



รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

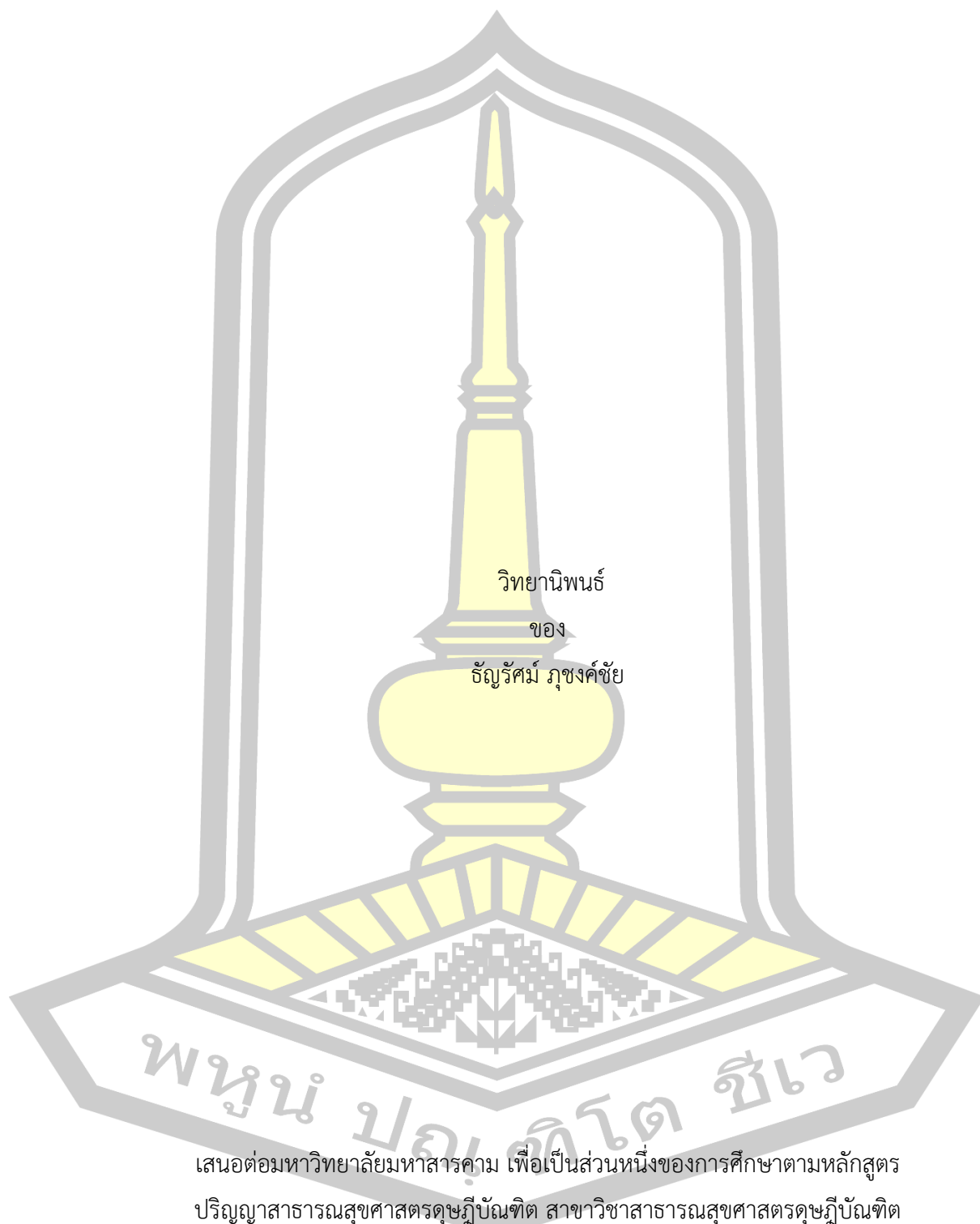
วิทยานิพนธ์
ของ
ธัญรัศม์ ภูงค์ชัย

พหุ ประจักษ์ วิเว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มีนาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



วิทยานิพนธ์
ของ
ธีรศักดิ์ ภูซังค์ชัย

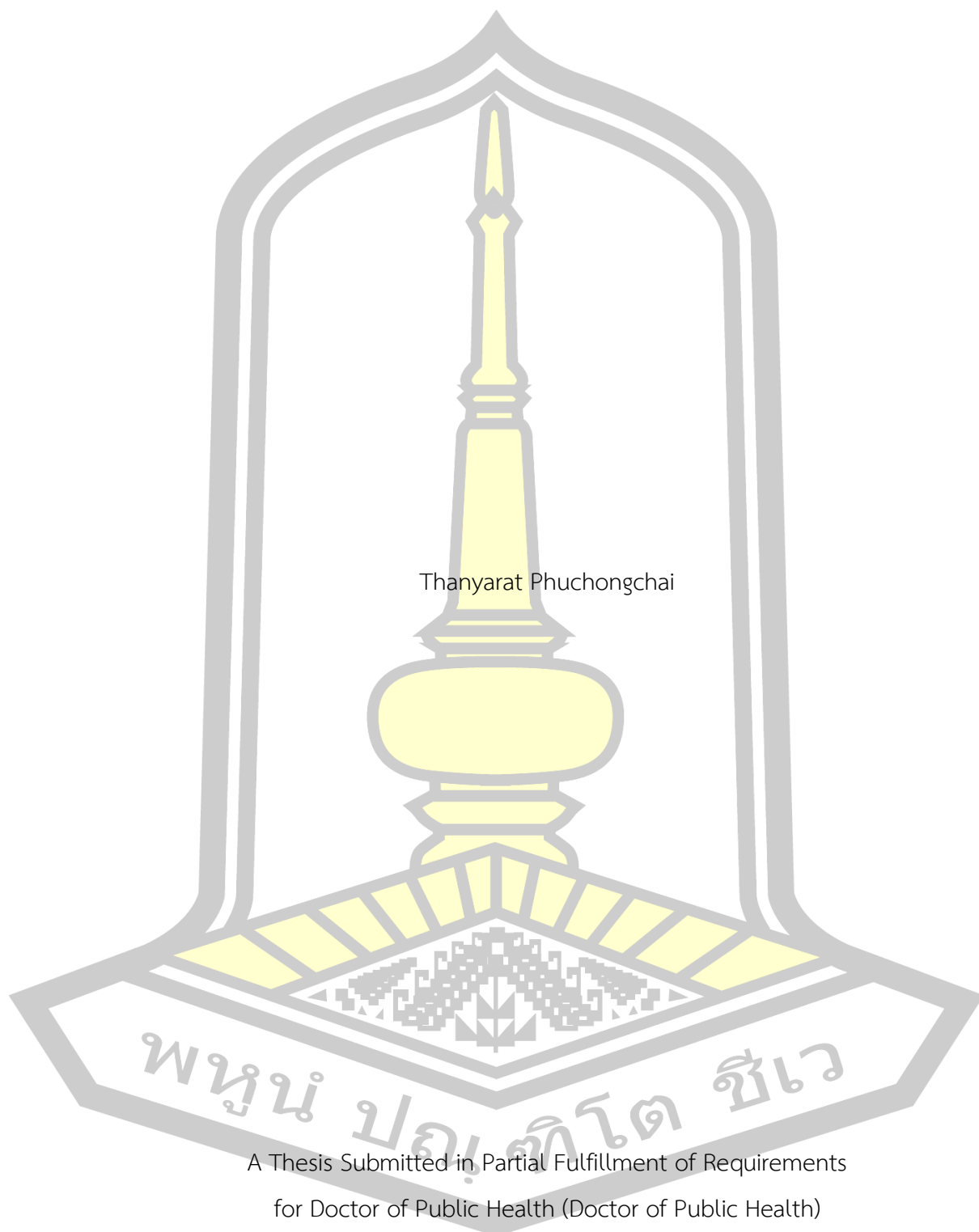
พูน บุญเกิด โชเว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มีนาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

A model for promoting stroke prevention behaviors among elderly with hypertension



Thanyarat Phuchongchai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

March 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ศศิธร ธนะภพ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. เฉลิมพร นามโยธา)

กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุณิรัตน์ ยิ่งยืน)

กรรมการ

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กิริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง		
ผู้วิจัย	ฉัญรัตน์ ภูงค์ชัย		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ ดร. เฉลิมพร นามโยธา		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

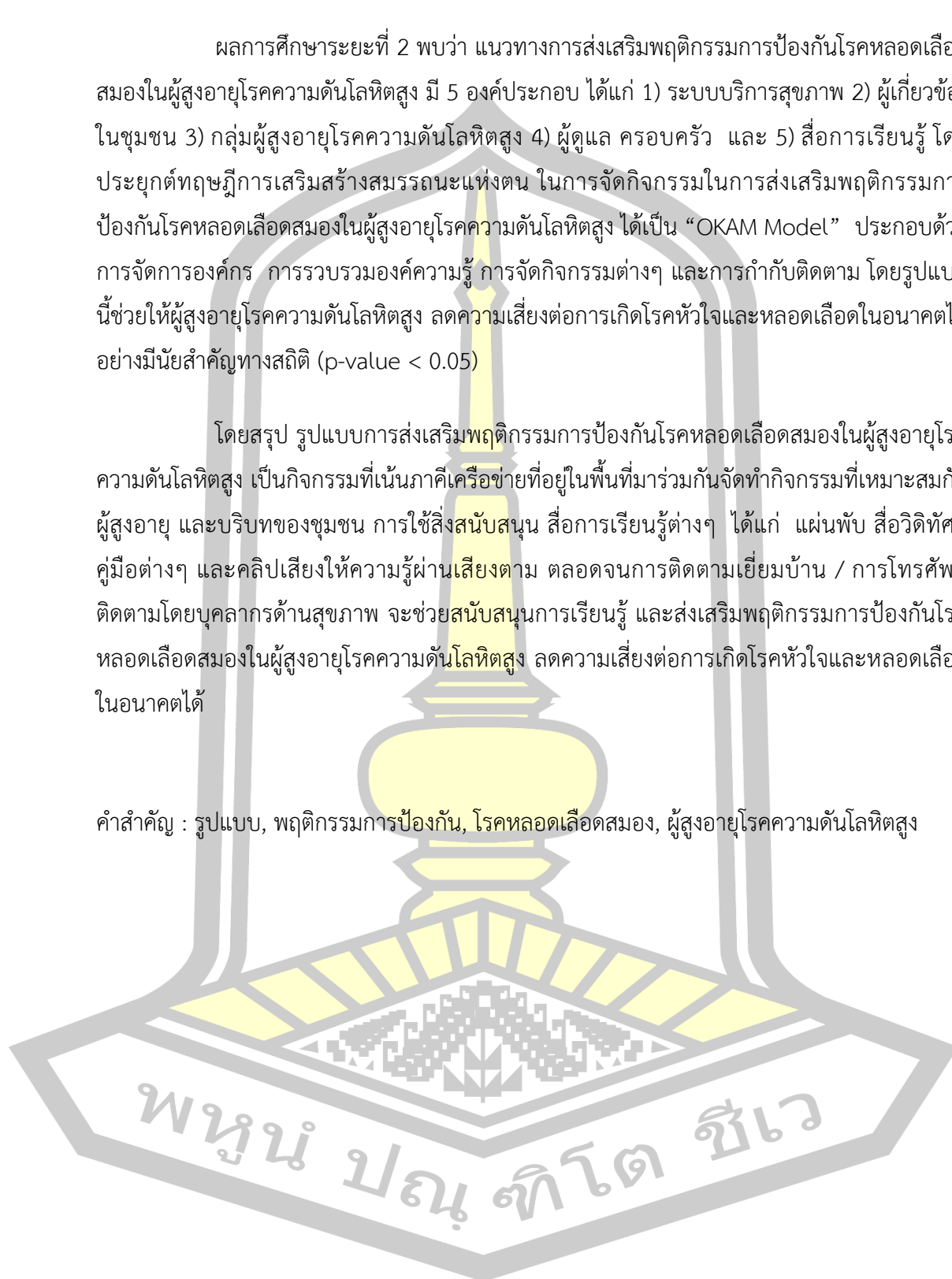
การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะช่วยลดอัตราการเกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิตได้ การวิจัยนี้เป็นแบบผสมผสานวิธี แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 460 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อสร้าง และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุข 2 คน สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล 10 คน ผู้นำชุมชน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 10 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้รูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย stepwise multiple linear regression, paired t-test และ independent t-test

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D. =0.29) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 54.0

ผลการศึกษาระยะที่ 2 พบว่า แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 3) กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 4) ผู้ดูแล ครอบครัว และ 5) สื่อการเรียนรู้ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้เป็น “OKAM Model” ประกอบด้วย การจัดการองค์กร การรวบรวมองค์ความรู้ การจัดกิจกรรมต่างๆ และการกำกับติดตาม โดยรูปแบบนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

โดยสรุป รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นกิจกรรมที่เน้นภาคีเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่มาร่วมกันจัดทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และบริบทของชุมชน การใช้สิ่งสนับสนุน สื่อการเรียนรู้ต่างๆ ได้แก่ แผ่นพับ สื่อวิดีโอ ค่มือต่างๆ และคลิปเสียงให้ความรู้ผ่านเสียงตาม ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้าน / การโทรศัพท์ติดตามโดยบุคลากรด้านสุขภาพ จะช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้

คำสำคัญ : รูปแบบ, พฤติกรรมป้องกันการ, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



TITLE	A model for promoting stroke prevention behaviors among elderly with hypertension		
AUTHOR	Thanyarat Phuchongchai		
ADVISORS	Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Chaloemporn Namyota , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

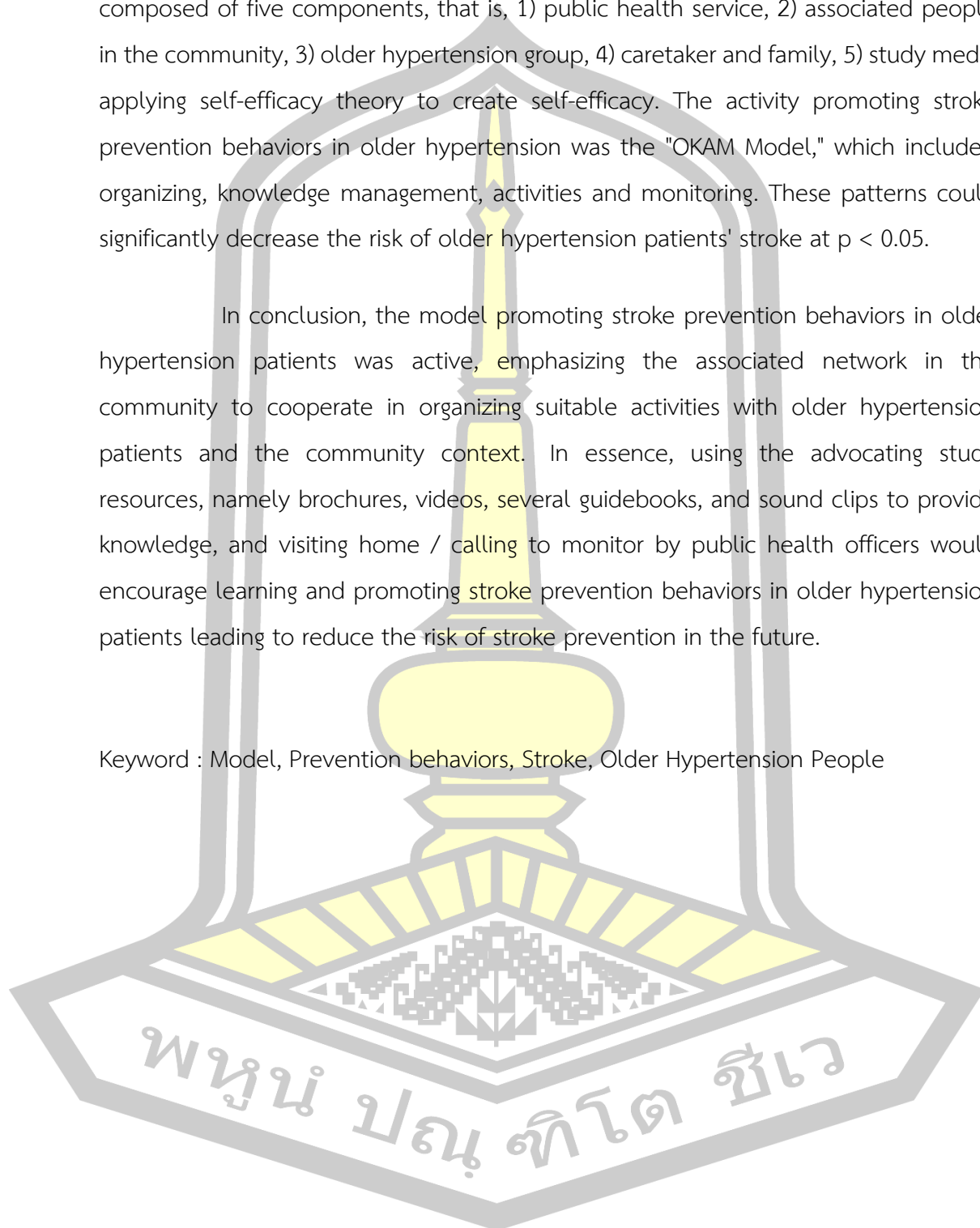
Preventing stroke in senior citizens with high blood pressure will reduce disability and mortality rates. The recent research was Mixed Method research with two phases. The first phase, cross-sectional research, investigated the factors influencing stroke prevention behaviors in older hypertension patients. The sample group consisted of 460 older hypertension patients, using multiple randomizing steps and data collection using the questionnaire. The second phase, action research, was to develop a prevention model for older hypertension patients' stroke. The Target group comprised 30 target samples, namely 2 public health officers, 10 family members or caretakers, 4 community leaders, 4 public health volunteers caring for older people, and 10 older hypertension patients. The target group, developed using the model, was 60 older hypertension patients, of whom 30 were in the treatment group and the other 30 were in the comparison group. Qualitative data was analyzed using content analysis, and quantitative data used statistic variables, i.e., frequency, percentage, mean, stepwise multiple regression, paired t-test and independent t-test.

As a result, in the study's first phase, stroke prevention behaviors in older hypertension patients had a moderate mean level of 3.64 (S.D. =0.29). The factors in self-efficacy, expected outcome, and social support from public health officers, friends, and media could cooperatively predict stroke prevention behaviors in older hypertension patients at 54 percent. For the second phase study, findings were that

conceptions in promoting stroke prevention behaviors in older hypertension patients composed of five components, that is, 1) public health service, 2) associated people in the community, 3) older hypertension group, 4) caretaker and family, 5) study media applying self-efficacy theory to create self-efficacy. The activity promoting stroke prevention behaviors in older hypertension was the "OKAM Model," which included organizing, knowledge management, activities and monitoring. These patterns could significantly decrease the risk of older hypertension patients' stroke at $p < 0.05$.

In conclusion, the model promoting stroke prevention behaviors in older hypertension patients was active, emphasizing the associated network in the community to cooperate in organizing suitable activities with older hypertension patients and the community context. In essence, using the advocating study resources, namely brochures, videos, several guidebooks, and sound clips to provide knowledge, and visiting home / calling to monitor by public health officers would encourage learning and promoting stroke prevention behaviors in older hypertension patients leading to reduce the risk of stroke prevention in the future.

Keyword : Model, Prevention behaviors, Stroke, Older Hypertension People



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยประเภทนิสิตบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2566 (เงินรายได้) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือให้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาในการดำเนินการวิจัย และการจัดทำวิทยานิพนธ์จากท่านรองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.เฉลิมพร นามโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นิสิตชาวซึ่งใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยรวมทั้งตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร คณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่อบรมสั่งสอน สร้างความพร้อมในการเรียนที่ดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ที่ให้คำแนะนำ และปรับแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเครื่องมือให้มีคุณภาพ และได้รูปแบบที่มีประสิทธิผล ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ช่วยเหลือและสนับสนุนอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้บริหารมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ส่งเสริมสนับสนุนเพื่อการศึกษาสำเร็จ และสิ่งสำคัญที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณทองคุณ สุขบัว บิดา คุณสมพร สุขบัว มารดา นายธันยภัทร ภูงศ์ชัย คู่สมรส และด.ช.กฤติชากร ภูงศ์ชัย บุตรของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ขอขอบคุณญาติมิตร รวมทั้งเพื่อนๆ และพี่น้องนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิตทุกคนที่คอยมอบกำลังใจที่ดีเสมอมา

คุณประโยชน์อันพึงมีจากงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องตอบแทนพระคุณ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือจนได้รับความสำเร็จในการศึกษาสมดังความมุ่งหมายทุกประการ

ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	8
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	9
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
2.2 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension).....	23
2.3 โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease).....	30
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	46
2.5 ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory).....	52
2.6 แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory).....	57
2.7 แนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	62

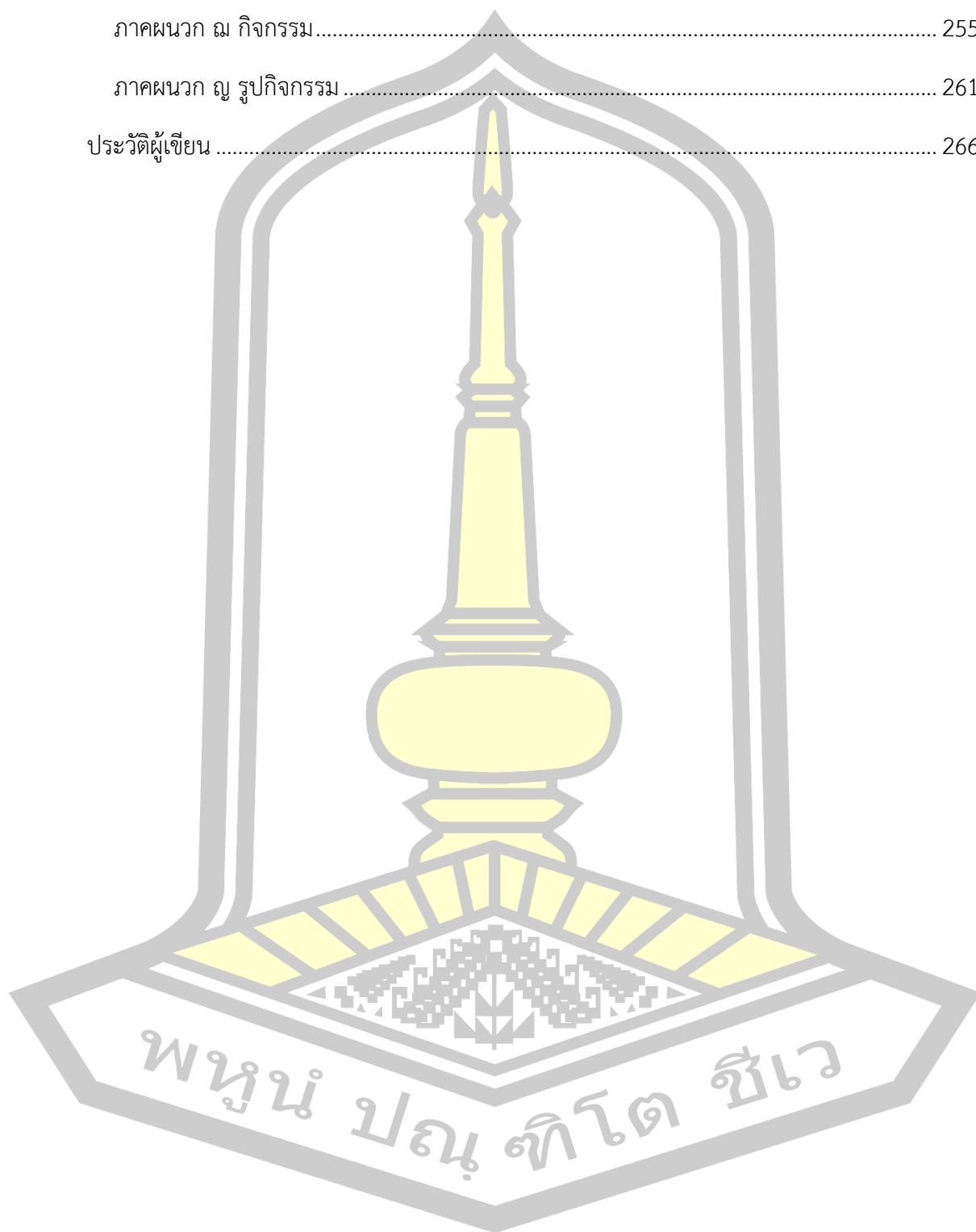
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	70
2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	87
3.1 การศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	88
3.2 การศึกษาในระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	99
3.3 จริยธรรมการวิจัย.....	110
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	111
4.1 การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	112
4.2 การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	130
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	168
5.1 สรุปผลการวิจัย	168
5.2 อภิปรายผล	173
5.3 ข้อเสนอแนะ	177
บรรณานุกรม	179
ภาคผนวก	193
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน.....	194
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล	197
ภาคผนวก ค รายงานผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	204
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงตรวจสอบเครื่องมือ	206
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล	212
ภาคผนวก ช คู่มือแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง	251

ภาคผนวก ซ คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง..... 253

ภาคผนวก ฉ กิจกรรม..... 255

ภาคผนวก ญ รูปกิจกรรม..... 261

ประวัติผู้เขียน..... 266



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.....	91
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=460).....	113
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (n=460).....	116
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=460).....	117
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง (n=460).....	117
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ (n=460).....	118
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=460).....	118
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (n=460).....	119
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (n=460).....	119
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข (n=460).....	120
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ (n=460).....	120
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน (n=460).....	121
ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=460).....	122

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=460).....	124
ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	127
ตารางที่ 16 ความแปรปรวนที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน.....	128
ตารางที่ 17 สัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (n=460).....	129
ตารางที่ 18 ระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายตำบล อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.....	131
ตารางที่ 19 ร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	139
ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	144
ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	148
ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	149
ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30).....	150
ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30).....	151
ตารางที่ 25 จำนวน และร้อยละ การควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	153
ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	154

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	155
ตารางที่ 28 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	157
ตารางที่ 29 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	158
ตารางที่ 30 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	160
ตารางที่ 31 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	162
ตารางที่ 32 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ.....	163
ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละ คำตอบถูกต้องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง รายข้อ (n=460).....	238
ตารางที่ 34 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายข้อ (n=460).....	240
ตารางที่ 35 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n=460).....	243
ตารางที่ 36 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รายข้อ (n=460).....	245
ตารางที่ 37 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการจัดการความเครียด รายข้อ (n=460).....	247

ตารางที่ 38 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย รายชื่อ (n=460)..... 248

ตารางที่ 39 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ รายชื่อ (n=460)..... 249

ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง รายชื่อ (n=460)..... 250



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้น53	
ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น .54	
ภาพที่ 3 กระบวนการทำงานเป็นเกลียวเคมีส67	
ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย87	
ภาพที่ 5 องค์ประกอบแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ 137	
ภาพที่ 6 วงจรปฏิบัติการ..... 164	
ภาพที่ 7 สรุปรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ..... 167	



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2020) รายงานว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 101 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่พบมากขึ้นตามอายุ และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 65 ปี สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2559-2563 เท่ากับ 48.13 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 52.80 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 399.88 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 487.56 ต่อแสนประชากร ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 68.3

ในปัจจุบันการเพิ่มของประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ในปี 2565 มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด และกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และ ในปี 2574 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนับสุดยอด (Super-Aged Society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่า 28 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2565) ผลจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุจะเกิดในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง จึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่นเกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงหากขาดการดูแลสุขภาพที่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง ป่วยเป็นอัมพาต หรือพิการได้ ส่งผลเสียต่อสุขภาพและเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาโรค (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565; นิราศ ศิริโรจนธรรมกุล, 2563) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความชุกสูงที่สุดในผู้สูงอายุ ในแต่ละปีประชากรทั่วโลกจะ

เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 8 ล้านคน สำหรับประชากรในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยปีพ.ศ. 2562 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ในเพศชายและหญิง พบร้อยละ 53.5 และ 56.2 ตามลำดับ และพบความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา แต่ยังคงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ถึงร้อยละ 30.6 (วิชัย เอกพลากร, 2564) สำหรับจังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี 2560 มีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 36.29 และเพิ่มเป็น 37.91 และ 42.02 ในปี 2562 และ ปี 2564 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ 39.96 เท่านั้น (งานสถิติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2564) หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และไม่ได้รับการดูแลรักษา จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา และที่ไต ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมองได้ (นิพพานัทร์ สินทร์พยัคฆ์ และคณะ, 2560; Rubio-Guerra et al., 2013) โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Aronow, 2020; กรรณิการ์ การิสรทรัพย์ และคณะ, 2562) ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกร เงียบ” (Silent killer) ผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ถึง 4-6 เท่า (Amarenco, 2020) จากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 พบว่า สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 57.2 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่เกิดในสมองมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือด และมีเลือดออกในสมอง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ซึ่งความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองโดยส่วนใหญ่จะมีอาการชา แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง เคลื่อนไหวไม่ได้ สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน และการมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ เกิดภาวะทุพพลภาพและความพิการขั้นรุนแรงจากการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดความพิการถาวร และ

เสียชีวิตลงได้ (ปราณี ทุ้ไพเราะ, 2558) และแม้ว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตมักมีความบกพร่องหรือมีความพิการของร่างกายตามมา ได้รับผลกระทบจากการเกิดความผิดปกติด้านการพูดและการสื่อสาร ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง สูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ขาดความเป็นอิสระ เกิดความบกพร่อง และการสูญเสียในด้านความรู้สึกนึกคิด ด้านสังคมและด้านความเป็นตัวเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นภาระแก่ครอบครัว และผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความเป็นอยู่ และสังคมของผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง รวมถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก (ณัฐกร นิลเนตร, 2562)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 โรคนี้อาจไม่มีอาการชัดเจนในระยะเริ่มแรก ทำให้ผู้ป่วยละเลยต่อการรักษา และควบคุมโรคให้ถูกต้อง ดังนั้น การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้ การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Primary Prevention) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำได้ 2 วิธี คือ การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน และควรมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้องครบทุกมื้อ และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

จากสถานการณ์ในจังหวัดชัยภูมิ พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2560 ถึงปี 2564 จำนวน 44.21 เพิ่มขึ้นเป็น 69.52 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.2560-2564 พบอัตราเท่ากับ 590 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 1,190 ต่อแสนประชากร และอัตราอุบัติใหม่โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ถึงปี 2564 พบอัตราเท่ากับ 21 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 30 ต่อแสนประชากร (กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ, 2565) อำเภอเมืองชัยภูมิ เป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมากที่สุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จากสถิติ พบอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองชัยภูมิสูงขึ้นทุกปี โดยปี 2561-2565 พบอัตราการตาย ร้อยละ 6.97, 7.88, 9.40, 9.50 และ 10.45 ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ 7 (แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยพบในกลุ่มผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 85 และมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด โดยพบในกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 68.81 และเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40.72 และผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 56.4 (งานสถิติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชัยภูมิ, 2565)

จากการศึกษาข้อมูลนาร่องในพื้นที่ (Pilot Study) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากการเยี่ยมบ้าน พบว่า สาเหตุของการโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ พบว่า จากภาวะความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้องมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง บางรายมีน้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งการมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น การหยุดยาเอง การลดหรือเพิ่มยาเอง เป็นต้น (ธัญรัตน์ ฤชงค์ชัย, 2565)

ดังนั้น การที่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค (ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยธิน แซ่ตัน, 2563; ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, 2561) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพและการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมได้ (ปรารธนา วัชรานุรักษ์, 2560; ดวงธิดา โสตาพรหม และศิริโชค วนรัตน์วิจิตร, 2564) ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ต้องได้รับการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นกับความสามารถของตนเอง ซึ่งทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะช่วยให้กลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ (ทีปภา แจ่มกระจ่าง และคณะ, 2560; ยุภาพร นาคกลิ้ง และคณะ, 2560; หนึ่งฤทัย สิงห์ทา และ พูลสุข หิงคานนท์, 2560)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่มีแนวโน้มของการเกิดเพิ่มมากขึ้น จึงควรได้รับการดูแล และแก้ปัญหาดังกล่าว การศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้การวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความเสี่ยง อัตราป่วย และอัตราความพิการ ตลอดจนอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุได้

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.3.2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.3.2.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.4 ขอบเขตการวิจัย

14.1 การศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2565 (งานสถิติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในรพ.สต.โคกสูง, รพ.สต.บ้านค่าย, รพ.สต.นาเสียว, รพ.สต.หนองนาแซง, รพ.สต.ห้วยบงเหนือ และรพ.สต.นาฝาย ที่มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน) สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3. ขอบเขตด้านสถานที่ รพ.สต.โคกสูง, รพ.สต.บ้านค่าย, รพ.สต.นาเสียว, รพ.สต.หนองนาแซง, รพ.สต.ห้วยบงเหนือ และรพ.สต.นาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

4. ขอบเขตด้านเวลา เดือนมกราคม – เมษายน 2566

14.2 การศึกษาในระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.ขอบเขตด้านเนื้อหา

ดำเนินการค้นหารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งดำเนินการในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR

2.ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2565 (งานสถิติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565)

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้แก่ พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน และกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน

2. กลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ที่มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน) สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3. ขอบเขตด้านสถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

4. ขอบเขตด้านเวลา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2566

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ปี และเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การจำและการระลึกได้ถึงสาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการของโรค การรักษาโรค และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ จนประสบความสำเร็จ หรือได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ และมีความเชื่อมั่นว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ โดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นสิ่งกระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการส่งเสริมจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นที่จะป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ตามนัด

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่กำหนดขึ้นจากปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แนวคิด ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.6.2 ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

1.6.3 ชุมชนและท้องถิ่นได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- 2.3 โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease)
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory)
- 2.6 แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
- 2.7 แนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิด

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปแต่ในทางปฏิบัติมีความแตกต่างระหว่างประเทศ กล่าวคือ กลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว แม้ส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดอย่างเป็นทางการหรือระบุชัดเจนทางกฎหมาย แต่มักถูกอ้างอิงหรือตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สำหรับในสหรัฐอเมริกาได้กำหนดว่า วัยเริ่มของผู้สูงอายุ (Young-old) คือผู้ที่มีอายุ 55-65 ปี ส่วนวัยที่เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (Old) คือวัย 65-75 ปี ส่วนผู้ที่เป็นผู้ชราอย่างแท้จริง (Old-old) คือ ผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยกำหนดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, 2563)

องค์การสหประชาชาติ ให้นิยามว่า ผู้สูงอายุ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด

สำหรับประเทศไทย มีการให้นิยามคำว่าผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 คือ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งปัจจุบัน ประเทศไทยได้กำหนดนิยามผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดย “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2565) ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2559) ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การกำหนดโดยจำนวนปี (Chronological age) ซึ่งนิยมใช้ในการกำหนดการเกษียณอายุและใช้เป็นเกณฑ์เรียกผู้สูงอายุ โดยประเทศไทยใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ 2552 ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ ผู้สูงอายุช่วงต้น (Young Old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ยังไม่ชราภาพ ยังทำงานได้ ถ้าสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี วัย 75 ปี ขึ้นไปจึงจะถือว่าเป็นวัยชราอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังสามารถให้ความหมายตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุวัยต้นอายุ (Early old age) 65 ถึง 74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle old age) อายุ 75 ถึง 84 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย (Late old age) อายุ 85 ปีขึ้นไป (Miller, 2004) ซึ่งมุมมองของการแบ่งตามกลุ่มอายุ หมายถึง เมื่อบุคคลอยู่ในช่วงสูงอายุหรืออายุมากขึ้น จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าความแข็งแรงลดลง และมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

2.1.2 ประเภทผู้สูงอายุ

สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีพลังสามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจกรรมทางสังคมได้ (Able elderly or successful aging) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 85 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่อ่อนแอและมีความเปราะบาง (Frail elderly) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง มีความเสี่ยงสูงในการดำรงชีวิตประจำวัน และต้องการการดูแลจากครอบครัวและทีมสุขภาพซึ่งระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจ จิตสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการและเป้าหมายในการดำเนินชีวิตทั้งนี้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยทางด้านร่างกายจิตสังคม (ศิริพร ชัมภลิจิตและ จุฬาลักษณ์ บาร์มี, 2555)

การแบ่งผู้สูงอายุตามสภาพร่างกาย เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น นักชราวิทยาแบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง (นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, 2563) คือ

1) ช่วงไม่ค่อยแก่ (The young - old) อายุประมาณ 60 - 69 ปี เป็นช่วงที่ต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ มีรายได้ลดลง การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง โดยทั่วไปยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง สำหรับบุคคลที่มีการศึกษารู้จักปรับตัว ยังเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมได้ทั้งครอบครัวและนอกครอบครัว

2) ช่วงแก่ปานกลาง (The middle aged old) อายุประมาณ 70 - 79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง

3) ช่วงแก่จริง (The old - old) อายุประมาณ 80 - 89 ปี ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุชั้นนี้ ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนคิดถึงอดีตมากขึ้น

4) ช่วงแก่จริง ๆ (The very old - old) อายุประมาณ 90-99 ปี ผู้ที่มีอายุยืนมีจำนวนค่อนข้างน้อยเป็นระยะที่มีปัญหาทางสุขภาพ ควรทำกิจกรรมที่ตนเองมีความสนใจ และต้องการทำเป็นระยะแห่งความสุขสงบ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552) คือ

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
- 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2559) ได้จำแนกประเภทผู้สูงอายุโดยใช้สุขภาพเป็นหลัก แบ่งได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มดีสังคม คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น สังคม ชุมชนได้จะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีแม้จะมีโรคประจำตัวก็สามารถควบคุมได้มีศักยภาพ เข้าสังคม ชมรม สมาคม ให้ความร่วมมือร่วมใจกับสังคมและชุมชนได้ดี
- 2) กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีโรคเรื้อรัง อาจจะมีพิการ/ ทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและดูแลสุขภาพต่อเนื่อง
- 3) กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

การประเมินเพื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ได้จัดทำการคัดกรองเพื่อประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับปรุงเพื่อความเหมาะสมในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพในบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวที่ครอบคลุมด้านสุขภาพจิตวิทยาสังคมการดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นการดูแลต่อเนื่องตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยได้ประยุกต์จากจากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และอยู่ตามลำพังได้ การจัดบริการมุ่งเน้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจรรโลงภาวะสุขภาพดี ให้คงอยู่ได้ตามอายุโดยอิสระ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องการผู้ช่วยเหลือ หรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน และต้องมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นกลุ่มที่ป่วย พิการ หรือทุพพลภาพ ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์เวชปฏิบัติฟื้นฟูรักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคม มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิง สัญชาติไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยจำแนกตามศักยภาพผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การมีชีวิตอยู่เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ระดับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมในระหว่างมีชีวิตอยู่มีความแตกต่างกันระหว่างบุคคลสูงมาก การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านยีน (Gene) สิ่งแวดล้อม อาหาร สุขภาพ ความเครียด แบบแผนการดำเนินชีวิต และปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย (Eliopoulos Charlotte, 2010)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไป พบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่ระดับเซลล์พื้นฐาน โดยจำนวนเซลล์จะค่อยๆ ลดจำนวนลง เหลือเซลล์ที่ยังทำงานได้น้อยลง มวลของร่างกาย (Lean body mass) ลดลง แต่เนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้น ไขมันของร่างกาย

ทั้งหมดเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับส่วนประกอบของร่างกาย ของแข็งในเซลล์และมวลกระดูกลดลง น้ำนอกเซลล์ยังคงที่ แต่ในน้ำในเซลล์ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการขาดน้ำได้ ผลที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุมักจะเริ่มสังเกตเห็นได้ เมื่อหลังอายุ 40 ปี ได้แก่ มีผมร่วงในเพศชาย ผมหงอกหรือมีรอยย่นตามผิวหนังทั้งสองเพศ ไขมันใต้ผิวหนังจะฝ่อลีบลง ทำให้เห็นร่องของกระดูกซี่โครงและกระดูกสะบัก เบ้าตา และรักแร้ได้ชัดเจน หูขยายยาวออกไป หนังตามีลักษณะเป็นถุงเพราะเนื้อเยื่อขาดความยืดหยุ่นทั่วร่างกาย ความหนาของรอยพับของผิวหนังบริเวณแขน และหลังมือลดลง เนื่องจากการสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งเป็นเหตุให้ฉนวนที่ปกคลุมร่างกายโดยธรรมชาติลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่ออากาศเย็น (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) ความสูงลดลงประมาณ 2 นิ้วเมื่ออายุ 80 ปี ร่างกายหดตัวลงเนื่องจากขาดน้ำ สูญเสียกระดูกอ่อน กระดูกสันหลังบางลง ทำให้กระดูกยาวซึ่งไม่หดสั้นลง ดูยาวไม่ได้สัดส่วนกับร่างกาย การที่สูงลดลงอาจมีสาเหตุมาจากกระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก และเข่าโค้งงอ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมักเกิดหลายระบบบอวยวะในเวลาเดียวกัน หากผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงมีหลายระบบ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) ดังนี้

1.1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังของผู้สูงอายุ มีลักษณะแห้งคันและแตกง่ายเนื่องจากต่อมไขมันทำงานน้อยลงเซลล์สร้างสีเมลานินไซโตมีจำนวนลดลงทำงานลดลงและกระจายตัวไม่สม่ำเสมอทำให้สีผิวจางลงบางตำแหน่ง แต่อาจมีรังควันตุสึน้ำตาหรือสีดำสะสมเป็นแห่งๆซึ่งมักพบบริเวณใบหน้าและหลังมือซึ่งเรียกว่าตกรกนอกจากนี้ความทนทานของผิวหนังต่ออุณหภูมิทั้งร้อนและเย็นลดลง การรับรู้ความเจ็บปวดผิวหนังลดลงมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดอันตรายต่อผิวหนังได้ง่าย

1.2) ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่าความแรงในการหดตัวและขนาดของกล้ามเนื้อลดลงทำให้เกิดอุบัติเหตุและหกล้มได้ง่ายเมื่อร่างกายเสียดุลมวลกระดูกลดลงเนื่องจากแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้พบโรคกระดูกพรุนและปัญหากระดูกหักเพิ่มขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังกร่อนและบางลงความยาวของกระดูกสันหลังลดลงกระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อบางลงความสามารถในการรับแรงกระแทกลดลงมีแคลเซียมมักออกมากขึ้นความยืดหยุ่นของกระดูกอ่อนลดลง

1.3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุพบว่าอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดลดลงและความสามารถทนทานต่อการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงลดลงการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงทำให้ Stroke Volume ลดลงและพบว่าผู้สูงอายุมีอาการวูบ หหมดสติ และภาวะหัวใจวายได้ง่ายนอกจากนี้ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่ามีปัญหารอคความดันโลหิตสูงเนื่องจากผนังหลอดเลือดแดงสูญเสียความยืดหยุ่นเนื่องจากมีแคลเซียมและไขมัน

เกาะภายในผนังหลอดเลือดแดงมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและพบว่าหลอดเลือดฝอยเปราะง่ายทำให้ผู้สูงอายุเกิดรอยพุด้ำง่าย

1.4) ระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินหายใจทำให้ผู้สูงอายุต้องออกแรงหายใจขณะพักมากกว่าผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่าพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง ผู้สูงอายุจึงมีอาการเหนื่อยง่าย นอกจากนี้กลไกการไอทำงานได้น้อยลง ทำให้มีเสมหะสะสมในปอดมากขึ้น

1.5) ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ฟันจะหัก ฟันเปราะ ฟันผุง่าย ไม่ค่อยมีฟัน ต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารลำบาก การกระหายน้ำลดลง ทำให้ลิ้นและปากแห้งเกิดการติดเชื้ในช่องปากง่ายขึ้น กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัว และทำงานลดลง ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดอาหารและหลอดลมได้ง่าย การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารที่อยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหิวบ่อยลง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาท้องอืดอาหารไม่ย่อย นอกจากนี้การไหลเวียนของระบบทางเดินอาหารลดลง ทำให้การดูดซึมสารอาหารบริเวณลำไส้ลดลง โดยเฉพาะวิตามินดีและแคลเซียมร่วมกับปัญหาช่องปากทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโภชนาการ

1.6) ระบบประสาท ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักรสมองลดลงจำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลงประสิทธิภาพในการทำงานของสมองน้อยลงปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำทำให้เกิดอุบัติเหตุง่าย ความกระตือรือร้นน้อยลงแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเวลานอนน้อยลงแต่เวลาตื่นมากขึ้นมีปัญหาสมรรถภาพความจำลดลงและสูญเสียความจำสิ่งใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดี

1.7) ระบบประสาทสัมผัส การมองเห็นบกพร่องหนังตาตกแก้วตาเริ่มขุ่นมัวเกิดต่อกระจกครอบกระจกตามีไขมันสะสมมากขึ้นเห็นเป็นวงสีขาวหรือสีเทา ลานสายตาแคบลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมความไวในการมองตามภาพลดลงสายตาวัยชราขึ้นมองภาพใกล้ไม่ชัดเจน การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุง่ายการผลิตน้ำตาลลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาต่าง ๆ หูตึงปัญหาหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงหูชั้นในลดลง เกิดการแข็งตัวมีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว การดมกลิ่นไม่ดีเนื่องจากการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกสูญเสียการรับรสเค็มและรสขม ขณะที่การรับรสหวานและรสเปรี้ยวยังคงปกติมีผลให้ผู้สูงอายุมักรับประทานอาหารรสเค็ม

1.8) ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาการติดเชื้อง่ายเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลงระบบ Cell-mediated immune Response เสื่อมลง ร่วมกับการสร้าง T-cell lymphocyte ลดลง ทำให้เกิด Reactivation ของไวรัส และงูสวัดในผู้สูงอายุได้บ่อยและพบว่าผู้สูงอายุอาจเกิดโรคมุมิแพ้แพ้ภูมิตัวเองมากขึ้น

1.9) ระบบขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่ายปัสสาวะในวัยสูงอายุพบว่าน้ำหนักและขนาดของไตลดลงอัตราการกรองของไตลดลงขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลงกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงดังนั้นภายหลังถ่ายปัสสาวะจึงมีปริมาณปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น สำหรับชายสูงอายุมักพบปัญหาต่อมลูกหมากโตเป็นผลทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากได้ ในผู้หญิงสูงอายุรังไข่จะฝ่อเล็กลงช่องคลอดแคบและสั้นลงรอยย่นและความยืดหยุ่นลดลงสารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลงและมีสภาพเป็นต่างมากขึ้นทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนเกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ส่วนการเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่ายอุจจาระพบว่าลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลงร่วมกับการทำกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาท้องผูกง่าย

1.10) ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมหมวกไตส่วนนอกผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุทนต่อภาวะเครียดได้น้อย ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินน้อยเป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาลลดลงตามอายุ เกิดโรคเบาหวานได้ง่ายนอกจากนี้ต่อมเพศทำงานลดลงในเพศหญิงรังไข่หยุดทำงานไม่หลั่งฮอร์โมนทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลง และสูญเสียหน้าที่ในเพศชายการหลั่งฮอร์โมนเพศชายจะค่อยๆ ลดลงทีละน้อย ทำให้ชายสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศน้อยกว่าเพศหญิง

