันหรือแตก	K2 <input type="checkbox"/>
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบในประเทศไทยโดยเฉลี่ย และเริ่มป่วยครั้งแรกในช่วงอายุเท่าใด <input type="checkbox"/> 1) อายุต่ำกว่า 25 ปี <input type="checkbox"/> 2) อายุ 25-50 ปี <input type="checkbox"/> 3) อายุ 50 ปี <input type="checkbox"/> 4) อายุ 65 ปี	K3 <input type="checkbox"/>
4. ข้อใดไม่เป็นสาเหตุเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1) โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> 2) ระดับไขมันในหลอดเลือดสูง <input type="checkbox"/> 3) โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> 4) พยาธิตัวจี๊ดขึ้นสมอง	K4 <input type="checkbox"/>
5. ข้อใดไม่ใช่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1) ดื่มสุรา สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> 2) รับประทานอาหารหวาน <input type="checkbox"/> 3) รับประทานอาหารสุกๆดิบ <input type="checkbox"/> 4) ความเครียดอารมณ์โกรธหรือโมโห	K5 <input type="checkbox"/>
6. ข้อใดไม่ใช่อาการของโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1) ปวดศีรษะรุนแรงอย่างทันทีทันใด <input type="checkbox"/> 2) มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อขาโดยเฉพะกล้ามเนื้ออ่อนอย่างทันทีทันใด <input type="checkbox"/> 3) ชา หรืออ่อนแรงที่หน้า แขน หรือขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด <input type="checkbox"/> 4) พูดลำบาก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดอย่างทันทีทันใด	K6 <input type="checkbox"/>
7. ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1) เป็นโรคทางกรรมพันธุ์ <input type="checkbox"/> 2) การสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้น <input type="checkbox"/> 3) โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> 4) การรับประทานผัก ผลไม้ปริมาณมากทำให้มีโอกาสเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้น	K7 <input type="checkbox"/>



ความรู้	สำหรับผู้วิจัย
8. การปฏิบัติตัวแบบใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1) รับประทานก๋วยเตี๋ยวเป็นประจำ <input type="checkbox"/> 2) ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3) ชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม <input type="checkbox"/> 4) ลูกนั่งเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว	K8 <input type="checkbox"/>
9. การปฏิบัติตัวแบบใดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1) หยุดสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> 2) ออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน <input type="checkbox"/> 3) ระวังไม่ให้เป็นแผลติดเชื้อที่ศีรษะ <input type="checkbox"/> 4) ตรวจวัดระดับความดันโลหิตสม่ำเสมออย่างน้อยปีละครั้ง	K9 <input type="checkbox"/>
10. อาหารชนิดใดที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทาน <input type="checkbox"/> 1) ข้าวมันไก่กับของหวาน <input type="checkbox"/> 2) นึ่งปลากับลวกผัก <input type="checkbox"/> 3) ข้าวเหนียวกับปลาจ่อม <input type="checkbox"/> 4) ข้าวต้มกับผัดคะน้าหมูกรอบ	K10 <input type="checkbox"/>
11. ข้อใดเป็นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> 1) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา <input type="checkbox"/> 2) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็มจัด <input type="checkbox"/> 3) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจืด <input type="checkbox"/> 4) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานผักสีเขียวยอดอ่อน	K11 <input type="checkbox"/>
12. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงข้อใด ที่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ <input type="checkbox"/> 1) เพิ่มขนาดยารักษาความดันโลหิตสูงเองเพื่อให้โรคหายเร็วขึ้น <input type="checkbox"/> 2) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเพราะจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น <input type="checkbox"/> 3) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากเกินไปจนทำให้อ้วน <input type="checkbox"/> 4) ซึ้อยาสมุนไพรมารับประทานเพื่อช่วยลดความดันโลหิต	K12 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านแต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยหรือไม่ตรงเลย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1. โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เป็นสาเหตุเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				R1 <input type="checkbox"/>
2. การรับประทานอาหารมากเกินไปจนทำให้อ้วน จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				R2 <input type="checkbox"/>
3. ผู้ที่สูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่จากผู้อื่น จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าปกติ 3 เท่า				R3 <input type="checkbox"/>
4. อายุเฉลี่ยของผู้ที่เริ่มป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทย คืออายุ 25 ปี				R4 <input type="checkbox"/>
5. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า				R5 <input type="checkbox"/>
6. การรับประทานผักและผลไม้ อย่างน้อย 3 ทัพพีต่อวันและการบริโภคเกลือให้น้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				R6 <input type="checkbox"/>
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว				R7 <input type="checkbox"/>
8. ผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องที่เป็นญาติสายตรง มีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้นี้เท่ากับคนอื่น				R8 <input type="checkbox"/>
9. คนอ้วนและคนผอมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากัน				R9 <input type="checkbox"/>
10. การผ่อนคลายความเครียด เช่น เข้าวัดนั่งสมาธิ สามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้				R10 <input type="checkbox"/>
11. โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคของเวรกรรม				R11 <input type="checkbox"/>
12. คนที่ชอบรับประทานอาหารนิ่ง ต้มแกง จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูง				R12 <input type="checkbox"/>
13. โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเกิดขึ้นกระจายทุกกลุ่มอายุเท่าๆกัน				R13 <input type="checkbox"/>
14. อาการเลือดกำเดาไหลเป็นประจำ คืออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง				R14 <input type="checkbox"/>
15. ผู้ป่วยโรคใช้สมองอักเสบหรือเป็นแผลติดเชื้อที่ศีรษะจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น				R15 <input type="checkbox"/>