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อจากงานที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายไปในทางเสื่อมลงตามวัยสุขภาพจิต เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกครอบครัว การออกหรือปัญหาจากสภาพแวดล้อมหรือบุคคลที่อยู่รอบข้าง เช่น ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นต้น มิลเลอร์ (Miller, 2004) กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตสังคมของผู้สูงอายุว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่

1. การเกษียณอายุจากงานที่เคยทำ ทำให้สถานภาพทางสังคมลดลง และสูญเสียซึ่งผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้โดยเฉพาะผู้ที่มียาได้ ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าจากการทำงาน

2. การย้ายที่อยู่จากที่เคยอยู่ประจำ ในผู้สูงอายุบางรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในครอบครัว เช่น สูญเสียคู่ชีวิตหรือเกิดการเจ็บป่วย อาจจะต้องมีการย้ายที่อยู่จากบ้าน

เกิดหรือที่อยู่เดิมไปอยู่ที่ใหม่ที่ใกล้ลูกหลาน ทำให้ต้องปรับตัวกับเพื่อนบ้านหรือวัฒนธรรมใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกว่าขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เคยมีอยู่เดิม

3. การเจ็บป่วยเรื้อรังและสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวในชีวิต ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุเมื่อส่วนใหญ่จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรือต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยก็ตาม แต่เมื่ออายุมากขึ้นเรื่อยๆ ความสามารถในการทำกิจกรรมดังกล่าวจะค่อยๆ ลดลงทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเกิดอันตรายได้ง่ายซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือวิตกกังวลได้ แยกตัวออกจากสังคมได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

4. การสูญเสียชีวิตหรือเพื่อนวัยเดียวกัน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว และเหงา

5.ทัศนคติไม่ดีต่อการสูงอายุ (Ageism) การปรับตัวที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ที่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุก็คือการยอมรับถึงการสูงอายุที่เกิดขึ้นในบางสังคมผู้สูงอายุรู้สึกว่าถูกลดสถานะทางสังคมหรือบางสังคมมีค่านิยมต่อวัยสูงอายุตนเองถูกลดคุณค่า

การเปลี่ยนแปลงนี้อาจได้รับอิทธิพลจากภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ปัจจัยด้านยีน การศึกษา กิจกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และสังคม ความบกพร่องของอวัยวะรับความรู้สึกจะเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และบุคคลอื่น ความรู้สึกไร้ค่า และการแยกตัวออก จะขัดขวางการทำหน้าที่อย่างเหมาะสมด้านจิตใจ จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจหลายประการ (Eliopoulos, 2010) ดังนี้

2.1 บุคลิกภาพ (Personality)

โดยปกติแล้วบุคลิกภาพไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุที่มีความเมตตาและอ่อนโยน ช่วงที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวก็จะมีลักษณะคล้ายๆ กัน บุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปต้องแยกจากกระบวนการของโรค ผู้สูงอายุที่มีลักษณะแข็งงวด (Rigidity) มักเป็นผลมาจากมีข้อจำกัดด้านร่างกาย และจิตใจ มากกว่าบุคลิกภาพเปลี่ยน การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้สูงอายุอาจเป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อตนเอง เช่น การเกษียณอายุ การเสียชีวิตของคู่ชีวิต การพึ่งตนเองไม่ได้ รายได้ลดลง และความพิการที่เกิดขึ้น ไม่มีชนิดของบุคลิกภาพใดที่สามารถนำไปใช้อธิบายสำหรับผู้สูงอายุทุกคนได้ ศีลธรรมจรรยา ทัศนคติ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีแนวโน้มมั่นคง ไม่เปลี่ยนแปลงไปตลอดชีวิต

2.2 ความจำ (Memory)

ความจำ หมายถึง กระบวนการเก็บข้อมูลและเอาข้อมูลออกมา ชนิดของความจำ ได้แก่ 1) ความจำระยะสั้น (Short-term memory) เป็นความจำที่จำได้ในช่วง 30 วินาที ถึง 30 นาที 2) ความจำระยะยาว (Long-term memory) เป็นความจำที่เกิดจากการเรียนรู้ มีการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นระยะเวลานาน 3) ความจำเกี่ยวกับความรู้สึก (Sensory memory) เป็นความจำที่ผ่าน

มาทางอวัยวะรับความรู้สึก ความจำนี้สิ้นสุดได้รวดเร็วมากเพียงสองสามวินาที ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับความจำในระยะสั้นบ้าง ส่วนความจำทันที และความจำระยะยาวยังปกติ แต่ความจำระยะยาวอาจช้าลง โดยเฉพาะข้อมูลที่ไม่ได้ใช้ในชีวิตประจำวัน ความบกพร่องในเรื่องความจำเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ มากกว่ากระบวนการสูงอายุ

2.3 สติปัญญา (Intelligence)

สติปัญญายังคงเดิม มักไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามอายุ ความสามารถในการเข้าใจ ภาษาพูด และการคำนวณเลขไม่เปลี่ยนแปลง สติปัญญาที่ตกผลึก (Crystallized intelligence) ที่มาจากสมองซีกเด่น (Dominant hemisphere) ยังคงมีตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ สติปัญญาดังกล่าวทำให้บุคคลนำ การเรียนรู้ และประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา ส่วนสติปัญญา (Fluid intelligence) ที่มาจากสมองซีกไม่เด่น (Nondominant hemisphere) ใช้สำหรับการควบคุมอารมณ์ เก็บข้อมูล (Retention of nonintellectual information) ความสามารถในการสร้างสรรค์ (Creative capacities) การรับรู้ตำแหน่ง (Spatial perception) และ การเห็นคุณค่าของสุนทรียศาสตร์ (Aesthetic appreciation) เหล่านี้ เชื่อว่ามีการเสื่อมถอยลงตามอายุ

2.4 การเรียนรู้ (Learning)

ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก มีปัจจัยอื่น ๆ ที่รบกวนความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงจูงใจ (motivation) ช่วงความสนใจ การส่งผ่านข้อมูลของสมองช้าลง ความบกพร่องในการรับรู้ และความเจ็บป่วย ในระยะแรกของการเรียนรู้ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการเรียนรู้ยากกว่าคนหนุ่มสาว แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นผู้สูงอายุจะสามารถเรียนรู้ได้ทัน การเรียนรู้จะเกิดอย่างดีที่สุดเมื่อข้อมูลที่เรียนรู้นั้น มีความสัมพันธ์กับข้อมูลที่เคยเรียนรู้มาแล้ว

2.5 ช่วงความสนใจ (Attention span)

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานที่ต้องใช้ความระมัดระวังได้ลดลง นั่นคือความสามารถที่ต้องให้ความสนใจที่เกิน 45 นาที โดยผู้สูงอายุจะถูกทำให้เสียสมาธิจากข้อมูลและสิ่งกระตุ้นที่ไม่เกี่ยวข้องได้ง่าย และความสามารถในการทำงานที่ซับซ้อนลดลง ต้องการการปฏิบัติควบคู่ไปด้วย

2.1.2 ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

1) ปัญหาทางกายและทางจิตใจ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

1.1) ความเสื่อมสภาพ ความเสื่อมสภาพในการทำงานของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอายุ สังเกตได้จากตาหูและกลไก การปรับอุณหภูมิในผู้สูงอายุ ความเสื่อมสภาพทางจิตหรือที่เรียกว่าโรคสมองเสื่อมในวัยชราสังเกตได้จาก การเสื่อมความทรงจำ ความเข้าใจ และความคิดสติปัญญา

ความเสื่อมของสายตา มักเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงตามอายุเช่น สายตาวัยชรา ต้อกระจก วัยชรา และต้อหิน ความเสื่อมของการได้ยินเป็นผลมาจากหูหนวกหูตึง การสูญเสียประสาทในหูชั้นในรูปหอยโข่ง และการสูญเสียสภาพยืดหยุ่นภายในหูชั้นใน ความเสื่อมสภาพของกลไก การปรับอุณหภูมิทำให้ผู้สูงอายุ ต้านทานต่ออุณหภูมิที่รุนแรงไม่ไหว ผิวหนังไวต่อความรู้สึกน้อยลง การไหลเวียนโลหิตลดลง ความหนาแน่นของต่อมเหงื่อลดลงและความสามารถในการรักษาสมดุลของเกลือและน้ำในผิวหนังลดลง

1.2) ความไม่มั่นคง การหกล้มเนื่องจากท่าทางที่ไม่มั่นคงเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่ความเสื่อมสภาพในการมองเห็นความเสื่อมสภาพในการทรงตัวความเสื่อมของฮอร์โมนกระดูกสันหลัง โรคกระดูกพรุน โรคข้อเสื่อม ความเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังบริเวณคอ โรคความดันโลหิตต่ำ ขณะเปลี่ยนอิริยาบถ โรคลมชักหรือลมบ้าหมู โรคพาร์กินสัน โรคระบบสมอง โรคระบบประสาทโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ เป็นต้น ความเสื่อมสภาพบริเวณกระดูกสันหลังคอ อาจนำไปสู่การล้มอย่างไม่มีสาเหตุเริ่มจากการเคลื่อนไหวบริเวณคอซึ่งทำให้เกิดรอยขีด และการอุดตันของหลอดเลือดแดงบริเวณกระดูกสันหลังเกิดการขาดเลือดบริเวณ สมองส่วนหลังส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ พื้นลื่น แสงสว่างไม่พอและการจัดบ้านที่ไม่เป็นระเบียบ

1.3) การกลั้นปัสสาวะ - อุจจาระไม่อยู่ การกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่เป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อาจมีหลายประเภท ทั้งการกลั้นเนื่องจากการไอ หัวเราะหรือการออกกำลังกาย การกลั้นปัสสาวะเรื้อรังจนเกิดการอุดตันในท่อปัสสาวะหรือต่อมลูกหมากโต การกระตุ้นให้เกิดการกลั้นไม่อยู่เนื่องจากการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะ หรือการกลั้นไม่อยู่จากการทำงานเนื่องจากอุปสรรคในการใช้หรือเข้าถึงห้องน้ำ การกลั้นอุจจาระมีความเกี่ยวข้องกับอาการหดแคบหรืออุดตันของลำไส้โดยตรง การใช้ยาถ่ายเหล่านี้ล้วนนำไปสู่ปัญหาเรื่องการกลั้นอุจจาระทั้งสิ้น การกลั้นอุจจาระทำให้เกิดการตัน ซึ่งในทางกลับกันอาจนำไปสู่ภาวะท้องร่วงที่เกิดจากการกลั้นอุจจาระได้

1.4) การเคลื่อนไหวไม่ได้ การเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุอาจถูกจำกัดเนื่องจากความอ่อนแอของกล้ามเนื้อที่เกิดจากการลีบฝ่อ หรือข้อต่อแข็งเกร็งเพราะเกิดการเสียดลจากโรคข้ออักเสบจากความบกพร่องในปฏิกิริยาสนองจับปล้นหรือความบกพร่องทางสายตา เนื่องจากต้อกระจกหรือต้อหินผู้ป่วยอาจเคลื่อนไหวไม่ได้ การนอนป่วยอยู่บนเตียงจุดสุดท้ายอาจเกิดแผลกดทับจากการนอนเตียง กล้ามเนื้อหดเกร็ง ภาวะหลอดเลือดมีลิ่มเลือด

1.5) ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะขาดสารอาหารก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และการเกิดความพิการแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ภาวะขาดสารอาหารจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ภาวะขาดโปรตีน

และพลังงานและภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาหกล้มง่าย ปัญหาอัลบูมินในเลือดต่ำ โลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง การทำงานด้านการคิดเชิงเหตุผลของสมองเสื่อมลง การหายของแผลช้าลง และทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ของยาได้ง่าย จากระบบอัลบูมินในเลือดต่ำ เป็นต้น สาเหตุของภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการทางสรีรวิทยา ของระบบทางเดินอาหาร อันเนื่องมาจากความชราภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม การสูญเสียความสามารถในการจัดหาหรือประกอบอาหารด้วยตนเอง ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ขาดความเกื้อหนุนทางสังคม ขาดความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และปัจจัยจากผลไม่พึงประสงค์ของยา ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร ง่วงซึม อิ่มเร็ว การรับรอาหารเสียไป มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องร่วงได้ง่าย

1.6) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จากการศึกษาระดับไขมันในเลือดของประชากรผู้สูงอายุพบว่า ระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์และ Low density lipoprotein (LDL) มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นขณะที่ High density lipoprotein (HDL) มีแนวโน้มที่จะลดลง ผลกระทบของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่สำคัญคือภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) พยาธิสภาพจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ โดยที่หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัว ตีบแคบลง และเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดบริเวณขาและเท้า สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเกิดจากวิธีการดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนกระทั่งถึงวัยผู้สูงอายุ โดยมีการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงการใช้พลังงานในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง และโรคอ้วน

1.7) ปัญหาการนอนหลับผู้สูงอายุ มักพบปัญหาในการเข้านอนหลับยาก หรือใช้เวลานานกว่าจะหลับได้หลับได้ไม่นาน ตื่นในช่วงกลางดึกหลายครั้ง ทำให้นอนหลับไม่ต่อเนื่องรู้สึกว่านอนไม่เต็มอิ่มคุณภาพการนอนไม่ดีหรือตื่นนอนเร็วเกินไป ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนเพลียไม่สดชื่น หลังตื่นนอน อารมณ์หงุดหงิด ความสามารถในการเรียนรู้ลดลงความคิดความจำและความสามารถในการตัดสินใจลดลงจากปัญหาการนอนหลับดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการพักผ่อนกลางวันเพิ่มขึ้น โดยระยะเวลาและจำนวนครั้งของการที่จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น สาเหตุของปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ มีดังนี้ การเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้การหลับลึกลดลง ทำให้ตื่นบ่อยขาดการออกกำลังกาย ความวิตกกังวล ภาวะไตเศร้าเสียใจ ความเครียด ขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องการพักผ่อนนอนหลับ ปัญหาการดำเนินของโรคเรื้อรังที่รบกวนจังหวะการนอนและการตื่น เช่น อาการปวดข้อและการลุกมาถ่ายปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นต้น

1.8) โรคกระดูกพรุน เป็นโรคที่ความแข็งแรงของกระดูกลดลง ร่วมกับการมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระดูก เป็นผลให้กระดูกสามารถรับน้ำหนักหรือแรงกดได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก เป็นผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะบริเวณกระดูกสันหลังสะโพกข้อมือและต้นแขนพบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี อุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุนพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากสูญเสียมวลกระดูกอย่างรวดเร็วในช่วง 5 ปีแรกหลังหมดประจำเดือน สาเหตุของโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุมีดังนี้ การลดลงของมวลกระดูกตามอายุที่เพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหวออกแรงลดลง มีผลทำให้ปริมาณมวลกระดูกลดลง การได้รับสารอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ การสูบบุหรี่ทำให้ฤทธิ์ของเอสโตรเจน ที่มีผลต่อมวลกระดูกลดลงและการดื่มกาแฟดำปริมาณมาก ทำให้มีการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะและลำไส้มากกว่า การดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย

1.9) โรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ นำไปสู่การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ของโรคระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง จอประสาทตาหนาตัวขึ้น และไตเสื่อมสภาพ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ได้แก่โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติความอ้วน การสูบบุหรี่ขาดการออกกำลังกาย การดื่มสุรารับประทานอาหารประเภทไขมันสูง การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไปจากการสูญเสียการรับรสเค็ม และการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง

1.10) โรคเบาหวาน โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ จอประสาทตา ไต เส้นประสาท หัวใจ และสมอง สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราทำให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น โดยที่การทำงานของเซลล์เบต้า และการหลั่งอินซูลินลดลงตามอายุที่มากขึ้น ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวออกแรงในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง และมีมวลกล้ามเนื้อลดลงส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตในการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรตปริมาณสูงรวมทั้ง สารที่มีปริมาณแคลอรีสูง ขาดการออกกำลังกายไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวและสัดส่วนร่างกายที่เหมาะสม และการรับประทานยาเบาหวานไม่ต่อเนื่อง

1.11) ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นชั่วคราวเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนแล้วหายไปถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ก็จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุทางด้านจิตใจสังคมและร่างกาย

ประกอบด้วย โรคต่าง ๆ ชนิดเรื้อรังและเฉียบพลันทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ประสิทธิภาพในการดำรงชีวิตลดลง และเกิดข้อจำกัดในการเข้าสังคม ชีวิตโดยลำพังทำให้รู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว การส่งเสริมอาชีพการงาน ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเอง และครอบครัวลดลงขาดการยอมรับจากสังคม ขาดการสังสรรค์ เข้าสมาคมกับเพื่อนฝูง ขาดการสนับสนุนจากสังคม และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ คู่ชีวิตญาติสนิท และเพื่อนรุ่นเดียวกัน ทำให้ต้องปรับตัวให้เข้ากับการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงที่ตามมา

1.12) ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถ ในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคม และยังก่อให้เกิดภาวะต่อครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีอาการทางพฤติกรรมที่ผิดปกติอาจก่อให้เกิดอันตราย หรือรบกวนผู้อื่นได้ผู้สูงอายุมีปัญหาความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืมง่าย พุดซ้ำ ถ้ามซ้ำ มีความผิดปกติ ในการทำงานที่ซับซ้อนเช่น การจ่ายใช้จ่ายเงิน การวางแผนทำงาน มีความผิดปกติของอารมณ์ และ บุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิด ก้าวร้าว และปัญหาทิศทาง และสิ่งแวดล้อม เช่น หลงทาง ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุร่วมกันระหว่างโรคอัลไซเมอร์และโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดภาวะสมองเสื่อม และสามารถป้องกันได้ ได้แก่ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย ภาวะขาดวิตามิน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า และภาวะสับสนเฉียบพลัน

2) ปัญหาทางสังคม (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

2.1) ความยากจน เป็นปัญหาทางสังคมเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชากรผู้สูงอายุ เมื่อระบบครอบครัวขยายแบบดั้งเดิมหายไป ผู้สูงอายุอาจต้องเผชิญกับความ เปลี่ยนแปลงในชีวิตด้วยความโดดเดี่ยวและซึมเศร้าโดยไม่มี ความแตกต่างกันมาก ระหว่างประเทศ เกษตรกรรมและประเทศอุตสาหกรรม ซึ่งประชากรสูงอายุน้อยกว่า 50 ต้องพึ่งเงินบำนาญและ ระบบประกันสังคมเท่านั้น ขณะที่ผู้สูงอายุในบ้าน ชนบทบางประเทศเช่นอินเดียต้องทำงานด้าน การเกษตรไปจนกว่าร่างกายจะไม่ไหว ในหลายประเทศผู้สูงอายุยังต้องทำงานทำโดยเฉพาะคนที่มีความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญ ประเทศที่พัฒนาแล้วเริ่มตระหนักว่าผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มี คุณค่า หากยังทำงานต่อไปก็จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจได้

2.2) รูปแบบการใช้ชีวิต รูปแบบการใช้ชีวิตมีอิทธิพลต่อระบบชีวภาพของ ร่างกายมนุษย์ในทุกวัยผลกระทบในทางตรงกันข้าม ของรูปแบบการใช้ชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพซึ่งอาจ สะสมมานานในปีนั้น จะส่งผลมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชราการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราจะเร่งให้เกิดความ ชราไวขึ้น การเสื่อมสภาพในการทำงานของหัวใจที่เกี่ยวข้องกับความชราจะเกิดเร็วขึ้นเมื่อสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จะทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพในบั้นปลายของชีวิต ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยอาจมี

ความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพที่จำกัดและตกหลุมพรางของการใช้ชีวิตในแบบที่ไม่ดีต่อสุขภาพง่าย ซึ่งทำให้เกิดความชราในทางชีวภาพเร็วขึ้น

2.3) ความแตกต่างทางเพศ ผู้หญิงมีโอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวมากกว่าผู้ชาย เพราะสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้หญิงมากขึ้น และผู้ชายเริ่มเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ มากขึ้นจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ และจากอาชีพที่เสี่ยงอันตราย อย่างไรก็ตาม ข้อดีทางชีวภาพของผู้หญิงอาจถูกชดเชยด้วยข้อเสียทางสังคมที่เกิดจากการเหยียดเพศ แม้แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วผู้หญิงที่ทำงานนอกบ้านตามปกติมีน้อยมากที่จะได้รับความช่วยเหลือด้านความรับผิดชอบในบ้านโดยเฉลี่ยแล้ว ผู้หญิงจะมีตำแหน่งหน้าที่ และรายได้น้อยกว่ารวมทั้งผลประโยชน์จากระบบบำนาญและการประกันสังคมก็น้อยกว่าด้วยอายุขัยของผู้หญิงที่ค่อนข้างสูงกว่าจึงต้องเจอกับอุปสรรคเหล่านี้ บางครั้งก็ต้องกลายเป็นหม้ายทั้งที่อายุยังน้อยและไม่พร้อมจะรับผิดชอบภาระทั้งหมดเองคนเดียว

2.4) ความโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุอาจประสบกับความบอบช้ำทางจิตใจสูญเสียความผูกพันกับคนในครอบครัวเพราะขาดการติดต่อคนรุ่นลูกหลาน อาจลืมไปว่าตนมีหน้าที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ จนอาจทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า ซึ่งแสดงออกทางกายโดยมีสาเหตุมาจากจิตเช่นอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง น้ำหนักลด ความผิดปกติด้านพฤติกรรม และร้ายแรงที่สุดอาจถึงขั้นวิตกกังวลและคิดฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้นหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ระบบประสาท ระบบประสาทสัมผัส ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ และระบบต่อมไร้ท่อ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพทั้งปัญหาทางกายและทางจิตใจ เช่น โรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน ปัญหาการนอนหลับ ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า และเกิดปัญหาทางสังคมด้วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีปัญหาด้านสุขภาพ ส่งผลให้ต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

2.2 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

2.2.1 ความหมาย

จากคำนิยามตามรายงาน ฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ด้านการป้องกันการค้นหา การประเมินผลและการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC VII) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้จำแนกระดับของความดันโลหิตออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะก่อนความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวหรือความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) อยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป 2562 ได้นิยามความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ White-coat hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็นปกติ (SBP < 140 มม.ปรอทและ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP ≥ 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 85 มม.ปรอท)

โดยการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุนั้น ใช้ค่าความดันโลหิตเหมือนในวัยผู้ใหญ่กล่าวคือ ค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดัน

ไตแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) แต่ค่าเป้าหมายของความดันโลหิตในการรักษานั้น จะแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป 2562 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กำหนดค่าเป้าหมายของระดับความดันโลหิตดังนี้ ในผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี ค่าเป้าหมายคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทและผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ค่าเป้าหมายคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท

2.2.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

ในผู้สูงอายุกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac output) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ได้แก่ ปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น และการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) ซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความสูงวัย คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุ มากขึ้น ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมี ไชมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น ผนังหลอดเลือดแดง จะหนาตัวขึ้น ทำให้มีความแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่น ลดลง และการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น โดยมัก เกิดร่วมกับการสะสมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความแข็งตัว มากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) ประกอบกับผนังหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก (Sympathetic and parasympathetic nervous system) ลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัว และคลายตัวลดลง และสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ หลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากกว่า ปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย (Bertoia ML., et al. 2011) ทั้งนี้ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานโซเดียมมากเกินไป การได้รับสารไขมันมาก โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรือการมีน้ำหนักเกิน และความเครียด โดยปัจจัย ร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดจากการมีโรคเรื้อรังหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจทำงาน เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติของค่าความดันซิสโตลิกเพียงอย่างเดียว

2.2.3 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ หรืออาการแสดงให้เห็น แต่มักตรวจพบด้วยความบังเอิญ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการปวดศีรษะหรือ

ทอยวงเวียน ศีรษะ ซึ่งมักเป็นหลังการตื่นนอน พอตอนสายอาการจะทุเลาลง ทั้งนี้อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงจะพบเมื่อค่าความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง โดยมักมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล ตามัว มองไม่เห็น เหนื่อยง่ายใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ผลกระทบเหล่านี้เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ซึ่งมีหลายประการดังนี้

1. ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atheroma) ปัจจัยเสี่ยงหลักที่เอื้อต่อการเกิดตะกรันที่ทำให้มีการแข็งตัว (Atheromatous plaque) ในหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน อายุที่มากขึ้น การสูบบุหรี่และประวัติครอบครัว ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทำให้ช่องภายใน หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้เกิดลิ่มเลือด (thrombosis) ทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุ ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดตะกรันแตก (Plaque rupture) มีการเกาะของผนังหลอดเลือดแดง ส่งผลให้มีเลือดออกในอวัยวะนั้นๆ ตามมา (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ กลไกที่โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อหัวใจเกิดจากการเพิ่มของการทำงานของ หัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular hypertrophy workload) เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เกี่ยวกับหัวใจ ดังนี้

- 2.1 ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด จากการที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการมีหินปูนและไขมันไปสะสมระหว่างหลอดเลือด การทำงานของเยื่อผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพลง มีความยืดหยุ่นลดลง โดยบริเวณพื้นผิวภายในหลอดเลือดมีการสะสมของไขมัน และสารอื่น ๆ ในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือด หนาขึ้น เกิดเป็นตะกรัน (Plaque) ทำให้หลอดเลือดตีบตัน (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ส่งผลให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina pectoris) หลังการออกกำลังกาย หรืออาจมีอาการปวดขาหลังจากเดินนาน ๆ และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเกิดจากการที่มีตะกรันไปเกาะผนังหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ ส่งผลให้ไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดโดยตะกรันจะปะสมไปเรื่อย ๆ จนทำให้ช่องภายในหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายกับมีของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวใจ หายใจเหนื่อยนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) หรือเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Heart attack) เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลัน โดยภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดหรือเกิดการแยกหรือแตกของตะกรัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง เจ็บใต้กระดูกชายโครงด้านซ้ายอาจเจ็บร้าวไปถึงขากรรไกรและแขนซ้าย มักเจ็บนานมากกว่า 30 นาที เมื่ออมยาใต้ลิ้น (ยากลุ่มไนเตรท สำหรับผู้ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด) อาการเจ็บจะไม่หายไป

2.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายล้มเหลวหรือตีบ และความดันโลหิตสูง โดยอาการที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับว่าหัวใจซีกใดล้มเหลว หากหัวใจซีกขวาล้มเหลว ก็จะทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าหัวใจซีกขวาได้อาจเกิดภาวะคั่งน้ำตามอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้ตับโต บวม น้ำ ทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ปวดท้อง เบื่ออาหาร ขาบวม ท้องบวม หากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว จะมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อาจมีเลือดคั่งในปอด ทำให้เกิดอาการเหนื่อย หอบ ไอเป็นเลือด นอนราบแล้ว หายใจไม่สะดวก หรือนอนแล้วต้องตื่นขึ้นมากลางดึก (Paroxysmal nocturnal dyspnea: PND)

2.3 ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aneurysm) คือ การที่มีแรงดันเลือดที่สูงมากระทบหลอดเลือดเป็น เวลานาน ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น มีการขยายและโป่งออก เกิดภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพอง ซึ่งตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง และในช่องอก อาจมีอาการจากการกดเบียดของหลอดเลือดต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น การกดเบียดหลอดลม ทำให้มี อาการหายใจลำบาก การกดเบียดหลอดอาหาร ทำให้มี อาการกลืนลำบาก การกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยง กล่องเสียง ทำให้มีอาการเสียงแหบ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

3. ภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาท โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งชนิดสมองขาดเลือดและชนิดเลือดออกในสมอง โดยความดันซิสโตลิกมีผลร้ายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าความดันไดแอสโตลิก การที่ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการพบตะกรันที่ทำให้ มีการแข็งตัวในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงทำให้โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นมากในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Kaplan & Victor, 2010) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาทพบได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ดังนี้

3.1 ชนิดเฉียบพลัน มักมีอาการแบบทันทีทันใด ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral thrombosis or infarction) เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดและออกซิเจน ซึ่งอาจเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงตีบ หรือลิ่มเลือดอุดตัน ที่มาจากหัวใจ (Embolism) 2) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral hemorrhage) โรคนี้เกิดจากการแตกของ หลอดเลือดแดง โดยเลือดที่ออกในสมองจะกลายเป็น ก้อนเลือด (Hematoma) ซึ่งจะขยายขนาดเพิ่มขึ้น เกิดการกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้น (Increase intracranial pressure) โดยจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และซึมลง และ 3) โรคสมองขาดเลือด ชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) ผู้ป่วยมักมี อาการผิดปกติอย่างทันทีทันใดทางระบบประสาท เช่นเดียวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

แต่อาการ จะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (สถาบันวิจัยและประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการ แพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

3.2 ชนิดเรื้อรัง ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (Vascular dementia) เป็นภาวะหลงลืมที่ เกิดจากหลอดเลือดสมอง ผิดปกติแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ซึ่งพบได้บ่อย รองจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) ซึ่งผู้ป่วย จะสูญเสียความทรงจำในกระบวนการรับรู้กระบวนการคิด การพูด และการเคลื่อนไหว เป็นต้น

4. ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา โรคความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ จอประสาทตา (Retinal artery) หนาตัวขึ้นเมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำ ก็จะกดเบียด หลอดเลือดดำที่จุดตัด และเมื่อเป็นมากขึ้น จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น ซึ่งอาการแสดงจะ สัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคมกกว่าระดับความดันโลหิต ส่วนอาการที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ได้แก่ การมีจุดเลือดออก จอประสาทตาขาดเลือดเนื่องจากการอุดตัน ของหลอดเลือด

5. ภาวะแทรกซ้อนที่ไต โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไตเสื่อมสภาพ มักพบบ่อยใน ผู้สูงอายุโดยความดัน โลหิตที่สูงผิดปกติจะทำลายหลอดเลือดภายในไต ทำให้ การทำงานของหน่วยไต (Glomerulus) เสื่อมลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ส่งผล ให้ไต เสื่อมสภาพถึงขั้นไตวายเรื้อรัง โดยอาการเริ่มแรก ของภาวะไตวายเรื้อรัง ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย ปัสสาวะ บ่อยในช่วงกลางคืน ขาบวม คลื่นไส้อาเจียน ซึมลง ส่วนภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-stage renal disease) จะตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว (Albumin) ตั้งแต่ 2+ ขึ้นไป และตรวจเลือดพบ ระดับ BUN และ creatinine สูง ทั้งนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่ไตสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรง (Benign hypertensive nephrosclerosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีความดันโลหิตที่สูงมากในช่วงเวลาสั้น ๆ ส่งผลให้เกิดการทำลายผนัง หลอดเลือด จะมีอาการปวดศีรษะ ตามืด สับสน ร่วมกับอาการของภาวะไตวาย เช่น ขาบวม ปัสสาวะออก น้อยลง

5.2 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (Malignant hypertensive nephrosclerosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการมีความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานาน ซึ่งมักมีความเสื่อมของอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย ไตมีความเสื่อม มากขึ้น โดยตรวจพบอาการบวม มีปัสสาวะออกน้อยลง มีการเพิ่มขึ้นของระดับ creatinine และไข่ขาวในปัสสาวะ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ก็จะกลายเป็นไตวาย ระยะ สุดท้าย ซึ่งระยะนี้จะมีอาการตัวบวม ขาบวม เหนื่อยหอบ สับสน ชัก ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้

2.2.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นการรักษา ร่วมกันระหว่างการรักษาโดยไม่ใช้ยากับการ รักษาโดยใช้ยา ซึ่งเป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อลดการทำลาย อวัยวะสำคัญ เช่น ไต หัวใจ สมอง ซึ่งจะ

ช่วยป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้กำหนด ค่าความดันโลหิตเป้าหมายในผู้สูงอายุในระดับที่แตกต่างกันตามอายุ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปีมีสุขภาพดี และมีค่าความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ให้ยาลดความดันโลหิตจนกระทั่งความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หากผู้ป่วยสามารถทานยาได้ดี

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีสุขภาพดี และมีค่าความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ให้ลดค่าความดันซิสโตลิกลงมาอยู่ระหว่าง 140-150 มิลลิเมตรปรอท

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (Life style modification) ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ คณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการป้องกัน การค้นหา การประเมินผล และการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นการรักษา เบื้องต้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดัน โลหิตสูงภายในระยะ 6 - 12 เดือนแรก ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. การลดน้ำหนัก (Weight reduction) การเพิ่ม ของน้ำหนักกระป๋องได้จากดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยพบว่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และระดับไขมันสะสมในร่างกาย ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การที่สามารถคงระดับ ดัชนีมวลกายให้อยู่ในช่วง 18.50-24.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะสามารถลดความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) และช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิต

2. การจำกัดปริมาณโซเดียม (Sodium restriction) ปริมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความไวต่อโซเดียม การควบคุมการนำเข้าของปริมาณโซเดียมในระดับปานกลาง คือ 2.30 กรัมของโซเดียม หรือเกลือ 6 กรัม โดยรับประทานอาหารที่มีโซเดียม น้อยกว่า 100 mmol ต่อวัน ส่งผลให้ความดันโลหิต ลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) ซึ่งจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Rhee et al., 2013) การลดการนำเข้าของปริมาณ โซเดียมสามารถลดจำนวนการใช้ยาลดความดันโลหิตและยังสามารถลดการขับโซเดียมออกจากร่างกายจากฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะได้

3. การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารไขมัน (Dietary fat modification) โดยการลดการรับประทาน อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนจำพวก ปลา ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง 2.50-3.00

มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ควรปฏิบัติตามหลักการบริโภค อาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง (Dietary approaches to stop hypertension: DASH) กล่าวคือ รับประทานอาหาร ที่เน้นผักและผลไม้ที่ให้แมกนีเซียม และโพแทสเซียมสูง นมและผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ แต่ให้แคลเซียมสูง และรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหาร โดยรับประทานผัก ผลไม้และเส้นใยอาหาร รวม 8-10 ส่วนต่อวัน [ผัก 1 ส่วน ได้แก่ ผักดิบประมาณ 2 ทัพพี (1 ถ้วยตวง) หรือผักสุก 1 ทัพพี (1/2 ถ้วยตวง) ผลไม้ 1 ส่วน ได้แก่ ผลไม้หั่น พอดีคำ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผล หรือผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2-4 ผล หรือผลไม้ที่วางเรียง ชั้นเดียวบนจานรองถ้วยกาแฟได้พอดี 1จาน] (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) รวมถึงควรรับประทานอาหาร ที่มีไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน ซึ่งจะส่งผลให้น้ำหนักลดลง สามารถลดความดันโลหิตได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบ แอโรบิคอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ต่อมใต้สมองหลังฮอว์โมน ออกซิโตซิน ส่งผลให้หลอดเลือดบีบตัวได้ดีขึ้น ความตึงตัวของหลอดเลือดลดลง มีการขยายตัวมากขึ้น ช่วยเพิ่มระดับไขมันดี (HDL-C) ได้ร้อยละ 4.60 และ สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ได้ร้อยละ 3.70 (National Heart Foundation of Australia: NPHA, 2006) จึงสามารถลดอัตราตายได้ทั้งนี้จะต้องเป็นการออกกำลังกาย ในระดับปานกลาง โดยในขณะที่ออกกำลังกายจะเพิ่ม การเผาผลาญ (Metabolic equivalents: METS) อย่างน้อยร้อยละ 40-60 ของความต้องการออกซิเจนสูงสุด (Thompson, P. D., et al., 2003) และต้องมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง วันละ 30-45 นาทีเป็นเวลา 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท

5. การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ (Alcohol restriction) การได้รับแอลกอฮอล์มากกว่า 1 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท จึงควรจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์โดยผู้ชายไม่ควรได้รับเกิน 2 ดริงค์ต่อวัน ส่วนผู้หญิงและผู้ที่มีน้ำหนักน้อย ไม่ควร ได้รับเกิน 1 ดริงค์ต่อวัน [1 ดริงค์เทียบเท่ากับ 44 มิลลิลิตร ของสุรา (40 เปอร์เซ็นต์), 355 มิลลิลิตร ของเบียร์ (5 เปอร์เซ็นต์), หรือ 148 มิลลิลิตร ของเหล้าองุ่น (12 เปอร์เซ็นต์)] ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Kaplan, N.M., et al., 2010)

6. การงดสูบบุหรี่ มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โดยสารนิโคตินในบุหรี่ จะส่งผลให้ ผนังหลอดเลือดแข็งมากขึ้น

7. การลดความเครียด รวมถึงการผ่อนคลายความเครียด และการลดความวิตกกังวล ซึ่งผู้สูงอายุสามารถบริหารจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองโดยวิธี ต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ

สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac output) เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากการสูงวัย ที่มีเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ระบบประสาทซึ่งพบได้ทั้งชนิดเรื้อรัง และชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ต้องรักษาร่วมกันระหว่างการใช้ยาและไม่ใช้ยาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหาควบคุมระดับความดันอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดการทำลายอวัยวะสำคัญ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคได้

2.3 โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease)

2.3.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ทำให้เกิดการขาดเลือดหรือมีเลือดออก พบได้บ่อยในวัยกลางคน วัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัดหรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (WHO, 2017)

ด้านสถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National institute of Neurological Disorders and Stroke) ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ว่าจะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นถาวรก็ได้

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

จากความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมองเกิดขึ้นทันทีทันใด ส่งผลให้มีอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง ได้แก่ วัยกลางคน วัยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัดหรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นต้น

2.3.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกตามลักษณะของพยาธิ สรีรวิทยา (Pathological classification) และจำแนกตามระยะเวลาของการดำเนินโรค (Clinical classification) ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

2.3.2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็น ภาวะที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombosis) สามารถเกิดได้ทั้งในเส้นเลือดขนาดเล็ก (Intracranial and extracranial arteries) และเส้นเลือดขนาดใหญ่ การอุดตันอาจเกิดได้จากทั้งเกร็ดเลือดและลิ่มเลือด (White and red thrombi) นอกจากนี้ยังพบการอุดตันของเส้นเลือดที่มีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดที่หลุดมาจากเนื้อเยื่ออื่น ๆ ของร่างกายเข้าไปล่องลอยในหลอดเลือดแล้วไปอุดตันหลอดเลือดสมอง เช่น ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณลิ้นหัวใจ และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Aorta) ส่งผลให้ Oxygen และ Glucose ไปเลี้ยงเนื้อสมองไม่เพียงพอ เป็นผลให้เนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงตายและก่อให้เกิด อาการผิดปกติทางระบบประสาท พบร้อยละ 85 ของโรคหลอดเลือดสมอง (เกรียงศักดิ์ ลัมพัสถาน, 2553) ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1) โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Thrombotic stroke) เป็นภาวะที่หลอดเลือดสมองถูกอุดตันจากลิ่มเลือด (Thrombi) ทั้งหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ มักจะสัมพันธ์กับการมีคราบไขมันมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด (Atherosclerotic plaque) และการมีความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นเวลานาน ก่อให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) โดยภาวะ หลอดเลือดแดงแข็งตัวจะทำให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองตีบแคบลง มีความยืดหยุ่น และมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อสมองได้อย่างเพียงพอ เมื่อเนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด เซลล์ประสาทสมองจะค่อยๆ ตายลง การตีบตันของหลอดเลือดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของร่างกาย โดยจะพบมากบริเวณหลอดเลือดแดงคอโรติดส่วนใน (Internal carotid artery) รองลงมา คือ หลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle cerebral artery) และระบบเลือดเวทโทโรบาซิลลา (Vertebrobasilar system)

1.2) โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Embolic stroke) เป็นภาวะเกิดจากวัตถุหรือลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด ซึ่งต้นกำเนิดของลิ่มเลือดดังกล่าวมักเกิดจากหัวใจ โดยส่วนมากจะพบชิ้นส่วนของลิ่มเลือดหรือเป็นชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบหลุดลอยมาอุดตันหลอดเลือดแดงในสมอง ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดอย่าง

ทันทีทันใด (Sudden onset) เซลล์ประสาทสมองจะค่อย ๆ ตายลงภายใน 6-8 ชั่วโมง นอกจากนี้ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดกั้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ เช่น ลิ่มเลือดจากปอด (Pulmonary thrombosis), สะเก็ด Atheroma จากหลอดเลือดแดงใหญ่, Lipid จากไขกระดูกเข้าสู่กระแสเลือด, และฟองอากาศ (Air embolism) เกิดจากก๊าซไนโตรเจนซึมออกจากเนื้อเยื่อเข้าสู่กระแสเลือดเป็นฟองอากาศที่อุดหลอดเลือด

2) โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ลักษณะพยาธิสภาพการแตกของหลอดเลือดสมองตามบริเวณที่เกิด สามารถได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.1) โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด มักเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ คือ ความดันเลือดสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอจนทำให้เกิดการฉีกขาดง่าย หรือเกิดการโป่งพองของหลอดเลือด เมื่อมีการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (Hematoma) เข้าไปกดเบียดแทนที่เนื้อสมองรอบ ๆ ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นบวมอักเสบและตาย ในกรณีถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง ทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด เนื้อสมองจะบวมมากจนกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง ส่งผลให้เกิดความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง และผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ลิ่มเลือดจะค่อย ๆ สลายจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งที่มีเลือดออกได้บ่อย ได้แก่ สมองส่วนทาลามัส (Thalamus), สมองส่วนเบซอล แกงเกลีย (Basal ganglia), กีบสมองของซีกีรีบรัลเฮมิสเฟียร์ (Cerebral hemisphere), สมองน้อยซีรีบรัม (Cerebellum) และสมองส่วนพอนส์ (Pons)

2.2) โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid (Subarachnoid Hemorrhage หรือ SHA) มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการแตกของผนังหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณก้านสมอง (Ruptured aneurysm) เมื่อผนังหลอดเลือดแตกออก จึงเกิดเลือดออกในสมองหรือส่วน ใต้เนื้อเยื่อชั้น อแรคนอยด์ของเยื่อหุ้มสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน และมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ สาเหตุการแตกของหลอดเลือดอาจเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ ศีรษะกระแทก และความดันโลหิตสูง (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

2.3.2.2 โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ (Anatomical - localization) อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดสมองที่เกิดการตีบหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด ได้แก่ กลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Carotid และกลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือด Vertebrobasilar โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1) โรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระยะเวลาของการดำเนินโรค (Clinical classification) โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกตามระยะเวลาของการดำเนินโรค หรืออีกนัยหนึ่งจำแนกตามลักษณะทางคลินิก ได้ดังต่อไปนี้

1.1) Transient Ischemic Attack หรือ TIA เป็นภาวะที่พบความผิดปกติของระบบประสาท เนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยภาวะนี้ส่วนใหญ่จะเกิดอาการและหายไปภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาทีและหายภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง อาการแสดงที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ อาการพูดไม่ชัด (Dysarthria) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เห็นภาพซ้อน ซากครึ่งซีกของร่างกาย และอาการเป็นลม (Syncope) เป็นต้น (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544)

1.2) Reversible Ischemic Neurological Deficit หรือ (RIND) เป็นภาวะที่คล้ายกับ Transient Ischemic Attack แต่ผู้ป่วยจะเกิดอาการแสดงผิดปกติเกิดขึ้นและคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และหายได้ปกติภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

2.2) Stroke In Evolution หรือ (SIE) เป็นภาวะที่พบความผิดปกติของระบบประสาทที่อาการแสดงเป็นมากขึ้นหรืออาการดำเนินไปเรื่อย ๆ สาเหตุเกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงกำลังขยายตัว อุดกั้นการไหลเวียนเลือดมากขึ้น

2.3) Complete stroke เป็นกลุ่มอาการแสดงเกิดขึ้นเต็มที่หรือคงที่แล้ว โดยอาการจะไม่รุนแรงมากกว่าเดิม

2.3.3 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ขาดเลือดจากการอุดตันหรือตีบแคบจะมีความแตกต่าง แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง (Location) บริเวณ (Area) ความรุนแรง (Severity) และหลอดเลือดเชื่อมโยง (Collateral circulation) ที่จะกล่าวต่อไปเป็นอาการและอาการแสดงแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งแบ่งได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Carotid และกลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Vertebrobasilar (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) กลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Carotid แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1) กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองส่วนหน้า (Anterior Cerebral Artery หรือ ACA) หลอดเลือดนี้จะส่งเลือดไปเลี้ยงผิวสมองด้านในของ Parietal lobe และ Frontal อาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความผิดปกติของตำแหน่งและขนาดของรอยโรคที่มีการขาดเลือด นอกจากนี้การอุดกั้นของหลอดเลือดนี้ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการขาอ่อนแรงมากกว่าแขน ปลายขาและเท้าอ่อนแรงมากกว่าต้นขา บริเวณหัวไหล่อ่อนแรงมากกว่าที่ปลายแขนและมือ ในผู้ป่วยบางรายขยับแขนและขาไม่ได้เมื่อผู้อื่นบอกให้ขยับ แต่จะขยับได้เองตามสัญชาตญาณ และพบว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1.2) กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองส่วนกลาง (Middle Cerebral Artery หรือ MCA) หลอดเลือดนี้จะส่งเลือดไปเลี้ยงเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ซึ่งบริเวณของหลอดเลือดสมองส่วนกลางถูกอุดกั้นอยู่ที่ก้าน (Stem) หรือที่เปลือกสมอง รวมทั้งแขนงใหญ่แต่ละแขนงมักจะเกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากหลอดเลือดอื่น จึงทำให้ส่วน Posterior limb ของ Internal capsule ขาดเลือดมาหล่อเลี้ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการจากความผิดปกติ คือ กล้ามเนื้อบริเวณ ใบหน้า อ่อนแรงครึ่งซีก แขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีก สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการชา กลืนลำบาก คบคุม การขยับถ่าย ไม่ได้ และมีความผิดปกติของการมองเห็นแบบลานสายตาแคบ ลงครึ่งหนึ่ง (Homonymous hemianopia) จะเกิดในด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการอุดกั้น นอกจากนี้ถ้าเกิดความผิดปกติของด้านสมองเด่น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยพูดไม่ได้ (Aphasia)

2) กลุ่มอาการเกิดจากพยาธิสภาพของระบบหลอดเลือด Vertebrobasilar แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1) กลุ่มอาการหลอดเลือดที่อยู่บริเวณก้านสมอง (Vertebrobasilar artery) หลอดเลือดนี้เป็นแขนงของเส้นเลือดใหญ่ (Subclavian artery) ได้ทอดตัวทอดผ่าน Foramen transversarium ของกระดูกสันหลังส่วนคอขึ้นมาถึงก้านสมองบริเวณส่วนต่อระหว่าง Medulla และ Pons จากนั้นหลอดเลือด Vertebral ทั้งด้านซ้ายและขวาจะมารวมกันเป็น Basilar artery ซึ่งระบบ นี้จะให้แขนงไปเลี้ยง ก้านสมองและสมองน้อย (Cerebellum) การอุดกั้นของหลอดเลือด Basilar ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทสมองซีกเดียวกันกับรอยโรคและร่างกายซีกตรงข้าม อ่อนแรง นอกจากนี้การอุดกั้นดังกล่าวทำให้มีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ อีก เช่น หนังตาตก พูดไม่ชัด (Dysarthria) กลืนลำบาก ตาดำกระตุก (Nystagmus) เสียงเปลี่ยน (Dysphonia) คลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการอ่อนแรงอย่างรุนแรง บางรายอาจถึงขั้นหมดสติ

2.2) กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองส่วนหลัง (Posterior Cerebral Artery หรือ PCA) หลอดเลือดนี้ทั้งสองข้างแตกแขนงแยกมาจากหลอดเลือด Basilar และส่งแขนงไปหล่อเลี้ยงสมองส่วน Thalamus, Occipital lobe, Temporal และ Lateral geniculate เมื่อมีการอุดกั้นของหลอดเลือด Posterior cerebral ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกได้น้อยลง (Hypoesthesia) หรือการรับรู้ความรู้สึกมากกว่าปกติ (Hyperesthesia) และการรับรู้ผิดปกติ (Dyesthesia) ทั้งผู้ป่วยยังสูญเสียความสามารถในการมองเห็น หรือการแยกสี ความสามารถในการอ่านลดลงโดยยังเขียนได้ และอาจสูญเสียความทรงจำ

2.3.4 การรักษา

การตัดสินใจเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาจากประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะอาการทางคลินิก ระยะของโรคที่เป็น ตลอดจนสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจมาประกอบ ในการตัดสินใจในการรักษาด้วยเสมอ โรคหลอดเลือดสมองเกิดได้จากหลายลักษณะ ขึ้นกับว่าเป็น

โรคสมองขาดเลือด หลอดเลือดในสมองแตก หรือสมองขาดเลือดชั่วคราว ก่อให้เกิดความรุนแรงต่อสมองแตกต่างกัน ส่งผลให้ความเร่งด่วนและรูปแบบ ในการรักษาแตกต่างกันด้วย โดยการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1) การดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน

1.1) การรักษาจำเพาะในโรคสมองขาดเลือด เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เนื้อสมองบางส่วนที่ขาดเลือดจะค่อย ๆ ตายไปในที่สุด บางส่วนขาดเลือดจนไม่สามารถทำงานได้ การให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 4-5 ชั่วโมง เพื่อแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ เนื้อสมองจะสามารถกลับมาทำงานได้อีก นอกจากนี้ ยังมีการให้ยา Aspirin ภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตันซ้ำในระยะเฉียบพลัน (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2560)

1.2) การรักษาจำเพาะในภาวะเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในโพรงน้ำสมอง (Hydrocephalus) ที่เกิดจากโพรงน้ำสมองอุดตัน (Ventricular obstruction) หรือผู้ป่วยมีก้อนเลือดเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดที่ผิดปกติ จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดออก และระวังไม่ให้เกิดการสูญเสียเนื้อสมอง (กิงแก้ว ปาจารย์, 2547) ซึ่งมีหลักฐานทางด้านการแพทย์ชัดเจน (Evidence based medicine) ว่าการผ่าตัดสามารถช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2560)

2) การดูแลรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วย การให้ยาป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการแก้ไขหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.3.5 ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมองไม่ว่าจะเป็นลักษณะการอุดตัน ตีบหรือแตก ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์ประสาทสมองตายหรือหยุดทำงาน การเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีความพิการที่เรียกว่า “อัมพาต” หลงเหลืออยู่ มีการสูญเสียการทรงตัวตามปกติ และเคลื่อนไหวลำบาก ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ (ณัฐกร นิลเนตร, 2562) ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง มักจะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงได้แก่ แขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ซักสูญเสียความรู้สึกสัมผัส การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติไป เป็นต้น เกิดภาวะความพิการทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีความผิดปกติของการพูด อ่าน เขียน ประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิด

อุบัติเหตุได้ง่าย บางรายที่ไม่สามารถขับเสมาหะได้ ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดการสำลักอาหารได้ง่ายไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เกิดแผลกดทับ ข้อติด มีภาวะติดเชื้ทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2560)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความบกพร่องทางด้านร่างกายย่อมส่งผลถึงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) ภาวะอารมณ์ไม่ปกติเป็นแบบสองขั้ว (Bipolar disorder) ปฏิกริยาโต้ตอบรุนแรง (Catastrophic reaction) เป็นต้น สำหรับด้าน สติปัญญาพบว่าถ้าเป็นในระยะยาวอาจทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ โรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดและตัดสินใจเองได้ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งอาจหัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ความพิการที่หลงเหลืออาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทบิดา มารดา สามีหรือภรรยาได้เช่นเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นตลอด ร่วมกับมีการสื่อสารบกพร่อง ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นให้เข้าใจตนเองได้ หรือพูดไม่ชัด ซึ่งอาจเกิดผลกระทบต่อครอบครัวในครอบครัว มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ทำให้ผู้ป่วยมองตนเองว่าไม่มีคุณค่า เกิดปัญหาด้านจิตใจ มีอาการโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากพูดคุยกับใคร เก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม นอกจากนี้เมื่อเกิดโรคแล้วมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพความพิการและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงจึงทำได้ยาก (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2560)

3) ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเนื่องจากมีความบกพร่องทางกายและจิตใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นหลังจากได้ออกจากโรงพยาบาล ความบกพร่องดังกล่าวอาจทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป และมีบทบาททางสังคมเพื่อนและสังคมการทำงานลดลงตามไปด้วย

4) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการความพิการ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทั่วไป ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือทำหน้าที่ได้ลดลงอาจกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงเกิดการสูญเสียรายได้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการรักษาค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษาและการดำรงชีวิตประจำวันผู้ป่วย บางรายอาจมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ผ้าอ้อม ที่นอนลมสำหรับป้องกันแผลกดทับ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ญาติผู้ดูแลอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวแล้ว ยังส่งผลต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก สูญเสียทรัพยากรทั้งด้านบุคคล และมูลค่าทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล (Wichai et al., 2015)

ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ ที่จะช่วยลดอัตราการเกิดความพิการ และอัตราการเสียชีวิต ลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

2.3.6 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยที่บุคคลปกติเมื่อได้รับสิ่งนั้นเวลานานพอสมควรจะทำให้โรคเกิดขึ้น (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง มีดังต่อไปนี้

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2017) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไว้ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง
2. เบาหวาน
3. ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
4. ประวัติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
6. ภาวะน้ำหนักเกิน
7. ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม
8. สูบบุหรี่
9. การบริโภคอาหาร
10. รายได้และการศึกษา

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

1. ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 4-6 เท่า โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

2. เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

3. ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg% และระดับไขมันชนิดดีหรือ High Density Lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 mg% ส่วนไขมันชนิด

ไม่ดีหรือ Low Density Lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100-130 mg% เพราะไขมันในเลือด มีโอกาสหลุดเป็นตะกรัน (Plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดง ไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด

4. ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

5. โรคหัวใจ เช่น โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากลิ้นเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจ อาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรคหัวใจชนิด Atrial fibrillation (AF) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 5 เท่าของ คนที่ไม่เป็น

6. Homocysteine สูง Homocysteine เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือด ค่าปกติประมาณ 5-15 micromoles per liter เนื่องจาก Homocysteine จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (Atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้ระดับ Homocysteine สูง ทำได้โดยให้รับประทานอาหารที่มี Folic acid และหรือรับประทานวิตามินบี 6 และ 12 เสริม

7. บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า

8. แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง

9. โคเคน แอมเฟตามีน (Amphetamines) และเฮโรอีน สารเสพติดดังกล่าวเป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือด ทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิตชีพจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

10. การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงและผู้ที่ยออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานประเภททอดหรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียวและผลไม้

11. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ภาวะเลือดหนืดข้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

1. อายุ ที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนอายุ 65 ปีขึ้นไปพบมากเป็น 3 เท่าของคนที่ยาุน้อย
2. เพศชาย พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับผู้หญิงที่มีประวัติ ไข้มาลาเรียกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าเพศชาย
3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาต จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป
4. เชื้อชาติ คนผิวดำ (African American) พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) ประมาณ 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำมีภาวะอ้วน เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มากกว่าคนผิวขาว จึงมีโอกาสเกิดโรคนี้น่ากว่า
5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 10 เท่า การรับประทานยาป้องกันเกล็ดเลือดจับกลุ่มกัน สามารถช่วยป้องกันโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

2.3.7 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ในรูปแบบของความรู้ ความเข้าใจ เรียกว่าพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ความรู้สึกริณีคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็นที่บุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective domain) และในรูปของการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor domain) (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) ได้กล่าวว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม คือ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และภาวะอ้วน

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้

1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมอย่าให้อ้วน การออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีการไหลเวียนโลหิตที่ดี การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายดี และยังช่วยลดความเครียด

2. งดสูบบุหรี่

3. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4. ตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

5. ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว ต้องมีการรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาหรือปรับยาเองโดยเด็ดขาด เช่น ผู้มีปัญหา Atrial fibrillation หรือ Carotid artery disease

6. ในกรณีที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันอยู่เดิมแล้ว แพทย์จะรักษาโดยการให้ รับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

7. รักษาความสะอาดของช่องปากไม่ให้เหงือกอักเสบ เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อ

8. ลดอาหารเค็ม อาหารประเภทไขมันทุกชนิด รวมทั้งอาหารประเภทแป้งและ

น้ำตาล

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2558) ได้อธิบายวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการลดความเสี่ยงและอันตรายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1. ควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยง

1.1 ไขมันในเลือดสูง จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าไขมันโคเลสเตอรอล

1.2 ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิต >140/90 มิลลิเมตรปรอท

วิธีการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอให้หนักปานกลาง เช่น เดิน 30-40 นาที

- ลดน้ำหนัก

- ลดการรับประทานอาหารเค็ม

- ควรรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ (Low fat diet)

- งดเครื่องดื่มประเภทเหล้า สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

- ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานยาลดความดันโลหิต

อย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์

1.3 เบาหวาน ควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรับประทานหรือฉีดยาเบาหวานหรือฉีดยาอินซูลินสม่ำเสมอ ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก รับประทานอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลให้น้อยลง (Cholesterol) และไขมันแอลดีแอล (LDL) ที่สูงจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ส่วนไขมันเอชดีแอล (HDL) เป็นไขมันที่ดี จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

- การควบคุมอาหารและรับประทานยา ควรมีระดับแอลดีแอลคลอเลสเตอรอลไม่เกิน 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ น้อยกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

- ควรดื่มน้ำสะอาดมากๆ เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง อาหารทะเล เช่น หอย ปลาหมึก

- น้ำมันที่ใช้ปรุงอาหารควรเป็นน้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น

1.4 การออกกำลังกาย จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การมีกิจวัตรประจำวัน ที่ได้ใช้กำลังและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยออกกำลังกายอย่าง น้อย 30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง น้ำหนักลดลง, ให้ร่างกายได้ใช้น้ำตาลในกระแสเลือดได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด, ช่วยทำให้สมรรถภาพ หัวใจดีขึ้น ควรออกกำลังกายตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล และไม่เป็นอันตราย โดยให้เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วขึ้นพอสมควร ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น ผู้สูงอายุควรเลือกวิธีการวิ่งเหยาะ โยคะ ปั่นจักรยาน เป็นต้น

1.5 ทำจิตใจให้แจ่มใส หลีกเลี่ยงความเครียด พักผ่อนให้เพียงพอ

1.6 การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจคัดกรองหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่เริ่มต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

1) ปัจจัยส่วนบุคคล หรือปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้ ได้แก่

เพศ ซึ่งพบว่าความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.06 เท่า (Peter et al., 2013) ซึ่งเพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าในเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า (สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 2.2 เท่า (Phutthawong et al., 2014) และพบว่าในกลุ่มประชาชนทั่วไป ในเพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงเป็น 1.67 เท่า ซึ่งเพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าใน

เพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า (สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

อายุ พบว่ายิ่งมีอายุมากขึ้นหลอดเลือดในร่างกายมีเปลี่ยนแปลง และอ่อนแอองทำ ให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 9 เท่า (95% CI; 9% to 10%) (Asplund, 2009)

ประวัติครอบครัว จากการซักประวัติที่ผ่านมาพบว่าคนในครอบครัวเคยเจ็บป่วย ด้วยโรคนี้มาก่อน จากการศึกษาวิจัยยืนยันว่า ประวัติดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง (เสกสรรค์ จวงจันทร์, 2558) ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมี ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติมาก่อน

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ปัจจัยเสี่ยงชนิดนี้เกิดจากการสะสมของพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพัฒนาเป็นโรคหลอดเลือด สมองตามมา ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุดและส่งผลกระทบมาก ที่สุดในการป้องกันโรคหลอดเลือด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงมากถึง 40.6 เท่าของคนปกติ (Benjamin, 2017) โดยภาวะดังกล่าวจะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น รูของหลอดเลือด แดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ พบมากที่บริเวณหลอดเลือด แดงส่วนกลาง (Middle cerebral arteries) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหากควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติโดยการให้ยาในกลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) ร่วมกับการปรับพฤติกรรม จะช่วยลดการ เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากกลุ่มเสี่ยงมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อาจพบโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งตีบและแตกได้ (Nidhinandana, Rattanakorn, Charnnorong, Muengthaweepongsa, & Tawannbut, 2558) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเพิ่มของค่าระดับความดันโลหิตล่าง 10 มิลลิเมตรปรอท ในเพศ ชายทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากถึงร้อยละ 28 (28%; 24% to 32%) และ ในเพศหญิง มีความเสี่ยงร้อยละ 25 (25%; 20% to 29%) (Asplund et al., 2009)

ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง เกิดจากไขมันชนิดเลว (LDL) ที่มาจากการเลือก รับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น ลักษณะอาหารที่มันจัด อาหารไขมันสูง ก่อให้เกิดภาวะอ้วน มักพบในพวกที่อ้วนแบบลงพุง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีค่า BMI มากกว่า 30 ขึ้นไปมีความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น 2 เท่าของคนปกติ (95% CI 1.48-2.71) ผู้ป่วยไขมันใน เลือดสูงจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องมีความเสี่ยงมากขึ้น 13.2 เท่า ของคนปกติ (95% CI, 3.5%-29.2%) (Benjamin, 2017) ซึ่งภาวะอ้วนเหล่านี้ทำให้เกิดไขมันสะสมบริเวณหลอดเลือด มี

ขนาดเล็กลงมีโอกาสสูงขึ้นที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและตีบตัน (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2552) ในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงไม่สามารถควบคุมได้และต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับไขมัน ซึ่งค่า Low-density lipoprotein cholesterol สูงกว่า 100 mg/dl สูงกว่า 100 mg/dl เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Hazard ratio per mmol/L) มากขึ้น

การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามที่กำหนดไม่ควรงดรับประทานยาเอง สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย ได้รายงานว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จนกว่าแพทย์จะบอกให้หยุด และการแจ้งให้แพทย์ ทราบถึงยาต่าง ๆ ที่รับประทานอยู่ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยามื้อละหลายเม็ด อาจรู้สึกเบื่อและหยุดยาเอง ซึ่งการหยุดรับประทานยานั้นจะเป็นผลเสียส่งผลทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นไปอีก และอาจสูงมากจนหลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ตามมาได้ (Wichai et al., 2015)

การออกกำลังกาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 17.8 เท่า (วิไลพร พุทธรังค์ และคณะ, 2557) การขาดการออกกำลังกายจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยมีโรคอ้วนและเกิด ความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ทำให้ไขมันดีลดลง (High Density Lipoprotein: HDL) เกิดการสะสมของไขมันชนิดไม่ดีที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (Low Density Lipoprotein: LDL) สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 50 (พรสวรรค์ คำทิพย์, 2556) และพบว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะมีผลให้ระดับไขมัน Low Density Lipoprotein (LDL) ลดลง และไขมัน High Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดแดงไม่เกิดการแข็งตัวช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Sarnowski et al., 2013)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บริโภคอาหารไม่เหมาะสมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 18.3 เท่า (วิไลพร พุทธรังค์ และคณะ, 2557) เนื่องจากอาหารรสเค็มมีโซเดียมสูงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงซึ่งมีคอเลสเตอรอลเป็นองค์ประกอบจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Sarnowski et al., 2013)

โรคเบาหวาน ทำให้มีโอกาสในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอุดตันของเส้นเลือดแดงใหญ่ในสมอง (อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, 2556) ผู้ป่วยโรคเบาหวานพบความเสี่ยงมากขึ้น 8.8 เท่าของคนปกติ (Benjamin, 2017)

โรคอ้วน หรือภาวะอ้วนลงพุง โดยปกติดัชนีมวลกายที่เหมาะสมสำหรับคนไทย ควร มีค่าระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข, 2560) แต่เพศชายที่มีขนาดรอบเอว และรอบสะโพกมากกว่าปกติหรือ มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีความรอบเอวและรอบสะโพกปกติในกลุ่มอายุเดียวกันถึง 2.3 เท่าและพบว่า ผู้หญิงอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 11 กิโลกรัม แต่ไม่ถึง 20 กิโลกรัม จะมีโอกาสเสี่ยง เพิ่มขึ้น 1.7 เท่า ของบุคคลที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 กิโลกรัม และถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินกว่า 20 กิโลกรัมขึ้นไป จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า ของบุคคลที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 กิโลกรัม ซึ่งอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีภาวะอ้วนมักจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นด้วย (สุภา เกตุสถิต, 2554)

การสูบบุหรี่ อาจก่อให้เกิดความอ่อนแอของผนังหลอดเลือด อาจทำให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (ศิรินาถ ตงศิริ, 2556) การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้น 13.7 เท่าของคนปกติ (95% CI, 4.8%–22.3%) และนอกจากนี้ พบว่าปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวันมากกว่า 40 มวนต่อวันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงถึง 2 เท่าของผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน และสูงกว่าคนไม่สูบบุหรี่ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

การดื่มสุรา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งภาวะเลือดออกในสมองและภาวะเนื้อสมองขาดเลือด (วิไลพร พุทธรังค์ และคณะ, 2557) และการดื่มสุรา ในปริมาณที่มากเป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 7.6 เท่า (Satirapanya , Sathiranya, & TraiChan, 2014)และในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุรา 17.09 เท่า เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นในการเกิดเส้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมอง

ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากขณะเครียดร่างกายจะสูบน้ำตาลไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูงควรระมัดระวังเนื่องจากอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการแตกของหลอดเลือดได้ (เสกสรรค์ จวงจันทร์, 2558)

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี เป็น 4.55 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกๆ มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ อย่าง เช่น การปรับยาหรือวิธีการรักษาที่เหมาะสม การปรับตัวยอมรับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรักษาที่ถูกต้อง ส่วนบุคคลปฏิบัติสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งขาด ไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งขาด

การออกกำลังกาย รับประทานอาหาร รสหวานจัด มันจัดเค็มจัด มีความเครียด ความวิตกกังวล จนส่งผลกระทบต่อจิตใจซึ่งส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น (ณัฐกร นิลเนตร และคณะ, 2561)

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น กลุ่มบุคคลที่ถือเป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถจัดการได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นสาเหตุหลักที่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.8 อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke warning signs) คือ อาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราวจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้น ๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5 นาที และหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง มักมีสาเหตุมาจากการมีสิ่งอุดตัน (Emboli) หลุดลอยออกไปจากหัวใจและหลอดเลือดไปอุดตันของหลอดเลือดสมองหรือเกิดจากหลอดเลือดที่ตีบตัน (Thrombosis) ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณสมองไม่เพียงพอและเวลาต่อมาอาจมีการไหลของเลือดผ่านหลอดเลือดที่ตีบแคบนั้นได้ ซึ่งมีลักษณะคล้ายภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA) ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองสามารถพบอาการได้หลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ความรุนแรง และระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือได้รับความเสียหาย โดยอาการที่พบบ่อย (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2556) มีดังนี้

- 1) อาการชาหรืออ่อนแรงของแขน-ขา หรือหน้าซีกใดซีกหนึ่งที่ทันใด
- 2) สับสน พูดลำบาก มีปัญหาการพูดหรือพูดไม่เข้าใจทันทีทันใด
- 3) มีปัญหาการมองเห็น ตามัว หนึ่งหรือทั้งสองข้างทันทีทันใด
- 4) มีปัญหาด้านการเดิน มึนงง สูญเสียการทรงตัวในการยืนทันทีทันใด
- 5) ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน

ในปัจจุบันใช้ตัวอักษรย่อ FAST เพื่อสื่อความหมายให้ประชาชนเข้าใจง่ายในการเฝ้าระวัง โดยมีความหมาย (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2556) ดังนี้

ใช้ตัวย่อช่วยจำ “F.A.S.T.” มาจาก

- | | |
|----------------|--|
| F = Face palsy | อาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง ปากเบี้ยว |
| A = Arm drip | อาการอ่อนแรงของแขน-ขา ซีกใดซีกหนึ่ง |
| S = Speech | อาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด |
| T = Time | รู้เวลาที่เกิดอาการผิดปกติ |

อาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง คือ สมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ที่มีประสบการณ์ของสมองขาดเลือดชั่วคราวพบถึง 1 ใน 3 ที่นำไปสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แขนขาชาอ่อนแรง สับสนพูดไม่ชัด มีระยะเวลาเกิดขึ้นประมาณ 2-3 นาที ซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญ หากมีอาการข้างต้นแม้เพียงอาการเดียว จะต้องรีบไปโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด เนื่องจากพบว่าในระยะนี้ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วภายในเวลา 4 ชั่วโมง และหากได้รับการรักษาเร็วเท่าใดก็จะสามารถช่วยรักษาชีวิตและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะพิการได้มากเท่านั้น

สรุป โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิต หรือหากรอดชีวิตก็อาจกลายเป็นผู้พิการได้ ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) และภาวะเลือดออกในสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งการเข้ารับการรักษาที่รวดเร็วจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะพิการได้ หากพบอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยลดอันตรายจากโรคได้

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.4.1 พฤติกรรม (Behavior)

พฤติกรรม (Behavior) เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลแสดงออกโดยผู้อื่นอาจเห็นได้ เช่น การยิ้ม การเดิน หรือผู้อื่นอาจเห็นได้ยากและจำเป็นต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น การเต้นของหัวใจ พฤติกรรมทุกอย่างที่บุคคลแสดงออกมานั้น มีผลมาจากทางเลือกปฏิกิริยาตอบสนองที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดตามสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ จะมีพื้นฐานมาจากความรู้ และทัศนคติที่คอยผลักดันให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งแต่ละคนจะมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไป เนื่องจากได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ไม่เท่ากัน มีการตีความสารที่รับมาไปคนละทิศคนละทาง ทำให้เกิดการเรียนรู้ และการสั่งสมประสบการณ์ในเรื่องความรู้ที่ไม่เท่ากัน

ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรมเป็นกระบวนการของการปรับเปลี่ยนการกระทำของตัวเองให้ไปสู่ภาวะที่ดีกว่าและเป็นที่ต้องการมากกว่า ซึ่งความหมายของพฤติกรรมที่มีผู้ให้ความหมายไว้ หลากหลาย ดังนี้

อนันต์ ศิริพงษ์วัฒนา (2552) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการหรือปฏิบัติการที่แสดงออกหรือเกิดขึ้นเมื่อเผชิญสิ่งเร้า ซึ่งมาจากภายในร่างกายหรือภายนอกร่างกายก็ได้ และปฏิบัติการที่แสดงออกนั้นมีได้เป็นพฤติกรรมทางกายนั้น แต่รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตใจด้วย

บุษกร ชีวะธรรมานนท์ (2552) กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นความพร้อมที่บุคคลกระทำอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความคิดความรู้สึกจะแสดงออกมาในรูปการประพฤติปฏิบัติโดยการยอมรับหรือปฏิเสธ ลักษณะพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การคิด อารมณ์และเจตคติบุคคลเมื่อได้รับการเรียนรู้ที่เป็นการเรียนรู้ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้อง ประกอบด้วยการกระทำกิจกรรมใด ๆ ผลที่เกิดขึ้นและปฏิบัติการต่อผลที่เกิดขึ้นไม่สมความคาดหวัง

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น

องค์ประกอบของพฤติกรรม

ครอนบาค (Cronbach, 1963) ได้อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 7 ประการ ดังนี้

1) ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรม คนเรามีพฤติกรรมเกิดขึ้นก็เพราะต้องการตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือต้องการทำตามวัตถุประสงค์ที่ตนได้ตั้งไว้ คนเรายังมีความต้องการหลายอย่างในเวลาเดียวกัน และมักจะเลือกสนองตอบความต้องการที่รีบด่วนก่อนความต้องการอื่น ๆ

2) ความพร้อม (Readiness) ระดับวุฒิภาวะ หรือความสามารถที่จำเป็นในการประกอบพฤติกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการ คนเราจะมีความพร้อมในแต่ละด้านที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นพฤติกรรมของคนจึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน และไม่สามารถจะประกอบพฤติกรรมได้ทุกรูปแบบ

3) สถานการณ์ (Situation) คนเรายังจะประกอบพฤติกรรมที่ตนเองต้องการเมื่อมีโอกาสหรือสถานการณ์นั้น ๆ เหมาะสมสำหรับการประกอบพฤติกรรม

4) การแปลความหมาย (Interpretation) แม้จะมีโอกาสในการประกอบพฤติกรรมแล้วคนเรายังมักจะประเมินสถานการณ์ หรือคิดพิจารณาก่อนที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ ลงไป เพื่อให้พฤติกรรมนั้นมีความเสี่ยงน้อยที่สุด และสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเขาได้มากที่สุด

5) การตอบสนอง (Respond) หลังจากได้แปลความหมาย หรือได้ประเมินสถานการณ์แล้วพฤติกรรมก็จะถูกกระทำตามวิธีการที่ได้เลือกในขั้นตอนของการแปลความหมาย

6) ผลที่ได้รับ (Consequence) เมื่อประกอบพฤติกรรมไปแล้วผลที่ได้จากการกระทำนั้นๆ อาจจะตรงกับความต้องการ หรืออาจจะไม่ตรงกับความต้องการที่ตนเองได้คาดหวังไว้

7) ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to threat) เมื่อบุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ก็จะประสบกับความผิดหวัง ซึ่งเมื่อเกิดความผิดหวังแล้วบุคคลนั้นก็อาจจะกลับไปแปลความหมายใหม่ เพื่อที่จะหาวิธีที่จะสนองความต้องการของตนเองใหม่

ประเภทของพฤติกรรม

แบ่งประเภทของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในลักษณะต่าง ๆ ได้ ดังนี้

1) พิจารณาจากพฤติกรรมที่ปรากฏด้วยการสังเกต แบ่งออกเป็น พฤติกรรมภายนอก (Overt) คือ พฤติกรรมที่ปรากฏเห็นได้อย่างชัดเจน และพฤติกรรมภายใน (Covert) คือ พฤติกรรมที่ไม่ปรากฏให้สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

2) พิจารณาจากแหล่งที่เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในร่างกายเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะเป็นพฤติกรรมความพร้อมที่เกิดขึ้นโดยมีธรรมชาติเป็นตัวกำหนดให้เป็นไปตามเผ่าพันธุ์ และ วงจรชีวิตและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยมีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้น เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ประสบการณ์ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ขึ้น

3) พิจารณาจากภาวะทางจิตของบุคคล พฤติกรรมที่กระทำโดยรู้ตัว (Conscious) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับจิตสำนึกและพฤติกรรมที่กระทำโดยไม่รู้ตัว (Unconscious) เป็น พฤติกรรมที่อยู่ในระดับจิตไร้สำนึก หรือจิตใต้สำนึก หรือเรียกอีกอย่างว่า พฤติกรรมที่ขาด สติสัมปชัญญะ

4) พิจารณาจากแหล่งพฤติกรรมการแสดงออกของอินทรีย์ พฤติกรรมทางกายภาพ (Physiological activities) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกโดยใช้อวัยวะของร่างกายอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยแขนหรือขา การปรับเปลี่ยนอริยาบถของร่างกาย การพยักหน้า เป็นต้น และพฤติกรรมทางจิตใจ (Psychological activities) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับความคิด ความเข้าใจหรือเกิดอารมณ์ เป็นต้น

5) พิจารณาจากการทำงานของระบบประสาท พฤติกรรมที่ควบคุมได้ (Voluntary) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในความควบคุม และการสั่งการด้วยสมอง จึงสามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ และพฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ (Involuntary) เป็นพฤติกรรมการทำงานของระบบร่างกายที่เป็นไปโดยอัตโนมัติ เช่น กิริยาสะท้อน สัญชาตญาณ และการทำงานของระบบอวัยวะภายใน เป็นต้น

การวัดพฤติกรรม

พฤติกรรมของมนุษย์นั้นมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งที่แสดงออกมาให้เห็นอย่างเด่นชัด เช่น การยิ้ม การออกกำลังกาย การวิ่ง เป็นต้น และพฤติกรรมที่ไม่แสดงออกมามาก่อน เช่น ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ เป็นต้น ดังนั้น ในการวัดพฤติกรรมซึ่งหมายถึง การกำหนดตัวเลขให้กับพฤติกรรมต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแบ่งประเภทของพฤติกรรม การจัดอันดับพฤติกรรมตามความ

มาน้อย การหาระยะแตกต่างระหว่างพฤติกรรมตามความมาน้อย และการเทียบอัตราส่วน พฤติกรรมตาม ความมาน้อย (ปณิตา นิสสัยสุข, 2552) นั้น จึงจำเป็นจะต้องอาศัยวิธีทางตรงและ ทางอ้อมมาประกอบกัน การศึกษาหรือวัดพฤติกรรมมีหลายวิธี ทั้งการสังเกตพฤติกรรมโดยตรง และ การวัด พฤติกรรมทางอ้อม เช่น การใช้แบบสัมภาษณ์และการทดสอบด้วยแบบทดสอบ เป็นต้น ซึ่ง แบ่งการวัดพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การศึกษาพฤติกรรมโดยทางตรง ซึ่งทำได้ 2 วิธี ได้แก่

1.1 การสังเกตแบบให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว (Direct observation) เช่น อาจารย์ สังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาในห้องเรียน โดยบอกให้นักเรียนในชั้นทราบว่าอาจารย์จะสังเกตว่าใคร ทำกิจกรรมอะไรบ้างในห้องเรียน ซึ่งการสังเกตแบบนี้อาจทำให้นักศึกษาบางคนไม่แสดงพฤติกรรมที่ แท้จริงออกมาก็ได้

1.2 การสังเกตแบบธรรมชาติ (Naturalistic observation) คือ การที่ผู้สังเกต พฤติกรรมไม่ได้กระทำตนเป็นที่รบกวนพฤติกรรมของบุคคลผู้ถูกสังเกต และผู้ถูกสังเกตไม่ทราบว่าถูก สังเกตพฤติกรรม การสังเกตแบบนี้ จะทำให้ได้พฤติกรรมที่แท้จริงมาก และจะทำให้สามารถนำผลที่ได้ ไปอธิบายพฤติกรรมในสถานที่ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันได้ และการสังเกตแบบนี้ต้องทำติดต่อกัน เป็นจำนวนหลายครั้ง พฤติกรรมบางอย่างอาจต้องใช้เวลาสังเกตถึง 20 ปี หรือ 100 ปี

2. การศึกษาพฤติกรรมโดยอ้อม ซึ่งแบ่งออกได้หลายวิธี ได้แก่

2.1 การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นวิธีการที่ผู้ศึกษาต้องซักถามข้อมูลจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลซึ่งทำได้โดยการเข้าซักถามแบบเผชิญหน้ากันโดยตรง หรือมีคนกลางทำหน้าที่ซักถาม ให้ก็ได้ เช่น ใช้สัมภาษณ์คนที่พูดกันคนละภาษา การสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรม ของบุคคลแบ่งออก 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การสัมภาษณ์โดยตรง ทำได้โดยผู้สัมภาษณ์ซักถามผู้ถูก สัมภาษณ์เป็นเรื่อง ๆ และการสัมภาษณ์โดยอ้อมหรือไม่เป็นทางการ ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์จะไม่ทราบว่า ผู้สัมภาษณ์ต้องการอะไร ผู้สัมภาษณ์จะพูดคุยไปเรื่อย ๆ โดยสอดแทรกเรื่องที่จะสัมภาษณ์ เมื่อมี โอกาส ซึ่งผู้ถูกสัมภาษณ์จะรู้ตัวว่าเป็นสิ่งที่ผู้สัมภาษณ์เจาะจงที่จะถาม เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรม การสัมภาษณ์ทำให้ได้ข้อมูลมากมาย แต่มีข้อจำกัด คือ อาจจะได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือบิดเบือน เนื่องจากบางเรื่องผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ต้องการที่จะเปิดเผย

2.2 การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับศึกษา พฤติกรรมของบุคคลเป็นจำนวนมาก โดยใช้การสอบถามกับบุคคลที่อยู่ห่างไกลหรืออยู่กระจัดกระจาย นอกจากนี้ยังสามารถถามพฤติกรรมในอดีตหรือทราบแนวโน้มพฤติกรรมในอนาคตได้ ทั้งยังทำให้ผู้ถูก ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปกปิดหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่ยอมแสดงออกให้บุคคลอื่นทราบ ได้โดยวิธีอื่นนอกจากนี้การใช้แบบสอบถามจะศึกษาเวลาใดก็ได้

2.3 การทดลอง (Experiment) เป็นวิธีการที่ผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการควบคุมตามที่ผู้ศึกษาต้องการ ซึ่งการศึกษาในรูปแบบนี้ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในห้องทดลอง แต่ในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์นั้น การที่จะควบคุมตัวแปรต่าง ๆ คงเป็นไปได้น้อยมาก ทำให้การศึกษาโดยการทดลองส่วนใหญ่จะเป็นการทดลองในห้องปฏิบัติการ โดยวิธีนี้มีประโยชน์มากในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลทางด้านกายภาพ

2.4 การทำบันทึก (Documentation) เป็นวิธีการที่บุคคลแต่ละคนทำบันทึกพฤติกรรมของตนเอง อาจทำเป็นบันทึกประจำวัน หรือศึกษาพฤติกรรมแต่ละประเภท เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อจะทำให้ทราบพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

2.4.2 พฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำรงชีวิต การมีสุขภาพดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ผู้ที่มีสุขภาพดีที่ดีจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ดีมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สุขภาพจึงเปรียบเสมือนวิถีแห่งชีวิต ที่นำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิต ทุกคนที่เกิดมาแล้วควรจะต้องมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดีของตน โดยรวมเรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองในรูปของความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเรียกว่า พุทธิพิสัย (Cognitive domain) ความรู้สึกนึกคิดเจตคติที่ความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective domain) และในรูปของ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor domain) (กองสุขศึกษา, 2556)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไป เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ (สุชาติ โสมประยูร, และสุพัฒน์ อธิเจริญชัย, 2548)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกได้เป็น 4 ประเภท (กองสุขศึกษา, 2556) ได้แก่

- 1) พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยของคนเราจะเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเชื่อ ในสาเหตุ อากาโร อันตรายที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองจะเป็นตัวกำหนดการรักษาพยาบาลตัวอย่างเช่น เมื่อเจ็บคอเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรีย พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อตัวเองป่วย (รับรู้) สิ่ง que แสดงออกถึงอาการเจ็บป่วยคือการรักษาพยาบาล
- 2) พฤติกรรมการรักษาโรค คือการแสดงออกโดยการกระทำหรือไม่กระทำ ถ้าพฤติกรรมตัวนี้ไม่ดีก็จะเกิดการเจ็บป่วย ดังนั้น การจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคได้ก็ต่อเมื่อมองเห็นแล้วว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยง่าย
- 3) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือสิ่งที่กระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติแล้วทำให้ร่างกายตีระบบต่าง ๆ ดี จิตดี หุ่กองค์ประกอบของร่างกายต้องป้องกันด้วยการส่งเสริมสุขภาพ
- 4) พฤติกรรมมีส่วนร่วม คือการกระทำเพื่อส่งผลดีต่อส่วนรวม เช่น คนในชุมชนมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ โดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรมมาประยุกต์ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จึงมีการนำแนวคิดทฤษฎีที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล หรือเพื่อสร้างกลยุทธ์ที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ โดยการศึกษาคั้งนี้ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) และแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

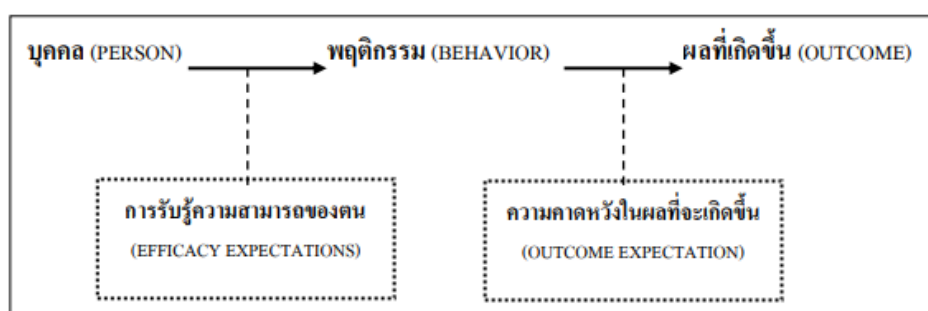
2.5 ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory: SCT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยา ชาวแคนาดา Albert Bandura โดย Bandura ศึกษาความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วย ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) (Bandura, 1977) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษา พฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่างโดยมี พันธุกรรม สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกันซึ่งยากแก่การตัดสินว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะซึ่งถ้าหากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectations) เขาจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ในระยะแรก Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ Bandura นั้นไม่ได้กล่าวถึงคำว่าคาดหวังอีกเลย

สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามแนวคิดพื้นฐาน ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมนั้น Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว จะต้องมียปัจจัย 3 ปัจจัยร่วมด้วย ได้แก่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor = p) 2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B) และ 3. เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environment condition = E) ซึ่งเรียกว่า Reciprocal Determinism โดยทั้งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ B คือ พฤติกรรมอย่างใด อย่างหนึ่ง P คือ องค์ประกอบของบุคคล และ E คือ องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม ที่ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนด ซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่า อีกปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ

แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ในผลของการกระทำ ในระยะแรกปี ค.ศ.1977 Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy-Expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาปีค.ศ. 1986 ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากแนวคิดดังกล่าวBanduraได้พัฒนาและทดสอบ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มจะปฏิบัติดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้น

หมายเหตุ. จาก *Self-efficacy the exercise of control* (p. 22), by Bandura, A., 1977, New York: W.H. Freeman and Company.

จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นองค์ประกอบ ที่สำคัญ ดังนี้

1) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพล ต่อการดำรงชีวิตความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การจูงใจ และพฤติกรรม

2) ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรม เฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

โดยองค์ประกอบทั้ง 2 ข้างต้น ได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดง พฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม ดังภาพที่ 2

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

หมายเหตุ. จาก *Self-efficacy the exercise of control* (p. 20), by Bandura, A.,1977, New York: W.H. Freeman and Company.

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) Bandura ได้ให้ความหมายว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่า สามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนสูงจะช่วยให้เขาประสบความสำเร็จ และมีความเป็นอยู่ที่ดี เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม ถึงแม้จะล้มเหลวเขาก็จะมองความผิดพลาดไปที่พยายามไม่เพียงพอ หรือขาดความรู้หรือทักษะ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จะมองงานที่ยากกว่าเป็นภาวะคุกคาม จะหลีกเลี่ยงและล้มเลิกการกระทำนั้น ๆ เมื่อมีความผิดพลาดจะมองว่าตนเองด้อยขาดความสามารถในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถ ของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่า เขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขา มีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้ อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะ ของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้สังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974) การเสนอตัวแบบหลายๆ ตัว จะช่วยทำให้มีการเสนอตัวแบบที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับตนตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลาย ๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลาย ๆ สภาพการณ์

2.1 ตัวแบบนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

2.1.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง

2.1.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือนวนิยาย เป็นต้น

2.2 แนวทางในการเลือกตัวแบบนี้มีหลักการในการเลือกอย่างกว้างๆ ดังต่อไปนี้

2.2.1 ตัวแบบควรจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน

2.2.2 ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากจนเกินไปก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

2.2.3 ระดับความสามารถของตัวแบบนั้น ควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกตเพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมาก ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำตามได้ ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตามตัวแบบนั้น ควรจะเลือกตัวแบบที่มีความสามารถสูงกว่าผู้ที่สังเกตเพียงเล็กน้อย หรือเริ่มจากสภาพการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต แล้วค่อยๆ เพิ่มความสามารถขึ้นไป

2.2.4 ตัวแบบนั้นควรจะมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

2.2.5 ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดัง กล่าวนั้น ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาพที่ ถูกขมขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของคนเรานั้นบางส่วน จะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้น ที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ ประกอบด้วยความคาดหวังทางบวก คือ สิ่งจูงใจให้กระทำ และทางลบคือ สิ่งที่ไม่จูงใจให้กระทำ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติยังแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. ด้านกายภาพ (Physical effects) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นแล้วจะส่งผลต่อร่างกาย ทางบวกคือ ทำให้สุขสบายทางกาย ส่วนทางลบคือ ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย

2. ด้านสังคม (Social effects) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้น จะส่งผลต่อสังคม ทางบวก เช่น การได้รับความสนใจจากสังคม การได้รับสิ่งตอบแทนเป็นรางวัล เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นต้น ทางลบเช่น ถูกสังคมต่อต้าน การถูกเพิกถอนอภิสิทธิ์ต่าง ๆ เป็นต้น

3. ด้านประเมินด้วยตนเอง (Self evaluation) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังการปฏิบัติหรือการกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อตนเอง ทางบวกเช่น ความพึงพอใจตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ทางลบเช่น การตำหนิตนเอง ความรู้สึกไม่พอใจตนเอง เป็นต้น

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความเหมาะสมเพียงพอของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกว่า จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ ถ้าสามารถควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้วจะพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

สรุป การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ต้องได้รับการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นกับความสามารถของตนเอง โดยวิธีในการพัฒนาได้มาจาก ประสบการณ์ที่เกิดจากความประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จมาก่อน การใช้ตัวแบบโดยการที่บุคคลได้สังเกตและได้จดจำในพฤติกรรมนั้นแล้วแสดงพฤติกรรมเลียนแบบออกมา การใช้คำพูดชักจูง โดยบุคคลที่พูดมีความน่าเชื่อถือทำให้บุคคลนั้นสามารถรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกระตุ้น ทางอารมณ์ บุคคลที่มีอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ก็จะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ เหมือนอย่างผู้ที่สามารถทำได้

2.6 แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีแนวคิดมากจากการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยา ที่ว่ามนุษย์ทุกคนไม่สามารถอยู่คนเดียวได้แต่ต้องมีสังคมของตนเอง มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังนั้น นักวิชาการด้านสุขภาพ จึงได้นำแนวคิดด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในด้านสาธารณสุขในด้านของการรักษาโรค บุรณการด้านการดูแลพฤติกรรมป้องกันการโรคการส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

แคพแลน (Caplan, 1976) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณค่าได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายในสังคม ทั้งด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรงงาน ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงออกให้เห็นว่า ผู้ได้รับแรงสนับสนุน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สุภาพร จงประกอบกิจ (2551) อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้รับความรัก ความพึงพอใจและการดูแลช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โดยสรุปแล้ว อาจอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากสังคม เป็นการพูดคุยจนเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ได้รับความช่วยเหลือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ความรู้สึก และด้านสิ่งของ จากบุคคลและระดับกลุ่มบุคคลในครอบครัวหรือเครือข่ายในสังคม ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคม รู้สึกถึงการถูกยอมรับอุปสรรคในชีวิต และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออก ได้ 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ดังนั้น แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

2. กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งใน ระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจาก แหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครูพระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่ามีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (เฮาส์ อังใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือ การแสดงถึงความหวังใย
2. แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
3. การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ
4. การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985) ได้แบ่งระดับ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอตส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3) ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1.1 ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme, 1979 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองอามิตา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติและทุกระดับเศรษฐกิจ การศึกษาของ คอบบ์และแคสเซิล (Cobb, 1976 and Cassel, 1961 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

1.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ (Burgler อ้างถึงใน กองเวชกรรม ป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบ์ (1976) และแลงกลี (1977) (อ้างถึงในกองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกัน

โรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่มีแรง สนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรง สนับสนุนทางสังคมน้อย

1.4 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะ เช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้ กับปัญหา ที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลด ความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore, 1977 อ้างถึง ใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ ทหารเรือ, 2548) ศึกษาในผู้ชายว่างงานจำนวน 110 คนพบว่าผู้ ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1974 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกันกรม แพทย์ทหารเรือ, 2548) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผล ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่า มีความเครียดมากและยังพบอีก ว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ มากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้ การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความ สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดผลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลหรือกลุ่มคนบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ ได้รับคำแนะนำ การสนับสนุน ความช่วยเหลือด้านข้อมูลและความคิด อารมณ์จากคนที่แวดล้อมอยู่ เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มสังคมอื่น ๆ เป็นต้น จะทำให้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีผลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.7 แนวคิดทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ Action Research เป็นกระบวนการวิจัยเป็นไปในลักษณะของการนำแนวคิด หรือทฤษฎี ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง เพื่อสร้างองค์ความรู้ หรือหาคำตอบของปัญหาที่เผชิญอยู่ในบริบทของการปฏิบัติงาน ชุมชน และสังคม โดยมีขั้นตอนของกิจกรรมในกระบวนการที่มีการกระทำซ้ำ จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วิธีการแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาจากคำว่า “การปฏิบัติ” (Action) และ “การวิจัย” (Research) ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทำงานร่วมกัน การตกลงใจร่วมกัน การพัฒนาปรับปรุงร่วมกันของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในงานนั้น ๆ มากกว่าการอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก และโดยอาศัยคุณสมบัติของนักวิจัยที่แตกต่างกับการวิจัยแบบอื่นที่มีกฏเกณฑ์เครื่องมือการวิจัยและความเห็นของกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญ Action Research เน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มิใช่เพียงเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างเดียว มีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การอภิปรายกลุ่ม (เล็กและใหญ่) การศึกษาค้นคว้าการวิเคราะห์เอกสารและการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

จุดสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research สรุปคือ เป็นการวิจัยแบบเข้าไปมีส่วนร่วมและร่วมมือกันในหมู่คณะ แต่ละคนจะอธิบายในสิ่งที่ตนเองสนใจ สืบหาสิ่งที่ผู้อื่น แสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องหรือไม่เห็นด้วยอย่างมีเหตุผล และหาหนทางแก้ไขพัฒนาที่เป็นไปได้ สมาชิกในกลุ่มจะทำการวางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติงานร่วมกัน เก็บข้อมูลร่วมกัน สังเกตสถานการณ์ร่วมกัน และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดขึ้นจากแนวความคิดของนักวิจัยกลุ่มสังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์ (Critical social sciences) หรือปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่มีแนวความคิดว่า วิธีการวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถเข้าถึงความหมายที่แท้จริงของสิ่งที่ศึกษาได้ ไม่เห็นความสำคัญของบุคคลซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลทั้งในด้านความรู้สึกนึกคิด และไม่สนใจบริบททางสังคมในเชิงพลวัต ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพขาดแนวทางที่ชัดเจน มองบริบทระยะสั้น ซึ่งสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ว่า วิธีการวิจัยทั้งสองเป็นการวิจัยเพื่อรู้ และหาข้อเท็จจริงหรือคำตอบมากกว่าที่จะปฏิรูปและสร้างการเปลี่ยนแปลงทางที่ดีขึ้นในสังคม นักวิจัยกลุ่มนี้ได้เสนอแนวความคิดว่าการวิจัยควรเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า เชิงปฏิรูปที่มุ่งให้เห็นโครงสร้างที่แท้จริงของปัญหา เพื่อนำไปสู่การปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น โดยใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกัน และเน้นการวิจัยให้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Kurt Lewin เป็นนักวิจัยคนแรกที่ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคนงาน (Streubert and Carpenter, 1999) ทำให้ Kurt

Lewin ได้ชื่อว่าเป็น “บิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ” และได้รับการพัฒนาและนำมาใช้งานโดยนักวิชาการคนอื่น ๆ ในระยะต่อมาอีกหลายท่านอันส่งผลให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยด้านการศึกษาและงานวิจัยทางด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการในงานวิจัยด้านนี้อาจถูกเรียกในชื่ออื่น เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) การศึกษาโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community-based study) หรือการหาความต้องการแบบร่วมมือ (Co-operative enquiry) แต่มีนัยเดียวกันคือมักใช้เพื่อพัฒนาสภาพการณ์และวิธีปฏิบัติในสภาพแวดล้อมของการดูแลสุขภาพ (Koshy and Waterman, 2011)

2.5.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้มากมาย ได้แก่

เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบเกลียววน (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) เป็นการศึกษาที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

สตริงเกอร์ (Stringer, 1996) กระบวนการร่วมมือในการสืบค้น ที่ทำให้ประชาชนปฏิบัติการแก้ปัญหาที่เฉพาะของตนอย่างเป็นระบบ การวิจัยนี้เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมและยึดมติของกลุ่มในการสืบค้นปัญหาของตนอย่างเป็นระบบ เสริมสร้างสิ่งที่มีประสิทธิภาพและความเชี่ยวชาญสำหรับสถานการณ์ของตนและกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ฮอลโลเวย์ (Holloway, 2010) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การค้นหาความรู้ภายใต้การดำเนินงานจากการปฏิบัติสู่การวิจัย หรือผู้ปฏิบัติงานประจำที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนักวิจัย โดยเป็นการค้นหาประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงาน ที่จะนำไปสู่กระบวนการคิดและการทำงานอย่างเป็นระบบวงจร เป็นลักษณะของวงล้อ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างหลากหลาย ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ

ศิริพร จีรวัดน์กุล (2555) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยปรับปรุง เปลี่ยนแปลง (Improving by changing) โดยบุคคลนั้นเผชิญปัญหาอยู่เอง จึงเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจและปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา จากนั้นทำการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม ชุมชน หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งเพื่อต้องการพัฒนาคุณภาพงานนั้นและพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

เกษราวัลณ์ นิลวรานุกร (2558) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติงานในองค์กร มุ่งเน้นพัฒนาความรู้ และความเข้าใจโดยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม อย่างเป็นหุ้นส่วน ในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ วางแผนแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหา ตามประเด็นที่พบ เพื่อปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่หรือการทำงานให้ดีขึ้น ซึ่งในการดำเนินการวิจัย นักวิจัยไม่ได้ทำวิจัยเพื่อ (to) หรือสำหรับ (for) แต่เป็นการทำวิจัยกับ (with) ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย

กล่าวโดยสรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะ แก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่ม ศึกษาทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติโดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง และเหมาะสม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัย การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย โดยร่วมกันประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ วางแผน ดำเนินการ และปรับปรุงพัฒนาเพื่อมุ่งให้เกิดผลตามความต้องการและมีความเหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

2.5.2 คุณลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Greenwood และ Levin (2006) ได้ให้ความคิดเห็นไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะการวิจัยที่มีการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีเชิงคุณภาพเข้าร่วมกัน หรือที่เรียกวิธีการวิจัยแบบนี้ว่า พหุวิธี (Multiple Methodologies) โดยที่การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยานัก แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษาและมีลักษณะการดำเนินการวิจัยเป็นวงจรถูกหรือเกลียว (Spiral) อาจสรุปคุณลักษณะเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกมาได้ดังนี้

- (1) มุ่งปรับปรุงการปฏิบัติตนและการปฏิบัติงานของบุคคล
- (2) เป็นการดำเนินการวิจัยในลักษณะพหุวิธี
- (3) มีลักษณะการดำเนินงานเป็นวงจรถูกอย่างมีระบบ
- (4) การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือสถานการณ์ของบริบทปัญหานั้น ๆ
- (5) เน้นการศึกษาเฉพาะกรณีหรือศึกษาเพียงหน่วยเดียว
- (6) มีการนำความรู้หรือทฤษฎีไปใช้เรียนรู้สู่การปฏิบัติ
- (7) คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ซึ่งต้องมาจากการทำความเข้าใจ การตีความหมาย และการคิดอย่างอิสระ
- (8) ผลการวิจัยคือความต้องการของผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีข้อดีที่พึงระวัง คือ ผลของการวิจัยอาจไม่สามารถสรุปและใช้อ้างอิงไปยังกลุ่มอื่น ๆ ได้องค์ความรู้หรือวิธีการแก้ปัญหาที่ได้จากการวิจัยเท่านั้นที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มอื่น ๆ ได้แต่ก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่าจะได้ผลเหมือนกัน

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2552) กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัยทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย
2. เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา
3. ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติกรอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ
4. ใช้วงจรการปฏิบัติ (The Action Research Spiral) คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงแผนให้ดียิ่งขึ้น (Revise-Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้อารมณ์ของการปฏิบัติงานที่น่าพึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

2.5.3 ประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการใด ขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย โดยมีการแบ่งประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

Carr และ Kemmis (1986) ได้จำแนกการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Outside expert) ที่นำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่คิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ โดยมีลักษณะการปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Topdown) ที่ผู้ร่วมวิจัยมีลักษณะเป็นผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้ตาม (Passive/ Follower) เป็นรูปแบบที่มีความเป็นอำนาจนิยม
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น ไม่นำเอาแนวคิด แผนงาน หรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรกแต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาเป็นผู้กระตุ้น ตั้งประเด็นและกำกับให้มีการร่วมกันคิดปฏิบัติ สังเกตผลและสะท้อนผล เป็นลักษณะการดำเนินการแบบกึ่งกลางของเส้นต่อเนื่อง (Continuum) กล่าวคือมีลักษณะปนกันระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) หรือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีแนวคิดที่สำคัญคือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในลักษณะเป็นความร่วมมือ (Collaboration) ที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกัน (Equally) ในการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผลมีลักษณะการดำเนินงานในรูปแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up) ซึ่งทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีความเท่าเทียมกันทั้งในการแสดงความคิดเห็นและการปฏิบัติ จึงมีความเป็นประชาธิปไตยสูง

Holter & Schwartz (1993) แบ่งประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง ดังนี้

1) ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive Approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้วความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า Traditional Action Research ซึ่งหมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กร ทำปฏิบัติการแก้ปัญหา

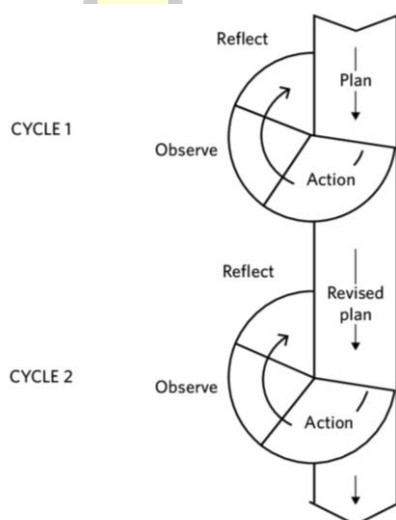
2) การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual Collaboration Approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical - Hermeneutic ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยอาจมีแนวคิด หรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้น ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น หรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible Interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive Approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับ คือทั้งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหา และสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหานำไปสู่การพัฒนาความรู้ หรือทฤษฎีใหม่ อาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual Action Research : Action Learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการ และเป็นผู้ร่วมวิจัย

3) ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนถึงปัญหา และการปฏิบัติด้วยตนเอง(Enhancement Approach) มีเป้าหมาย คือ ช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวก ให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการ

คิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล หรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหา และการปฏิบัติจะได้อะไรซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive and Predictive Knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น Radical Action Research

2.5.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นมีลักษณะการดำเนินการแบบเป็นวงจร จากแนวคิดดั้งเดิมของ Kemmis (1988) เป็นกระบวนการทำงานเป็นวงจรแบบขดลวด แสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ขั้นตอน คือ (1) การวางแผน หลังจากทิวเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข (Plan) (2) การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) (3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) (4) การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงานให้ผู้มีส่วนร่วมได้วิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป (Reflection and Revision) ซึ่งเรียกว่า วงจร P-A-O-R



ภาพที่ 3 กระบวนการทำงานเป็นเกลียวเคมมีส

หมายเหตุ. จาก *The Action Research Planer* (p.11), by Kemmis and McTaggart, 1988, Victoria : Deakin University.

แบบวงจรการทำวิจัยของ Kemmis และ McTaggart (1988) เป็นแบบที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการแสวงหาการกระทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรากฐานการพัฒนาจากแนวคิดของ Lewin โดยเฉพาะการประยุกต์ในเรื่องการกระทำกิจกรรมหลัก (Core Activities) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ขั้นตอนสุดท้าย ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดย Kemmis และ McTaggart (1988) ได้จำแนกกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การวางแผน (Planning) Plan-P เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุน ขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสถานการณ์เงื่อนไขอื่นๆ ที่แวดล้อมปัญหา อยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ (Action) Act-A เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสถานการณ์ เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) Observe-O เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) Reflection-R เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำ ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหา ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มใน ลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบ หรือเกลียวต่อไป

2.5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

สุภางค์ จันทวานิช (2552) ได้กล่าวว่า ไม่มีวิธีการเฉพาะที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลักๆ ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การบันทึกเสียง เป็นต้น เพื่อหาคำตอบที่อธิบายสถานการณ์หรือธรรมชาติ ซึ่งกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้เข้าใจสถานการณ์อย่างทอ้งแท้ เข้าใจโครงสร้างวิธีการปฏิบัติหลักการและเหตุผลที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์บุคคลต่าง ๆ ในสังคมนั้น ๆ โดยเน้นความเข้าใจในธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง การดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลให้เทคนิคการรวบรวมข้อเท็จจริงแล้วจึงสรุปเป็นหลักการทั่ว ๆ ไป การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรวิจัย รวมทั้งวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย เพื่อสรุปเขียนรายงานการวิจัย เทคนิคสำคัญที่ต้องใช้คือ เทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ต้องมีการอธิบายสถานการณ์ ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง จากนั้นต้องจัดความคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยใช้วิธีการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย สุดท้ายต้องสรุปประมวลผลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวเลขแสดงจำนวนนับ เช่น คะแนน ความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการอบรม

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินงาน เพื่อการปรับปรุงพัฒนาโดยมุ่งให้เกิดผลตามความต้องการและมีความเหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ โดยการดำเนินการเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน ในการวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุ ตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการ การสังเกต และการสะท้อนผลเพื่อการประเมินผลปรับปรุงแก้ไข นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ตามความต้องการต่อไป ในการวิจัยนี้จึงได้นำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1992) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะสามารถปรับปรุงการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) การวางแผน (P) โดยศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาจากระยะที่ 1 ที่มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นำมาวางแผน/กำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบ และกำหนดแนวทางปฏิบัติ 2) การปฏิบัติ (A) มีการดำเนินการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติ และดำเนินการตามแผนกิจกรรมตามแผนกิจกรรม 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (O) โดยการสังเกต และติดตามผลการ

ดำเนินงาน และ 4) การสะท้อนผลปฏิบัติ (R) โดยการสรุปผลการดำเนินงาน คั้นข้อมูลและการถอดบทเรียน เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วิไลพร พุทธรังค์ และคณะ (2557). ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 300 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย 100 คน กลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 200 คน การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทางด้านชีวสังคม ประวัติการเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ และคัดลอก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากเวชระเบียน พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ Systolic BP ≥ 160 mmHg มีประวัติทางพันธุกรรม Diastolic BP ≥ 100 mmHg พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม พฤติกรรม การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ LDL-Cholesterol ≥ 100 mg/dL การดื่มแอลกอฮอล์หนักหรือเสี่ยง และ Triglyceride ≥ 150 mg/dL ตามลำดับ ดังนั้น จึงควรกำหนดให้ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยในการเฝ้าระวังการมีโอกาเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ขึ้นไป และควรมีการจัด กิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่าง ต่อเนื่อง

ณัฐกร นิลเนตร และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ ประชากรศึกษาคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 56 ราย กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 112 ราย โดยการจับคู่เพศและอายุ อัตราส่วน 1:2 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ค่าดัชนี

มวลกายเกินเกณฑ์ (mORadj=3.24, 95%CI=1.13-9.23) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง < 5 ปี (mORadj=4.55, 95%CI=1.45-14.20) การสูบบุหรี่ (mORadj=6.19, 95%CI=1.02-37.42) และการดื่มสุรา (mORadj=17.09, 95%CI=4.40-66.38)

อรรชร สุนทรารักษ์ (2561) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีประวัติมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครพนมมากกว่า 1 ปี มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 500 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปัจจัยทางโรคความดันโลหิตสูง OR = 101.165, 95% CI of OR = 45.410-225.373, p = 0.000, ปัจจัยทางไขมันในหลอดเลือดสูง OR = 4.267, 95% CI of OR = 1.927-9.480, p = 0.000 และปัจจัยทางโรคเบาหวาน OR = 2.198, 95% CI of OR = 1.084-4.457, p = 0.026 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (multiple logistic regression analysis) จากการศึกษาพบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, OR = 144.943, 95% CI of OR = 56.542-380.778, p = 0.000 และ OR = 143.533, 95% CI of OR = 57.864-392.614, p = 0.000 ตามลำดับ

เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น โดยการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 1 ปีจำนวน 348 คน กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 696 คน โดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) คือ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 5 ปี (OR.4 10.66, 95%CI 6.38-17.81) ค่าความดันซิสโตลิก BP >140 mmHg (ORadj 6.55, 95%CI 3.94-10.88) ค่าความดันไดแอสโตลิก >90 mmHg (OR 4.40, 95%CI 3.11-6.22) เพศชาย (ORadj 2.66, 95%CI 1.91-3.71) และประวัติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ORadj 2.36, 95%CI 1.51-3.70)

ชญญาวิร์ ไชยวงศ์ และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นหลอดเลือดสมองจำนวน 75 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง จำนวน 150 คน รวมทั้งหมด

225 คน ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอ บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี มี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) โรคหัวใจ (OR=10.57, $p < 0.05$) 2) บุคคลใน ครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต (OR=4.14, $p = 0.001$) 3) ไขมัน ในเลือดสูง (OR = 0.09, $p < 0.001$) 4) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (OR=0.02, $p = 0.001$) และ 4) ความเครียด (OR=0.79, $p < 0.05$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ในเขตอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 25.9 ($R = 259$, $F = 9.78$, $p\text{-value} < .001$) แต่พบว่ามีเพียงตัวแปรอายุและความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีอำนาจการทำนาย อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ยุทธนา ชนะพันธ์ และ ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมวาปี จังหวัด อุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 452 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ โดย วิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.59 มีอายุ เฉลี่ย \pm S.D. เท่ากับ 63.06 ± 8.15 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67.04 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 66.81 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.73 และค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัว ต่อเดือน 5,000 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท สูงสุด 80,000 บาท มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรค อื่น ร้อยละ 63.72 เคยได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 67.48 ดัชนีมวลกายเกิน มาตรฐาน ร้อยละ 74.78 และควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 77.65 ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ (ORAdj = 2.23, 28 95% CI of ORAdj : 1.46-3.40, $p\text{-value} < 0.001$) และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน (ORAdj = 0.46, 95% CI of ORAdj: 0.31-0.69, $p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือด สมอง (ORAdj = 5.83, 95% CI of ORAdj : 2.86- 11.87, $p\text{-value} < 0.001$)

ศกุนตพา จันทน์รวล และณิตชาธร ภาโนมัย (2561) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัด ชัยภูมิ สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ การเกิดโรค หลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์จังหวัดชัยภูมิ

จำนวน 171 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 75.44 การรับรู้รายด้านพบว่า ด้านโอกาสเสี่ยง ด้านความรุนแรงและด้านประโยชน์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ระดับสูง ด้าน อุปสรรคของพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 97.08 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านพบว่า ด้านการออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลตนเอง การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราอยู่ระดับสูง ส่วนด้านการควบคุมอาหารอยู่ ระดับปานกลาง การรับรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ของพฤติกรรม การดูแลตนเอง อุปสรรคของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และรวมทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บุษราคม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 152 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 2,68$, $SD = 0.173$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ รายได้ ($\eta = 0.241$, $p = 0.031$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($r = -0.174$, $p = 0.032$) การรับรู้อาการเตือนของโรค ($r = 0.246$, $p = 0.002$) ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันโรค ($r = 0.322$, $p < 0.001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค ($r = 0.609$, $p < 0.001$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อาการเตือนของโรคและรายได้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 45.4 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชูชาติ กลิ่นสาร และ สุธยธิน แซ่ตัน (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกัน ตนเองสมอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 353 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า 1.ผู้ป่วยร้อยละ 84.1 มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ภาพรวม ระดับปานกลาง 2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 8.268$, $p < 0.05$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง ($\chi^2 = 3.985, p < 0.05$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\chi^2 = 11.962, p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\chi^2 = 5.048, p < 0.05$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรค ($\chi^2 = 11.684, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ($\chi^2 = 9.427, p < .01$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ การมีโรคร่วม การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยกระตุ้นไม่มีความสัมพันธ์

ดวงธิดา โสดาพร และ ศิวีไลซ์ วรรัตน์วิจิตร (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคมแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 11.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณรงค์เดช บ้านสระ และคณะ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา จำนวน 400 คน ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับสูง ($X = 2.85, S.D. = 0.14$) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ($X = 3.56, S.D. = 0.43$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ร้อยละ 82.30

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ และคณะ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี โดยทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำและปานกลาง ที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมองตามแนวคิดแบบจำลอง พรี่สตี-โพรสตี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านม่วงชุม อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี คัดเลือกตามเกณฑ์เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกันที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($Z=-3.909, p=0.001, Z=-2.811, p=0.009$ และ $Z=-8.197, p=0.001$ ตาม ลำดับ) และมีความดันซิสโตลิกหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($Z=-2.783, p=0.005$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลอง มีความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($Z=-3.769, p=0.001, Z= 4.563, p=0.001$ และ $Z=5.745, p=0.001$ ตามลำดับ) และมีความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($Z=-3.583, p=0.001$ และ $Z=-3.337, p=0.001$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทีปภา แจ่มกระจ่าง และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน จับคู่ กลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและความดัน โลหิตใช้การสุ่มอย่างง่ายระยะเวลา 9 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา โดยได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจาก แหล่งข้อมูล ได้แก่ การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ใช้สื่อคอมพิวเตอร์ในการช่วยสอนในการให้ความรู้มีการนำเสนอ เนื้อหาด้วยกราฟฟิก ภาพเคลื่อนไหว แสง สี เสียง สวยงามเหมือนจริง ได้รับการฝึกทักษะและคำแนะนำในการรับประทานยาและการได้รับความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่ม การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นโดยเรียนรู้ผ่านวีดิทัศน์เสนอตัวแบบผู้สูงอายุ การซักจูงด้วยคำพูดจากผู้วิจัยและผู้ดูแลหลัก การมีความพร้อมด้านสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความ

มั่นใจมากขึ้น และผู้ดูแลหลักมีบทบาทในการสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่น ในการปฏิบัติพฤติกรรม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับระทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

หนึ่งฤทัย สิงห์ทา และพูลสุข หิงคานนท์ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ได้ศึกษาในกลุ่มอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ได้ประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ประกอบด้วย สมุดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องนับก้าว เพื่อให้กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ตรงที่ได้ปฏิบัติจริง การได้เห็นตัวแบบและประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น และการกระตุ้นทางอารมณ์ การติดตามออกเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลอง ผลการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองต่ำกว่า หลังทดลองในทุกด้าน พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองหลังการทดลองโดยรวม ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรมอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิยะการ แสงหัวช้าง และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันซึ่งในกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การค้นพบสภาพจริงเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาความสามารถในการมีพฤติกรรมสุขภาพ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสม การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น

ชื่นชม สมพล และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร ได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมานำเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยการส่งเสริม ให้เกิดความตระหนักต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประสิทธิผลของ ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของ ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ การปฏิบัติพฤติกรรมสูงกว่า ก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุภาพร นาคกลิ้ง และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg - 180/90 mmHg กลุ่มตัวอย่าง 28 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และจัดประสบการณ์ตรง การสาธิตและฝึกทักษะการเลือก อาหาร การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การอธิบายการรับประทานยาที่ถูกต้อง ปฏิบัติการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ถูกต้องที่บ้าน ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน การใช้ตัวแบบ คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมถูกต้องควบคุมความดันได้ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ การพูดจูงใจ การให้กำลังใจ การชมเชย การกระตุ้น เตือน การประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสรีระวิทยา ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา สูงกว่าก่อนทดลองและจำนวนสมาชิกที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าก่อนทดลอง

วรารัตน์ เหล่าสูง และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนของครอบครัวมีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางขึ้นไปจำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน) ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว และคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.73, p < 0.001$) และพบว่า พฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.23, p < 0.001, t = 21.41, p < 0.001$) ตามลำดับ

ทิตาวดี สิงห์โค และคณะ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ

การรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่งจำนวน 66 คนแบ่งเป็นกลุ่มละ 33 คน เลือกแบบ เฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความ รุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคและ 4) การจัดการอุปสรรคของ พฤติกรรมป้องกันโรคซึ่งสร้างจากโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Repeated measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปราณี พรหมสุพันธ์ และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน และ หลังกลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 65-80 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคไขมัน ในเลือด สูงและโรคหัวใจ โรคใดโรคหนึ่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลา การศึกษา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมโรคหลอดเลือดสมอง รู้ทันป้องกันได้ กิจกรรมล้อมรั้วบ้านต้านโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมร่วมใจคนในบ้านต่อต้านโรคหลอดเลือดสมอง และกิจกรรมครอบครัวไว้โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ /ระบบ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ประเสริฐ มงคลศิริ และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (PAR) พัฒนารูปแบบโดยใช้ กระบวนการ AIC ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 30 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำผู้สูงอายุ และ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาได้ไปทดลองใช้กับประชาชนที่มี

อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางและความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 98 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ผลการวิจัยได้รูปแบบการดำเนินงาน 5 แผนกิจกรรม ได้แก่ 1) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 5) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลของรูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

นเรศน์ ฐิตินันท์วิวัฒน์ และคณะ (2561) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ โดยชุมชนจังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้หลักการการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การวิจัยมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 วินิจฉัยปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้แผนกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโดยชุมชน ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ โดยชุมชน การพัฒนารูปแบบใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ประยุกต์ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ และทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า 1. รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโดยชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) พัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2) วิเคราะห์ภาคีเครือข่าย 3) พัฒนาเชื่อมโยงพันธกิจภาคีเครือข่าย 4) การทำแผนปฏิบัติการ 5) การกำกับติดตามและการประเมินผล 6) ชุมชนจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ 2. ภายหลังจากจัดกิจกรรมตามแผนกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ไพรินทร์ พัสตุ และดารุณี จงอุดมการณ์ (2563) ศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงใน 2 ตำบลของอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยผู้ร่วมวิจัย เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนความเสี่ยง Thai CV risk score ตั้งแต่ระดับปานกลาง ขึ้นไป และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่

สมาชิกครอบครัว ผู้นำ ชุมชน และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โดยใช้วิธี การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interviews) การสนทนากลุ่ม (semi-structured interviews) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) สังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) และบันทึกภาคสนาม (field notes) โดยเริ่มจากการศึกษา สถานการณ์ บริบท วัฒนธรรม พฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ข้อจำกัด กิจกรรม การป้องกันโรค นโยบายแผนงาน ระบบสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค บทบาทหน้าที่บุคคล และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อนจุดแข็งภายในชุมชน คัดเลือกปัญหา และร่วมกันวางแผน ปฏิบัติตามแผนงาน รวมทั้ง ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงใน 2 ระดับ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพชุมชน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลสะสมในชุมชน เป็นระบบข้อมูลการดำเนินงานในการป้องกันโรค ระบบการสื่อสารแก่ประชาชนในชุมชน เป็นระบบการเผยแพร่สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ที่จำเป็นต่อการป้องกันโรค ระบบเฝ้าระวังและติดตามผล เป็นการวางระบบผู้เฝ้าระวังและติดตามรายงาน ข้อมูลซึ่งมีบุคลากรสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง และระบบการจัดสิ่งแวดลอมและนโยบายที่เอื้อต่อการป้องกันโรค 2) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การจัดการและพฤติกรรมของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน ได้แก่ การเกิดผู้รับผิดชอบต่อการป้องกันโรค การสร้างความตระหนักรู้ต่อภัยอันตรายของโรคและกลวิธี ป้องกันโรคฯ การสร้างบุคคลต้นแบบ และการสร้างวาทกรรมนำความคิด ธารงศ์ในการป้องกันโรคในชุมชน “ตีบ แตก ต้นอันตราย”

วิยะดา รัตนสุวรรณ และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสานแบบคู่ขนาน พื้นที่วิจัย คือ ตำบลดงสุวรรณ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ผู้บริหาร องค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 3 คน และกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน รวม 80 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชนิด คือ แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด และแบบสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 มีปัญหาสุขภาพคือ ภาวะน้ำหนักเกิน เครียด รู้สึกเบื่อ ไม่สบายใจ ซึมเศร้าและท้อแท้ ร่วมกับมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง นอนหลับไม่สนิท และชอบรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น น้ำพริกปลาร้า แกงผักกาด แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมอง คือ 4 E Model ประกอบด้วย 1) Empower เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นำชุมชน 2)

Encourage กระตุ้นองค์การบริหารส่วนตำบลให้มีส่วนร่วม 3) Engage สร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลหลักและเครือข่ายสุขภาพ 4) Enhance แนวทางการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วม และมีการกำหนดบทบาทของตนเองในแต่ละภาคส่วน

สุวรรณณี แสนสุข และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 3 ระยะ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) การพัฒนาระบบสุขภาพ และ 3) สรุปและประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 18,818 คน จากทั้งหมด 20,994 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 พบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.3 บริบทการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ยังขาดการเชื่อมต่อบริการดูแลที่เป็นรูปธรรมและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) จากนั้นได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน โดยมีการวางแผนดำเนินการร่วมกัน เกิดแผน 2 ระบบ (1) แผนพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และ (2) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จากนั้นดำเนินงานตามแผน 3) ผลการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ พบว่าผู้สูงอายุได้รับความรู้ ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้เร็วขึ้น โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < 0.05$) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ระบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพแบบไร้รอยต่อ ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลไกขับเคลื่อนระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน 2) ระบบข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 3) การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 4) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 5) การดูแลแบบช่องทางด่วน 6) การดูแลรักษาเฉพาะทาง และ 7) การดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะผสมผสานและดูแลแบบครบวงจร ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเอาระบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเองได้

อรอนงค์ เอี่ยมขำ และวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ (2567) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 11 เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยผู้แทนครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อปท. อบรมผู้นำชุมชนจำนวน 35 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบรูปแบบ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 370 คน เก็บข้อมูลด้วยการสอบถามความรู้และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบฯ และสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับสูงร้อยละ 61.4 และมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับปานกลางร้อยละ 81.12 ขึ้น ออกแบบและพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วย ควรมีบทบาทหลักในการดูแลตนเองครอบครัว ควรมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อนบ้าน นำความรู้แลกเปลี่ยนกัน อสม. เผ่าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขและอปท. อบต. และผู้นำชุมชนช่วยเหลือ ประสานงานกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ขึ้นทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 12.9 และหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 14.6 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=61.6, p<0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองก่อนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 55.7 และหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ เท่ากับ 66.8 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=243.4, p<0.001$)

2.6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Sarikaya, H., et al. (2015) ได้ศึกษา มาตรการทางการแพทย์และวิถีชีวิตในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่สามารถแก้ไขได้สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง การลดความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงที่ช่วยลดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การลดเกลือ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายเป็นประจำ และการรักษาน้ำหนักตัวปกติ

Abascal et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ของสาธารณรัฐบังกลาเทศ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ 52%, มีน้ำหนักเกิน 43.8% และรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ 56.2%

Cao, Q., et al. (2016) ได้ศึกษาความตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชาวจีนที่ป่วย โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความตระหนักรู้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความตระหนักรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระหว่างปี 2004 - 2014 วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 5,309 ราย เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,732 ราย (70.3%) และ จำนวน 593 ราย(15.9%) ของผู้ป่วยชาวจีนที่มีความดันโลหิตสูงไม่ได้

ตระหนักถึงความเสี่ยงการ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความไม่ตระหนักรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับระดับ การศึกษาต่ำ และการสูบบุหรี่

Wang et al. (2017) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในประชากรจีน: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (Meta analysis) ระหว่างปี 1990 ถึง 2015 ในประชากรชาวจีนอื่น จากการศึกษาแบบกลุ่ม 15 เรื่อง และกรณีศึกษา 178 คน ผลการวิจัย พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ประวัติครอบครัวของโรคหลอดเลือดสมอง ไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกิน และการสูบบุหรี่

EunJu Lee & Euna Park (2017) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 255 ราย วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความดันโลหิตสูง การสนับสนุนในครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของความดันโลหิตสูง และระดับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม การรับรู้ความสามารถตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การรับรู้ความสามารถตนเอง ระดับการศึกษา และการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มเดิม

Darrat M, et al. (2017) ศึกษาผลลัพธ์จากโปรแกรมการศึกษาเรื่องความดันโลหิตสูงในชุมชน: การศึกษาเรื่องความดันโลหิตสูงทางตะวันตกของไอร์แลนด์ โดยศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงที่มีโครงสร้างต่อความรู้ของผู้ป่วย พฤติกรรมการใช้ชีวิต และการควบคุมความดันโลหิต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผ่านกิจกรรมคัดกรองความดันโลหิตในชุมชน โดยใช้แบบสอบถาม และการประเมินความดันโลหิต ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64 ปี ระดับความรู้และความตระหนักรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง มีความแตกต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) ในกลุ่มทดลอง พบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงมากขึ้น (SBP 158.8 ถึง 141.6 mmHg, $p < 0.0001$ และ DBP 84.7 ถึง 77.7 mmHg, $p < 0.001$)

Giena et al. (2018) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเมืองเบงกอลู ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษา พบว่า การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า มีตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ การศึกษาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิพลของสถานการณ์ ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย

โรคความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบ ขั้นตอน พบว่า ปัจจัยทั้ง 6 ชนิดนี้คิดเป็นร้อยละ 36.9 ของความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายได้และการรับรู้ ผลประโยชน์ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ไม่สามารถอธิบาย ความแปรปรวนได้ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ ความสามารถของตนเองสามารถ กระตุ้นผู้ป่วยโดยตรงโดยการปรับระดับความคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทางอ้อมโดยส่งผลต่อการรับรู้อุปสรรคและระดับความมุ่งมั่นที่จำเป็นในการนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาใช้หากผู้สูงอายุนั้นใจได้ว่าจะสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ และความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมที่แนะนำนั้นเพียงพอแล้วความน่าจะเป็นในการแสดงพฤติกรรมที่มีประสิทธิผล ก็จะเพิ่มขึ้น

Visanuyothin, R., et al. (2018) ศึกษาปัจจัยที่ที่ความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตที่บ้าน (HBP) ในระดับการดูแลเบื้องต้นในชุมชนเมือง ประเทศไทย การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ขนาดตัวอย่างทั้งหมดจากการสุ่ม คือ ผู้ป่วย HT ที่มีการควบคุมไม่ดี 125 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตเฉลี่ยที่คลินิก $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอทในการนัดตรวจสามครั้งล่าสุด รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว การติดตาม HBP (HBPM) และการตรวจเลือดและปัสสาวะ การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ โดยมีระดับนัยสำคัญ < 0.05 HBPM ผลการศึกษาพบว่า 58.4% ของผู้ป่วยที่มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ดีจากการวัดทางคลินิก มีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตต่างต่ำกว่าเป้าหมาย HBP ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกิน/เป็นโรคอ้วน แต่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเหล้า เนื่องจากเป็นโรคร่วม พวกเขามีไขมันในเลือดสูง (64.0%) และเบาหวาน (53.0%) หนึ่งในสี่มีความรู้และการรู้หนังสือในระดับดี เกือบครึ่งหนึ่งมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี มีเพียง 13% เท่านั้นที่แสดงพฤติกรรมจัดการตนเองที่เพียงพอ แต่มากกว่าครึ่งมีผลทางชีวเคมีอยู่ในขอบเขตปกติ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างประวัติการสูบบุหรี่และมีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง ($p=0.010$ และ 0.046 ตามลำดับ) บทบาทของ HBPM มีความสำคัญในทางปฏิบัติเมื่อต้องติดตามการควบคุม HT ในระดับการดูแลเบื้องต้นในบริบทของเมือง การเลิกบุหรี่และการควบคุมระดับไขมันในเลือดควรเน้นไม่เพียงแต่ในการปฏิบัติเท่านั้น แต่ยังรวมถึงในระดับนโยบายด้วย

Guo YJ, et al. (2022) ศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองในหมู่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 544 คนโดยใช้ Self-Care เวอร์ชันภาษาจีน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนโดยรวมของการดูแลตัวเอง (140.00 ± 67) คะแนนการดูแลตนเองด้านการรักษา (50 ± 24.76) คะแนนการดูแลตนเองด้านการบริหารจัดการ (56.25 ± 29.41) และคะแนนความมั่นใจการดูแลตนเอง (54.79 ± 29.17) อายุ รูปแบบครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ค่าความดันซิสโตลิกสูงสุด, ความคุ้มครองประกันสุขภาพ, ระยะเวลาโรค, การดูแลตนเอง การศึกษา ภาระทางเศรษฐกิจ และประวัติ

ครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยทำนายการดูแลตัวเองที่มากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

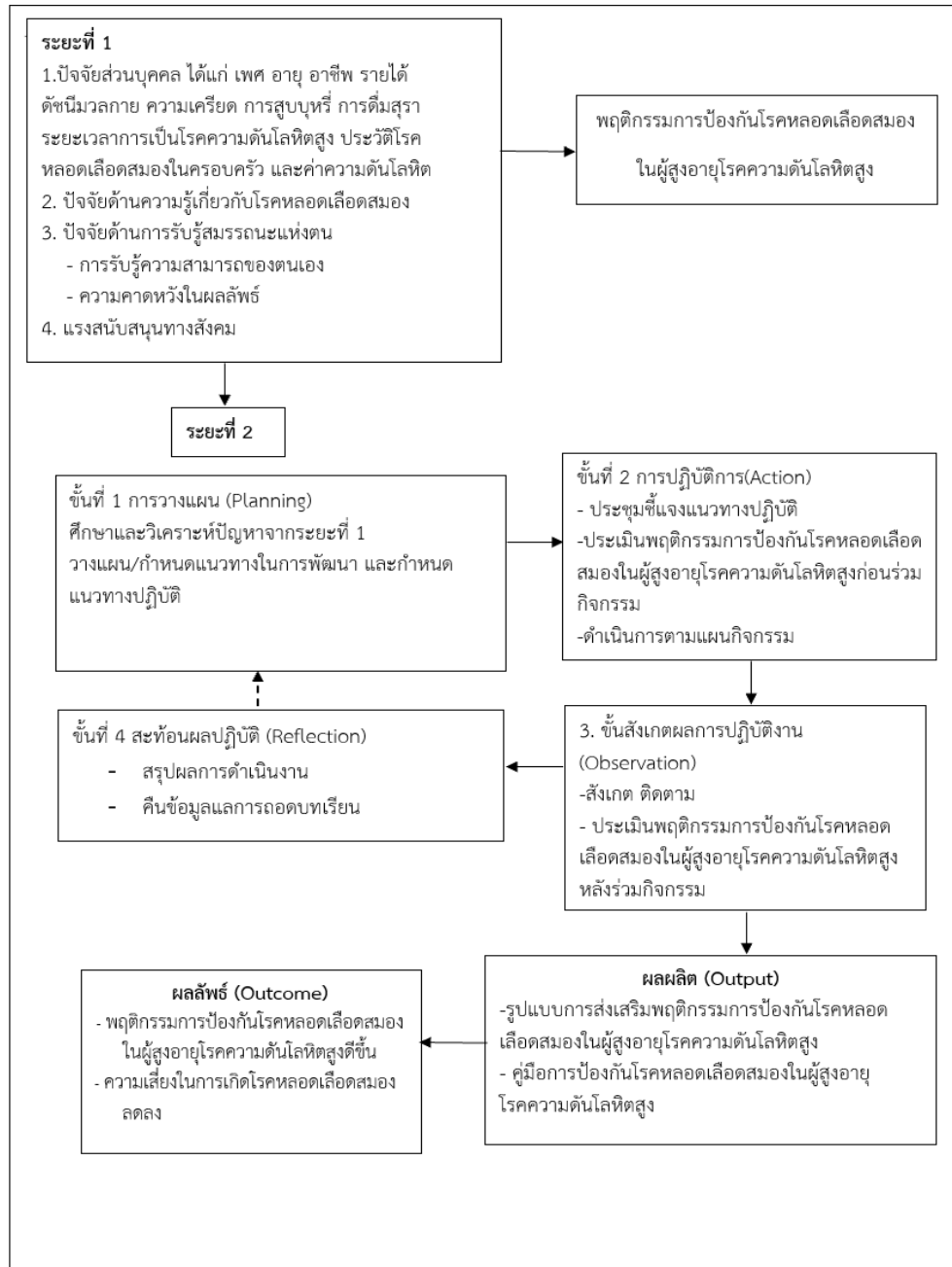
จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม การออกเยี่ยมบ้าน การยกตัวอย่างอาหาร การได้เห็นบุคคลต้นแบบด้านบวก การพูดคุยให้กำลังใจ กระตุ้นให้กลุ่มผู้สูงอายุแสดงความรู้สึก หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ในการดูแลตนเอง ซึ่งมีทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การลดน้ำหนักตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค พฤติกรรมในการจัดการความเครียด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดการสูบบุหรี่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการป้องกันโรค แต่ส่วนมากทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็นการป้องกันในระดับตติยภูมิ คือ การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ทำเพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงได้ใช้โปรแกรมที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

โดยสรุป จากการทบทวนสถานการณ์กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น เพศ อายุ รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ และความดันโลหิตสูงที่สามารถชะลอภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) พฤติกรรมออกกำลังกาย 3) การควบคุมน้ำหนัก 4) การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) ลดการสูบบุหรี่ และ 6) การจัดการความเครียดที่เหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ต้องได้รับการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นกับความสามารถของตนเอง โดยวิธีในการพัฒนาได้มาจาก ประสบการณ์ที่เกิดจากความประสบความสำเร็จมาก่อน การใช้ตัวแบบโดยการที่บุคคลได้สังเกตและได้จดจำในพฤติกรรมนั้นแล้วแสดงพฤติกรรมเลียนแบบออกมา การใช้คำพูดชักจูง โดยบุคคลที่พูดมีความน่าเชื่อถือทำให้บุคคลนั้นสามารถรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกระตุ้น ทางอารมณ์ จะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงได้

นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้เหมือนอย่างผู้ที่สามารถทำได้ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด Kemmis & McTaggart (1992) โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่รับรู้ปัญหา และการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยกันวางแผน ออกแบบกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมตามแผน และประเมินผล ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความมั่นใจส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการป้องกัน ชะลอการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้



2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นกาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

3.1 การศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.1.1 รูปแบบของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 1 คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 13,415 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาระยะที่ 1 ใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในปี 2565 ซึ่งมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Wayne (1995) มีวิธีการ ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}$$

โดยให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 N = ขนาดของประชากร

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่า Z ซึ่ง $\pm Z$ จะสอดคล้องกับระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ
 ในที่นี้กำหนดความเชื่อมั่นไว้ที่ 95% จึงได้ $\alpha = 0.05$ และ
 Z ในสูตร ณ ที่นี้คือ $Z_{\alpha/2}$ ทำให้ได้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ (นั่นคือ
 $Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = Z_{0.025} = 1.96$)

σ = ค่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยนำมาจากการศึกษา
 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่ม
 เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีค่าส่วนเบี่ยงเบน
 มาตรฐาน = 0.53 (สุทิสสา ทิจะยัง, 2557)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า ไม่เกินร้อยละ 5 =
 0.05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{13,415(0.53)^2(1.96)^2}{(0.05)^2 (13,415-1) + (0.53)^2(1.96)^2}$$

$$= 418.22$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 419 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือมีข้อมูลสูญหาย
 (Missing data) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10

ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 340.88 ผู้วิจัยได้ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10
 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ได้ดังนี้

$$n = 418.22 \times 10/100$$

$$n = 41.82$$

$$n = 418.22 + 41.82$$

$$n = 460.04 \approx 460 \text{ คน}$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บ
 รวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 460 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น
 (Stratified random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งขนาดของประชากรตามพื้นที่ รพ.สต.ของอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิได้ 3 ขนาด ประกอบด้วย

ขนาดเล็ก (S) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ น้อยกว่า 3,000 คน มีจำนวน 5 รพ.สต.ขนาดกลาง (M) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ 3,000-6,000 คน มีจำนวน 15 รพ.สต. (L) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ มากกว่า 6,000 คน มีจำนวน 4 รพ.สต.

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแต่ละขนาดเพื่อหาตัวแทน รพ.สต.ตามอัตราส่วน 4:1 เนื่องจากต้องการกระจาย รพ.สต.ให้ได้จำนวนมากที่สุด ดังนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	อัตราส่วน 4:1
ขนาดเล็ก (S)	5	1
ขนาดกลาง (M)	15	4
ขนาดใหญ่ (L)	4	1
รวม	24	6

โดยจับสลากคัดเลือกตามอัตรา 4:1 ของจำนวน รพ.สต.จาก 24 แห่ง ได้ รพ.สต.ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 4 แห่ง และขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง รวม 6 แห่ง ดังนี้

ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านโคกสูง

ขนาดกลาง จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านค่าย, รพ.สต.นาเสียว, รพ.สต.หนองนาแซง, รพ.สต.บ้านห้วยบงเหนือ

ขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.นาผาย

ขั้นที่ 3 นำบัญชีรายชื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของแต่ละสถานบริการสาธารณสุขมาเรียงลำดับรายชื่อ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวน รพ.สต. (รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 460 คน)

คำนวณตัวอย่างโดยการหากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Proportional to size sampling) ตามสูตร ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละพื้นที่}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ลำดับ	รายชื่อสถานบริการสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสูง (เล็ก)	230	27
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านค้าย(กลาง)	902	107
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาเสียว(กลาง)	645	76
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาแซง(กลาง)	660	78
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านห้วยบงเหนือ (กลาง)	651	77
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย (ใหญ่)	803	95
รวม		3,891	460

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (ทั้งควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และควบคุมไม่ได้)
- 2) มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน)
- 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- 4) สม่ครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
- 5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) ผู้สูงอายุที่ขอลงตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา
- 2) ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีความดันโลหิตขณะพักมากกว่า หรือเท่ากับ 160/100 mmHg มีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ มีการเจ็บหน้าอก
- 3) ตอบคำถามหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยพัฒนาแบบสอบถามฉบับนี้ขึ้นจากการศึกษาศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วพัฒนาข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะความเป็นอยู่ รายได้ ความเครียด (ST-5) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ดัชนีมวลกาย (ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข) เส้นรอบเอว ระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL) และค่าความดันโลหิต จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

แบบความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 5 ข้อ โดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คะแนน 0	หมายถึง	เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี
คะแนน 1	หมายถึง	เป็นบางครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	เป็นบ่อยครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	เป็นประจำ

การแปลผล คะแนนรวม

คะแนน 0-4	หมายถึง	มีความเครียดน้อย
คะแนน 5-7	หมายถึง	มีความเครียดปานกลาง
คะแนน 8-9	หมายถึง	มีความเครียดมาก
คะแนน 10-15	หมายถึง	มีความเครียดมากที่สุด

การประเมินดัชนีมวลกาย (ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข)

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) คือ ตัวชี้วัดเพื่อประเมินสภาวะของร่างกาย ว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ โดยคำนวณจากค่าน้ำหนักตัว หน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง และมีหน่วยแสดงผลเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร

ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)² = กิโลกรัมต่อตารางเมตร

เกณฑ์การประเมิน

ดัชนีมวลกาย	ภาวะโภชนาการ
น้อยกว่า 18.5	ผอม หรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
18.5 - 22.9	ร่างกายสมส่วน
23.0 - 24.9	ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนระดับที่ 1
25.0 - 29.9	โรคอ้วน หรือโรคอ้วนระดับที่ 2
30.0 ขึ้นไป	โรคอ้วนอันตราย หรือโรคอ้วนระดับที่ 3

เส้นรอบเอว หมายถึง ขนาดของรอบเอวที่วัดผ่านระดับสะดือ โดยวิธีการวัดเส้นรอบเอวที่ถูกต้องคือ ใช้สายวัดวัดรอบเอวผ่านระดับสะดือให้อยู่แนวขนานกับพื้น และไม่วัดแน่นหรือหลวมจนเกินไป เกณฑ์เส้นรอบเอวที่เหมาะสมนั้น ไม่ควรเกินส่วนสูง(เซนติเมตร) ทหารด้วย 2

เส้นรอบเอวในผู้ชายปกติไม่เกิน 36 นิ้ว (90 ซม.)