3.2 ด้านการรับรู้ความความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านแต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยหรือไม่ตรงเลย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1.โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของคนไทย				S1 <input type="checkbox"/>
2. เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาและการดูแลระยะยาว				S2 <input type="checkbox"/>
3. เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอาจจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ต่อความคิด ความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคน				S3 <input type="checkbox"/>
4. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลานานก่อนที่จะเกิดการเกิดโรคทำให้คนไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง				S4 <input type="checkbox"/>
5. โดยส่วนใหญ่ผู้ที่หายป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่พบภาวะแทรกซ้อนจนถึงพิการ จึงสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ				S5 <input type="checkbox"/>
6. หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ลูกเกิดมามีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการด้านสมองด้วย				S6 <input type="checkbox"/>
7. โรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้				S7 <input type="checkbox"/>
8. ผู้ที่เคยหายป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง แล้วจะไม่กลับมาป่วยซ้ำอีก				S8 <input type="checkbox"/>
9. เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วทำสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน				S9 <input type="checkbox"/>
10. อายุเฉลี่ยของผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยอยู่ในช่วงอายุ 50 ปี				S10 <input type="checkbox"/>
11. โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ถ้าไม่รีบรักษาเนื้อสมองจะตาย จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตได้				S11 <input type="checkbox"/>
12. อาการป่วยเริ่มแรกของโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นแบบช้าๆและไม่รุนแรง ผู้ป่วยจึงมีเวลาสังเกตอาการก่อนไปพบแพทย์				S12 <input type="checkbox"/>



3.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านแต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยหรือไม่ตรงเลย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1. การรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้จำนวนน้อยๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				B1 <input type="checkbox"/>
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายทุกประเภท เพราะจะทำให้หลอดเลือดในสมองแตกได้ง่าย				B2 <input type="checkbox"/>
3. การทำจิตใจให้สงบ ไม่เครียดสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้				B3 <input type="checkbox"/>
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคอื่น เพราะว่ามีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว				B4 <input type="checkbox"/>
5. การรับประทานอาหารที่นิ่ง ต้ม แกง แทนการรับประทานอาหารประเภททอดๆ ทำให้ภาวะไขมันในเลือดลดลง				B5 <input type="checkbox"/>
6. การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ทันทีที่หยุดสูบบุหรี่				B6 <input type="checkbox"/>
7. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะทำให้จิตใจอ่อนคลาย และช่วยลดภาวะเครียดได้				B7 <input type="checkbox"/>
8. อาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ คือ อาหารที่มีเกลือ น้ำตาล ไขมันสูง และรับประทานผักและผลไม้ลดลง				B8 <input type="checkbox"/>
9. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น อาหารประเภทถั่ว ข้าวซ้อมมือ เพราะย่อยยากจะทำให้ท้องผูก				B9 <input type="checkbox"/>
10. การรับประทานยาสมุนไพรควบคู่กับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น				B10 <input type="checkbox"/>
11. เมื่อมีอาการที่เป็นสัญญาณ ชา หรืออ่อนแรงที่หน้า แขน หรือขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีควรสังเกตอาการ 1-2 สัปดาห์ จึงไปพบแพทย์				B11 <input type="checkbox"/>
12. การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ กระฉับกระเฉงในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้				B12 <input type="checkbox"/>
13. การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องที่เสียเวลาและเสียเงิน				B13 <input type="checkbox"/>
14. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลาในการทำงาน				B14 <input type="checkbox"/>
15. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถออกกำลังกายได้ทุกชนิดได้เหมือนคนปกติทั่วไป				B15 <input type="checkbox"/>



ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือเป็นประจำหรือทุกครั้งที่มีโอกาส