เส้นรอบวงเอวในผู้หญิงปกติไม่เกิน 32 นิ้ว (80 ซม.)

ระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL) ค่าปกติ ไม่เกิน 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ค่าความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140 /90 มม.ปรอท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 2 ค่า คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผล

แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของกลุ่ม (Bloom, 1968) ดังนี้

กลุ่มที่มีความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

กลุ่มมีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60 – 79

กลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ (14 x 0.8) 11 คะแนนขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง (14 x 0.6) 8 ถึง 10 คะแนน

ความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความที่ให้เป็นส่วนมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความที่ให้ปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความที่ให้น้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความที่ให้

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก	= 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	= 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	= 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	= 1 คะแนน

การแปลผล

ในการวิจัยครั้งนี้แปลผลแบบสัมภาระณ เป็นรายข้อและภาพรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{จำนวนกลุ่ม} = \frac{4 - 1}{3} = 1.00$$

3

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00	หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ โดยใช้มาตรวัด Likert Scale แบ่งระดับแรงสนับสนุน

ทางสังคม เป็น 4 ระดับ มีลักษณะข้อคำถามที่กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทุกครั้ง = 4 คะแนน

บ่อยครั้ง = 3 คะแนน

บางครั้ง = 2 คะแนน

ไม่เคย = 1 คะแนน

การแปลผล

ในการวิจัยครั้งนี้การแปลผลแบบสัมพัทธ์ เป็นรายข้อและภาพรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ช่วงคะแนนในชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$

จำนวนกลุ่ม = $\frac{4 - 1}{3} = 1.00$

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา และการมาตรฐานนัด คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีลักษณะข้อคำถามที่กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยเลือกตอบตามการปฏิบัติตนใน 1 สัปดาห์ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 7 วัน (ทุกวัน)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 5-6 วัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3-4 วัน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1-2 วัน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่แสดงทางบวก ได้แก่ ข้อ 3, 7, 13-18, 23-30, 32-34, 38-39

ปฏิบัติเป็นประจำ = 5 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง = 3 คะแนน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน

ข้อความที่แสดงทางลบ ได้แก่ ข้อ 1-2, 4-6, 8-12, 19-22, 31, 35-37

ปฏิบัติเป็นประจำ = 1 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง = 3 คะแนน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 4 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ = 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้การแปลผลแบบสัมพัทธ์ เป็นรายข้อและภาพรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเบสต์ (Best, 1977) ดังนี้

ช่วงคะแนนในชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$

จำนวนกลุ่ม = $\frac{5 - 1}{3} = 1.33$

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

3.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง

2.34-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง

1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ

3.1.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามธิบดี อาจารย์พยาบาลศาสตร์ ด้านการพยาบาลชุมชน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดความถูกต้อง และชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำค่าคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC

โดยใช้สูตรการคำนวณ (Rovinelli, & Hambleton, 1977) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ค่า IOC ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน = 0.96

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง = 0.98

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ = 0.90

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว = 1

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข = 0.99

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน = 1

แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ = 1

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
= 0.97

สรุป IOC มีค่าระหว่าง 0.9-1 และทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองจ.ชัยภูมิ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่า KR-20 ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้เท่ากับ 0.80 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ

0.81 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.83 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.82

3.1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง
2. การเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย และอบรมเกี่ยวกับสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการทำหน้าที่ช่วยสัมภาษณ์
3. สํารวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา
4. พบผู้ป่วยตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษา หรือรับยาตามตารางนัดเพื่อแนะนำตัวเองและอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือกับผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้
5. ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้ เก็บข้อมูลโดยทำการสัมภาษณ์ในช่วงที่สะดวก
6. รวบรวมแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลก่อนกำหนดรหัสข้อมูล ลงรหัส เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation = S.D.)
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 การศึกษาในระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.2.1 รูปแบบของการวิจัย

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้วงจร PAOR สามารถแบ่งการศึกษาออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกตและบันทึกผล และขั้นสะท้อนผล การดำเนินการวิจัยในระยะนี้ นำเอาผลการศึกษาศานการณ์การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในระยะที่ 1 มาประกอบการวางแผนการสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 2 แบ่งได้ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

เลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 2 คน

1.2 สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล เลือกคนในครอบครัวที่สมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 10 คน

1.3 ผู้นำชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน

1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน

1.5 กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและเป็นผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำนวน 10 คน

2. กลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling)

มาตรการการป้องกันส่งต่อข้อมูลจาก Intervention ที่ได้รับระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มเปรียบเทียบ

1. ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาคนละวัน ไม่นัดมาในวันเดียวกัน
2. แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แยกเป็นกลุ่มหมู่บ้านอย่างชัดเจน ซึ่งพื้นที่ทั้ง 2 กลุ่มอยู่ห่างกันมากกว่า 8 กิโลเมตร

เกณฑ์ในการพิจารณาคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- 2) มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) และกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน)
- 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- 4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
- 5) สมัยครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย
 - 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
 - 3) ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีความดันโลหิตขณะพักมากกว่า หรือเท่ากับ 160/100 mmHg มีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ มีการเจ็บหน้าอก
 - 4) ผู้สูงอายุขอลอนตัว หรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา
3. ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 คน พยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน รวมจำนวนทั้งหมด 5 คน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิ

3.2.3 พื้นที่ในการวิจัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

3.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้พัฒนามาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะความเป็นอยู่ รายได้ ความเครียด (ST-5) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ดัชนีมวลกาย (ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข) เส้นรอบเอว ระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL) และค่าความดันโลหิต จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

แบบความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 5 ข้อโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คะแนน 0	หมายถึง	เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี
คะแนน 1	หมายถึง	เป็นบางครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	เป็นบ่อยครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	เป็นประจำ

การแปลผล คะแนนรวม

คะแนน 0-4	หมายถึง	มีความเครียดน้อย
คะแนน 5-7	หมายถึง	มีความเครียดปานกลาง
คะแนน 8-9	หมายถึง	มีความเครียดมาก
คะแนน 10-15	หมายถึง	มีความเครียดมากที่สุด

การประเมินดัชนีมวลกาย (ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข)

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) คือ ตัวชี้วัดเพื่อประเมินสภาวะของร่างกาย ว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ โดยคำนวณจากค่าน้ำหนักตัว หน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง และมีหน่วยแสดงผลเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2} = \dots\dots\dots \text{กิโลกรัม}$$

ต่อตารางเมตร

เกณฑ์การประเมิน

ดัชนีมวลกาย	ภาวะโภชนาการ
น้อยกว่า 18.5	ผอม หรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
18.5 - 22.9	ร่างกายสมส่วน
23.0 - 24.9	ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนระดับที่ 1
25.0 - 29.9	โรคอ้วน หรือโรคอ้วนระดับที่ 2
30.0 ขึ้นไป	โรคอ้วนอันตราย หรือโรคอ้วนระดับที่ 3

เส้นรอบเอว หมายถึง ขนาดของรอบเอวที่วัดผ่านระดับสะดือ โดยวิธีการวัดเส้นรอบเอวที่ถูกต้องคือ ใช้สายวัดวัดรอบเอวผ่านระดับสะดือให้อยู่แนวขนานกับพื้น และไม่วัดแน่นหรือหลวมจนเกินไป เกณฑ์เส้นรอบเอวที่เหมาะสมนั้น ไม่ควรเกินส่วนสูง(เช่นติเมตร) หารด้วย 2

เส้นรอบเอวในผู้ชายปกติไม่เกิน 36 นิ้ว (90 ซม.)

เส้นรอบวงเอวในผู้หญิงปกติไม่เกิน 32 นิ้ว (80 ซม.)

ระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL) ค่าปกติ ไม่เกิน 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ค่าความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140 /90 มม.ปรอท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 2 คำ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผล

แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

กลุ่มที่มีความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

กลุ่มมีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60 – 79

กลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ (14 × 0.8) 11 คะแนนขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง (14 × 0.6) 8 ถึง 10 คะแนน

ความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 12 ข้อ และแบบสอบถามด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความที่ให้เป็นส่วนมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความที่ให้ปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความที่ให้น้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง มีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความที่ให้

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมาก = 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

การแปลผล

ในการวิจัยครั้งนี้แปลผลแบบสัมพัทธ์ เป็นรายข้อและภาพรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{จำนวนกลุ่ม} = \frac{4 - 1}{3} = 1.00$$

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ โดยใช้มาตรวัด Likert Scale แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ระดับ มีลักษณะข้อคำถามที่กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทุกครั้ง = 4 คะแนน

บ่อยครั้ง = 3 คะแนน

บางครั้ง = 2 คะแนน

ไม่เคย = 1 คะแนน

การแปลผล

ในการวิจัยครั้งนี้การแปลผลแบบสัมพัทธ์ เป็นรายข้อและภาพรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ช่วงคะแนนในชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$

จำนวนกลุ่ม = $\frac{4 - 1}{3} = 1.00$

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานยา และการตรวจตามนัด คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีลักษณะข้อคำถามที่กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้ผู้ตอบ

เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยเลือกตอบตามการปฏิบัติตนใน 1 สัปดาห์ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 7 วัน (ทุกวัน)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 5-6 วัน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3-4 วัน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1-2 วัน
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่แสดงทางบวก ได้แก่ ข้อ 3, 7, 13-18, 23-30, 32-34, 38-39

ปฏิบัติเป็นประจำ	= 5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	= 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	= 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	= 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	= 1 คะแนน

ข้อความที่แสดงทางลบ ได้แก่ ข้อ 1-2, 4-6, 8-12, 19-22, 31, 35-37

ปฏิบัติเป็นประจำ	= 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	= 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	= 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	= 4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	= 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้การแปลผลแบบสัมภาษณ์ เป็นรายข้อและภาพรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของเบสท์ (Best, 1970) ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{จำนวนกลุ่ม} = \frac{5 - 1}{1} = 1.33$$

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

3.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง

2.34-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง

1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ

2) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) โดย แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk score) (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ป.). ซึ่งเป็นเครื่องมือคำนวณความเสี่ยงโดยการกรอกข้อมูลด้าน เพศ อายุ การเป็นเบาหวาน สูบบุหรี่ ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด หรือรอบเอว มาคิดเป็นคะแนนที่สามารถแปลผลเป็นตัวเลขความเสี่ยงในอนาคต

การแปลผลระดับโอกาสเสี่ยง โดยแบ่งความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ

<10%	= โอกาสเสี่ยงต่ำ
<20%	= โอกาสเสี่ยงปานกลาง
20 - <30%	= โอกาสเสี่ยงสูง
>30%	= โอกาสเสี่ยงสูงมาก
>40%	= โอกาสเสี่ยงสูงอันตราย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ได้แก่

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนปัญหาความต้องการในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาปัญหาและความความต้องการ การสนับสนุนช่วยเหลือต่อการจัดกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สำหรับเก็บข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง บริบทเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดำเนินการที่ผ่านมาและในปัจจุบัน

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้อภิปรายโต้ตอบแสดงความคิดเห็นหรือเล่าเรื่องประสบการณ์ตามประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้น โดยจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มละ 5-8 คน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มบุคคลากรสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1988) ประกอบด้วย

- 2.1 แนวทางการจัดการคืนข้อมูล
- 2.2 แนวทางการประชุมกลุ่ม
- 2.3 แนวทางการอบรมให้ความรู้ โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

2.4 การถอดบทเรียน เป็นแนวทางการสรุปกิจกรรม เนื้อหา วิธีการดำเนินงาน เพื่อได้การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1) แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด ความถูกต้อง และชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำค่าคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC มีค่าระหว่าง 0.8-1 และทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้สมบูรณ์ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) เครื่องมือกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักวิชาการ 1 คน

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ตำบลบ้านเล่า อำเภอมือง จ.ชัยภูมิ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยหาค่า KR-20 ได้เท่ากับ 0.80 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.81 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.83 และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.82

3.2.5 การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ชั้นวางแผน

1. **ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา** ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชนที่ได้คัดเลือก โดยใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน ดังนี้

- การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม

- การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

- การศึกษาปัญหาและความต้องการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาปัญหาและความความต้องการ การสนับสนุนช่วยเหลือต่อการจัดกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวบรวมข้อมูลโดยกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ

รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามก่อนร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผนนำเสนอกรอบแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยการจัดประชุมวางแผนในกลุ่มหรือในคณะทำงาน จนสามารถสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในบริบทของชุมชน และนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตและบันทึกผล

การขึ้นสังเกตและบันทึกผล รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังร่วมกิจกรรม การสังเกต การสอบถาม และการบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ

รวบรวมข้อมูลโดยการถอดบทเรียนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สะท้อนผลและทบทวนผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นำเสนอผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สรุปปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา เพื่อการวางแผนปฏิบัติการในรอบต่อไป

3.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

1. ข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ของตัวแปรซึ่งเป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Category Variables) ได้แก่ ลักษณะทางประชากร โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกรณีที่มีการวัดซ้ำของตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous Variables) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต โดยใช้สถิติ paired sample t-test ก่อนการวิเคราะห์จะตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ เพื่อให้เลือกใช้ได้ถูกต้องและเหมาะสมกับลักษณะตัวแปร และกรณีที่มีการวัดซ้ำของตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Category Variable) ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต ใช้สถิติ McNemar test

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกรณีของตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous variables) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต โดยใช้สถิติ Independent t-test ส่วนตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Category Variables) ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต ใช้สถิติ Fisher's exact test

4. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนาแบบทางการและไม่เป็นทางการ จากการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน การถอดบทเรียน และการจัดการความรู้ นำมาพิจารณา กำหนดรหัส จัดกลุ่มข้อมูล นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่เนื้อหา

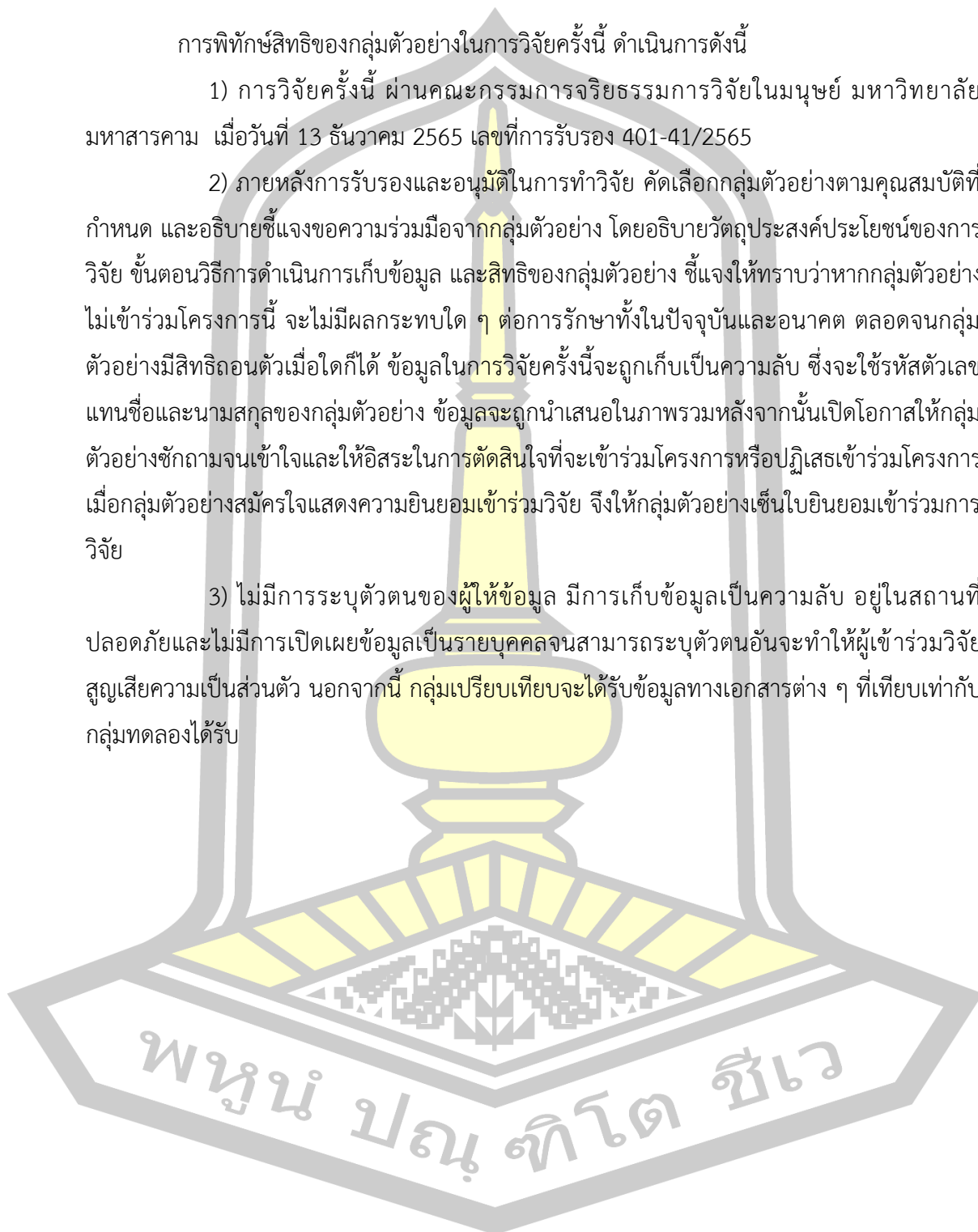
3.3 จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการดังนี้

1) การวิจัยครั้งนี้ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2565 เลขที่การรับรอง 401-41/2565

2) ภายหลังจากการรับรองและอนุมัติในการทำวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และอธิบายชี้แจงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบว่าหากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งจะใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมหลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจและให้อิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการหรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) ไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล มีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ อยู่ในสถานที่ปลอดภัยและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลจนสามารถระบุตัวตนอันจะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสูญเสียความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับข้อมูลทางเอกสารต่าง ๆ ที่เทียบเท่ากับกลุ่มทดลองได้รับ



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถามการวิจัย ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เป็นไปตามขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

4.1 การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4.1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

4.1.2 การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4.1.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4.1.4 การศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

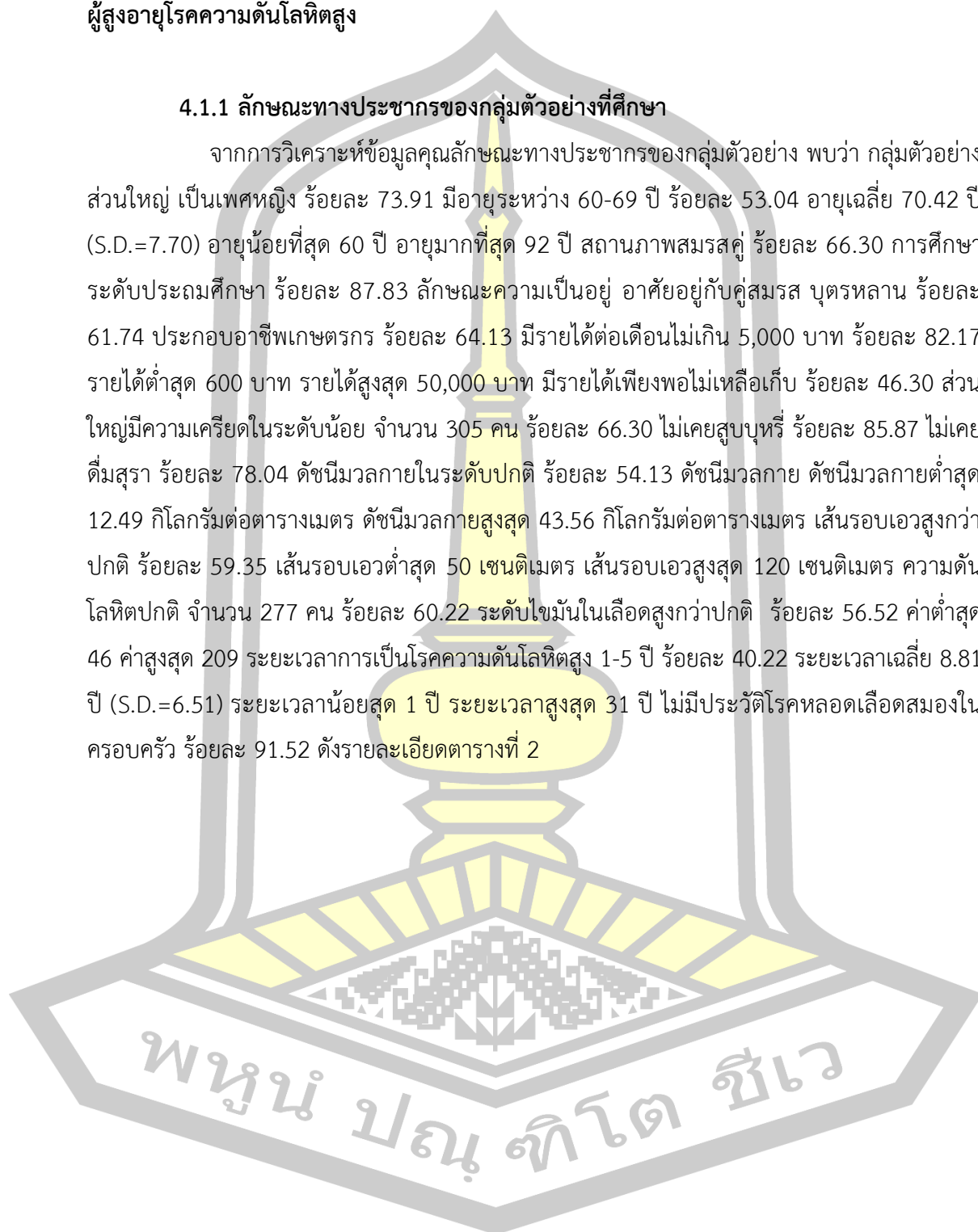
4.2 การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

พูน ปรณ ทิโต ชเว

4.1 การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4.1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.91 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 53.04 อายุเฉลี่ย 70.42 ปี (S.D.=7.70) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 92 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.30 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.83 ลักษณะความเป็นอยู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน ร้อยละ 61.74 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.13 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 82.17 รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.30 ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย จำนวน 305 คน ร้อยละ 66.30 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.87 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 78.04 ดัชนีมวลกายในระดับปกติ ร้อยละ 54.13 ดัชนีมวลกาย ดัชนีมวลกายต่ำสุด 12.49 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายสูงสุด 43.56 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เส้นรอบเอวสูงกว่าปกติ ร้อยละ 59.35 เส้นรอบเอวต่ำสุด 50 เซนติเมตร เส้นรอบเอวสูงสุด 120 เซนติเมตร ความดันโลหิตปกติ จำนวน 277 คน ร้อยละ 60.22 ระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 56.52 ค่าต่ำสุด 46 ค่าสูงสุด 209 ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 40.22 ระยะเวลาเฉลี่ย 8.81 ปี (S.D.=6.51) ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 31 ปี ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 91.52 ดังรายละเอียดตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของ
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=460)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		120	26.09
หญิง		340	73.91
อายุ (ปี)			
60-69		244	53.04
70-79		146	31.74
80-89		70	15.22
(Mean=70.42, S.D.=7.70, Min=60, Max=92)			
สถานภาพ			
โสด		43	9.35
สมรส		305	66.30
หม้าย/หย่าร้าง /แยกกันอยู่		112	24.35
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน		18	3.91
ประถมศึกษา		404	87.83
มัธยมศึกษา		30	6.52
ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา		4	0.87
ปริญญาตรี		4	0.87
ลักษณะความเป็นอยู่			
อยู่ตามลำพังคนเดียว		36	7.83
อยู่กับคู่สมรส		93	20.22
อยู่กับบุตร หลาน		284	61.74
อยู่กับญาติ พี่น้อง		47	10.22
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		120	26.09
เกษตรกร		295	64.13
รับจ้างทั่วไป		26	5.65

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของ
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=460) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
ข้าราชการบำนาญ	3	0.65
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	3.48
รายได้เฉลี่ยครอบครัว (บาท/เดือน)		
ไม่เกิน 5,000 บาท	378	82.17
5,001-10,000 บาท	62	13.48
10,001-บาทขึ้นไป15,000 บาท	20	2.35
(Median=2,000, Min=600, Max=50,000)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	47	10.22
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	213	46.30
ไม่เพียงพอ	200	43.48
ความเครียด		
น้อย	305	66.30
ปานกลาง	123	26.74
มาก	22	4.78
มากที่สุด	10	2.17
(Mean=3.18, S.D.=2.75, Min=0, Max=13)		
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	395	85.87
เคยสูบ	37	8.04
เป็นประจำ	28	6.09
< 5 มวน/วัน	10	2.18
> 5 มวน/วัน	18	3.91

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของ
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=460) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	359	78.04
เคยดื่ม	52	11.30
นาน ๆ ครั้ง	37	8.04
เป็นประจำ	12	2.61
ดัชนีมวลกาย		
ผอม (<18.5)	36	7.83
ปกติ (18.5-22.9 กก. /ม ²)	249	54.13
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก. /ม ²)	147	31.96
โรคอ้วน (25.0-29.9 กก. /ม ²)	22	4.78
โรคอ้วนอันตราย (>=30.0 กก. /ม ²)	6	1.30
(Mean=24.14, S.D.=4.05, Min=12.49, Max=43.56, Median=23.83)		
เส้นรอบเอว		
ปกติ (ชาย <=90 ซม., หญิง 80 ซม.)	187	40.65
สูงกว่าปกติ (ชาย >90 ซม., หญิง >80 ซม.)	273	59.35
(Mean=86.15, S.D.=11.74, Median=86)		
ความดันโลหิต		
ปกติ (<140/90 mmHg)	277	60.22
สูงกว่าปกติ (>=140/90 mmHg)	183	39.78
(BP Mean=136.78/76.47, S.D.=16.58/11.10, Median=136.25)		
ระดับไขมันไม่ดีในเลือด (LDL)		
ปกติ (<=130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	394	85.65
สูงกว่าปกติ (>=130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	66	14.35
(Mean=105.37, S.D.=26.15, Min=46, Max=209, Median=103)		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากรของ
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=460) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
1 - 5 ปี	185	40.22
6 - 10 ปี	79	17.17
11 - 15 ปี	144	31.30
16 ปีขึ้นไป	52	11.30
(Mean=8.81, S.D.=6.51, Min=1, Max=31)		
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว		
ไม่มี	421	91.52
มี	39	8.48

4.1.2 การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต
สูง

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมพบว่า มีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 13.32 (S.D.=1.39) โดยมีค่าคะแนนมากที่สุด 14 คะแนน คะแนนน้อยที่สุด 4 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 95.65 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.48 และระดับน้อย ร้อยละ 0.87 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (11-14 คะแนน)	440	95.65
ระดับปานกลาง (8-10 คะแนน)	16	3.48
ระดับน้อย (0-7 คะแนน)	4	0.87
(Mean=13.32, S.D.=1.39, Min=4, Max=14)		

2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (S.D.=0.46) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.13 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับสูง จำนวน 343 คน ร้อยละ 74.57 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 117 คน ร้อยละ 25.43 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01-4.00)	343	74.57
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	117	25.43
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	0	0.00
(Mean=3.38, S.D.=0.46, Min=2.13, Max=4.00)		

ผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (S.D.=0.52) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.00 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 340 คน ร้อยละ 73.91 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 117 คน ร้อยละ 25.43 และ ระดับต่ำ จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.65 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01-4.00)	340	73.91
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	117	25.43
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	3	0.65
(Mean=3.40, S.D.=0.52, Min=2.00, Max=4.00)		

ผลการวิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (S.D.=0.57) คะแนนสูงสุด 4.00 คะแนนต่ำสุด 2.00 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ อยู่ในระดับสูง จำนวน 317 คน ร้อยละ 68.91 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 142 คน ร้อยละ 30.87 และระดับต่ำ 1 คน ร้อยละ 0.22 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01-4.00)	317	68.91
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	142	30.87
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	1	0.22
(Mean=3.35, S.D.=0.57, Min=2.00, Max=4.00)		

3) แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 (S.D.=0.42) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.29 โดยส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง จำนวน 339 คน ร้อยละ 73.70 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 121 คน ร้อยละ 26.30 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01-4.00)	339	73.70
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	121	26.30
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	0	0.00
(Mean=3.35, S.D.=0.42, Min=2.29, Max=4.00)		

ผลการวิเคราะห์คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (S.D.=0.60) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.75 โดยส่วนใหญ่มี แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง จำนวน 299 คน ร้อยละ 65.00 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 153 คน ร้อยละ 33.26 และระดับต่ำ จำนวน 8 คน ร้อยละ 1.74 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01-4.00)	299	65.00
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	153	33.26
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	8	1.74
(Mean=3.33, S.D.=0.60, Min=1.75, Max=4.00)		

ผลการวิเคราะห์คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (S.D.=0.59) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.20 โดยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับสูง จำนวน 281 คน ร้อยละ 61.09 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 179 คน ร้อยละ 38.91 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01-4.00)	281	61.09
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	179	38.91
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	0	0.00
(Mean=3.33, S.D.=0.59, Min=2.20, Max=4.00)		

ผลการวิเคราะห์คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรทางสาธารณสุข พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 (S.D.=0.57) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.40 โดยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง จำนวน 276 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 184 คน ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรทางสาธารณสุข (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01-4.00)	276	60.00
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	184	40.00
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	0	0.00
(Mean=3.30, S.D.=0.57, Min=2.40, Max=4.00)		

ผลการวิเคราะห์คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 (S.D.=0.51) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.33 โดยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ อยู่ในระดับสูง จำนวน 325 คน ร้อยละ 70.65 รองลงมา ได้แก่ ปานกลาง จำนวน 135 คน ร้อยละ 29.35 ตามลำดับ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ (n=460)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (3.01-4.00)	325	70.65
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	135	29.35
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	0	0.00
(Mean=3.51, S.D.=0.51, Min=2.33, Max=4.00)		

4) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D.=0.29) โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 259 คน ร้อยละ 56.30 รองลงมาได้แก่ ระดับสูง จำนวน 201 คน ร้อยละ 43.70 ตามลำดับ ส่วนผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา (Mean=4.14, S.D.=0.64) รองลงมาได้แก่ ด้านการจัดการความเครียด (Mean=3.72, S.D.=0.52) และ ด้านการออกกำลังกาย (Mean=3.65, S.D.=0.90) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ (Mean=3.06, S.D.=0.55) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน (n=460)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง			Mean	(S.D.)	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา	3 (0.65)	122 (26.52)	335 (72.83)	4.14	(0.64)	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	0 (0.00)	233 (50.65)	227 (49.35)	3.72	(0.52)	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	37 (8.04)	178 (38.70)	245 (53.26)	3.65	(0.90)	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2 (0.43)	335 (72.83)	123 (26.74)	3.47	(0.40)	ปานกลาง
ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	19 (4.13)	394 (85.65)	47 (10.22)	3.06	(0.55)	ปานกลาง
พฤติกรรมโดยรวม	0 (0.00)	259 (56.30)	201 (43.70)	3.64	0.29	ปานกลาง

4.1.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical variables) ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=460)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				χ^2	p-value
	รวมต่ำกับปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	72	60.00	48	40.00	0.901	0.342
หญิง	187	55.00	153	45.00		
การประกอบอาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	73	60.83	47	39.17	1.354	0.245
ประกอบอาชีพ	186	54.71	154	45.29		
ความเครียด						
เครียดน้อยถึงปานกลาง	239	55.84	189	44.16	0.537	0.464
เครียดมากถึงมากที่สุด	20	62.50	12	37.50		

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=460) (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง				χ^2	p-value
	รวมต่ำกับปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การสูบบุหรี่						
ไม่เคยสูบ	219	55.44	176	44.56	0.843	0.359
สูบบุหรี่และเคยสูบแต่เลิกแล้ว	40	61.54	25	38.46		
การดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่เคยดื่ม	195	54.32	164	45.68	2.623	0.105
ดื่มและเคยดื่มแต่เลิกแล้ว	64	63.37	37	36.63		
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว						
ไม่มี	239	56.77	182	43.23	0.437	0.509
มี	20	51.28	19	48.72		
ความดันโลหิต						
ปกติ	150	54.15	127	45.85	1.312	0.252
สูงกว่าปกติ	109	59.56	74	40.44		

* p-value<0.05

จากตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical variables) ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่าปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ การประกอบอาชีพ ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการวิเคราะห์ความสัมพันธ์สำหรับตัวแปรที่เป็นต่อเนื่อง (Continuous variables) ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=460)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยลักษณะทางประชากร			
อายุ	-0.120*	0.010	น้อยมาก
รายได้	0.007	0.882	ไม่มีความสัมพันธ์
ดัชนีมวลกาย	0.011	0.811	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	-0.057	0.226	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	-0.008	0.858	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.673**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.572**	<0.001	ปานกลาง
ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์	0.559**	<0.001	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.646**	<0.001	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.433**	<0.001	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	0.495**	<0.001	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข	0.551**	<0.001	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	0.402**	<0.001	น้อย

* p-value<0.05, ** p-value<0.01, r= Pearson Product Moment Correlation Coefficient

จากตารางที่ 14 พบว่า ปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ ($r=-0.120$ $p=0.010$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน รายได้ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาพรวม ($r=0.673$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r=0.572$, $p<0.001$) และ ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($r=0.559$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวม ($r=0.646$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r=0.433$, $p<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r=0.495$, $p<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($r=0.551$, $p<0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($r=0.402$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

4.14 การศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่มีหลายตัวแปรกับตัวแปรตามนั้น ได้ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear Regression Analysis) โดยก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จะดำเนินการตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558)

1.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

1.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.501 (เกณฑ์คือ 1.50 – 2.50)

1.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean=0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.995 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

1.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

1.5 ตัวแปรอิสระจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าไม่เกิน 0.80 โดยมีค่าระหว่าง -0.099-0.500 ร่วมกับพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าเท่ากับ 1.189-1.560 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าเท่ากับ 0.641-0.841 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปร ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ อายุ ($r=-0.120$, $p=0.010$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r=0.572$, $p<0.001$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($r=0.559$, $p<0.001$) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r=0.433$, $p<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r=0.495$, $p<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($r=0.551$, $p<0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($r=0.402$, $p<0.001$)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า 0.735 และกำลังสองของค่าสหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า 0.540 แสดงว่า ตัวแปรอิสระทั้งห้ารวมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 54.0 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ 0.199 ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.572 ^a	0.328	0.326	0.23967
2	.673 ^b	0.453	0.451	0.21636
3	.713 ^c	0.508	0.505	0.20539
4	.727 ^d	0.529	0.525	0.20124
5	.735 ^e	0.540	0.535	0.19914

a. Predictors: (Constant), การรับรู้ความสามารถของตนเอง

b. Predictors: (Constant), การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความคาดหวังในผลลัพธ์

c. Predictors: (Constant): การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความคาดหวังในผลลัพธ์, แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข

d. Predictors: (Constant): การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความคาดหวังในผลลัพธ์, แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข, แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ

e. Predictors: (Constant): การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความคาดหวังในผลลัพธ์, แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข, แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ, แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

f. Dependent Variable : พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอิสระทั้ง 5 ตัวมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงสามารถนำไปสร้างสมการต่อไปได้ ดังตารางที่

ตารางที่ 16 ความแปรปรวนที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
1	Regression	12.826	1	12.826	223.287**	<0.001
	Residual	26.309	458	0.057		
	Total	39.135	459			
2	Regression	17.742	2	8.871	189.513**	<0.001
	Residual	21.392	457	0.047		
	Total	39.135	459			
3	Regression	19.898	3	6.633	157.229**	<0.001
	Residual	19.237	456	0.042		
	Total	39.135	459			
4	Regression	20.708	4	5.177	127.834**	<0.001
	Residual	18.427	455	0.040		
	Total	39.135	459			
5	Regression	21.131	5	4.226	106.577**	<0.001
	Residual	18.003	454	0.040		
	Total	39.135	459			

* p-value<0.05, ** p-value<0.01

ในการพยากรณ์ได้เลือกโมเดล 5 มาใช้ในการค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (p< 0.001) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (p< 0.001) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข (p< 0.001) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (p< 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ (p< 0.001) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียด ดังตารางที่

ตารางที่ 17 สัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (n=460)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	beta	t	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.139	0.022	0.250	6.289**	<0.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์	0.126	0.020	0.247	6.453**	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข	0.128	0.019	0.250	6.628**	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	0.083	0.020	0.145	4.172**	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	0.062	0.019	0.127	3.267**	0.001

Constant=1.823, R=0.735, R²=0.540, SEE=0.199, F=106.577**, p-value of F=<0.001

* p-value<0.05, ** p-value<0.01

จากตารางที่ 17 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$$

เมื่อ $Y =$ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

$a =$ ค่าคงที่

$b_1 =$ สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระที่ 1

$x_1 =$ ตัวแปรอิสระที่ 1 คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

$b_2 =$ สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระที่ 2

$x_2 =$ ตัวแปรอิสระที่ 2 คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์

$b_3 =$ สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระที่ 3

$x_3 =$ ตัวแปรอิสระที่ 3 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข

$b_4 =$ สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระที่ 4

$x_4 =$ ตัวแปรอิสระที่ 4 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ

$b_5 =$ สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระที่ 5

$x_5 =$ ตัวแปรอิสระที่ 5 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

แทนค่าสมการ ได้ดังนี้

$$Y = 1.823 + (0.139) (\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง})$$

- + (0.126) (ความคาดหวังในผลลัพธ์)
- + (0.128) (แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข)
- + (0.083) (แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ)
- + (0.062) (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน)

จากสมการ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ตัวแปรทั้ง 5 ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 54.0

4.2 การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR สามารถแบ่งการศึกษาออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกตและบันทึกผล และขั้นสะท้อนผล การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้นำเอาผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะที่ 1 มาประกอบการวางแผนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการคัดเลือกตำบลจากผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 18 ระดับคะแนนพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
จำแนกรายตำบล อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ลำดับ	รายชื่อสถานบริการสุขภาพ	จำนวน(คน)	คะแนนโดยรวม
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยบง เหนือ	77	145.31
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย	95	143.26
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว	76	142.74
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง	27	142.15
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนา แซง	78	141.56
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย	107	138.30

จากคะแนนพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิมีคะแนนน้อยที่สุด จึงถูกคัดเลือกให้เป็นพื้นที่เป้าหมายในพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 ขั้นวางแผน (Planning)

ศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม โดยทีมวิจัยได้มีการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจำนวน 30 คน ซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายที่ 1 คือ พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน

กลุ่มเป้าหมายที่ 2 คือ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน และสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล จำนวน 10 คน

เพื่อนำเข้าข้อมูล ผลการศึกษาพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากระยะที่ 1 แล้วระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีผลการศึกษา ดังนี้

1) สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.1) ด้านชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีหน้าที่ในการประสานงานหากมีการติดต่อเกี่ยวกับการรับส่งผู้ป่วย ชุมชนขาดงบประมาณในการสนับสนุนในการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และมีการดูแลไม่ต่อเนื่อง บางพื้นที่มีงบประมาณในการส่งเสริมการออกกำลังกาย ทำให้พื้นที่บางส่วนไม่มีกลุ่มชมรมออกกำลังกายเพราะไม่มีงบประมาณสนับสนุน ทางชุมชนสนับสนุนในการให้พื้นที่ชุมชนในการออกกำลังกาย แต่ขาดแกนนำและการรวมกลุ่มที่ชัดเจน ผู้นำชุมชนยังไม่ทราบถึงข้อมูลหรือความรู้ที่จะช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน

“...มีโครงการจากเทศบาลให้การสนับสนุนในการทำกิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที แต่พื้นที่อื่นไม่มี จะมาออกกำลังกายที่นี้ก็ไกล ผู้สูงอายุเดินทางลำบาก”

(ผู้นำชุมชนคนที่ 1, 2566: สนทนากลุ่ม)

“...บางพื้นที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก รพ.สต. แต่ไม่ได้ต่อเนื่อง ”

(ผู้นำชุมชนคนที่ 2, 2566: สนทนากลุ่ม)

“...อยากให้มีการรวมกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ แต่ขาดการรวมกลุ่มและผู้นำที่จะพาออกกำลังกาย อยากให้ผู้สูงอายุมาพบปะพูดคุยกันจะได้ไม่เครียด มีพื้นที่ส่วนกลางของชุมชนให้ทำกิจกรรมโดยใช้ศาลาอเนกประสงค์ของแต่ละชุมชนได้ ”

(ผู้นำชุมชนคนที่ 2, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อยากได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เป็นโบรชัวร์ เพื่อที่จะประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน เพื่อทุกคนจะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย ”

(ผู้นำชุมชนคนที่ 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

1.2) ด้านบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม รพ.สต.มีจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณงานและพื้นที่ที่รับผิดชอบ หน่วยงาน รพ.สต. มีแพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังทุกวันจันทร์ และวันพฤหัสบดีในการรักษาผู้ป่วย และติดตามตามนัด มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูง มีโครงการจัดตั้ง Health station ในรพ.สต. และในชุมชน ผู้ป่วยจะมี อสม.ประจำบ้านโดย

อสม.1 คน ดูแลประชากร 10 หลังคาเรือน อสม.จะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีการอบรมให้ความรู้กับ อสม.เป็นระยะ แต่ยังมีขาดรูปแบบหรือแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมสำหรับ อสม. ทางหน่วยงาน มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแจ้งเจ้าหน้าที่ อสม. รพ. โดยการโทรแจ้ง 1669 ภายใน 3 ชม. เพื่อการรักษาทันเวลา แต่ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยโทรมาช้าเกินไป บางครั้งทำให้รักษาไม่ทัน นอกจากนี้ รพ.สต..มีการจัดโครงการให้กับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับนโยบายและงบประมาณในปีนั้นๆ มีกลุ่มนักศึกษา มาฝึกงานมาให้ความรู้ที่ รพ.สต. และชุมชนบ้าง บุคลากรทางสาธารณสุขมีการติดตามเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วย เช่น เคสที่มีปัญหา หรือผู้ป่วยติดเตียง ปัญหาในการดูแลกลุ่มนี้ยังขาดการดูแลต่อเนื่อง งบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยไม่ยอมมารักษา มีรายละเอียด ดังนี้

“...เจ้าหน้าที่งานหลายอย่างที่ต้องทำตามหน้าที่ บางครั้งอาจให้คำแนะนำกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่มาก อีกทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย ช่วงที่มีโรค.พยาบาล มาฝึกงานก็ได้ช่วยในการให้คำแนะนำที่ละเอียดมากขึ้น”

(พยาบาลวิชาชีพ 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ทางรพ.สต. มีโครงการจัดตั้ง Health station ในรพ.สต. และในชุมชน มีกิจกรรมคนดี ส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนกลุ่มเสี่ยง ที่ควบคุมไม่ได้ เป็นกลุ่มป่วย ให้การรักษา และส่ง บางครั้งคัดกรองผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยก็ไม่ยอมมารับการรักษา”

(พยาบาลวิชาชีพ 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...มีการจัดโครงการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นการจัดรวมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีจัดเป็นบางครั้งแต่ไม่ต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับนโยบายและงบประมาณ ในปีนั้นๆ”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“เรามีการจัดอบรมให้ อสม.เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อสม.จะทราบอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางปฏิบัติ มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง”

(พยาบาลวิชาชีพ 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อสม. รู้แนวทางปฏิบัติถ้าพบผู้ป่วยมีอาการเตือนต้องทำยังไง แต่บางครั้งผู้ป่วยมาบอกเราช้า บางทีรอจนเป็นหนักค่อยมาถามว่าเป็นอะไร บางคนไม่มีคนดูแลอยู่ด้วย เลยไม่รู้ต้องทำไง ทำให้รักษาช้า”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อสม. ก็มีงานเยอะเหมือนกันค่ะ ต้องประเมินคัดกรองให้หมอหลายเรื่อง กลุ่มเสี่ยงเยอะก็ต้องจัดการก่อน ผู้ป่วยเดี๋ยวนี้ก็เยอะขึ้น คัดกรองแล้วก็เจอเรื่อย ๆ ค่ะ”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 2, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อสม. มีการวัดความดันผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ให้แนะนำการปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ลดเค็ม เลิกสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกาย ลดการดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ ใช้หลัก 3อ.2ส ผู้ป่วยบางคนก็ไม่ค่อยฟัง บางครั้งไม่เชื่อสิ่งที่บอก”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 3, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบเพิ่มมากขึ้นในชุมชน ไม่อยากให้เกิดในชุมชน ปัญหาที่พบคือการได้รับการสนับสนุนจากในภาครัฐไม่เพียงพอ พื้นที่บางแห่งมีกิจกรรม บางพื้นที่ไม่มีงบสนับสนุน เช่น การออกกำลังกายในชุมชน อยากให้ผู้สูงอายุมาพบปะพูดคุยกัน จะได้ไม่เครียด”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 2, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อยากให้มีการจัดกิจกรรมคลายเครียด มีกลุ่มสวดมนต์นั่งสมาธิให้ผู้สูงอายุ จัดที่วัดก็ได้ จะได้พบปะกันค่ะ”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 1, 2566 : สนทนา)

“...อยากได้สื่อเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไว้อธิบายให้ผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน เป็นแผ่นพับหรือคู่มือที่มีรูปภาพชัดเจน อยากให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเองบ้างค่ะ”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 3, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ถ้ามีแนวทางการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มนี้เลยก็ดี ให้มีรูปภาพที่ชัดเจนไว้แนะนำผู้ป่วยที่ดีค่ะ ตอนนี้งานส่งทางไลน์ ทางโทรศัพท์ตลอด เอาใส่ไว้ในโทรศัพท์ที่ดีค่ะ เปิดตอนไหนก็ได้”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 3, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ถ้ามีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ชัดเจนที่ครอบคลุม เข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกเหนือจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่มีก็เป็นสิ่งที่ดีมากค่ะ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเพิ่มขึ้นทุกปี ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูล และการเข้าถึงที่มีประสิทธิภาพ อสม.ก็มีงานเยอะ ต้องติดตามคัดกรองหลายเรื่อง หากมีตัวช่วยให้ทำงานง่ายขึ้นและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลก็เป็นสิ่งที่ดีกับชุมชนของเราค่ะ”

(พยาบาลวิชาชีพ 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อยากให้พยาบาลไปเยี่ยมบ้านด้วย เพราะผู้ป่วยจะได้เชื่อสิ่งที่แนะนำและปฏิบัติตาม บางทีเราบอกไม่เชื่อ ผู้ป่วยคือเยอะ ไม่ค่อยกลัวอันตรายที่จะเกิด”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 4, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อยากให้สอนผู้ป่วยออกกำลังกายที่บ้านเองได้ บางคนติดบ้าน ห่วงบ้าน ไม่ค่อยออกนอกบ้าน เลย อยากให้ได้ออกกำลังกายจะได้ดูแลสุขภาพตนเองได้”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 4, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...กลุ่มนี้ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรม ต้องชักชวนหรือจูงใจให้เข้ามาร่วม ไม่ออกจากบ้านนาน เดินทางลำบากก็มี”

(อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 3, 2566 : สนทนากลุ่ม)

1.3) กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล พบว่า วิถีชีวิตของผู้สูงอายุยังคงทำงานด้านเกษตรกรรม บางคนรับจ้างทั่วไป ถ้าทำงานไหว ส่วนผู้สูงอายุที่เดินไม่ไหวมีปัญหาด้านสุขภาพก็จะอยู่บ้าน ส่วนใหญ่จะซื้ออาหารถุงหรืออาหารสำเร็จรูปรับประทาน เพราะสะดวกและประหยัดกว่าการทำเอง เช่น รถขายกับข้าว ร้านค้าใกล้บ้าน ตลาดนัด บางครั้งผู้ป่วยอยากทานอะไร ผู้ดูแลก็จะซื้อมาให้ทาน กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงขาดความรู้ ความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดตีบตัน มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ทราบอาการเตือนของโรคหลอดเลือดตีบตัน ไม่อยากไปพบแพทย์ และผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดตีบตัน

“...แม่ไม่รู้จักโรคหลอดเลือดตีบตัน รู้จักแต่อัมพฤกษ์อัมพาต”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...โรคหลอดเลือดตีบตัน เกิดจากความดันโลหิตสูง หมอเคยบอกแม่”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...แม่กะเคยเห็นเพื่อนบ้านมีอาการชาที่มือ ไปหาหมอชา ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ทำให้ต้องรักษายาวเลย รู้แต่ว่าเป็นโรคความดันสูงมาก่อน”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 3, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...บางทีก็เคยมือชา เดียวก็หาย ไม่อยากไปหาหมอ”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 4, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ไม่รู้เหมือนกันว่าต้องทำไง หมอบอกให้ลดแต่เค็ม”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 5, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ฉันกินกาแฟวันละ 2 แก้วทุกวันเลย ไม่กินก็ทำงานไม่ได้”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ฉันไม่ได้ออกกำลังกายหรอก บางทีก็เดินไปเดินมา ที่เค้าจัดก็เป็นเดินแอโรบิค
เดินไม่ไหวหรอก ”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 3, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...แม่ไม่ได้ออกกำลังกายเหมือนกัน ปวดเข่า ออกไม่ไหว ”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 6, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ซื้อกับข้าวถุงมาให้แม่ทาน เพราะต้องทำงานไม่มีเวลาทำ ตอนเย็นก็ซื้อกลับมาด้วยบาง
วันก็มีตลาดนัด มีกับข้าวให้เลือกเยอะ”

(ผู้ดูแล 1, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...บางที อยากรกินอะไรแม่ก็กิน หมอให้ลดแต่เค็ม ลดมันแต่บางครั้งก็เลือกไม่ได้ ”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 3, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...มี อสม. มาวัดความดันให้ทุกเดือน ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง ไม่กินเค็ม ออกกำลังกาย
ลดความเครียด แต่ไม่ได้บอกเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง”

(ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 6, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ไม่รู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รู้แต่แม่เป็นความดัน หมอให้ลดเค็ม ลดมัน
พาไปรับยาตลอด บางทีแก็กก็ลืมกินยา”

(ผู้ดูแล 2, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อยากได้คู่มืออาหารสำหรับโรคความดันโลหิตสูง มีรูปภาพอธิบาย ไว้ดูว่าอะไรกินได้กิน
ไม่ได้ จะได้ทำให้แม่กิน”

(ผู้ดูแล 3, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อยากได้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่รู้ต้องทำไง ถ้าเป็นไรก็ถาม
อสม. ”

(ผู้ดูแล 4, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...อยากได้คู่มืออาหารสำหรับโรคความดันโลหิตสูง มีรูปภาพอธิบาย ไว้ดูว่าอะไรกินได้กิน
ไม่ได้ จะได้ทำให้แม่กิน”

(ผู้ดูแล 2, 2566 : สนทนากลุ่ม)

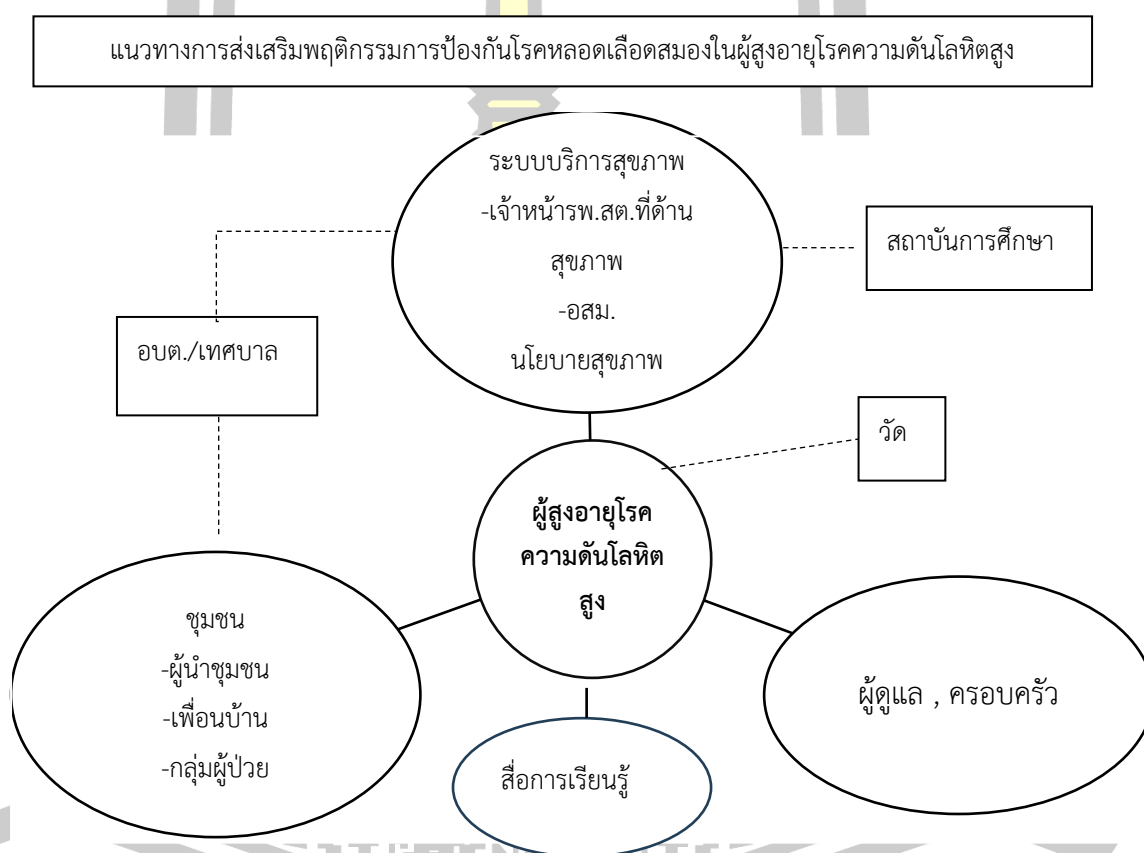
“...อยากให้แม่ได้ออกกำลังกายบ้าง ไม่มีกลุ่มออกกำลังกายในชุมชนเลย”

(ผู้ดูแล 5, 2566 : สนทนากลุ่ม)

“...ถ้ามีการจัดกิจกรรมอยากเข้าร่วมด้วยจะได้มีความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ด้วย”

(ผู้ดูแล 6, 2566 : สนทนากลุ่ม)

ผลการสนทนากลุ่ม ได้เสนอความคิดเห็น รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา และความต้องการในชุมชน เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อกำหนดเป็นร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยได้ร่วมเกี่ยวกับการวางแผนแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและปฏิบัติการแก้ปัญหา โดยแบ่งออก 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ชุมชน 3) กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 4) ผู้ดูแล, ครอบครัว และ 5) สื่อการเรียนรู้ ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 องค์ประกอบแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

จากแนวทางดังกล่าวได้มีการประชุม วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของพื้นที่ตำบลบ้านค่ายอำเภอ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้พื้นที่หมู่บ้าน 3 และหมู่บ้าน 11 บ้านท่าหว้า เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่บ้าน 6 บ้านกุดเวียน หมู่ 7 บ้านแก้งจิก เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

การร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในครั้งนี้ มีการประชุมกลุ่มระดมสมองในการร่วมกันสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของกลุ่มในการ ร่วมเสนอความคิดเห็นตลอดกิจกรรมในขั้นการวางแผน ทุกคนช่วยกันสรุปความเป็นไปได้ในการทำ กิจกรรมและมีส่วนร่วมตัดสินใจ และสรุปผลในการเลือกรูปแบบกิจกรรม วิธีการ และผู้รับผิดชอบการ ดำเนินงาน รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สรุปผลการประชุมกลุ่ม การร่างรูปแบบการส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และนำเสนอรูปแบบการ ร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รับฟังข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน ดังตาราง 19



ตารางที่ 19 าร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การดำเนินงาน	กิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	ผู้รับผิดชอบ
ระบบบริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การให้บริการด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การแจกแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง 2. คู่มือที่สนให้ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่มาตรวจตามนัดที่รพ.สต. 3.การโทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง โดยบุคลากรด้านสุขภาพให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมหากมีปัญหา 4.การเยี่ยมบ้าน โดย อสม. ติดตามกระตุ้นเตือนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมหากมีปัญหา 	-เจ้าหน้าที่ รพ.สต. - อสม. -ผู้วิจัย
ชุมชน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เปิดเสียงตามสายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน และการจัดการอาการเตือน ปังภัยเสียง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) (ช่วงเช้า เวลา 6.00-6.30 น.) 2. จัดกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน ได้แก่ การรำวง การแอโรบิค การปั่นจักรยาน (อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์) 	- ผู้วิจัย - ผู้นำชุมชน - แกนนำผู้สูงอายุ

พูน ปรณ กิตโต ชีเว

ตารางที่ 19 าร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

การดำเนินงาน	กิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	ผู้รับผิดชอบ
กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล	<p>1. จัดอบรมให้ความรู้และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยยึดหลัก 3อ.2ส. โดยการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการคู่มือที่สนธิแนะนำการใช้คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมประสบการณ์ของความสำเร็จและทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตัวเองทำได้สำเร็จ และการกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญ ในเรื่องดังต่อไปนี้</p> <p>1.1 ปังจัย สาเหตุ อาการ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการกรณีฉุกเฉินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส.</p> <p>1.2 พฤติกรรมการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม</p> <p>1.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด</p> <p>1.4 พฤติกรรมการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่</p> <p>1.5 พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา</p>	ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม.
กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล	<p>2. การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสาธิต และการฝึกปฏิบัติทักษะด้านโภชนาการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การเห็นตัวแบบจากตัวอย่างอาหารของจริง การบันทึกพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง</p> <p>2.1 แนะนำการใช้คู่มือโภชนาการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p>	ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม.

ตารางที่ 19 ร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

การดำเนินงาน	กิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	ผู้รับผิดชอบ
	<p>2.2 ประเมินภาวะโภชนาการ และความต้องการอาหารและพลังงาน อาหารแลกเปลี่ยน</p> <p>2.3 สาธิตวิธีการเลือกอาหาร เมนูอาหารพื้นถิ่น และอาหารควบคุมความดันโลหิตสูง</p> <p>3.การพัฒนาทักษะการออกกำลังกาย ด้วยการบรรยายและการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การแกว่งแขน การรำวง และการเดินเร็ว และการผ่อนคลายความเครียด การฟังเพลงที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การสวดมนต์ และการทำสมาธิบำบัด</p>	
กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	<p>4. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติ ด้วยการประเมินพฤติกรรมด้านต่างๆ ที่ตนเองปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ กิจกรรมการใช้ตัวแบบบุคคล ที่ปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี มาถ่ายทอดประสบการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาที่พบ และรวมหาแนวทางแก้ไข</p>	<p>ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และกลุ่มเป้าหมาย</p>

การตรวจสอบร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบที่ได้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลในระยะที่ 1 จากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ผู้นำชุมชน พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องได้ข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการและแนวทางการพัฒนา คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสื่อความรู้ต่างๆ ได้แก่ แผ่นพับให้ความรู้ สื่อวีดิทัศน์ และสื่อเสียงตามสาย แนวทางการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน อาจารย์

พยาบาลสาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติในการทำงานหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่า 5 ปี เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์ วิจารณ์ให้ข้อเสนอแนะ และประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเหมาะสมความ เป็นไปได้ และประโยชน์ ของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดย ใช้แบบประเมิน แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พบว่า ความเหมาะสมของรูปแบบฯ $\bar{x} = 4.53$ S.D.=0.15 และความเป็นไปได้ และประโยชน์ของรูปแบบฯ $\bar{x} = 4.80$, S.D.=0.16 จากนั้นปรับปรุง แก้ไขรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

1. ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการทำแผน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยการคืนข้อมูลที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเลือกแผนงาน โครงการและกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ จนปรับปรุงแผนตามแนวทางที่ได้รับข้อเสนอแนะโดยชุมชน มีส่วนร่วม ในขั้นนี้สนับสนุนการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการ จัดประชุมวางแผนในกลุ่มหรือในคณะทำงานเพื่อหา ผู้รับผิดชอบในแต่ละเรื่องและหาหน่วยงานสนับสนุนในข้อตกลงดังกล่าว ซึ่งระยะนี้เป็นขั้นตอนที่ สำคัญขั้นตอนหนึ่งที่ผู้วิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน จนสามารถ ตอบคำถามเพื่อการดำเนินงานในขั้นนี้ได้ว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร จนสามารถสร้าง แผนงานการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปแผนการดำเนินงาน และเตรียมการดำเนินงานตามแผนที่ วางไว้ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายด้านสุขภาพของหมู่บ้าน เกี่ยวกับการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3. การดำเนินงานตามแผนที่ได้ร่วมกันทำขึ้น (ภาคผนวก ก)

ในกลุ่มทดลอง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลัง การทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การจัดอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง) (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง

(ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 3 ชั่วโมง) (สัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการใช้ตัวแบบ (ระยะเวลาในการจัด กิจกรรม 2 ชั่วโมง) (สัปดาห์ที่ 3)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

(ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 30 นาทีต่อครั้ง) (สัปดาห์ที่ 4-12)

กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้าน และการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง (ใช้เวลา 10-20 นาทีต่อครั้ง) (สัปดาห์ที่ 4-11)

ในกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเป็น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน ดังนี้

การศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน นำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน มีผลการศึกษาลักษณะทางประชากร ดังนี้

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 70.00 มีอายุเฉลี่ย 66.83 ปี (S.D.=5.66) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 83 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.67 ลักษณะความเป็นอยู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.33 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 73.33 รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 15,000 บาท มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย ร้อยละ 53.33 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 90.00 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 56.67 ดัชนีมวลกายในระดับปกติ ร้อยละ 43.33 ค่าดัชนีมวลกายต่ำสุด 19.24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายสูงสุด 37.65 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เส้นรอบเอวสูงกว่าปกติ ร้อยละ 70.00 เส้นรอบเอวต่ำสุด 59 เซนติเมตร เส้นรอบเอวสูงสุด 120 เซนติเมตร ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ร้อยละ 73.33 ระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 56.67 ค่าต่ำสุด 73 ค่าสูงสุด 134 ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 43.33 ระยะเวลาเฉลี่ย 7.40 ปี (S.D.=4.41) ระยะเวลาสั้นสุด 2 ปี ระยะเวลาสูงสุด 14 ปี ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 83.33

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุเฉลี่ย 67.70 ปี (S.D.=5.55) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 ลักษณะความเป็นอยู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 63.33 รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 10,000 บาท มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย ร้อยละ 60.00 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.33 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 63.33 ดัชนีมวลกายในระดับน้ำหนักเกิน ร้อยละ 43.33 ค่าดัชนีมวลกายต่ำสุด 18.73 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายสูงสุด 33.33

กิโลกรัมต่อตารางเมตร เส้นรอบเวาปกติ ร้อยละ 50.00 เส้นรอบเวาต่ำสุด 69 เซนติเมตร เส้นรอบเวาสูงสุด 95 เซนติเมตร ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ร้อยละ 70.00 ระดับไขมันในเลือดปกติ ร้อยละ 53.33 ค่าต่ำสุด 62 ค่าสูงสุด 147 ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาเฉลี่ย 7.87 ปี (S.D.=3.79) ระยะเวลาสั้นที่สุด 3 ปี ระยะเวลาสูงสุด 15 ปี ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 83.33

ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=	ค่าสถิติ	p-value
	(n=30)	30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	7 (23.33)	9 (30.00)	0.719 ^f	0.640
หญิง	23 (76.67)	21 (70.00)		
อายุ (ปี)				
60-69	21 (70.00)	20 (66.67)	0.335 ^f	0.687
70-79	7 (23.33)	7 (23.33)		
80-89	2 (6.67)	3 (10.00)		
สถานภาพสมรส				
โสด	3 (10.00)	4 (13.33)	2.487 ^f	0.782
สมรส	20 (66.67)	20 (66.67)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7 (23.33)	6 (20.00)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1 (3.33)	3 (10.00)	5.577 ^f	0.274
ประถมศึกษา	23 (76.67)	22 (73.33)		
มัธยมศึกษา	6 (20.00)	5 (16.67)		

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=	ค่าสถิติ	p-value
	(n=30)	30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ลักษณะความเป็นอยู่				
อยู่ตามลำพังคนเดียว	4 (13.33)	3 (10.00)	4.323 ^f	0.262
อยู่กับคู่สมรส	7 (23.33)	3 (10.00)		
อยู่กับบุตร หลาน	19 (63.33)	24 (80.00)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6 (20.00)	7 (23.33)	5.991 ^f	0.145
เกษตรกร	16 (53.33)	20 (66.67)		
รับจ้างทั่วไป	8 (26.67)	3 (10.00)		
รายได้เฉลี่ยครอบครัว				
ไม่เกิน 5,000 บาท	22 (73.33)	19 (63.33)	1.360 ^f	0.563
5,001-10,000 บาท	6 (20.00)	11 (36.67)		
10,001-15,000 บาท	2 (6.67)	0 (0.00)		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ เหลือเก็บ	2 (6.67)	2 (6.67)	4.572 ^f	0.296
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	7 (23.33)	15 (50.00)		
ไม่เพียงพอ	21 (70.00)	13 (43.33)		
ความเครียด				
น้อย	16 (53.33)	18 (60.00)	2.926 ^f	0.594
ปานกลาง	8 (26.67)	9 (30.00)		
มาก	6 (20.00)	3 (10.00)		
การสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	27 (90.00)	22 (73.33)	4.993 ^f	0.317
เคยสูบ	2 (6.67)	5 (16.67)		
เป็นประจำ	1 (3.33)	3 (10.00)		

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร
ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=	ค่าสถิติ	p-value
	(n=30)	30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่ม	18 (56.67)	21 (63.33)	3.228 ^f	0.945
เคยดื่ม	8 (20.00)	4 (13.33)		
นาน ๆ ครั้ง	0 (0.00)	2 (6.67)		
เป็นประจำ	4 (13.33)	3 (6.67)		
ดัชนีมวลกาย				
ปกติ (18.5-22.9 กก./m ²)	13 (43.33)	7 (23.33)	8.730 ^f	0.441
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก./m ²)	3 (10.00)	13 (43.33)		
โรคอ้วน (25.0-29.9 กก./m ²)	8 (26.67)	8 (26.67)		
โรคอ้วนอันตราย (>=30.0 กก./m ²)	6 (20.00)	2 (6.67)		
เส้นรอบเอว				
ปกติ (ชาย <=90 ซม., หญิง 80 ซม.)	9 (30.00)	15 (50.00)	3.968 ^f	0.109
สูงกว่าปกติ (ชาย>90 ซม.,หญิง >80 ซม.)	21 (70.00)	15 (50.00)		
การควบคุมความดันโลหิต				
ควบคุมได้	10 (33.33)	9 (30.00)	0.714 ^f	0.675
ควบคุมไม่ได้	20 (66.67)	21 (70.00)		
ระดับไขมันในเลือด				
ปกติ	13 (43.33)	16 (53.33)	0.102 ^x	0.749
สูงกว่าปกติ	17 (56.67)	14 (46.67)		
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
1 - 5 ปี	13 (43.33)	10 (30.33)	2.642 ^f	0.675
6 - 10 ปี	9 (30.00)	15 (50.00)		
11 - 15 ปี	8 (26.67)	5 (16.67)		

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว				
ไม่มี	25 (83.33)	25 (83.33)	1.200 ^f	0.556
มี	5 (16.67)	5 (16.67)		

2. การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง มีผลการศึกษาดังนี้

1) การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=10.73, S.D.=1.31) และหลังการทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean=13.17, S.D.=0.83) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=10.27, S.D.=1.70) และหลังการทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=10.63, S.D.=1.56) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
กลุ่มทดลอง	30	10.73 (1.31)	ปานกลาง	13.17 (0.83)	มาก
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	10.27 (1.70)	ปานกลาง	10.63 (1.56)	ปานกลาง

2) การศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=3.22, S.D.=0.19) โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=3.16, S.D.=0.28) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ อยู่ในระดับสูง (Mean=3.28, S.D.=0.23) และหลังการทดลอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.54, S.D.=0.25) โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=3.64, S.D.=0.35) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ อยู่ในระดับสูง (Mean=3.43, S.D.=0.34)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=3.15, S.D.=0.24) โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=3.09, S.D.=0.25) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ อยู่ในระดับสูง (Mean=3.23, S.D.=0.34) และหลังการทดลอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.12, S.D.=0.23) โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=3.01, S.D.=0.38) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ อยู่ในระดับสูง (Mean=3.25, S.D.=0.25) ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
กลุ่มทดลอง(n=30)				
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	3.16 (0.28)	สูง	3.64 (0.35)	สูง
ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์	3.28 (0.23)	สูง	3.43 (0.34)	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.22 (0.19)	สูง	3.54 (0.25)	สูง
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)				
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	3.09 (0.25)	สูง	3.01 (0.38)	สูง
ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์	3.23 (0.34)	สูง	3.25 (0.25)	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.15 (0.24)	สูง	3.12 (0.23)	สูง

3) การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.01, S.D.=0.35) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง (Mean=3.13, S.D.=0.57) รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ อยู่ในระดับสูง (Mean=3.09, 0.61) และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.96, S.D.=0.57) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง (2.93, 0.56) และหลังการทดลอง พบว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.38, S.D.=0.33) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง (Mean=3.62, S.D.=0.45) รองลงมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง (Mean=3.33, 0.39) และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ อยู่ในระดับสูง (Mean=3.31, S.D.=0.48) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับสูง (3.26, 0.42)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.01, S.D.=0.31) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง (Mean=3.16, S.D.=0.53) รองลงมาได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ (Mean=3.06, S.D.=0.54) อยู่ในระดับสูง และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.98, S.D.=0.46) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.87, S.D.=0.47) และหลังการ

ทดลอง พบว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.04, S.D.=0.39) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง (Mean=3.17, 0.59) รองลงมาได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ อยู่ในระดับสูง (Mean=3.03, S.D.=0.37) และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง (Mean=3.02, 0.56) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยส่วนน้อยที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.95, 0.67) ดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
กลุ่มทดลอง				
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	2.96 (0.57)	ปานกลาง	3.33 (0.39)	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	2.93 (0.56)	ปานกลาง	3.26 (0.42)	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.13 (0.57)	สูง	3.62 (0.45)	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	3.09 (0.61)	สูง	3.31 (0.48)	สูง
โดยรวม	3.01 (0.35)	สูง	3.38 (0.33)	สูง
กลุ่มเปรียบเทียบ				
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	2.98 (0.46)	ปานกลาง	3.02 (0.56)	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	2.87 (0.47)	ปานกลาง	2.95 (0.67)	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.16 (0.53)	สูง	3.17 (0.59)	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	3.06 (0.54)	สูง	3.03 (0.37)	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.01 (0.31)	สูง	3.04 (0.39)	สูง

4) การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.13, S.D.=0.29) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง (Mean=3.69, S.D.=0.47) รองลงมาได้แก่ ด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.11, S.D.=0.45) และ ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับระดับปานกลาง (Mean=3.03,

S.D.=0.55) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.53, S.D.=0.52) และหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.77, S.D.=0.26) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง (Mean=4.22, S.D.=0.34) รองลงมาได้แก่ ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง (Mean=3.84, S.D.=0.43) และ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับสูง (Mean=3.76, S.D.=0.46) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.38, S.D.=0.98)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.11, S.D.=0.33) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (Mean=3.63, S.D.=0.89) รองลงมาได้แก่ ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.08, S.D.=0.52) และ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับระดับปานกลาง (Mean=3.06, S.D.=0.43) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.47, S.D.=0.78) และหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.13, S.D.=0.25) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.62, S.D.=0.83) รองลงมาได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.10, S.D.=0.43) และ ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.06, S.D.=0.69) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.58, S.D.=0.83) ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
กลุ่มทดลอง				
ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.11 (0.45)	ปานกลาง	3.76 (0.46)	สูง
ด้านการจัดการความเครียด	3.03 (0.55)	ปานกลาง	3.84 (0.43)	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	2.97 (0.57)	ปานกลาง	3.45 (0.46)	ปานกลาง
ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	2.53 (0.52)	ปานกลาง	3.38 (0.98)	ปานกลาง
ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและ การรับประทานยา	3.69 (0.47)	สูง	4.22 (0.34)	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.13 (0.29)	ปานกลาง	3.77 (0.26)	สูง

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) (ต่อ)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ด้านพฤติกรรมกำรบริโภคอาหาร	3.06 (0.43)	ปานกลาง	3.10 (0.43)	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	3.08 (0.52)	ปานกลาง	3.06 (0.69)	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.99 (0.48)	ปานกลาง	3.03 (0.44)	ปานกลาง
ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	2.47 (0.78)	ปานกลาง	2.58 (0.83)	ปานกลาง
ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและ การรับประทานยา	3.63 (0.89)	ปานกลาง	3.62 (0.83)	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	30	3.11 (0.33)	ปานกลาง	3.13 (0.25)

5) การศึกษาการควบคุมความดันโลหิต

ผลการศึกษาการควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 และควบคุมไม่ได้ จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.67 และหลังการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิต ได้ จำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 และควบคุมไม่ได้ จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.67

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.00 และควบคุมไม่ได้ จำนวน 21 คน ร้อยละ 70.00 และหลังการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิต ได้ จำนวน 9 คน ร้อยละ 30.00 และควบคุมไม่ได้ จำนวน 21 คน ร้อยละ 70.00 ดังแสดงในตารางที่ 25

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 25 จำนวน และร้อยละ การควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง				
ควบคุมได้	10	33.33	16	53.33
ควบคุมไม่ได้	20	66.67	14	46.67
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ควบคุมได้	9	30.00	9	30.00
ควบคุมไม่ได้	21	70.00	21	70.00

6) การศึกษาความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

ผลการศึกษาความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต (Thai CV Risk Score) ของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต เท่ากับ 29.19 (S.D.=10.59) โดยระดับความเสี่ยงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความเสี่ยงระดับสูงมาก จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 ซึ่งเท่ากับ ความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 รองลงมาได้แก่ ความเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และ ความเสี่ยงระดับอันตราย จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ และหลังการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต เท่ากับ 26.29 (S.D.=8.42) โดยระดับความเสี่ยงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมาได้แก่ ความเสี่ยงระดับสูงมาก จำนวน 10 คน และ ความเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต เท่ากับ 32.18 (S.D.=16.11) โดยระดับความเสี่ยงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.67 รองลงมาได้แก่ ความเสี่ยงระดับอันตราย จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 และความเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 ซึ่งเท่ากับความเสี่ยงระดับสูงมาก จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ และหลังการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต เท่ากับ 32.50 (S.D.=14.53) โดยระดับความเสี่ยงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความเสี่ยงระดับสูง จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.67 รองลงมาได้แก่ ความเสี่ยงระดับอันตราย จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 ซึ่งเท่ากับ ความเสี่ยงระดับสูงมาก จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.33 และความเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง				
ต่ำ	0	0.00	0	0.00
ปานกลาง	8	26.67	8	26.67
สูง	10	33.33	12	40.00
สูงมาก	10	33.33	10	33.33
อันตราย	2	6.67	0	0.00
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ต่ำ				
ปานกลาง	6	20.00	5	16.67
สูง	11	36.67	11	36.67
สูงมาก	6	20.00	7	23.33
อันตราย	7	23.33	7	23.33

3. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

3.1 การศึกษาเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1) การศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ซึ่งตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous variables) จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ที่ได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยพิจารณาค่า Shapiro-wilk test มีค่า p-value > 0.05 แสดงว่าตัวแปรที่ศึกษามีการแจกแจงปกติ (normal distribution) ส่วนตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (category variables) ได้แก่ ตัวแปรความดันโลหิต วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ chi-square test

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	10.73	1.31	10.27	1.70	1.190	0.239
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.22	0.19	3.15	0.24	1.132	0.262
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	3.16	0.28	3.09	0.25	1.069	0.290
ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์	3.28	0.23	3.23	0.34	0.708	0.482

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความ
ดันโลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ก่อนการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.01	0.35	3.01	0.31	0.012	0.991
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	2.96	0.57	2.98	0.46	-0.160	0.874
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	2.93	0.56	2.87	0.47	0.396	0.693
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากร ทางสาธารณสุข	3.13	0.57	3.16	0.53	-0.234	0.815
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	3.09	0.67	3.06	0.54	0.223	0.824
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	3.13	0.29	3.11	0.33	0.236	0.814
ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.11	0.45	3.06	0.43	0.453	0.652
ด้านการจัดการความเครียด	3.03	0.55	3.08	0.52	-0.344	0.732
ด้านการออกกำลังกาย	2.97	0.57	2.99	0.48	-0.098	0.923
ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	2.53	0.52	2.47	0.78	0.390	0.698
ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและ การรับประทานยา	3.69	0.47	3.63	0.89	0.334	0.740
ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน อนาคต (Thai CV Risk Score)	29.19	10.59	32.18	16.11	-0.852	0.398

2) การศึกษาเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบก่อนการทดลอง โดยตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (category variables) โดยใช้สถิติ
Fisher's exact test พบว่า การควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน
การทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบ

การควบคุมความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ควบคุมได้	10 (33.33)	9 (30.00)	0.714	0.675
ควบคุมไม่ได้	20 (66.67)	21 (70.00)		

3.2 การศึกษาเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อน การทดลองและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดัน
โลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ซึ่งตัวแปรตามเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous
variables) วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired sample t-test ก่อนการวิเคราะห์ได้นำข้อมูล
มาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยพิจารณาค่า Shapiro-wilk test มีค่า p-value >
0.05 แสดงว่าตัวแปรที่ศึกษา มีการแจกแจงปกติ (normal distribution)

ผลการศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดัน
โลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง
และหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียด
ดังตารางที่ 29

ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม วิเคราะห์
เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ McNemar test

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อน
การทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่ม
เปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียด ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสียหายโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปรศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		
	Mean (SD)	Mean (SD)			Mean (SD)	Mean (SD)		
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	10.73 (1.31)	13.17 (0.83)	10.014**	<0.001	10.27 (1.70)	10.63 (1.56)	1.122	0.271
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.22 (0.19)	3.54 (0.25)	3.319**	0.002	3.15 (0.24)	3.12 (0.23)	0.805	0.427
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	3.16 (0.28)	3.64 (0.35)	4.966**	<0.001	3.09 (0.25)	3.01 (0.38)	1.235	0.227
ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์	3.28 (0.23)	3.43 (0.34)	5.678**	<0.001	3.23 (0.34)	3.25 (0.25)	0.211	0.834
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.01 (0.35)	3.38 (0.33)	3.686**	0.001	3.01 (0.31)	3.04 (0.39)	0.395	0.696
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	2.96 (0.57)	3.33 (0.39)	2.625*	0.014	2.98 (0.46)	3.02 (0.56)	0.267	0.791
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	2.93 (0.56)	3.26 (0.42)	4.980**	<0.001	2.87 (0.47)	2.95 (0.67)	0.471	0.641
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.13 (0.57)	3.62 (0.45)	2.193*	0.036	3.16 (.53)	3.17 (0.59)	0.094	0.926
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	3.09 (0.67)	3.31 (0.48)	6.065**	<0.001	3.06 (0.54)	3.03 (0.37)	0.224	0.824

* p-value<0.05, ** p-value<0.01

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดตีบ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดตีบในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเครียดในอาสาสมัครสุขภาพในอนาคต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ต่อ)

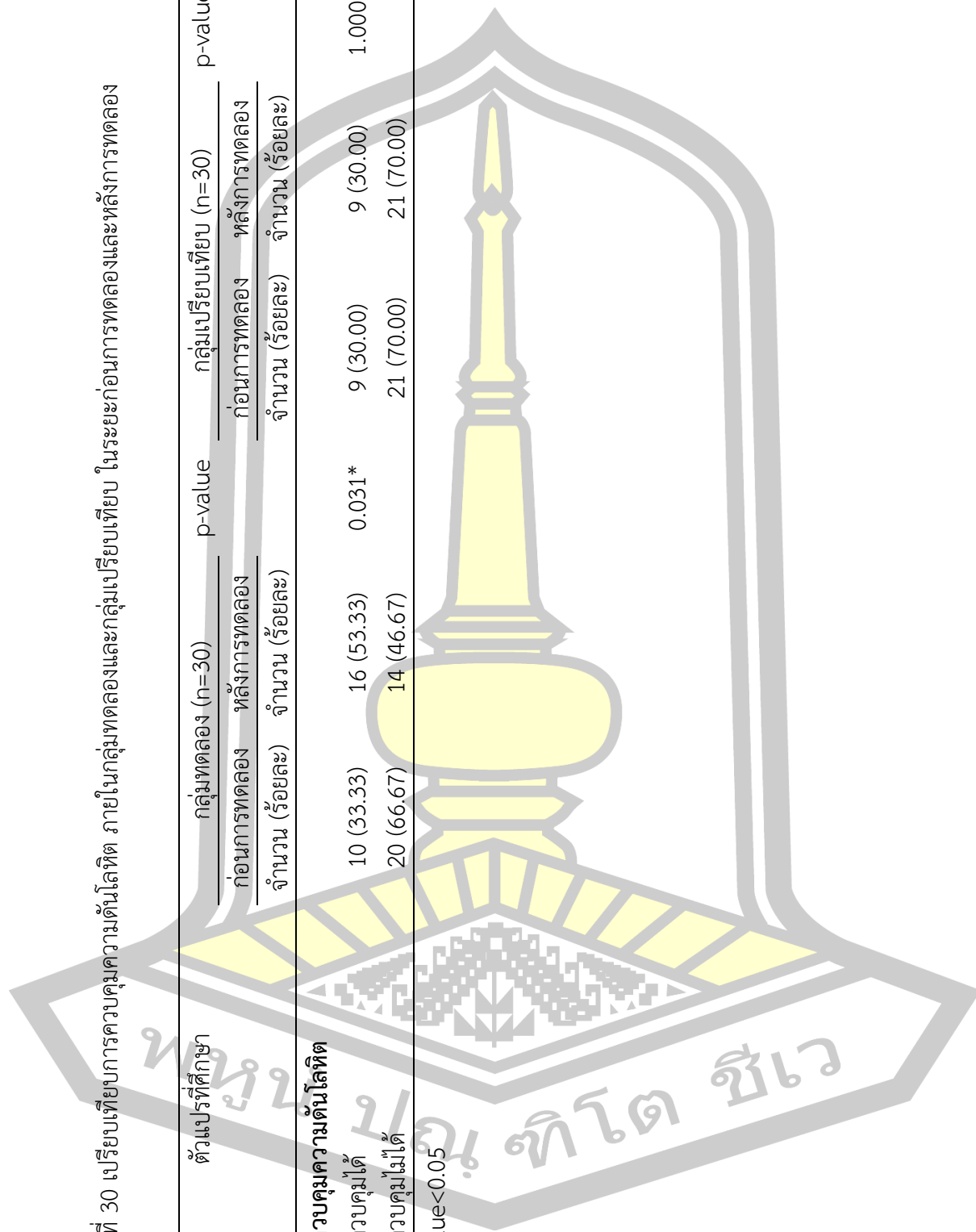
ตัวแปรศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		
	Mean (SD)	Mean (SD)			Mean (SD)	Mean (SD)		
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดตีบ	3.13 (0.29)	3.77 (0.26)	6.597**	<0.001	3.11 (0.33)	3.13 (0.25)	0.334	0.741
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง								
ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.11 (0.45)	3.76 (0.46)	6.613**	<0.001	3.06 (0.43)	3.10 (0.43)	0.363	0.719
ด้านการจัดการความเครียด	3.03 (0.55)	3.84 (0.43)	3.784**	0.001	3.08 (.52)	3.06 (0.69)	0.153	0.880
ด้านการออกกำลังกาย	2.97 (0.57)	3.45 (0.46)	3.755**	0.001	2.99 (0.48)	3.03 (0.44)	0.497	0.623
ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	2.53 (0.52)	3.38 (0.98)	4.983**	<0.001	2.47 (0.78)	2.58 (0.83)	0.658	0.516
ด้านการพบแพทย์ตามนัดและ	3.69 (0.47)	4.22 (0.34)	11.850**	<0.001	3.63 (0.89)	3.62 (0.83)	0.024	0.981
การรับประทานยา								
ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดตีบในอนาคต (Thai CV Risk Score)	29.19 (10.59)	26.29 (8.42)	2.963**	0.006	32.18 (16.11)	32.50 (14.53)	-0.169	0.867

**p-value<0.01

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การควบคุมความดันโลหิต					
ควบคุมได้	10 (33.33)	16 (53.33)	9 (30.00)	9 (30.00)	1.000
ควบคุมไม่ได้	20 (66.67)	14 (46.67)	21 (70.00)	21 (70.00)	

*p-value<0.05



3.3 การศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

1) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ซึ่งตัวแปรตามเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous variables) จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยพิจารณาค่า Shapiro-wilk test มีค่า p-value > 0.05 แสดงว่าตัวแปรที่ศึกษามีการแจกแจงปกติ (normal distribution)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ดังนี้

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง และด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.020 และ p-value=0.001 ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อน ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข และด้านแรงสนับสนุนจากสื่อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.019, 0.035, 0.002 และ 0.015 ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001, <0.001, =0.001, =0.001 และ =0.001 ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.047) รายละเอียด ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	13.17	0.83	10.63	1.56	7.827**	<0.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.54	0.25	3.12	0.23	6.776**	<0.001
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	3.64	0.35	3.01	0.38	2.403*	0.020
ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์	3.43	0.34	3.25	0.25	6.736**	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.38	0.33	3.04	0.39	3.666**	0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.33	0.39	3.02	0.56	2.497*	0.019
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	3.26	0.42	2.95	0.67	2.164*	0.035
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.62	0.45	3.17	0.59	3.301**	0.002
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	3.31	0.48	3.03	0.37	2.510*	0.015
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	3.77	0.26	3.13	0.25	9.785**	<0.001
ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.76	0.46	3.10	0.43	5.767**	<0.001
ด้านการจัดการความเครียด	3.84	0.43	3.06	0.69	5.277**	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	3.45	0.46	3.03	0.44	3.571**	0.001
ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	3.38	0.98	2.58	0.83	3.410**	0.001
ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา	4.22	0.34	3.62	0.83	3.633**	0.001
ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต (Thai CV Risk Score)	26.29	8.42	32.50	14.53	-2.025*	0.047

* p-value<0.05, ** p-value<0.01

2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ซึ่งเป็นตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (category variables) โดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่า การควบคุมความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05 ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 เปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบ

การควบคุมความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ควบคุมได้	16 (53.33)	9 (30.00)	$\chi^2 5.000^*$	0.046
ควบคุมไม่ได้	14 (46.67)	21 (70.00)		

f=Fisher's exact test, *p-value<0.05

สรุปประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต และการควบคุมความดันโลหิตโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001, p-value<0.001, p-value=0.001, p-value<0.001, p-value<0.05 และ p-value<0.05 ตามลำดับ)

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)

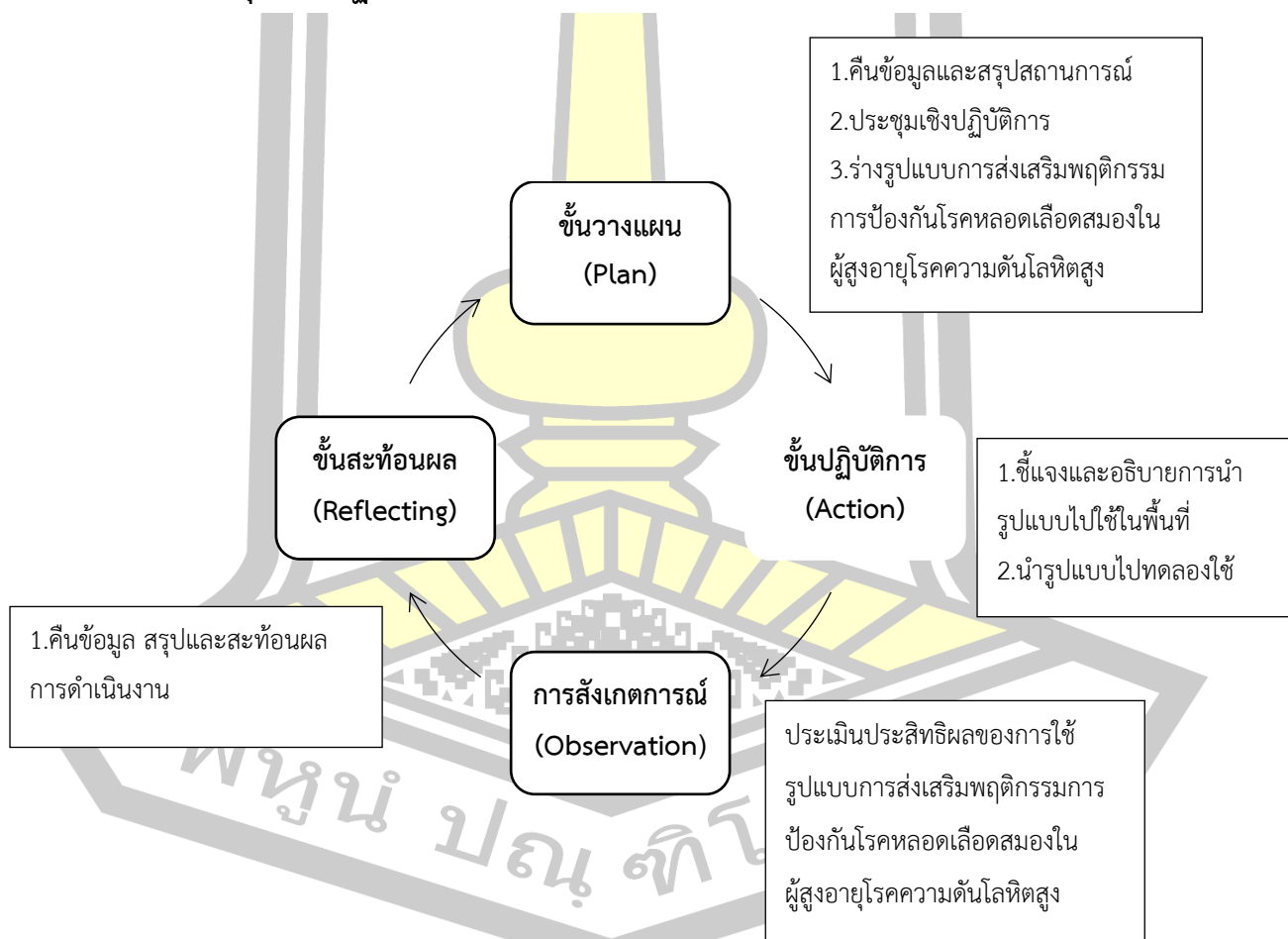
จากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการจัดประชุมที่เกี่ยวข้อง เพื่อคืนข้อมูล สรุปและสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล

ทีมวิจัยประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ผู้นำชุมชน พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง ประชุม และคืนข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สะท้อนผลและทบทวนผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวบรวมจากการบันทึก และติดตามรายงานความก้าวหน้ากิจกรรมที่ทำไว้ทุกระยะ เมื่อประเมินผลหลังกิจกรรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งหลังจากการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

และหลอดเลือดในอนาคต หลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงจาก ระยะเวลาการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.047$) จากนั้นประชุมและนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานรูปแบบกิจกรรม รวมถึงอธิบายคู่มือแนวทางการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสื่อความรู้ต่างๆ ได้แก่ แผ่นพับให้ความรู้ สื่อวิดีโอทัศน์ และสื่อเสียงตามสาย แนวทางการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมซักถามเกี่ยวกับการดำเนินงานในการสร้างรูปแบบที่เกิดขึ้นและนำรูปแบบที่ได้ไปเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สรุปวงจรปฏิบัติการ



ภาพที่ 6 วงจรปฏิบัติการ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีผลการศึกษา ดังนี้

“...หลังจากได้เข้าอบรม ทำให้มีความรู้มากขึ้น เวลาจะกินอะไร ระวังมากขึ้น อยากรักษาโรคให้ได้ กลัวเป็นอัมพาต พยายามปฏิบัติตามหมอแนะนำทุกๆ ด้าน”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1, 68 ปี

“...กิจกรรมมีประโยชน์มาก มีวิธีการดูแลตนเองด้านต่างๆ จำไม่ได้ก็เปิดดูในคู่มือที่ให้มาได้ ทำให้ดูแลตนเองได้ดีขึ้น เหมือนมีคนมากระตุ้นอยู่เรื่อย ๆ ยิ่งทำให้ต้องดูแลตนเองให้ดี”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2, 65 ปี

“...ได้ความรู้เยอะมาก บางอย่างก็เพิ่งรู้ อยากให้มีการจัดกิจกรรมแบบนี้เรื่อยๆ อยากรักษาตนเองให้ดี ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน อยากรให้มีการรวมกลุ่มโรคเดียวกันอย่างนี้อีก ได้คุยกัน แลกเปลี่ยนกัน ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติตัว”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3, 67 ปี

“...ได้ความรู้และคู่มือจากกิจกรรมนี้ดี ได้เปิดอ่านบททวนการดูแลตนเอง และนำไปปฏิบัติ ตอนแรกก็ทำได้ไม่เยอะ ค่อยๆทำไป ทำให้ดูแลตนเองดีขึ้น ครอบครัวก็ได้ดูแลตนเองไปด้วย โดยเฉพาะเรื่องอาหาร”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4, 76 ปี

“...ชอบทุกกิจกรรมที่จัดให้ ได้ความรู้ใหม่ๆหลายอย่าง ได้วิธีในการดูแลตนเองมากขึ้น มีคู่มือประจำตัว เปิดดูเปิดอ่านได้ตลอด ลูกสาวก็มาดูด้วย สงสัยอะไรก็ถามหมอได้ตลอด”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5, 70 ปี

สรุป จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 คน หลังเข้าร่วมศึกษาในโครงการ พบว่า ความรู้ และสื่อความรู้ที่ได้รับ เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง รวมถึงการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลด้วย เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอาจมีอุปสรรคในการดูแลตนเอง การที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง รวมถึงการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก็จะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่ดี และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตของผู้ป่วยต่อไปได้