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือบางครั้ง หรือเป็นส่วนน้อย

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย หรือไม่เคยมีอาการเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ไข่เค็ม ปูเค็ม				P1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านชอบเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เกลือป่นลงในอาหารระหว่างการรับประทาน				P2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านชอบรับประทานขนมหวาน ขนมเค้ก ช็อกโกแลต ขนมใส่กะทิ ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ				P3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านชอบรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารที่ผัด หรือทอด เช่น ก๋วยเตี๋ยวทอด ผัดไทย				P4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น				P5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านรับประทานผักและผลไม้ อย่างน้อย 3 ทัพพีเป็นประจำทุกวัน				P6 <input type="checkbox"/>
7. ท่านนอนไม่หลับ คิดมาก มีความเครียดเป็นประจำ				P7 <input type="checkbox"/>
8. ท่านชอบอ่านหนังสือธรรมะ หรือเข้าวัดฟังธรรม นั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ				P8 <input type="checkbox"/>
9. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ทำสวน ทำงานบ้าน ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที				P9 <input type="checkbox"/>
10. ท่านออกกำลังกาย ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที				P10 <input type="checkbox"/>
11. ท่านรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่เสมอ				P11 <input type="checkbox"/>
12. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด				P12 <input type="checkbox"/>
13. ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำ				P13 <input type="checkbox"/>
14. ท่านดื่มสุรา หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ				P14 <input type="checkbox"/>
15. เมื่อมีอาการมาปรึกษาต่อเนืองและไปพบแพทย์ตามนัด				P15 <input type="checkbox"/>



แบบประเมินกิจกรรมการได้รับการกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ท่านเคยได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูลข่าวสาร หรือเอกสารแผ่นพับจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือไม่
โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่เคยได้รับ หรือในช่องที่ไม่เคยได้รับ

เนื้อหา	เคย	ไม่เคย
ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้หรือไม่		
1. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ไข่เค็ม ปูเค็ม		
2. การเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เกลือป่นลงในอาหาร ระหว่างการรับประทานอาหาร		
3. การรับประทานขนมหวาน ขนมเค้ก ช็อกโกแลต ขนมใส่กะทิ ข้าวเหนียว หน้าที่ต่างๆ		
4. การรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารที่ผัด หรือทอด เช่น ก๋วยเตี๋ยวทอด ผัดไทย		
5. การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น		
6. การรับประทานผักและผลไม้ อย่างน้อย 3 ทัพพี เป็นประจำทุกวัน		
7. การที่คิดมาก นอนไม่หลับ หรือมีความเครียดเป็นประจำ		
8. การอ่านหนังสือธรรมะ หรือเข้าวัดฟังธรรม นั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ		
9. การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ทำสวน ทำงานบ้าน ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที		
10. การออกกำลังกาย ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที		
11. การรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่เสมอ		
12. การตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด ในรอบปีที่ผ่านมา		
13. การสูบบุหรี่เป็นประจำ		
14. การดื่มสุรา หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ		
15. การรับยาต่อเนื่อง เมื่อยาหมด และไปพบแพทย์ตามนัด		

ผู้ประเมิน.....



แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... บ้าน.....ตำบลสระแก้ว อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
 สังเกตวันที่..... () เช้า () กลางวัน () เย็น

เนื้อหา	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ		คำแนะนำ
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	
1. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ไข่เค็ม ปูเค็ม				
2. การเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เกลือป่นลงในอาหารระหว่างการรับประทาน				
3. การรับประทานขนมหวาน ขนมเค้ก ช็อกโกแลต ขนมใส่กะทิ ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ				
4. การรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารที่ผัด หรือทอด เช่นกล้วยทอด ผัดไทย				
5. การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น				
6. การรับประทานผักและผลไม้ อย่างน้อย 3 ทัพพี เป็นประจำทุกวัน				
7. การนอนไม่หลับ คิดมาก มีความเครียดเป็นประจำ				
8. การอ่านหนังสือธรรมะ หรือเข้าวัดฟังธรรม นั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ				
9. การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ทำสวน ทำงานบ้าน ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที				
10. การออกกำลังกาย ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที				
11. การรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่เสมอ				
12. การตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด ในรอบปีที่ผ่านมา				
13. การสูบบุหรี่เป็นประจำ				
14. การดื่มสุรา หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ				
15. การรับยาต่อเนื่อง เมื่อยาหมด และไปพบแพทย์ตามนัด				

ผู้สังเกต.....



แบบบันทึกการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อ - สกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.สระแก้ว อ.พนมไพร จ.ร้อยเอ็ด

คำชี้แจง : ทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างกิจกรรมการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดตาม
ความเป็นจริงในแต่ละวัน

วันที่	กิจกรรมการออกกำลังกาย				กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด			
	เดิน	ไม้พลง	แอโรบิค	อื่นๆ (ระบุ)	นั่งสมาธิ -สวด มนต์	ปลูก ต้นไม้ -ฟังเพลง	ท่องเที่ยว -พักผ่อน หย่อนใจ	อื่นๆ (ระบุ)



แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัน เดือน ปี	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	กิจกรรม/ คำแนะนำ	ผู้รับการเยี่ยม	ผู้เยี่ยม



ภาคผนวก จ
ตารางกิจกรรมการดำเนินการวิจัย



ตารางกิจกรรม การดำเนินการวิจัย

สัปดาห์/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี
ก่อนการวิจัย 1 สัปดาห์ วันที่ 28 ธ.ค. 2554 (09.30 - 12.00น.) (13.00 - 16.30น.)	<p>- ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- จัดกิจกรรมอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน รพ.สต.กลุ่มทดลอง ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>1.บรรยายโดยเน้นเกี่ยวกับความรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>2.เปิดโอกาสให้ อสม.แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับผู้วิจัยและกลุ่ม อสม.ด้วยกันเอง ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>3.แนะนำบทบาท อสม. ในการจดบันทึกแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ</p> <p>4.ประเมินผลการจัดกิจกรรมอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการสังเกต ชักถามตอบแบบสอบถามความรู้ ขณะและหลังการอบรม และติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรม</p>	<p>1.เพื่อให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจและมีการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>2.เพื่อให้ อสม.ร่วมกันวางแผนกับผู้วิจัยในการจัดกิจกรรมแต่ครั้ง</p> <p>3.เพื่อให้ อสม.รับผิดชอบให้คำแนะนำกระตุ้นเตือนเรื่อง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเก็บรวบรวมบันทึกพฤติกรรม</p> <p>4.เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ และเพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรม</p>	แรงสนับสนุนทางสังคม



สัปดาห์/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี
สัปดาห์ที่ 1 (X1) (จำนวน 3 ชม.) วันที่ 5 ม.ค. 2555 (09.00 - 12.00น.)	จัดกิจกรรมให้เกิดความรู้และการรับรู้แก่ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง 1.สร้างความสัมพันธ์ โดยแนะนำผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย และให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง กิจกรรมสนทนากา 2.ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอนและ กิจกรรมที่จะจัดขึ้น 3.บรรยายให้ความรู้ โดยใช้ภาพพลิกเรื่องโรคหลอดเลือด สมอง สาเหตุ อาการ การรักษาและวิธีการ ป้องกันโรค 4.แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 9 – 10 คน อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง 5.ผู้วิจัยสรุป และอธิบายพร้อมทั้งแจกหนังสือคู่มือ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6.ประกวดคำขวัญณรงค์ป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง โดยให้ส่งคำขวัญ กลุ่มละ 1 คำขวัญ ตัดสินโดยให้ผู้ป่วยยกมือ และมอบรางวัล (สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ยาสระผม)	1.เพื่อสร้างบรรยากาศที่ เป็นกันเองระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย และในกลุ่ม ผู้ป่วย 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ วัตถุประสงค์ของ โครงการ ขั้นตอนและกิจกรรม พร้อมทั้งให้ความร่วมมือ ในการจัดกิจกรรม 3.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง 4.เพื่อให้ผู้ป่วยระดม ความคิดและอภิปราย กลุ่ม เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดสมอง 5.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ความรู้เพิ่มเติมจากการ สรุป และจากคู่มือการ ดูแลตนเอง 6.เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดง ออกถึงการมีส่วนร่วม ในการใช้ความคิดอย่าง สร้างสรรค์	แบบแผน ความเชื่อ ด้านสุขภาพ



สัปดาห์/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี
สัปดาห์ที่ 2 (X2) (จำนวน 3 ชม.) วันที่ 12 ม.ค.2555 (09.00 - 12.00น.)	จัดกิจกรรมให้เกิดการรับรู้ จูงใจให้ปฏิบัติ เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 1.บรรยายให้ความรู้ โดยใช้สื่อรูปภาพ โปสเตอร์ ภาพพลิก เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2.เชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและ สมัครใจมาเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การ เจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการ เจ็บป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมอง 3.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยน ซักถาม อาการของโรค ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัว และแจกแผ่นพับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	1.เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรค ในการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง 2.เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนัก ถึงความรุนแรงของโรค หลอดเลือดสมอง 3.เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยมี การ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง	แบบแผน ความเชื่อ ด้านสุขภาพ