เมื่อพิจารณาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ชุมชน 3) กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 4) ผู้ดูแล, ครอบครัว และ 5) สื่อการเรียนรู้ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self – Efficacy Theory) ในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน

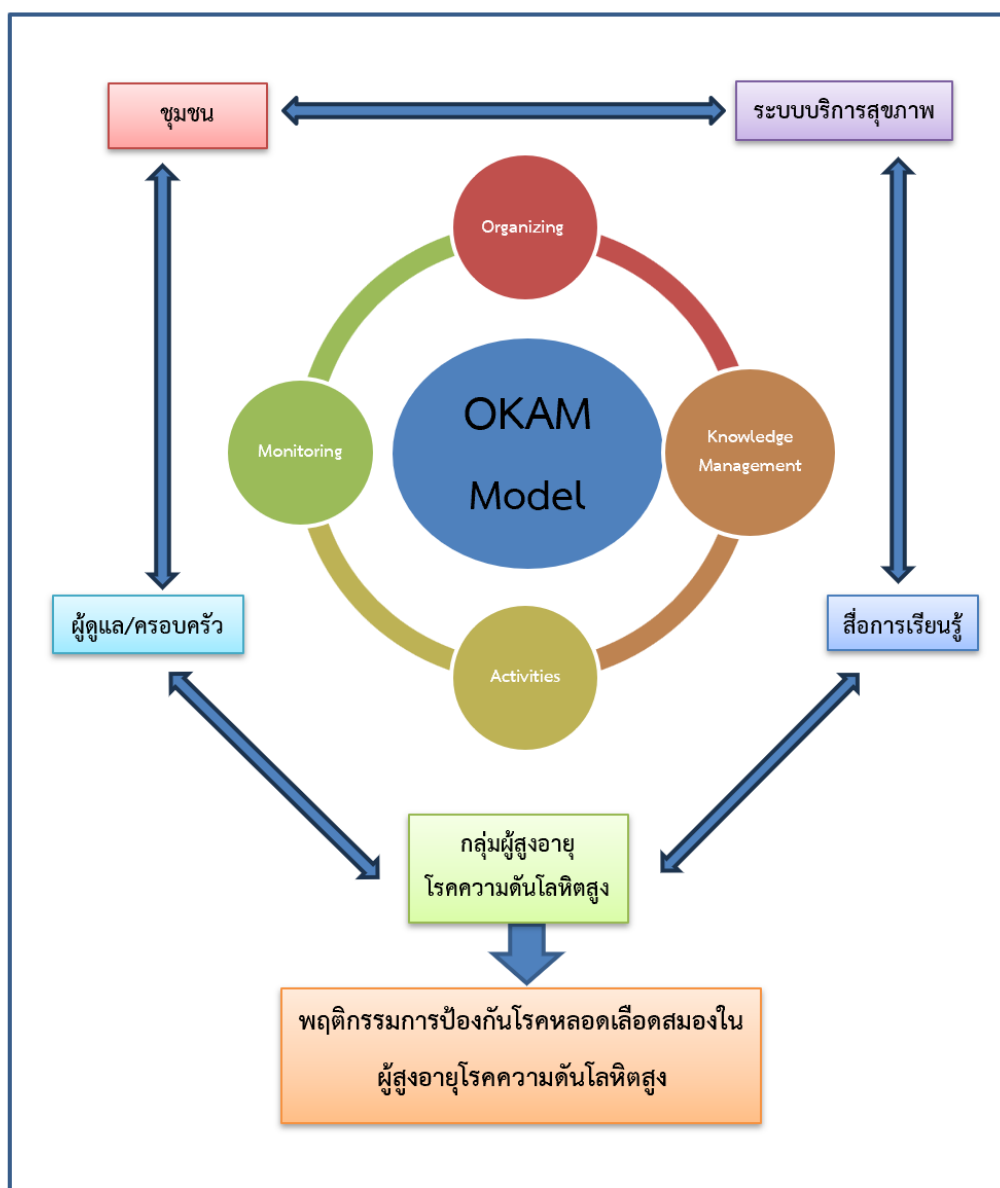
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นที่มาของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้เป็น “OKAM Model” ซึ่งเป็น รูปแบบที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้คำจำกัด ความของ “OKAM Model” ดังนี้

การจัดระบบ : Organizing (O) ประกอบด้วย การจัดระบบของคน โดยการแบ่ง หน้าที่ความรับผิดชอบในงานตามกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ผู้ดูแล/ ครอบครัว และชุมชน การจัดการระบบของงาน การวางแผนการจัดกิจกรรมต่างๆ และการใช้ทรัพยากรต่างๆ ให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด

การรวบรวมองค์ความรู้ : Knowledge Management (K) การรวบรวมองค์ความรู้ ในการส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง และคู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การจัดกิจกรรม : Activities (A) การจัดกิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรม การ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้ การให้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยยึดหลัก 3อ.2ส. โดยการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดู วิดีทัศน์ การจัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสาธิต และการฝึกปฏิบัติทักษะด้านโภชนาการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาทักษะการ ออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด แนะนำการใช้คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัม พฤษ อัมพาต) คู่มือโภชนาการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแล

การกำกับติดตาม : Monitoring (M) การกำกับติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน / การ โทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ให้กำลังใจ และให้ คำแนะนำเพิ่มเติม โดยบุคลากรด้านสุขภาพ สรุปได้ ดังในภาพที่ 7



ภาพที่ 7 สรุปรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยแบบผสม (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สรุปผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.91 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 53.04 มีอายุเฉลี่ย 70.42 ปี (S.D.=7.70) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 92 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.83 ลักษณะความเป็นอยู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน ร้อยละ 61.74 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.13 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 82.17 เฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 4,024.35 บาท (S.D.=5,467.31) รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.30 ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย จำนวน 305 คน ร้อยละ 66.30 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.87 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 78.04 ดัชนีมวลกายในระดับปกติ ร้อยละ 54.13 ดัชนีมวลกายต่ำสุด 12.49 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายสูงสุด 43.56 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เส้นรอบเอวสูงกว่าปกติ ร้อยละ 59.35 เส้นรอบเอวต่ำสุด 50 เซนติเมตร เส้นรอบเอวสูงสุด 120 เซนติเมตร ความดันโลหิตปกติ จำนวน 277 คน ร้อยละ 60.22 ระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 56.52 ค่าต่ำสุด 46 ค่าสูงสุด 209 ระยะเวลา

การเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 40.22 ระยะเวลาเฉลี่ย 8.81 ปี (S.D.=6.51) ระยะเวลา
น้อยสุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 31 ปี ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 91.52

2. การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต
สูง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ย
ความรู้อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 13.32 (S.D.=1.39) โดยมีค่าคะแนนมากที่สุด 14 คะแนน คะแนน
น้อยที่สุด 4 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.65 รองลงมาได้แก่ ระดับปาน
กลาง ร้อยละ 3.48 และระดับน้อย ร้อยละ 0.87 ตามลำดับ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 (S.D.=0.46)
คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.13 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ใน
ระดับสูง จำนวน 343 คน ร้อยละ 74.57 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 117 คน ร้อยละ
25.43 ตามลำดับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
3.40 (S.D.=0.52) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.00 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 340 คน ร้อยละ 73.91
รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 117 คน ร้อยละ 25.43 และ ระดับต่ำ จำนวน 3 คน ร้อยละ
0.65 ตามลำดับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
3.35 (S.D.=0.57) คะแนนสูงสุด 4.00 คะแนนต่ำสุด 2.00 โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ อยู่ในระดับสูง จำนวน 317 คน ร้อยละ 68.91 รองลงมาได้แก่ ระดับ
ปานกลาง จำนวน 142 คน ร้อยละ 30.87 และระดับต่ำ 1 คน ร้อยละ 0.22 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
3.35 (S.D.=0.42) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.29 โดยส่วนใหญ่มีระดับแรง
สนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง จำนวน 339 คน ร้อยละ 73.70 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง
จำนวน 121 คน ร้อยละ 26.30 ตามลำดับ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (S.D.=0.60) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.75 โดยส่วนใหญ่มี
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง จำนวน 299 คน ร้อยละ 65.00 รองลงมาได้แก่
ระดับปานกลาง จำนวน 153 คน ร้อยละ 33.26 และระดับต่ำ จำนวน 8 คน ร้อยละ 1.74 ตามลำดับ
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (S.D.=0.59) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด
4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.20 โดยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อยู่ในระดับสูง จำนวน
281 คน ร้อยละ 61.09 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 179 คน ร้อยละ 38.91 ตามลำดับ
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข พบว่า พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30

(S.D.=0.57) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.40 โดยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง จำนวน 276 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 184 คน ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 (S.D.=0.51) คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.00 คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.33 โดยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ อยู่ในระดับสูง จำนวน 325 คน ร้อยละ 70.65 รองลงมา ได้แก่ ปานกลาง จำนวน 135 คน ร้อยละ 29.35

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D.=0.29) ค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.41 ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2.90 โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 259 คน ร้อยละ 56.30 รองลงมาได้แก่ ระดับสูง จำนวน 201 คน ร้อยละ 43.70 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 (S.D.=0.40) ค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.60 ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2.33 โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 335 คน ร้อยละ 72.83 รองลงมาได้แก่ ระดับสูง จำนวน 123 คน ร้อยละ 26.74 และระดับต่ำ จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.43 ตามลำดับ ด้านการจัดการความเครียด พบว่าอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (S.D.=0.52) ค่าเฉลี่ยสูงสุด 5.00 ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2.44 โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 233 คน ร้อยละ 50.65 รองลงมาได้แก่ ระดับสูง จำนวน 227 คน ร้อยละ 49.35 ตามลำดับ ด้านการออกกำลังกาย พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 (S.D.=0.90) ค่าเฉลี่ยสูงสุด 5.00 ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 1.14 โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง จำนวน 245 คน ร้อยละ 53.26 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 178 คน ร้อยละ 38.70 และระดับต่ำ จำนวน 37 คน ร้อยละ 8.04 ตามลำดับ ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D.=0.55) ค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.50 ค่าเฉลี่ยต่ำสุด 1.00 โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 394 คน ร้อยละ 85.65 รองลงมาได้แก่ ระดับสูง จำนวน 47 คน ร้อยละ 10.22 และระดับต่ำ จำนวน 19 คน ร้อยละ 4.13 ตามลำดับ และด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 (S.D.=0.64) ค่าเฉลี่ยสูงสุด 5.00 คะแนนต่ำสุด 2.33 โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง จำนวน 335 คน ร้อยละ 72.83 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 122 คน ร้อยละ 26.52 และ ระดับต่ำ จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.65 ตามลำดับ

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical variables) ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ การประกอบอาชีพ ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการวิเคราะห์ความสัมพันธ์สำหรับตัวแปรที่เป็นต่อเนื่อง (Continuous variables) ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ ($r=0.119$ $p=0.011$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน รายได้ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในภาพรวม ($r=0.676$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r=0.575$, $p<0.001$) และความคาดหวังในผลลัพธ์ ($r=0.561$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวม ($r=0.649$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r=0.428$, $p<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r=0.483$, $p<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($r=0.548$, $p<0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($r=0.405$,

$p < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. การศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($p < 0.001$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($p < 0.001$) และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($p < 0.001$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า ตัวแปรทั้ง 5 ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 54.0

5.1.2 สรุปผลการศึกษาระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR สามารถแบ่งการศึกษาออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติตามแผน ขั้นสังเกตและบันทึกผล และขั้นสะท้อนผล โดยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 3) กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 4) ผู้ดูแล, ครอบครัว และ 5) สื่อการเรียนรู้ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self - Efficacy Theory) ในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นที่มาของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้เป็น “OKAM Model” ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้คำจำกัดความของ “OKAM Model” ดังนี้

O : Organizing เป็นการจัดการองค์กร ประกอบด้วย การจัดระบบของคน โดยการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในงานตามกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพ ผู้ดูแล/ ครอบครัว

และชุมชน การจัดการระบบของงาน การวางแผนการจัดกิจกรรมต่างๆ และการใช้ทรัพยากรต่างๆ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

K : Knowledge Management การรวบรวมองค์ความรู้ในการส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย วิทยุทัศน์ แผ่นพับ คู่มือแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) และคู่มือโภชนาการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

A : Activities การจัดกิจกรรมต่างๆ ในการส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยยึดหลัก 3อ.2ส. โดยการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดูวิดีโอ การจัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสาธิต และการฝึกปฏิบัติทักษะด้านโภชนาการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาทักษะการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด แนะนำการใช้คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) คู่มือโภชนาการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล

M : Monitoring การกำกับติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน / การโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยบุคลากรด้านสุขภาพ

5.2 อภิปรายผล

อภิปรายผลผลการศึกษาในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($p < 0.001$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($p < 0.001$) และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($p < 0.001$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่า ตัวแปรทั้ง 5 ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 54.0 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = 0.250, t=6.289, p\text{-value} < 0.001$) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่า สามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งใน

ระดับใด ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ทำ ทายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม จนประสบความสำเร็จได้ (Bandura, 1997) ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมืองเก่า จังหวัดพิจิตร ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 45.4 (บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน, 2562) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง (ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563) และผลการศึกษารับรู้ความสามารถตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผล ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (EunJu Lee & Euna Park, 2017; Nam, H.J. & Yoon, J.Y., 2021 ; Giena et al., 2018)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($\beta = 0.247$, $t = 6.453$, $p\text{-value} < 0.001$) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่าความ คาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ จะเป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติว่าจะไม่ป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วย สอดคล้องกับ การศึกษา ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความ คาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันโรค (บุษราคัม อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน, 2562)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($\beta = 0.250$, $t = 6.628$, $p\text{-value} < 0.001$) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูงสูงสุด อธิบายได้ บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงเชื่อฟังและปฏิบัติตามเพื่อให้พ้นจากการเจ็บป่วยและมีชีวิตยืนยาว (พยาม การดี และคณะ, 2559) ดังนั้น เมื่อบุคลากรทางสาธารณสุข ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมือง พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 11.20 (ดวงธิดา โสตาพรหมและศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2564) และการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในหน่วย

ปฐมภูมิ ในเขตอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า การสนับสนุนจากผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน และคณะ, 2561)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($\beta = 0.145$, $t=4.172$, $p\text{-value} < 0.001$) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า สื่อเป็นปัจจัยเอื้อที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ง่ายขึ้น (Green LW, Kreuter MW., 2005) ประกอบกับบุคคลหาสื่อได้และสามารถเข้าถึงได้ง่าย บุคคลจึงพร้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสงขลา ที่พบว่าปัจจัยเอื้อจากสื่อ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 14.8 (ยุทธนา ชนะพันธ์, 2561)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = 3.267$, $t=4.172$, $p\text{-value} = 0.001$) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงินกำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการได้ (Caplan, G., 1974) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ก็จะเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 11.20 (ดวงธิดา โสตาพรหม และศิริวิไลซ์ วรรณวิจิตร, 2564) และการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ, 2561)

อภิปรายผลการศึกษาในระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน หรือ PAOR ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect) ได้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 3) กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 4) ผู้ดูแล, ครอบครัว และ 5) สื่อการเรียนรู้ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self –

Efficacy Theory) ในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นที่มาของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้เป็น “OKAM Model” ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีขั้นตอนการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) มีการร่วมคิด และร่วมสร้าง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการคืนข้อมูลสถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับปัญหาจากนั้นร่วมกันกำหนดแผนการ ดำเนินการแก้ไขปัญหา เตรียมทีมงานและสร้างการมีส่วนร่วม เชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาคีเครือข่าย ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ร่วมดำเนินการตามแผนที่วางไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย มีการร่วมมือกันระหว่าง หน่วยบริการสุขภาพ อสม. ชุมชน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการสร้างการเรียนรู้ เสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เป้าหมายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้ดีขึ้น โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observe) มีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และขั้นที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflect) มีการคืนข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และประสิทธิผลหลังการทดลองรูปแบบ สะท้อนผลและทบทวนผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวบรวมจากการบันทึก และติดตามรายงานความก้าวหน้ากิจกรรมที่ทำไว้ทุกระยะ

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต หลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงจาก ระยะก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเข้าใจบริบทปัญหาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ มีการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน มีกิจกรรมในการส่งเสริมให้ความรู้ จัดกิจกรรมโดยใช้ตัวแบบบุคคล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลนั้น จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความซุกงู้งและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ (Bandura, 1986) นอกจากนี้ยังมีการใช้สื่อที่หลากหลาย ได้แก่ คู่มือ แผ่นพับให้ความรู้ สื่อวีดิทัศน์ และสื่อเสียงตามสาย เพื่อความน่าสนใจ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายส่งผลให้ความรู้เพิ่มขึ้น และมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ/ อสม. ติดตามกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับ การศึกษาของนเรศน

ฐิตินันท์วิวัฒน์ และคณะ (2561) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ โดยชุมชนจังหวัดนครสวรรค์ ที่พบว่าภายหลังจัดกิจกรรมตามแผนกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ และคณะ, 2560) และศึกษาการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 มีปัญหาสุขภาพ แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมอง คือ 4 E Model ประกอบด้วย 1) Empower เสริมสร้างพลังอำนาจผู้นำชุมชน 2) Encourage กระตุ้นองค์การบริหารส่วนตำบลให้มีส่วนร่วม 3) Engage สร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลหลักและเครือข่ายสุขภาพ 4) Enhance แนวทางการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการมีส่วนร่วม และมีการกำหนดบทบาทของตนเองในแต่ละภาคส่วน (วิยะดา รัตนสุวรรณ และคณะ, 2564)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยอื่นๆ ด้วย
2. ควรศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในบริบทชุมชนชนบทเพิ่มเติม และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ควรมีการศึกษาในระยะยาว ในการติดตามผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trials: RCT)

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรนำ OKAM Model ไปใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้มีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และปฏิบัติตัวป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดียิ่งขึ้นต่อไป และควรให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

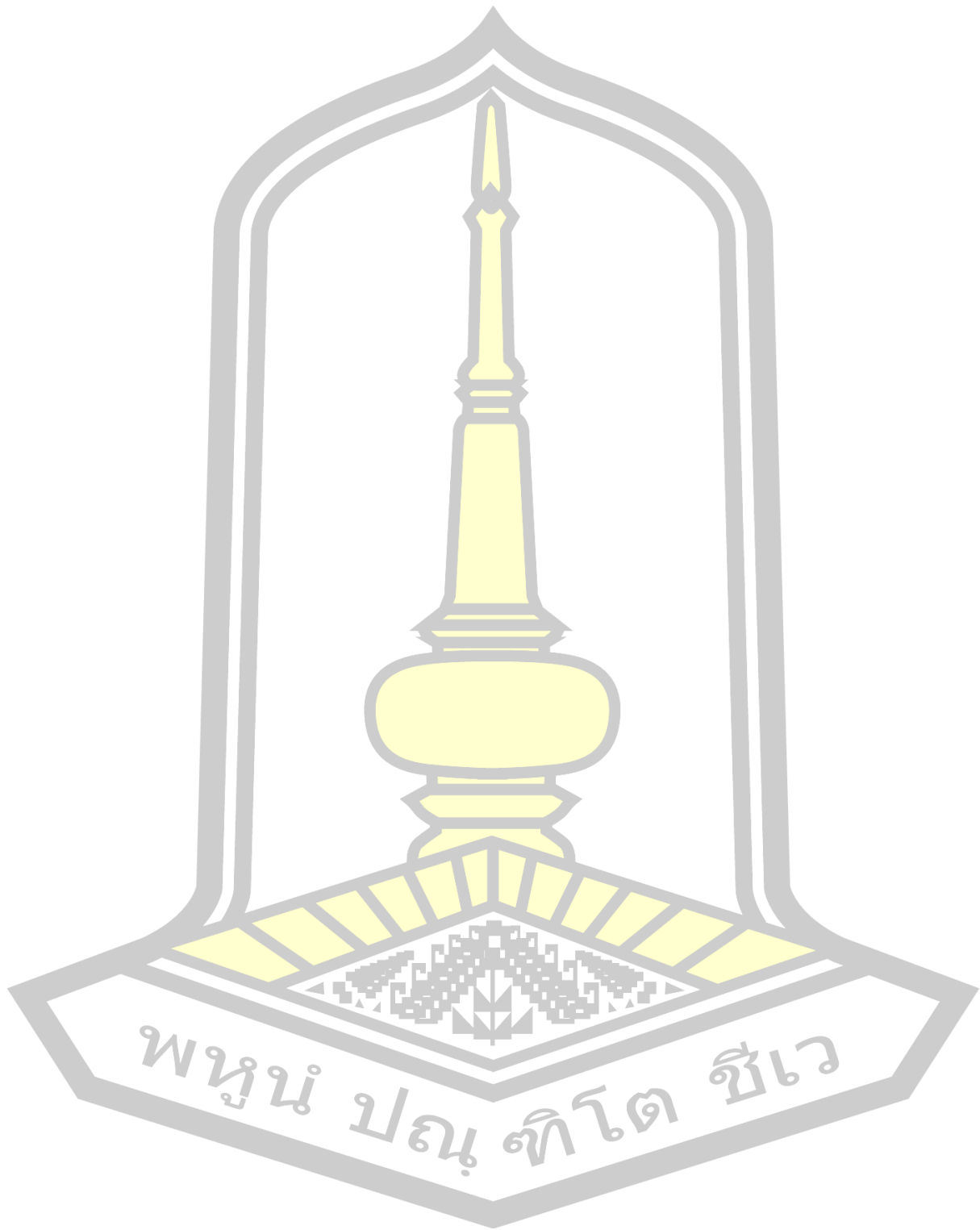
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

3. บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยเน้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง กระตุ้นให้มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ และเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4. การวิจัยนี้ศึกษาในบริบทของชุมชนกึ่งเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพร้อม มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ประจำทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดีในการตรวจรักษาวินิจฉัยโรค และชุมชนมีความพร้อม ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทของชุมชนพื้นที่อื่น จึงควรเลือกชุมชนที่มีความพร้อมในทุก ๆ ด้าน จะทำให้การพัฒนาดีขึ้น และสามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560-2565 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: หจก. เทพเพ็ญวานิสย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
- กรรณิการ์ การิสรทรัพย์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 280-295.
- กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ. (2565). *จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559 – 2563*. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2565, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=14220&tid=&gid=1-020>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565*. เข้าถึงได้จาก http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo/index.php?option=com_attachments&task=download&id=224
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด*. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ. (2548). *คู่มือเวชกรรมป้องกัน*. เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรเทคนิค เวชกรรมป้องกัน. กรุงเทพฯ: กองเวชกรรมป้องกันกรมการแพทย์ทหารเรือ.
- กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2558). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ : แอล.ที.เพรส
- เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. (2553). *โรคหลอดเลือดสมอง : Cerebrovascular diseases*. เชียงใหม่ : ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษราวัลณ์ นิลวางกูร. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพพยาบาล*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี. (2560). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 129-137.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk score)*.
https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
- งานสถิติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2564). *รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ*. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565, จาก
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
- งานสถิติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2565). *ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2565*. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565, จาก
https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022
- ชญญาวีร์ ไชยวงศ์, ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์ และวิระกาญจน์ สุเมธานุรักษ์กุล. (2565). การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(1), 61-72.
- ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล และพัชรภาพร เกิดมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 3 (พิเศษ), 57-74.
- ชูชาติ กลิ่นสาคร และ สุธงิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 62-77.
- ณัฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20 (2), 51-57.
- ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และ เนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 41(1), 62-75.

- ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จารีย์ศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 22(43),55- 69.
- ณรงค์เดช บ้านสระ, สุทธิชัย ศิริเวล และประจวบ แผลมหลัก. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขแพรเพื่อการพัฒนา*, 3(1), 1-16.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). *การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แนวคิดและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงธิดา โสดาพร และ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 32 (2), 98-111.
- ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*. 2563,16(2), 42-60.
- ทีปภา แจ่มกระจ่าง, ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และจิรวรรณ มาลา. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 270-279.
- ธัญรัศม์ ฤชงค์ชัย. (2565). *รายงานวิจัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.
- ธีรวิมล เอกะกุล. (2552). *การวิจัยปฏิบัติการ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. อุบลราชธานี: ยงสวัสดิ์อินเตอร์ กรุ๊ป.
- นเรศน ฐิตินันท์วัฒน์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรมลิต, และมยุนา ศรีสุภานันต์. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ โดยชุมชนจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 10 (1), 106-116.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นิพพาภัทร์ สิ้นทรัพย์, จิณวัตร จันทรา, และบุบผา ใจมัน. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 17-23.

- นิราศศิริ โรจนธรรมกุล. (2563). *การพยาบาลผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ไทยควอลิตี้บุ๊คส์.
- บดินทร์ บุญจันทร์. (2553). *ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอำนาจเจริญ*. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- บุษกร ชีวะธรรมานนท์. (2552). *ความรู้และพฤติกรรมในการจัดการขยะในครัวเรือนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี*. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน. (2562). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 122- 134.
- ปณิตา นิสสัยสุข. (2552). *ความรู้และพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี*. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประเสริฐ มงคลศิริ, อัจฉรพรรณ คำยาดี และจิตารัตน์ ชาญตะบะ. (2557). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี*. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(3), 205-221.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2558). *คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรค*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- ปราณี พรหมสุขันต์, สุธรรม นันทมงคลชัย,กรวรรณ ยอดไม้, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2564). *ผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัว ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน*. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1),77-87.
- ปรารณา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-233.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, ดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ใน เขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1): 40-51.
- พรสวรรค์ คำทิพย์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อและความตระหนักรู้ด้าน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร พยาบาลตำรวจ*, 6(2), 44-45.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- ไพรินทร์ พัสตุ และ ดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 179-195.
- ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริกา เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 109-119.
- ยุภาพร นาคกลิ่ง และปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถ ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ได้. *วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี*, 6(1), 27-35.
- ยุภาพร นาคกลิ่ง, ทศนีย์ รวีวรกุล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2560). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัย สุขภาพและการพยาบาล*, 28(1), 1-12.
- รสรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดีสุวรรณนพแก้ว. (2556). *มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ*. สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม : บริษัท โรงพิมพ์ เตือนตุลา จำกัด.
- รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลป์กะ, อติญาน์ ศรีเกษตริน, และจิราพร วัฒนศรีสิน. (2560). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ใช้ยาในผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 133-145.
- วรรัตน์ เหล่าสูง, วรณรัตน์ ลาวั่ง, และพรนภา หอมสินธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับ การสนับสนุน ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(4), 32-45.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุความท้าทายกับภาวะประชากรผู้สูงอายุ*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

- วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-63. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิยะการ แสงหัวช้าง, วิไลวรรณ แสงธรรม, และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(3), 159-172.
- วิยะดา รัตนสุวรรณ, วิไลพร ศรีวิชัย, และวิญญู แก้วเทพ. (2564). การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(2), 111-124.
- วิไลพร พุทธรังศรี, วิรินธ์ กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศิลาวรรณ และโชคชัย หมั่นแสงทรัพย์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(1), 30-45.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศกุนตพา จันทน์นวล และณิตชาธร ภาโนมัย. (2561). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 120-128.
- ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. ขอนแก่น: แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่ 2.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล : ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน*. นนทบุรี: สถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: ชีวน้ำพริ้นติ้ง.

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทริคธิงค์.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2561). *แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันโดยการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด*. เข้าถึงได้จาก <https://thaistrokesociety.org/>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการรพมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถานการณ์การดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (ncds)*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สุภา เกตุสถิตย์. (2554). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สุภาพค์ จันทวานิช. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). *ความเครียด การเผชิญ ความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2550). *การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตน์นรินทร์กุล. (2545). *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่โรงพยาบาลสวนปรุง*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สุวรรณณี แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์ และถนอม นามวงศ์. (2565). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร*. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 195-204.
- เสกสรร จวงจันทร์. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ. บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารวิชาการแพทย์*, 2558; 29(1): 233-239.
- หนึ่งฤทัย สิงห์ทา และพูลสุข หิงคานนท์. (2560). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุตรดิตถ์*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(3), 81-91.

- อนันต์ ศิริพงศ์วัฒนา. (2552). *ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของประชาชน ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่แก้ว อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี*. รัฐประศาสนศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรรถกร สุนทรารักษ์. (2561). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนใน จังหวัดนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 5(2), 27-38.
- อรอนงค์ เอี่ยมขำ และวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุม โรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(1), 70-82.
- อรุณี ยศปัญญา. (2561). *ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในอำเภอทัพทัน จังหวัด อุทัยธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อารีรัตน์ เปสูงเนิน, นันทวัน สุวรรณรูป, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2561). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในหน่วย ปฐมภูมิ. *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(1), 40-56.
- เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ, ลักษณ์ ปิยะบัณฑิตกุล และวิริณี กิตติพิชัย. (2563). ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ*, 14(2), 82-92.
- Abascal, J. V., Hernandez, Y. G., Mederos, L. E. A., & Caballero, Y. V. (2016). Modifiable risk factors in uncontrolled high blood pressure patients of Banjul, Gambia. *Correo Científico Médico*, 20(3).
- Aekplakorn, W. (2014). *Thai National Health Examination Survey, NHES V*. National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute.
- Amarengo, P. (2020). Transient Ischemic Attack. *N Engl J Med*, 382(20), 1933-41.
- Aronow WS. (2020). Managing Hypertension in the Elderly: What's New?, *American Journal of Preventive Cardiology*, <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2020.100001>.
- American National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2009). *What You Need to Know About Stroke [Electronic Version]*. *Stroke Symptoms*. [Online]. Available from: <http://stroke.nih.gov/materials/needtoknow.htm>
- Asplund, M. et al. (2009). The chemical composition of the Sun. *Astrophysics and Space Science*, 328(1), 179-183.

- Bandura, A. (1978) Reflections on Self-Efficacy. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1, 237-269. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90012-7](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90012-7).
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs.
- Benjamin, E.J. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 7(10), e146-e603.
- Berkman, L.F. and Syme, S.L. (1979) Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bertoia ML, Waring ME, Gupta PS, Roberts MB, Eaton CB. Implications of new hypertension guidelines in the United States. *Hypertension*. 2011 Sep;58(3):361-6. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.175463.
- Best, J. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1968). *Learning for Mastery*. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1.
- Cao, Q., Pei, P., Zhang, J., Naylor, J., Fan, X., Cai, B., . . . Shi, R. (2016). Hypertension unawareness among Chinese patients with first-ever stroke. *BMC Public Health*, 16(1), 1-6.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication
- Cobb, S. (1976). Social Support at a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cronbach, L. (1963). *Educational Psychology*. 2nd Edition, Harcourt: New York.

- Darrat M, Houlihan A, Gibson I, Rabbitt M, Flaherty G, Sharif F. Outcomes from a community-based hypertension educational programme: the West of Ireland Hypertension study. *Ir J Med Sci*, 187(3), 675-682. <https://doi:10.1007/s11845-017-1706-9>.
- Eliopoulos Charlotte. (2010). *Gerontological Nursing*. 7th ed. Wolters Kluwer : Lippincott Williams & Wikins.
- EunJu Lee & Euna Park. (2017) . Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*, 53(6):607-621.
- Giena, V. P., Thongpat, S., & Nitirat, P. (2018). Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in indonesia. *International journal of nursing sciences*, 5(2), 201-205.
- Green LW, Kreuter MW. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York: Emily Barrosse.
- Greenwood, D.J., & Levin, M. (2006). *Introduction to Action research: Social research for social research for social change: SAGE publications*.
- Guo YJ, Hu XY, Ji HJ, Zhao Q, Wang LY, Zhou XY, Tang J, Yang L, Sun XC. (2022). The status and predictors of self-care among older adults with hypertension in China using the Chinese version of Self-Care of Hypertension Inventory - A cross-sectional study. *Nurs*, 9(2), 1241-1261, .<https://doi: 10.1002/nop2.1165>.
- Holloway, I. W.,. (2010). *Qualitative research in nursing and health care*. 3 rd ed. India: Laserwords Privates.
- Holter, I.M. and Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing?. *Journal of Advanced Nursing*, 128, 298-304.
- Kaplan, N.M., Victor, R.G. and Flynn, J.T. (2010). *Kaplan's clinical hypertension (10th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. (1977). Social support and health. *Med Care*. May, 15(5 SUPPL), 47-58. doi: 10.1097/00005650-197705001-00006. PMID: 853781.

- Kazdin, A. E. (1974). Reactive self-monitoring: The effects of response desirability, goal setting, and feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(5), 704–716. <https://doi.org/10.1037/h0037050>
- Kemmis, S & Mc Taggart, R. (1988). *The action research Planner*. 3rd ed. Victoria:Deakin university.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1992). *The Action Research Reader*. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press.
- Koshy, E., Koshy, V., & Waterman, H. (2011). *Action research in healthcare*. SAGE Publications Ltd, <https://dx.doi.org/10.4135/9781446288696>.
- Miller, C. A., (2004). *Nursing for wellness in older adult: Theory and practice*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams.
- Nam, H.J.; Yoon, J.Y. (2021). Linking Health Literacy to Self-Care in Hypertensive Patients with Physical Disabilities: A Path Analysis Using a Multi-Mediation Model. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 3363. <https://doi.org/10.3390/ijerph180733>.
- Nidhinandana S, Sithinamsuwan P, Chinvarun Y, Wongmek W, Supakasem S, Suwantamee J. (2010). Prevalence of poststroke depression in Thai stroke survivors studied in Phramongkutklao Hospital. *J Med Assoc Thai*, 93 (6), 60-4.
- Peter, S.A., Huxley, R.R. & Woodward, M. (2013). Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events. *Diabetologia*, 57(8), 1542-51.
- Rhee, M-Y., et al. (2013). Elevation of morning bloodpressurein sodium resistant subjects by high sodium diet. *Journal of Korean Medical Sciences*, 28(4), 555-563.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Rubio-Guerra, A. F., et al. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Experimental & Clinical Cardiology*, 18(1),10-12.

- Sarnowski B. et al. (2013). Lifestyle Risk factors for Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack in Young Adults in the Stroke in Young Fabry Patients Study. *Stroke*, 44(1), 119-125.
- Sarikaya, H., Ferro, J., & Arnold, M. (2015). Stroke prevention-medical and lifestyle measures. *European neurology*, 73(3-4), 150-157.
- Satirapanya C., Sathiranya P. & TraiChan C. (2014). Prevalence of Risk Factors for Stroke and Depression after Stroke in Phatthalung Province: Cross-sectional study. *Songkhla Nakarin Vejsarn Journal*, 32(5), 275-282.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Stringer, E. (2007). *Action Research*. 3rd ed. Los angeles: Sage Pub.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Paul D. Thompson, David Buchner, Ileana L. Piña, Gary J. Balady, Mark A. Williams, Bess H. Marcus, Kathy Berra, Steven N. Blair, Fernando Costa, Barry Franklin, Gerald F. Fletcher, Neil F. Gordon, Russell R. Pate, Beatriz L. Rodriguez, Antronette K. Yancey and Nanette K. Wenger (2003). *Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: A statement from the clinical cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity)*. Retrieved August 24, 2023, from <http://ahajournals.org/byguset>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. from <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
- Visanuyothin, S., Plianbangchang, S., & Somrongsong, R. (2018). Appearance and potential predictors of poorly controlled hypertension at the primary care level in an urban community. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 131-138. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S156518>.

Wang, J., Wen, X., Li, W., Li, X., Wang, Y., & Lu, W. (2017). Risk factors for stroke in the Chinese population: a systematic review and meta-analysis.

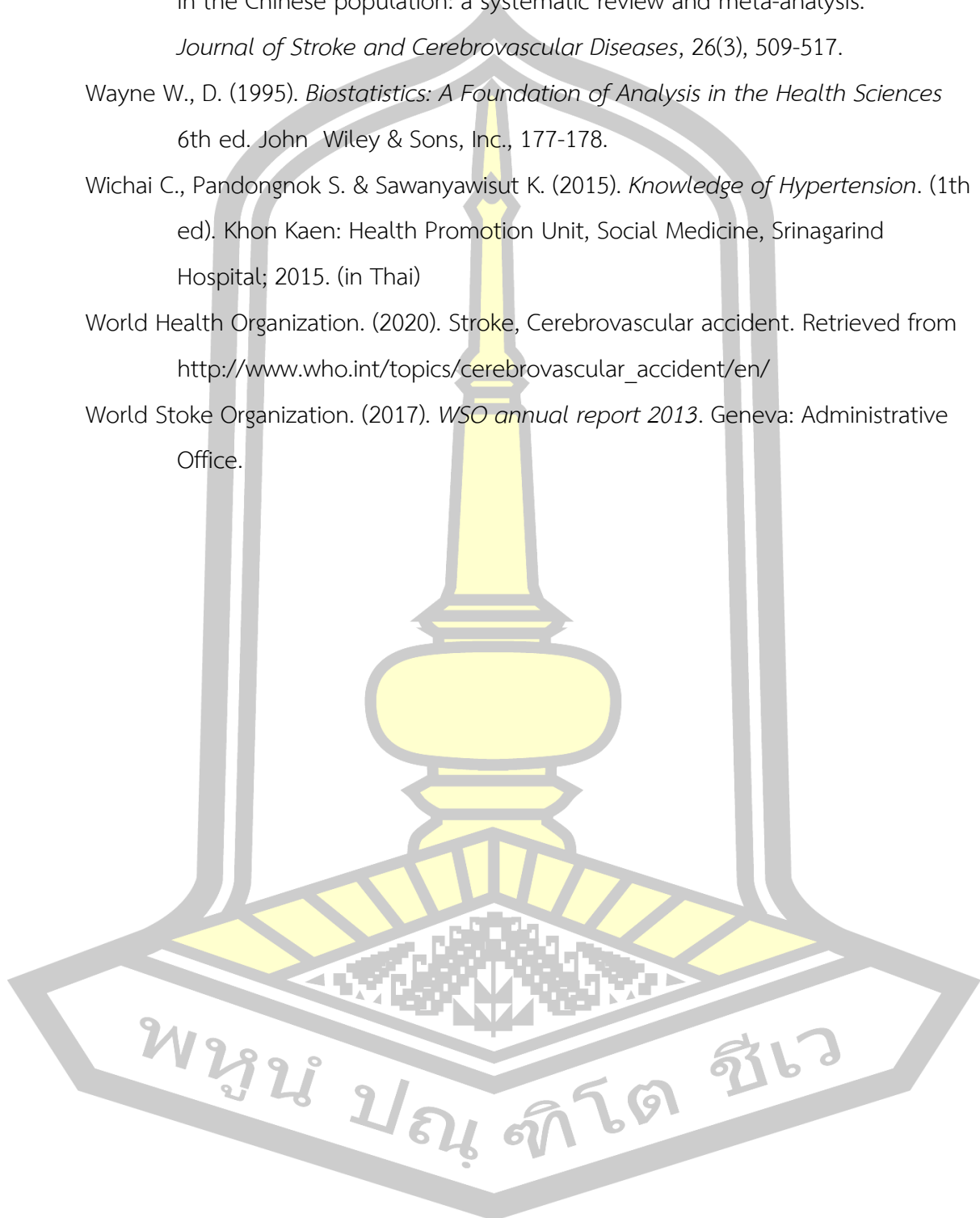
Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 26(3), 509-517.

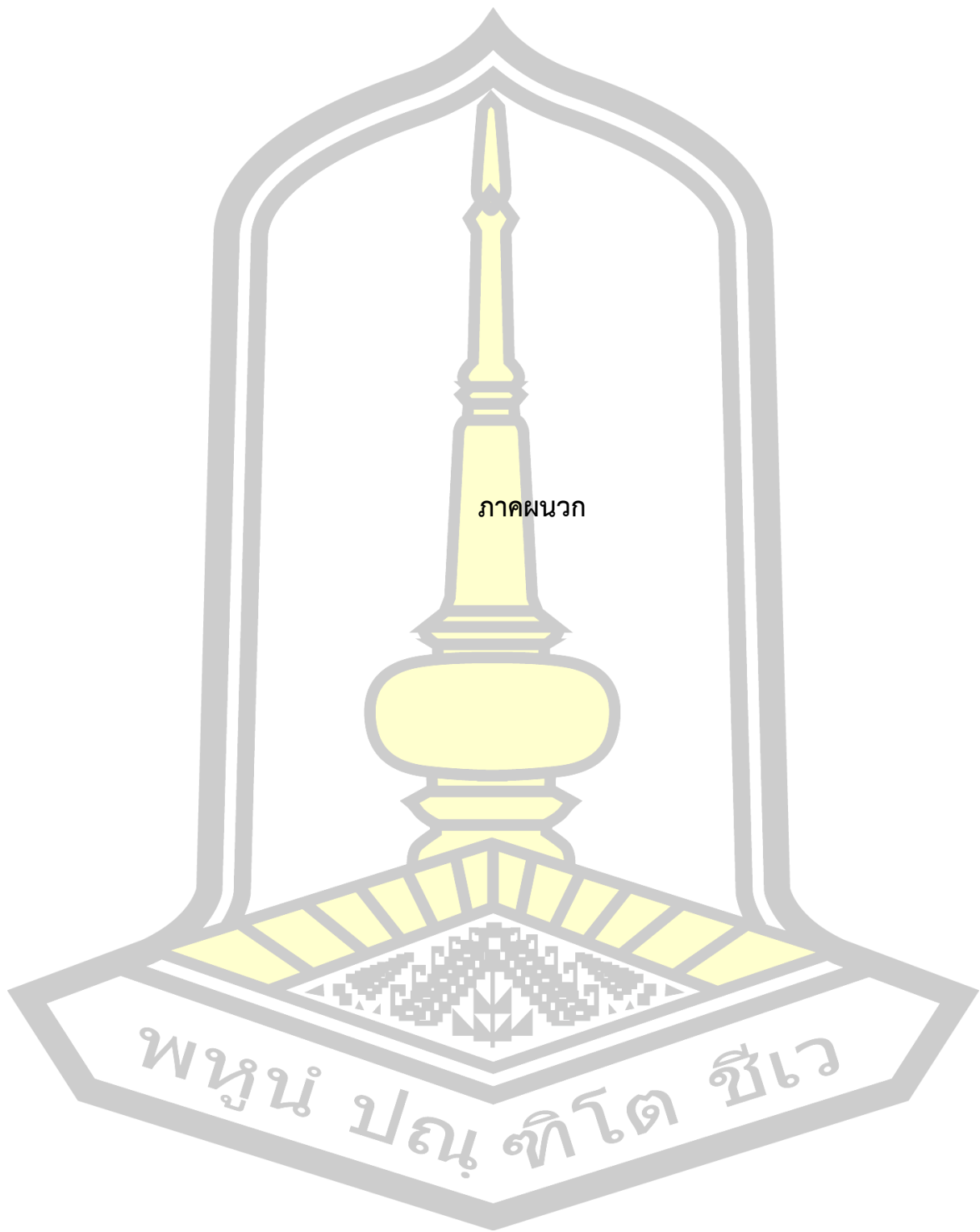
Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences* 6th ed. John Wiley & Sons, Inc., 177-178.

Wichai C., Pandongnok S. & Sawanyawisut K. (2015). *Knowledge of Hypertension*. (1th ed). Khon Kaen: Health Promotion Unit, Social Medicine, Srinagarind Hospital; 2015. (in Thai)

World Health Organization. (2020). Stroke, Cerebrovascular accident. Retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

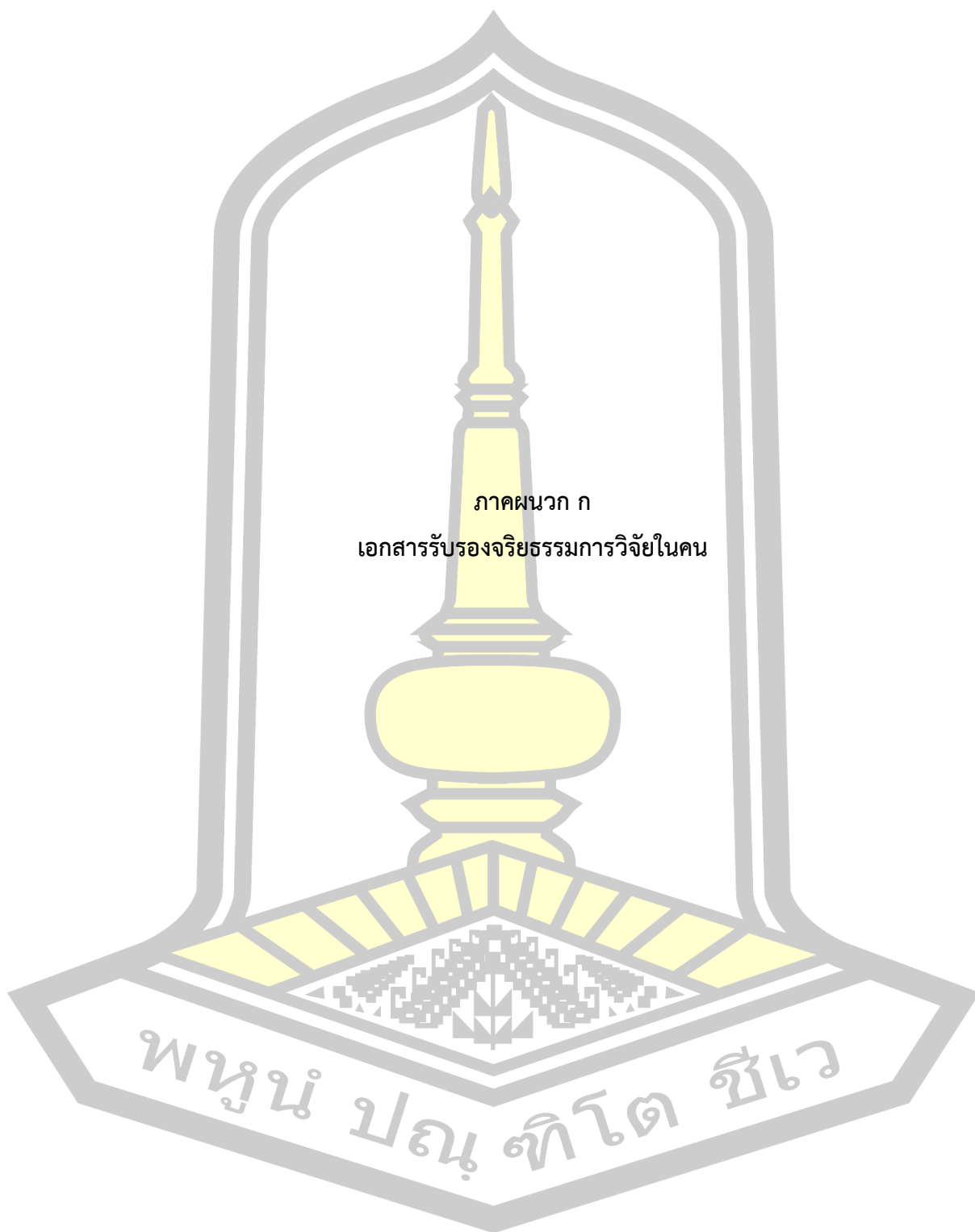
World Stroke Organization. (2017). *WSO annual report 2013*. Geneva: Administrative Office.