สัปดาห์/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี
สัปดาห์ที่ 3 (X3) (จำนวน 3 ชม.) วันที่ 20 ม.ค.2555 (09.00 - 12.00น.)	จัดกิจกรรมให้เกิดพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 1.บรรยายให้ความรู้ในการรับประทานยาที่ ถูกต้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2.บรรยายให้ความรู้ในการรับประทานอาหาร โดยแนะนำให้ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่ม รับประทาน ผัก ผลไม้ สาธิตอาหารเมนูสุขภาพ 3.สาธิตการออกกำลังกายแบบไม่พลอง และ ให้ผู้ป่วย ฝึกปฏิบัติตาม พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วย นำไปปฏิบัติ ต่อที่บ้าน 4.สาธิตการฝึกการหายใจ และนั่งสมาธิ เพื่อ คลายความเครียด 5.บรรยายให้ความรู้ถึงโทษและภัยของ เครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ และบุหรี่ 6.ผู้วิจัยสรุป และแนะนำการลงบันทึกการ รับประทานอาหาร และการลงบันทึกการ ออกกำลังกาย	1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และปฏิบัติตัวในการ รับประทานยาที่ถูกต้อง 2.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ 3.เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ และมีพฤติกรรมกา ออกกำลังกายให้เหมาะสม ตามวัย 4.เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ความเครียด 5.เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ 6.เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวที่ ถูกต้องและเหมาะสม	แบบแผน ความเชื่อ ด้านสุขภาพ



สัปดาห์/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี
สัปดาห์ที่ 4 (S1) วันที่ 27 ม.ค.2555	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกระตุ้นเตือนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่รับผิดชอบ โดย อสม. 1 คน รับผิดชอบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4 – 5 คน ห่างกัน 2 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง		แรงสนับสนุนทางสังคม
สัปดาห์ที่ 6 (S2) วันที่ 3 ก.พ.2555	1.ออกเยี่ยมบ้านให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	
สัปดาห์ที่ 8 (S3) วันที่ 17 ก.พ.2555	2.ผู้วิจัยสังเกต การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นระยะๆ พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	2.เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้กระตุ้นเตือนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและได้รับความรู้เพิ่มเติม	
สัปดาห์ที่ 10 (S4) วันที่ 2 มี.ค.2555	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	เพื่อประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	แรงสนับสนุนทางสังคม
วันที่ 4 มี.ค.2555	เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม เพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	เพื่อประเมินผลการทดลองหลังดำเนินการตามกิจกรรม และสรุปผล	



ภาคผนวก ฉ
แผนการจัดกิจกรรม



แผนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 1

เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากจัดกิจกรรม ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีความสามารถในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. บอกความหมายของโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง
2. บอกสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง
3. บอกสาเหตุ อาการ การรักษา และวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 49 คน

เวลา

3 ชั่วโมง

สถานที่

วัดบ้านโนนทราย ตำบลสระแก้ว อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการและกิจกรรม

1. สร้างความสัมพันธ์ โดยแนะนำผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัยและให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง
- กิจกรรมสนทนาการ
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอนและกิจกรรมที่จะจัดขึ้น
 3. บรรยายให้ความรู้ โดยใช้ภาพพลิกเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการ การรักษาและวิธีการป้องกันโรค
4. แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 9 – 10 คนอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
 5. วิทยากรสรุป ผู้วิจัยอธิบายและแจกหนังสือคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 6. ประกวดคำขวัญรณรงค์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ส่งคำขวัญ กลุ่มละ 1 คำขวัญ ตัดสินโดยให้ผู้ป่วยยกมือ และมอบรางวัล(สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ยาสระผม)



สื่อและอุปกรณ์

1. ไมโครโฟน และเครื่องขยายเสียง จำนวน 1 ชุด
2. ภาพพลิควรรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
3. หนังสือคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผล

1. จากการสังเกตความสนใจในเนื้อหา ความตั้งใจในการซักถาม ของกลุ่มเป้าหมาย
2. จากการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มและการนำเสนอผลการสนทนา

กลุ่ม



แผนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 2
เรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- หลังจากจัดกิจกรรม ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีความสามารถระบุการรับรู้ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้
1. บอกอันตรายเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้
 2. บอกถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำได้
 3. บอกอุปสรรคในการรับรู้พฤติกรรมปฏิบัติตัวและการขอรับคำปรึกษาให้เกิดการช่วยเหลือได้ถูกต้อง

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 49 คน

เวลา

3 ชั่วโมง

สถานที่

วัดบ้านโนนทราย ตำบลสระแก้ว อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการและกิจกรรม

1. บรรยายให้ความรู้ โดยใช้สื่อรูปภาพ โปสเตอร์ ภาพพลิก เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2. เชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและสมัครใจมาเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยน ชักถามอาการของโรค ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง



สื่อและอุปกรณ์

1. ไมโครโฟน และเครื่องขยายเสียง จำนวน 1 ชุด
2. ภาพพลิกโรคหลอดเลือดสมอง
3. แผ่นพับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผล

1. จากการสังเกตความสนใจในเนื้อหา ความตั้งใจในการซักถาม ของกลุ่มเป้าหมาย
2. จากการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย
3. ความสนใจและตั้งใจฟังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย



แผนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 3

เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวในการรับประทานยาที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามวัย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด
5. เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
6. เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากจัดกิจกรรม ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีความสามารถในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. บอกประโยชน์ของการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
2. บอกถึงความสามารถของตนเองในการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
3. มีการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ได้ถูกต้อง

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 49 คน

เวลา

3 ชั่วโมง

สถานที่

วัดบ้านโนนทราย ตำบลสระแก้ว อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด



วิธีการและกิจกรรม

1. บรรยายให้ความรู้ในการรับประทานยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. บรรยายให้ความรู้ในการรับประทานอาหาร โดยแนะนำให้ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มรับประทานผัก ผลไม้ สาธิตอาหารเมนูสุขภาพ
3. สาธิตการออกกำลังกายแบบไม่พลอง และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตาม พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน
4. สาธิตการฝึกการหายใจ และนั่งสมาธิ เพื่อคลายความเครียด
5. บรรยายให้ความรู้ถึงโทษและภัยของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และบุหรี่
6. ผู้วิจัยสรุป และแนะนำการลงบันทึกการรับประทานอาหาร และการลงบันทึกการออกกำลังกาย

สื่อและอุปกรณ์

1. ไมโครโฟน และเครื่องขยายเสียง จำนวน 1 ชุด
2. ภาพพลิกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. ไม่พลองเพื่อใช้ออกกำลังกาย
4. ชุดสาธิตเมนูอาหารสุขภาพ
5. แบบบันทึกการรับประทานอาหาร และแบบบันทึกการออกกำลังกาย

การประเมินผล

1. จากการสังเกตความสนใจในเนื้อหา ความตั้งใจในการซักถาม ของกลุ่มเป้าหมาย
2. จากการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย
3. ความสนใจและตั้งใจในการฝึกปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมาย



ภาคผนวก ช
ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์



ตารางภาคผนวก ข-1 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์
ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่ แน่ใจ (0)	ไม่ ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
1.โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อป่วยแล้วทำให้เกิดความพิการ และมีโอกาสน้อยที่จะกลับมาเป็นปกติได้เหมือนเดิม	3	0	0	3	1.00
2.โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก	3	0	0	3	1.00
3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบในประเทศไทยโดยเฉลี่ยป่วยครั้งแรกในช่วงอายุ 25 – 50 ปี	3	0	0	3	1.00
4.โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และระดับไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3	0	0	3	1.00
5.การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารหวาน และความเครียด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3	0	0	3	1.00
6.อาการของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปวดศีรษะรุนแรง อย่างทันทีทันใดชา หรืออ่อนแรงที่หน้า แขนหรือขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด และพูดลำบาก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัดอย่างทันทีทันใด	3	0	0	3	1.00
7.โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ การสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้น และโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือเบาหวานและความดันโลหิตสูง	3	0	0	3	1.00
8.การที่ชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นการปฏิบัติตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2	1	0	2	0.67
9.การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ หยุดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ทุกวัน และตรวจวัดระดับความดันโลหิตสม่ำเสมออย่างน้อยปีละครั้ง	3	0	0	3	1.00



ตารางภาคผนวก ข-1 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่ แน่ใจ (0)	ไม่ ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
10.อาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทาน คือนึ่งปลากับลวกผัก	3	0	0	3	1.00
11.การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็มจัด เป็นการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3	0	0	3	1.00
12.การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากเกินไป จนทำให้อ้วน เป็นการปฏิบัติปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ที่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองได้	2	1	0	2	0.67

ตารางภาคผนวก ข-2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์
ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่ แน่ใจ (0)	ไม่ ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
1. โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เป็นสาเหตุเสี่ยงของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2	1	0	2	0.67
2. การรับประทานอาหารมากเกินไปจนทำให้อ้วน จะเพิ่ม โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3	0	0	3	1.00
3. ผู้ที่สูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่จากผู้อื่น จะมีโอกาสเสี่ยง เป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าปกติ 3 เท่า	3	0	0	3	1.00
4. อายุเฉลี่ยของผู้ที่เริ่มป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ใน ประเทศไทย คืออายุ 25 ปี	2	1	0	2	0.67
5. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า	3	0	0	3	1.00



ตารางภาคผนวก ช-2 (ต่อ)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่ แน่ใจ (0)	ไม่ ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
6. การรับประทานผักและผลไม้ อย่างน้อย 3 ทัพพีต่อวัน และการบริโภคเกลือให้น้อยกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3	0	0	3	1.00
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว	2	1	0	2	0.67
8. ผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องที่เป็นญาติสายตรง มีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้อีกเท่ากับคนอื่น	3	0	0	3	1.00
9. คนอ้วนและคนผอมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เท่ากัน	3	0	0	3	1.00
10. การผ่อนคลายความเครียด เช่น เข้าวัดนั่งสมาธิ สามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3	0	0	3	1.00
11. โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคของเวรกรรม	3	0	0	3	1.00
12. คนที่ชอบรับประทานอาหารหนึ่ง ต้มแกง จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูง	2	1	0	2	0.67
13. โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเกิดขึ้นกระจายทุกกลุ่มอายุเท่าๆกัน	3	0	0	3	1.00
14. อาการเลือดกำเดาไหลเป็นประจำ คืออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	3	0	0	3	1.00
15. ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงหรือเป็นแผลติดเชื้อที่ศีรษะ จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น	2	1	0	2	0.67



ตารางภาคผนวก ข-3 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่ แน่ใจ (0)	ไม่ ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
1.โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนไทย	3	0	0	3	1.00
2. เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้สูญเสีย ค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาและการดูแลระยะยาว	3	0	0	3	1.00
3. เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอาจจะส่งผลต่อ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ต่อความคิด ความรู้สึก ของสมาชิกแต่ละคน	2	1	0	2	0.67
4. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลานานก่อนที่จะ เกิดการเกิดโรคทำให้คนไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง	2	1	0	2	0.67
5. โดยส่วนใหญ่ผู้ที่หายป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง จะไม่พบภาวะแทรกซ้อนจนถึงพิการ จึงสามารถใช้ชีวิตได้ ตามปกติ	3	0	0	3	1.00
6. หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ลูก เกิดมามีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการด้านสมองด้วย	2	1	0	2	0.67
7. โรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้	3	0	0	3	1.00
8. ผู้ที่เคยหายป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง แล้วจะไม่ กลับมาป่วยซ้ำอีก	3	0	0	3	1.00
9. เมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วทำสูญเสีย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน	3	0	0	3	1.00
10. อายุเฉลี่ยของผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองใน ประเทศไทย อยู่ในช่วงอายุ 50 ปี	3	0	0	3	1.00
11. โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากหลอดเลือดแดงไปเลี้ยง สมองตีบ ตัน หรือแตก ถ้าไม่รีบรักษาเนื้อสมองจะตาย จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตได้	3	0	0	3	1.00
12. อาการป่วยเริ่มแรกของโรคหลอดเลือดสมองจะเป็น แบบช้าๆ และไม่รุนแรง ผู้ป่วยจึงมีเวลาสังเกตอาการก่อน ไปพบแพทย์	3	0	0	3	1.00



ตารางภาคผนวก ข-4 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์
ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
1. การรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้จำนวนน้อยๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	3	0	0	3	1.00
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายทุกประเภทเพราะจะทำให้หลอดเลือดในสมองแตกได้ง่าย	3	0	0	3	1.00
3. การทำจิตใจให้สงบ ไม่เครียดสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้	2	1	0	2	0.67
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคอื่นเพราะว่ามีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว	3	0	0	3	1.00
5. การรับประทานอาหารที่นิ่ง ต้ม แกง แทนการรับประทานอาหารประเภททอดๆ ทำให้ภาวะไขมันในเลือดลดลง	3	0	0	3	1.00
6. การหยุดสูบบุหรี่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ทันทีที่หยุดสูบบุหรี่	3	0	0	3	1.00
7. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะทำให้จิตใจผ่อนคลาย และช่วยลดภาวะเครียดได้	3	0	0	3	1.00
8. อาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ คือ อาหารที่มีเกลือ น้ำตาล ไขมันสูงและรับประทานผักและผลไม้ลดลง	2	1	0	2	0.67
9. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น อาหารประเภทถั่ว ข้าวซ้อมมือ เพราะย่อยยากจะทำให้ท้องผูก	3	0	0	3	1.00
10. การรับประทานยาสมุนไพรควบคู่กับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น	2	1	0	2	0.67
11. เมื่อมีอาการที่เป็นสัญญาณ ชา หรืออ่อนแรงที่หน้า แขน หรือขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีควรสังเกตอาการ 1-2 สัปดาห์ จึงไปพบแพทย์	2	1	0	2	0.67
12. การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ กระฉับกระเฉงในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	3	0	0	3	1.00
13. การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นเรื่องที่เสียเวลาและเสียเงิน	3	0	0	3	1.00



ตารางภาคผนวก ข-4 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
14. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลาในการทำงาน	3	0	0	3	1.00
15. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถออกกำลังกายได้ทุกชนิดได้เหมือนคนปกติทั่วไป	3	0	0	3	1.00

ตารางภาคผนวก ข-5 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในแบบสัมภาษณ์
ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
1. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า ไข่เค็ม ปูเค็ม	3	0	0	3	1.00
2. ท่านชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เกลือป่นลงในอาหารระหว่างการรับประทาน	3	0	0	3	1.00
3. ท่านชอบรับประทานขนมหวาน ขนมเค้ก ช็อกโกแลต ขนมใส่กะทิ ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ	3	0	0	3	1.00
4. ท่านชอบรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารที่ผัด หรือทอด เช่น กุ้งทอด ผัดไทย	3	0	0	3	1.00
5. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น	3	0	0	3	1.00
6. ท่านรับประทานผักและผลไม้ อย่างน้อย 3 ทศพี เป็นประจำทุกวัน	3	0	0	3	1.00
7. ท่านนอนไม่หลับ คิดมาก มีความเครียดเป็นประจำ	3	0	0	3	1.00
8. ท่านชอบอ่านหนังสือธรรมะ หรือเข้าวัดฟังธรรม นั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ	3	0	0	3	1.00
9. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ทำสวน ทำงาน บ้าน ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที	3	0	0	3	1.00
10. ท่านออกกำลังกาย ไม่น้อยกว่าวันละ 30 นาที	3	0	0	3	1.00
11. ท่านรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่เสมอ	3	0	0	3	1.00



ตารางภาคผนวก ช-5 (ต่อ)

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ				
	ตรง (1)	ไม่ แน่ใจ (0)	ไม่ ตรง (-1)	คะแนน	ค่า IOC
12. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด	3	0	0	3	1.00
13. ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำ	3	0	0	3	1.00
14. ท่านดื่มสุรา หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	3	0	0	3	1.00
15. เมื่อยาหมดมารับยาต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัด	3	0	0	3	1.00



ภาคผนวก ซ
ตัวอย่างภาพกิจกรรม





ภาพประกอบผนวก ซ-1 จัดกิจกรรมอบรม อสม. ก่อนดำเนินการวิจัย 1 สัปดาห์



ภาพประกอบผนวก ซ-2 อสม.เรียนรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากป้ายไวนิล



ภาพประกอบผนวก ซ-3 ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ภาพพลิก



ภาพประกอบผนวก ซ-4 แบ่งกลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น และอภิปรายกลุ่ม



ภาพประกอบผนวก ซ-5 เชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย



ภาพประกอบผนวก ซ-6 สาดิตเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ



ภาพประกอบผนวก ซ-7 อสม. พี่เลี้ยง เป็นผู้นำฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง



ภาพประกอบผนวก ซ-8 ผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย และ อสม.พี่เลี้ยง



ภาพประกอบผนวก ซ-9 สื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ภาพพลิก แผ่นซีดีฝึกปฏิบัติไม่พลง



ภาพประกอบผนวก ซ-10 แผ่นพับ โปสเตอร์ และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย



ภาพประกอบผนวก ซ-11 ป้ายไว้นิให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง



ภาพประกอบผนวก ซ-12 ปิดการอบรม



ภาพประกอบผนวก ซ-13 ทีม อสม.พี่เลี้ยงที่ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย



ภาพประกอบผนวก ซ-14 นิเทศติดตามเยี่ยม อสม. รายบุคคล สอบถามถึงปัญหาอุปสรรค และร่วมหาแนวทางแก้ไข



ภาคผนวก ฅ
ใบประกาศและตัวอย่างภาพกิจกรรมการนำเสนอผลงานวิจัย







ภาพประกอบผนวก ฅ-1 นำเสนอผลงานวิจัยระดับนานาชาติ ที่จังหวัดเชียงใหม่



ภาพประกอบผนวก ฅ-2 นำเสนอผลงานวิจัย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา



ภาพประกอบผนวก ฅ-3 ห้องย่อยประกวดการนำเสนอผลงานวิจัย



ภาพประกอบผนวก ฅ-4 เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัยพร้อมกับนิสิตแพทย์ และอาจารย์จากต่างประเทศ



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นายวัฒนศักดิ์ สุกใส
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2520
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2535 มัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนยโสธรพิทยาคม อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พ.ศ. 2538 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนยโสธรพิทยาคม อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2544 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สศ.บ.) วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2551 ปริญญารัฐศาสตรบัณฑิต (ร.บ.) วิชาเอกทฤษฎีและเทคนิคทางรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2552 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2555 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 45140
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	บ้านเลขที่ 198 หมู่ที่ 16 บ้านนาขม ตำบลแสนสุข อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 45140