ภาคผนวก

พหุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

พหุพันธ์ ปณฺ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 401-416/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) A model for promoting stroke prevention behaviors among elderly with hypertension.

ผู้วิจัย : นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 13 ธันวาคม 2565

วันหมดอายุ : 12 ธันวาคม 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

..... กตธีร์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษัษฐโณทัย สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 401-416/2022

Title : A model for promoting stroke prevention behaviors among elderly with hypertension.

Principal Investigator : Mrs. Thanyarat Phuchongchai

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Mueang Chaiyaphum District Chaiyaphum Province.

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 13 December 2022

expire : 12 December 2023

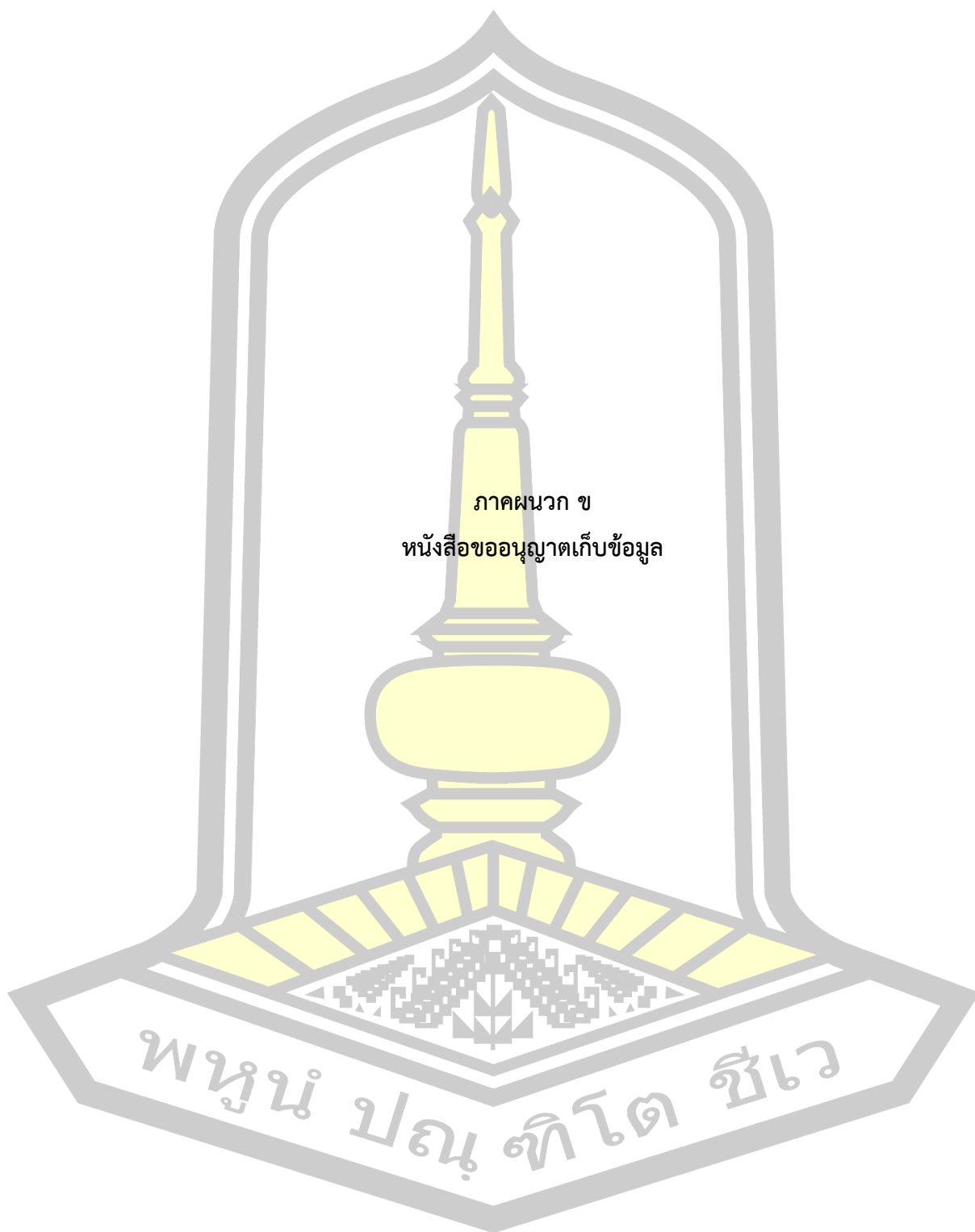
This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๒๕๖๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๙

ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสูง

ด้วย นางธัญริศม์ ภูงค์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุเม็ทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นางธัญริศม์ ภูงค์ชัย เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุเม็ทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางธัญริศม์ ภูงค์ชัย โทร.๐๖๕-๖๒๘๙๒๘๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๒๕๖๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย

ด้วย นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย โทร.๐๖๕-๖๒๘๙๒๘๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๒๕๖๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว

ด้วย นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขออนุญาตให้นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย โทร.๐๖๕-๖๒๘๙๒๘๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๒๕๖๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาแซง

ด้วย นางธัญรัศม์ ภูงค์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นางธัญรัศม์ ภูงค์ชัย เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางธัญรัศม์ ภูงค์ชัย โทร.๐๖๕-๖๒๘๙๒๘๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๕๖๘



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยบงเหนือ

ด้วย นางธัญรัศม์ ภูงค์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นางธัญรัศม์ ภูงค์ชัย เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางธัญรัศม์ ภูงค์ชัย โทร.๐๖๕-๖๒๘๙๒๘๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๒๕๖๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย

ด้วย นางธัญรัศม์ ภูงคค์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

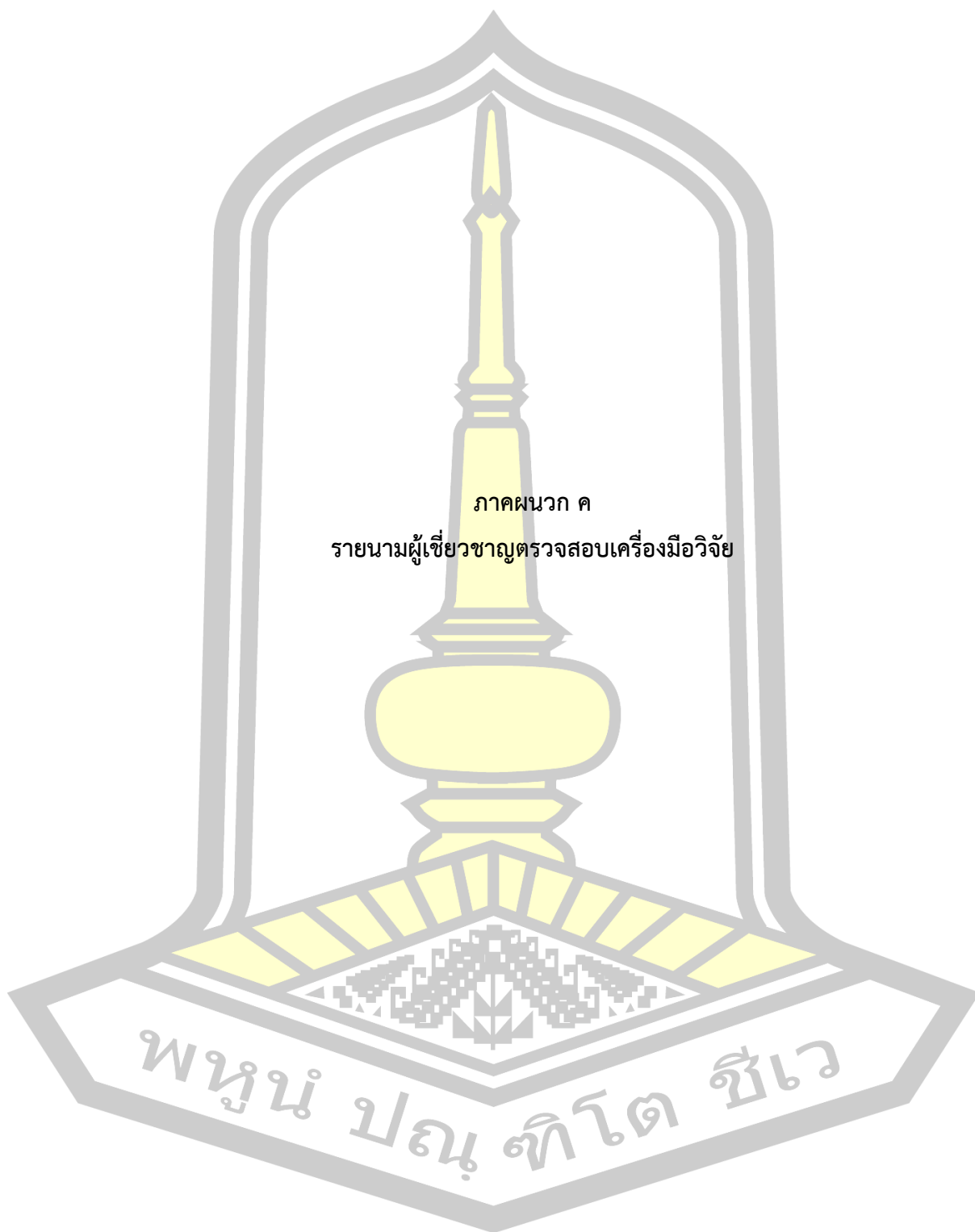
ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นางธัญรัศม์ ภูงคค์ชัย เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางธัญรัศม์ ภูงคค์ชัย โทร.๐๖๕-๖๒๘๙๒๘๒



ภาคผนวก ค

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. รศ.ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ

ตำแหน่ง: หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นายแพทย์โรจกร ลือมงคล

ตำแหน่ง: แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชัยภูมิ

3. นางสาวทิพเนตร งามกาละ

ตำแหน่ง: ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurses) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ

4. อ.ดร.คณินิตย์ แสงหิรัญ

ตำแหน่ง: อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

5. นางพรประไพ ไตรทิพย์

ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1. ดร.ปาริชาติ ญาตินิยม

ตำแหน่ง: อาจารย์ประจำกลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

2. นางอรุรัตน์ เขตบำรุง

ตำแหน่ง: นักโภชนาการชำนาญการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลชัยภูมิ

3. นางสาวนาท หวานนุรักษ์

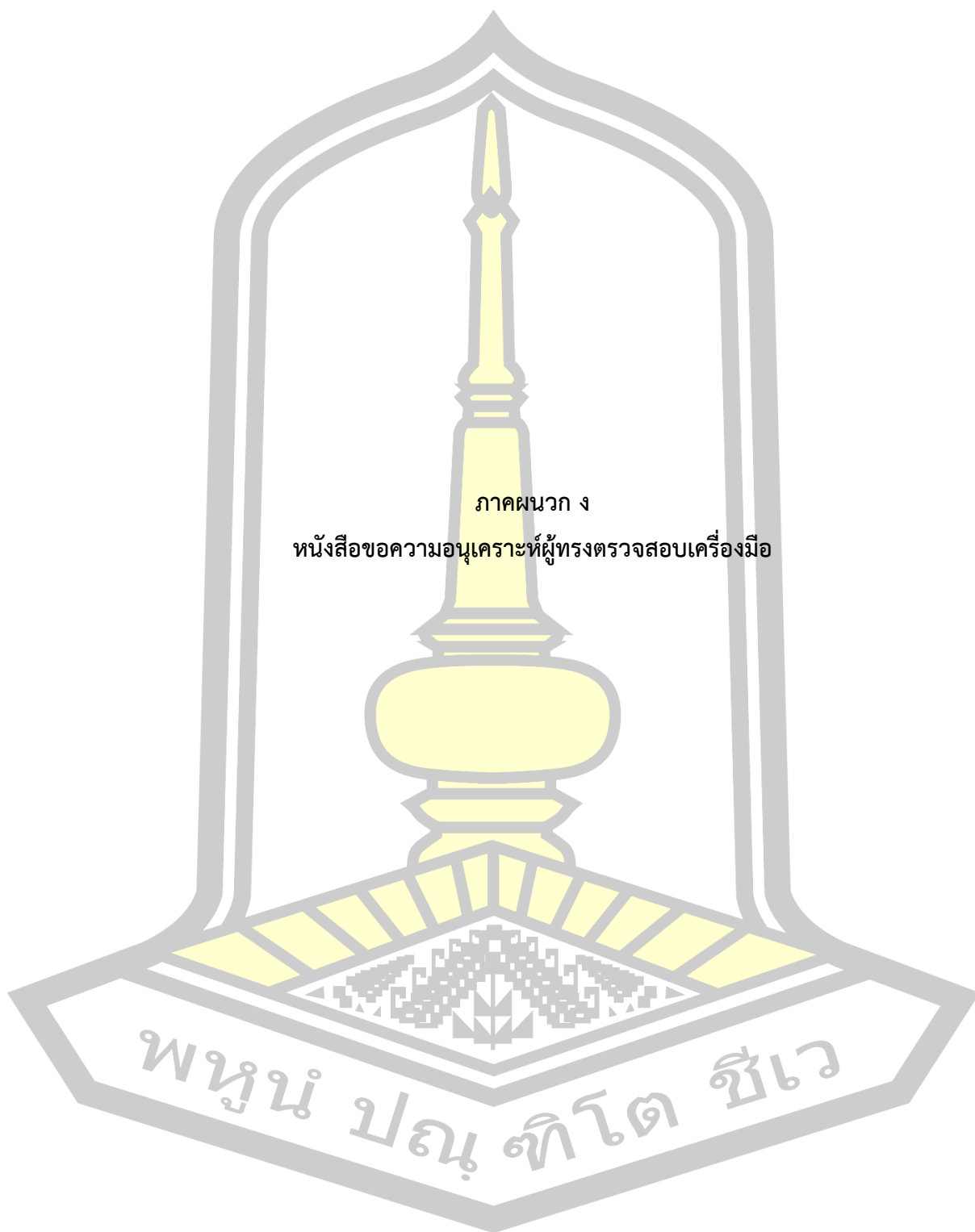
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ

4. นายนิกร ระวีวรรณ

ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

5. นางบังอร ปรอยโคกสูง

ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิ



ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงตรวจสอบเครื่องมือ

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๓๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลักในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นางธัญรัตน์ เขตบำรุง ตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิติตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย โทร. ๐๖๕-๖๒๘๙-๒๘๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๘/๒๐๗๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๓ เล่ม

๒. แบบสอบถามการศึกษารวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางธัญรัศม์ ภูษงค์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า อ.ดร.ปาริชาติ ญาตินิยม ตำแหน่ง อาจารย์ประจำกลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตดจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นางธัญรัศม์ ภูษงค์ชัย โทร. ๐๖๕-๒๒๖๘๓-๒๔๒

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๖๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางอัญริศม์ ภูงศ์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรศึกษบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคตาม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรศึกษบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัทมา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวนภาพ หวานนบุรีช์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัทมา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางอัญริศม์ ภูงศ์ชัย โทร. ๐๖๕-๖๒๘๔๙-๒๘๖๐

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๖๓๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย

จำนวน ๓ ชุด

ด้วย นางธัญริศม์ ภูงศ์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักในครั้งนี

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายนิกร ระวีวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นางธัญริศม์ ภูงศ์ชัย โทร. ๐๖๕-๖๒๖๑๙-๒๕๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๐๒๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โคร่งร่างงานวิจัย

จำนวน ๑ เล่ม

๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลักในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นางบังอร ปรอยโคกสูง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ ในเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

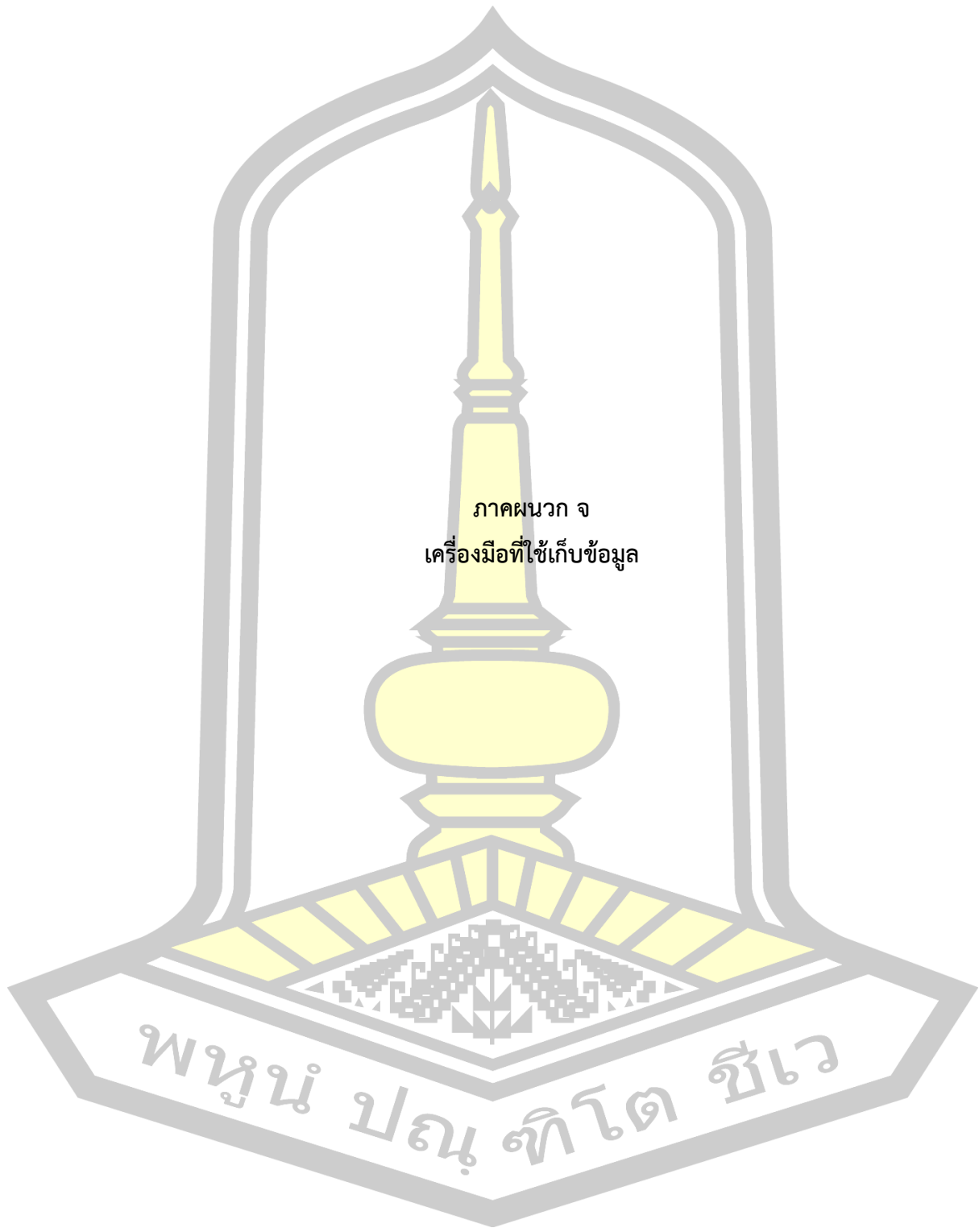
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมีทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นางธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย โทร. ๐๖๕-๖๒๘๔-๒๘๒



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน 37 ข้อ

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางอัญวีร์ศม์ ภูงศ์ชัย

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อมูลลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงกับท่านมากที่สุด

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/หย่าร้าง /แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
 5. ปริญญาตรี 6. อื่นๆ ระบุ.....
5. การประกอบอาชีพ
 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. เกษตรกร
 3. รับจ้างทั่วไป 4. ข้าราชการบำนาญ
 5. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 6. อื่นๆระบุ.....
6. ลักษณะความเป็นอยู่
 1. อยู่ตามลำพังคนเดียว 2. อยู่กับคู่สมรส
 3. อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน 4. อยู่กับญาติ พี่น้อง
 5. อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้เฉลี่ย.....บาท/ เดือน
8. ความเครียด (แบบประเมิน ST-5)
 ความเครียดน้อย ความเครียดปานกลาง ความเครียดมาก ความเครียดมากที่สุด
9. การสูบบุหรี่
 1. ไม่เคยสูบบุหรี่ 2. เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว 3. สูบเป็นประจำ จำนวน.....มวน/วัน
10. การดื่มสุรา
 1. ไม่เคยดื่ม 2. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว
 3. ดื่มเป็นประจำ จำนวน.....วัน/สัปดาห์ 4. ดื่มนานๆครั้ง
11. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของท่าน.....ปี (นับจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)
12. ท่านมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่
 มี (ระบุ.....) ไม่มี
13. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร²
 รอบเอว.....เซนติเมตร ระดับไขมันที่ไม่ดีในเลือด (Low-density lipoprotein: LDL).....มก./ดล
14. ระดับความดันโลหิต:มิลลิเมตรปรอท



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่คำตอบใช่ หรือไม่ใช่ โดยเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังนี้

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการตีบ อุดตัน หรือแตก ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง		
2.เพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง		
3. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ		
4.หากไม่ได้รับการรักษาอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างทันที่ อาจทำให้เสียชีวิตได้		
5. ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย		
4. ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ		
5. อาการปวดศีรษะ อย่างรุนแรงเฉียบพลันชั่วคราวเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง		
6. อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณแขน ขา พูดสับสน พูดไม่ได้ เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง		
7. การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้		
8. การควบคุมระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้		
9. ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
10.ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
11.การคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ พูดคุยกับเพื่อน ดูทีวี ฟังเพลง ฯลฯ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้		



ส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังนี้
 เป็นจริง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นเป็นจริง
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจในข้อความนั้น
 ไม่เป็นจริง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่เป็นจริง



ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	ไม่เป็นจริง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
1. ท่านมั่นใจว่าจะลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ปูเค็ม แหนม และอาหารดองเค็มได้			
2. ในระหว่างการรับประทานอาหารท่านมั่นใจว่าจะลดการเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ลงในอาหารให้น้อยลง			
3. ท่านมั่นใจว่าในประกอบอาหาร จะลดการใช้เครื่องปรุงรสเค็มได้			
4. ท่านมั่นใจว่าจะลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อติดมัน เครื่องในสัตว์ ของทอด และอาหารที่ปรุงด้วยกะทิให้น้อยลงได้			
5. ท่านมั่นใจว่าจะออกกำลังกายได้อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์			
6. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานผักหรือผลไม้ที่มีรสหวานน้อยทุกวันได้			
7. ท่านมั่นใจว่าจะออกกำลังกายด้วยารเดิน การกายบริหาร หรือมีกิจกรรมทางกาย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ทำสวน เป็นต้น			
8. ท่านมั่นใจที่จะหาวิธีคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ พูดคุยกับเพื่อน ทำงานอดิเรก ดูทีวี ฟังเพลง เป็นต้น			
9. ท่านสามารถมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง			
10. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง			
11. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถทานยาได้ครบทุกมื้อตามแพทย์สั่งได้			
ความคาดหวังในผลลัพธ์			
1. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ลดอาหารเค็มจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้			
2. การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	ไม่เป็นจริง
3.การลดอาหารที่ปรุงแต่งด้วยสารปรุงรสจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
4.การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอายุที่ถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
5.การงดสูบบุหรี่ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง			
6.การงดดื่มสุราจะช่วยลดเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
7.การพักผ่อนให้เพียงพอ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
8.การทำจิตใจให้เบิกบาน ผ่อนคลายความเครียด จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
9.การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
10.การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งจะทำให้ท่านสามารถประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของท่าน และช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังนี้
 ทุกครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อคำถามอย่างสม่ำเสมอหรือทุกครั้ง
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อคำถามเป็นส่วนใหญ่
 บางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อคำถามเป็นบางครั้ง
 ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อคำถามเลย



ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว				
1.บุคคลในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดของท่านดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ปรุงอาหารรสไม่เค็ม ไม่หวาน และไม่มีกะทิ				
2.บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดคอยกระตุ้นเตือนท่านให้มาพบแพทย์ตามนัด				
3.บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดคอยกระตุ้นเตือนท่านให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง				
4.บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหาวิตกกังวล หรือมีความเครียด				

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน				
5.เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง				
6.เพื่อนของท่านให้คำแนะนำท่านเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				
7.เพื่อนของท่านชวนท่านไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น รำวง เดินออกกำลังกาย เป็นต้น				
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
8.ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการควบคุมความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
9.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ท่านรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง				
10.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ท่านมาพบแพทย์ตามนัด				
11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำท่านเกี่ยวกับอาการเตือนและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองให้กับท่าน				
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ				
16.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการบริโภคอาหารรสเค็ม รสหวาน และอาหารไขมันสูงจากโทรทัศน์ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ หรืออินเทอร์เน็ต				
17.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จากโทรทัศน์ แผ่นพับ นิตยสาร โปสเตอร์ หรืออินเทอร์เน็ต				
18. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายจากโทรทัศน์ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ หรืออินเทอร์เน็ต				
19.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จากโทรทัศน์ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์ หรืออินเทอร์เน็ต				
20.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารในการควบคุมความดันโลหิต เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโทรทัศน์ แผ่นพับ นิตยสาร โปสเตอร์ หรืออินเทอร์เน็ต				



ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามที่ระบุไว้อย่างสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามที่ระบุไว้เป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามที่ระบุ



ข้อความ	การปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร			
1. ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือป่นลงในอาหารระหว่างรับประทานอาหาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)			
2. ท่านใช้ผงชูรส ซุปก้อน ผงปรุงรสสำเร็จรูป หรือเครื่องแกงสำเร็จรูปในการปรุงอาหาร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)			
3. ท่านรับประทานอาหารประเภทเบเกอรี่ เช่น เค้ก ขนมปัง โดนัท เป็นต้น			
4. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง ปลาร้า ฯลฯ			
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ปูเค็ม แหนม ซอส ซีอิ๊ว			
6. ท่านรับประทานผักใบเขียว และผลไม้			
7. ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร			
8. ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร			
9. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ			
10. ท่านรับประทานอาหารที่มีเนื้อติดมัน เครื่องในสัตว์ของทอด แกงกะทิ			
11. ท่านดื่มกาแฟสำเร็จรูป (หรืออินวัน) หรือกาแฟเติมครีมเทียม (คอฟฟี่เมต)			
12. ท่านทานอาหารที่ทำจากปลาเป็นหลัก เช่น ปลานึ่ง ปลาย่าง ปลาดัม			
13. ท่านดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว เช่น นมถั่วเหลือง นมจืดไขมันต่ำ นมถั่วเหลืองงดน้ำตาล			
การจัดการความเครียด			
1. ท่านพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
2. ท่านนั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ และสวดมนต์			
3. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะปรึกษาพูดคุยระบายกับคนใกล้ชิด หรือคนรอบข้างเมื่อมีปัญหา			
4. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะจัดการ			

ข้อความ	การปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
ความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ สวดมนต์ ฟังธรรมะ ฟังเพลง ดูทีวี เป็นต้น			
5. ท่านดื่มสุรา สูบบุหรี่หรือใช้ยานอนหลับ เพื่อขจัดความเครียด			
6. ท่านสุดหัวใจเข้าลึกๆหายใจออกยาวๆ และกำหนดสติอยู่กับลมหายใจ ช่วยคลายเครียด			
7. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์			
8. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจท่านชอบแยกไปอยู่คนเดียว			
9. เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจท่านจะออกกำลังกายหรือทำงานอดิเรก			
การออกกำลังกาย			
1. ท่านออกกำลังกายในแต่ละครั้งติดต่อกัน ไม่ต่ำกว่า 30 นาที			
2. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
3. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง			
4. เวลาว่างท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน กวาดใบไม้ แทนการนั่ง หรือนอน			
5. ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดิน หรือกายบริหารของร่างกาย			
6. ท่านยืดกล้ามเนื้อเพื่อเสริมความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เช่น รำไม้พลอง หรือออกกำลังกายด้วยยางยืด			
7. ท่านหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกเกิดความผิดปกติของร่างกาย เช่น ใจสั่น เวียนศีรษะ			
พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์			
1. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์			
2. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่			
พฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา			
1. ท่านมาพบแพทย์ตรงตามที่แพทย์นัด			
2. ท่านรับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง			
3. ท่านลิ้มรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง			
4. ท่านลด/เพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง			
5. ท่านหยุดรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงเอง เมื่ออาการดีขึ้น หรือเมื่อควบคุมความดันโลหิตสูงได้			



ข้อความ	การปฏิบัติ		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
6. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด			



ชุดที่ 2

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) / การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)
การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง

แนวคำถามการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม
สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

คำถามหลัก

ขอความกรุณาท่านเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองที่ท่านได้รับ เช่น พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองโดยบุคลากรด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพและสังคมโดยบุคลากรด้านสังคม และจากผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในชุมชน เป็นอย่างไร

คำถามเฉพาะ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร
2. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของท่านเป็นอย่างไร
3. ท่านคิดว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองควรทำอย่างไรบ้าง
4. ท่านเคยได้เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่
5. ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงประเด็นใดบ้าง และต้องการความช่วยเหลืออย่างไร ใครบ้างที่จะมีส่วนในการช่วยเหลือในประเด็นเหล่านั้น
6. การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร มีใครเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินการบ้าง และมีบทบาทในการดำเนินการอย่างไร
7. แหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุมืออะไรบ้าง
8. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คาดหวัง และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนควรเป็นอย่างไร
9. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



**แนวคำถามการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม
สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน โรงพยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุข
และอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

คำถามหลัก

ขอความกรุณาท่านเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ว่ามีการดำเนินงานอย่างไร คำถามเฉพาะ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของท่าน
2. นโยบาย โครงการ/กิจกรรม/งบประมาณ สนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงานของท่านมีอย่างไรบ้าง
3. รูปแบบ/แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงานของท่านมีอย่างไรบ้าง
5. ท่านมีกิจกรรมหรือการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรบ้าง
6. ท่านมีปัญหาในการดำเนินงาน อย่างไรบ้าง
7. ท่านเคยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร
8. รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุที่คาดหวัง ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนควรเป็นอย่างไร
9. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



ชุดที่ 3
แบบสังเกตการณ์
การประชุมกลุ่ม

ประเด็นที่สังเกต รายละเอียด

การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมเป็นอย่างไร

1.จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม 1.ชาย.....คน 2.หญิง.....คน รวมทั้งหมด.....คน

2.ประเภทผู้เข้าร่วมประชุม

3.การเสนอความคิด

4.การร่วมอภิปราย

5.เป็นที่ปรึกษากลุ่ม

6.ช่วยวิเคราะห์ปัญหา

7.ช่วยสรุปประเด็นสำคัญ

8.อื่นๆ ระบุ.....

สรุปสถานการณ์ สภาพที่เป็นจริง ตามข้อสรุปของที่ประชุม



ชุดที่ 4
บันทึกการถอดบทเรียน

1.ความเป็นมาของกิจกรรม

.....
.....

2.วัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียน

.....
.....

3.เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแผน จุดแข็ง จุดอ่อน

.....
.....

4.สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้

.....
.....

5.ข้อเสนอแนะ

.....
.....

6.ความพึงพอใจโดยรวมต่อการปฏิบัติงานในครั้งนี้

.....
.....

7. อื่นๆ ระบุ

.....
.....



แบบวัดภาวะสุขภาพด้านร่างกาย : ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชเนียร์เฮล
(Barthel ADL Index)

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับกิจกรรมที่ท่านทำอยู่จริงในระยะ 1 – 2 วันที่ผ่านมาใน
แต่ละข้อมากที่สุด

ถามผู้สูงอายุ และ/หรือผู้ดูแล และ/หรือญาติ เรียงตามลำดับ

สำหรับผู้วิจัย

1. ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์คือใคร
 - 1.ผู้สูงอายุ
 - 2.ผู้ดูแล
 - 3.ญาติ
2. ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร ได้ด้วยตนเองหรือไม่
 - 1.ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนอาหารให้ (0 คะแนน)
 - 2.ดักอาหารรับประทานเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักอาหารเตรียมไว้ให้ หรือ ตักอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ให้ (1 คะแนน)
 - 3.ดักอาหารและช่วยตัวเองในการรับประทานอาหารได้เป็นปกติ (2 คะแนน)
3. ผู้สูงอายุล้างหน้า แปรงฟัน ทрим โกนหนวด ได้ด้วยตนเองหรือไม่
 - 1.ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (0 คะแนน)
 - 2.ทำเองได้ รวมทั้งที่ตัวเองได้ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ (1 คะแนน)
4. ผู้สูงอายุลุกนั่งจากที่นอนหรือลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ ได้ด้วยตนเองหรือไม่
 - 1.ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น (0 คะแนน)
 - 2.ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ (1 คะแนน)
 - 3.ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมี คนดูแลเพื่อความปลอดภัย (2 คะแนน)
 - 4.ทำเองได้ (3 คะแนน)
5. ผู้สูงอายุใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม ได้ด้วยตนเองหรือไม่
 - 1.ใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม ด้วยตนเองไม่ได้ (0 คะแนน)
 - 2.ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการ ความช่วยเหลือในบางสิ่ง (1 คะแนน)
 - 3.ช่วยตัวเองได้ดี เช่น ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง , ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ , ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย (2 คะแนน)
6. ผู้สูงอายุเดิน หรือเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือภายในบ้าน ได้ด้วยตนเองหรือไม่
 - 1.เดิน หรือเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0 คะแนน)
 - 2.ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่โดยไม่ต้องมีคนเข็นรถให้ และจะต้องเข้าออก มุมห้องหรือประตูได้ (1 คะแนน)
 - 3.เดิน หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจ ดูแลเพื่อความปลอดภัย (2 คะแนน)
 - 4.เดิน หรือเคลื่อนที่ได้เอง (3 คะแนน)



7. ผู้สูงอายุสวมใส่เสื้อผ้า ได้ด้วยตนเองหรือไม่
1. ต้องมีคนคอยช่วยเหลือสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้ หรือช่วยตัวเองได้น้อย (0 คะแนน)
2. ช่วยตัวเองได้ครั้งหนึ่ง (ประมาณร้อยละ 50) ที่เหลือต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (1 คะแนน)
3. ช่วยตัวเองได้ดี ทำได้เองหมดรวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป ผูกเชือกหรือโบว์ (2 คะแนน)
8. ผู้สูงอายุขึ้นลงบันได 1 ชั้น ได้ด้วยตนเองหรือไม่
1. ทำไม่ได้ (0 คะแนน)
2. ต้องการคนช่วยเหลือ (1 คะแนน)
3. ขึ้นลงได้เอง รวมทั้งถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงเองได้ด้วย (2 คะแนน)
9. ผู้สูงอายุอาบน้ำ ได้ด้วยตนเองหรือไม่
1. ต้องมีคนช่วยเหลือ หรือต้องมีคนอาบน้ำให้ (0 คะแนน)
2. อาบน้ำเองได้ (1 คะแนน)
10. ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุกลับอุจจาระ ได้หรือไม่
1. กลับไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ (0 คะแนน)
2. กลับไม่ได้เป็นบางครั้ง หรือเป็นน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (1 คะแนน)
3. กลับได้เป็นปกติ (2 คะแนน)
11. ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุกลืนปัสสาวะ ได้หรือไม่
1. กลับไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ (0 คะแนน)
2. กลับไม่ได้เป็นบางครั้ง หรือเป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง (1 คะแนน)
3. กลับได้เป็นปกติ (2 คะแนน)

การแปลผล

0 – 4 คะแนน	=	Total dependence (ภาวะพึ่งพาทั้งหมด จัดเป็นกลุ่มติดเตียง)
5 – 8 คะแนน	=	Severe dependence (ภาวะพึ่งพารุนแรง จัดเป็นกลุ่มติดบ้าน)
9 – 11 คะแนน	=	Moderate severe dependence (ภาวะพึ่งพาปานกลาง จัดเป็นกลุ่มติดบ้าน)
12 – 20 คะแนน	=	Mild severe dependence (ไม่มีภาวะพึ่งพา จัดเป็นกลุ่มติดสังคม)



แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ขอให้ท่านประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0 -3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				

การแปลผล

คะแนน 0 - 4 ความเครียดน้อย

คะแนน 5 - 7 ความเครียดปานกลาง

คะแนน 8 - 9 ความเครียดมาก

คะแนน 10 -15 ความเครียดมากที่สุด



แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)
รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
<p>ระยะที่ 1 ขึ้น เตรียมการวิจัย</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การเตรียมผู้วิจัย วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้าน ความรู้ ความเข้าใจ ในเนื้อหาการวิจัย</p> <p>2. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้าน กระบวนการ</p>	<p>1. ศึกษาข้อมูล ความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง และ เอกสารงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง แนวคิด เกี่ยวกับการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง แนวคิด ทางสถิติการ วิเคราะห์ องค์ประกอบ, แนวคิดการวิจัย</p> <p>2. การเตรียมความพร้อม ของผู้วิจัยใน การทำงานกับ หน่วยงาน และ ชุมชนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>ระยะเวลา - ธันวาคม 2565</p>	<p>-ผู้วิจัย</p>	<p>ข้อมูล</p> <p>-การศึกษาค้นคว้า -การติดต่อ ประสานงาน</p>	<p>- ไปรแรก คอมพิวเตอร์ - อุปกรณ์สื่อสาร</p>	<p>ผู้วิจัยมีความรู้และ ทักษะที่พร้อมในการ วิจัย</p>	<p>ได้รับความรู้ความเข้าใจ ใน แนวคิดเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง แนวคิด ทางสถิติการวิเคราะห์ องค์ประกอบ, แนวคิดการวิจัย</p>



กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 2 การ ตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	1.คัดเลือก ผู้ทรงคุณวุฒิและ ติดต่อเบื้องต้น 2.ขอหนังสือ ตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือจาก คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มมส. 3.จัดส่งหนังสือ พร้อมโครงการวิจัยฯ และเครื่องมือ 4.รวบรวมวิเคราะห์ ผล 5.ปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ	ระยะเวลา พฤศจิกายน- ธันวาคม 2565 สถานที่ - มมส. - หน่วยงานที่ ผู้ทรงคุณวุฒิ สังกัด	-ผู้วิจัย -อาจารย์ที่ปรึกษา -คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มมส. -ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือ	จัดส่งเครื่องมือการ วิจัยและแบบการให้ คะแนนเครื่องมือ การวิจัย	- แบบสอบถามการ วิจัยฯ - แบบให้คะแนน เครื่องมือ - โครงการวิจัยฯ	เครื่องมือผ่านเกณฑ์ ความน่าเชื่อถือที่ กำหนด	ผลการวิเคราะห์ให้ คะแนนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ - ค่า IOC ไม่น้อยกว่า 0.70
กิจกรรมที่ 3 การยื่น ขอรับรองจริยธรรม โครงการวิจัยใน มนุษย์ ของ มมส.	1.ยื่นเรื่องขอ จริยธรรมพร้อมโครง ร่างวิจัยและ เครื่องมือฯ ต่อ คณะกรรมการ จริยธรรม มมส. 2.ปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะของ คกก.จริยธรรมใน มนุษย์ มมส.	ระยะเวลา พฤศจิกายน- ธันวาคม 2565 สถานที่ - มมส.	-ผู้วิจัย - คกก.จริยธรรม มมส. - คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มมส.	ยื่นคำร้อง ต่อ คณะกรรมการ จริยธรรมในมนุษย์ และปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ	- แบบคำร้อง - โครงการวิจัย - เครื่องมือเก็บข้อมูล	โครงการวิจัยฯ ผ่าน การรับรองจาก คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ มมส.	เอกสารรับรอง โครงการวิจัยในมนุษย์ จาก มมส.



กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกร ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 4 การ ทดลองใช้เครื่องมือ	1.คัดเลือกพื้นที่และ ติดต่อเบื้องต้น 2.ขอหนังสือขอ อนุญาตทดลองใช้ เครื่องมือจากคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มมส. 3.จัดส่งหนังสือขอ อนุญาต 4. นัดหมายการลง เก็บข้อมูล 5. ลงเก็บข้อมูล 6. รวบรวมข้อมูล 7. วิเคราะห์ผล	ระยะเวลา 2566 สถานที่ - รพ.สต.ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	- ผู้วิจัย - สาธารณสุขอำเภอ เมืองชัยภูมิ - ผอ.รพ.สต.ในเขต อำเภอเมืองชัยภูมิ - คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มมส. - ผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง	- ผู้วิจัยแจ้งการ ทดลองเครื่องมือ - แจ้งการปรึกษา สิทธิ์ผู้ตอบ แบบสอบถาม - เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์	แบบสอบถามที่ผ่าน การรับรองโดย คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์	เครื่องมือมีคุณภาพ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการวิเคราะห์ค่า Reliability ไม่น้อยกว่า 0.70
ระยะที่ 1 ขึ้น ดำเนินการกรวิจัย กิจกรรมที่ 5 การศึกษาริบทของ พื้นที่ วัตถุประสงค์ ได้ศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอด เลือดสมองใน	1. ขอนหนังสือจาก คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มมส. 2. จัดส่งหนังสือขอ อนุญาตลงพื้นที่เก็บ ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 3. การเตรียมผู้ช่วย นักวิจัย และอบรม เกี่ยวกับสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุโรคความดัน	ระยะเวลา ภาคพื้น - มีนาคม 2566 สถานที่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในเขต อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	- ผู้วิจัย - ผู้ช่วยนักวิจัย - ผอ.รพ.สต. - สาธารณสุขอำเภอ - คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มมส. - อาจารย์ที่ปรึกษา - ผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง	- ผู้วิจัยแจ้งการเก็บ ข้อมูล อธิบาย วัตถุประสงค์ของ การศึกษา ซึ่งแจ้งการ พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่ม ตัวอย่าง - ดำเนินการ สัมภาษณ์กลุ่ม ตัวอย่างที่มารับ บริการในคลินิกโรค ความดันโลหิตสูง	แบบสอบถามที่ผ่าน การรับรองโดย คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์	- ได้ข้อมูลบริบทของ พื้นที่ ปัจจัยที่มีผลต่อ การพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอด เลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง - จัดเก็บข้อมูลได้ครบ ตามเป้าหมาย	- มีข้อมูลลักษณะทาง ประชากร สรุปปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง - จัดเก็บแบบสอบถามได้ จำนวน.....ชุด



กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 4 การ ทดลองใช้เครื่องมือ	1.คัดเลือกพื้นที่และ ติดต่อเบื้องต้น 2.ขอหนังสือขอ อนุญาตทดลองใช้ เครื่องมือจากคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มมส. 3.จัดส่งหนังสือขอ อนุญาต 4. มีคณาจารย์การลง เก็บข้อมูล 5. ลงเก็บข้อมูล 6. รวบรวมข้อมูล 7. นิเคราะห์ผล	ระยะเวลา 2566 สถานที่ - รพ.สต.ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	- ผู้วิจัย - สาธารณสุขอำเภอ เมืองชัยภูมิ - ผอ.รพ.สต.ในเขต อำเภอเมืองชัยภูมิ - คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มมส. - ผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง	- ผู้วิจัยซึ่งลงการเก็บ ข้อมูล อธิบาย วัตถุประสงค์ของ การศึกษา ซึ่งแจ้งการ พิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่าง - ดำเนินการ สัมภาษณ์กลุ่ม ตัวอย่างที่มารับ บริการในคลินิกโรค ความดันโลหิตสูง	แบบสอบถามที่ผ่านการ รับรองโดย คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์	- ได้ข้อมูลบริบทของ พื้นที่ ปัจจัยที่มีผลต่อ การพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง - จัดเก็บข้อมูลได้ครบ ตามเป้าหมาย	ผลการวิเคราะห์ค่า Reliability ไม่น้อยกว่า 0.70
ระยะที่ 1 ขึ้น ดำเนินการวิจัย กิจกรรมที่ 5 การศึกษาริบทของ พื้นที่ วัตถุประสงค์ ให้ดูรายชื่อปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองใน	1. ขอนหนังสือจาก คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มมส. 2. จัดส่งหนังสือขอ อนุญาตลงพื้นที่เก็บ ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 3. การเตรียมผู้ช่วย นักวิจัย และอบรม เกี่ยวกับสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุโรคความดัน	ระยะเวลา กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2566 สถานที่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในเขต อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	- ผู้วิจัย - ผู้ช่วยนักวิจัย - ผอ.รพ.สต. - สาธารณสุขอำเภอ - คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มมส. - อาจารย์ที่ปรึกษา - ผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง	- ผู้วิจัยซึ่งแจ้งการเก็บ ข้อมูล อธิบาย วัตถุประสงค์ของ การศึกษา ซึ่งแจ้งการ พิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่าง - ดำเนินการ สัมภาษณ์กลุ่ม ตัวอย่างที่มารับ บริการในคลินิกโรค ความดันโลหิตสูง	แบบสอบถามที่ผ่านการ รับรองโดย คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์	- ได้ข้อมูลบริบทของ พื้นที่ ปัจจัยที่มีผลต่อ การพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง - จัดเก็บข้อมูลได้ครบ ตามเป้าหมาย	- มีข้อมูลลักษณะทาง ประชากร สรุปปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง - จัดเก็บแบบสอบถามได้ จำนวน.....ชุด



กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
ประชุมเชิง ปฏิบัติการเพื่อจัดทำ แผน วัตถุประสงค์ 1. เพื่อร่วมกัน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค แนวทางการส่งเสริม พฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองใน ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง 2. เพื่อร่วมกัน วางแผนปฏิบัติการ	ทดสอบเลือดสมองใน ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง ดำเนินงาน การ โดยใช้แบบ สัมภาษณ์เชิงลึกจาก ผู้ที่เกี่ยวข้อง 2. สรุปและวิเคราะห์ ผลข้อมูล เพื่อสร้าง แนวทางการส่งเสริม พฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองใน ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง	- ตำบลโนนเจด อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	- สมาชิกครอบครัว ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล จำนวน 10 คน - ผู้นำชุมชน ที่ เกี่ยวข้องกับการ ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน - อาสาสมัคร สาธารณสุขผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน - กลุ่มผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน	- เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ - การบันทึก การ ประชุม การสังเกต - การซักถาม	- กล้องถ่ายรูป	พร้อมแนวทางการ ดูแลส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง - มีร่างรูปแบบการ ส่งเสริมพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	สรุปสถานการณ์ บริบท พื้นที่ การดำเนินงานใน การส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง
2. ขึ้นปฏิบัติการ (Action) กิจกรรมที่ 8 การปฏิบัติการแผน วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนปฏิบัติการที่ วางแผนร่วมกัน คน และผู้วิจัย	ดำเนินการกิจกรรมที่ ระบุในแผนปฏิบัติการ การตามขั้นตอนและ บทบาทหน้าที่ของ บุคคลที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่วิจัย	ระยะเวลา - เดือน มีนาคม ถึง เดือนกันยายน 2566 สถานที่ - ตำบลโนนเจด อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	- ผู้วิจัย และทีมวิจัย - กลุ่มผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่ม ควบคุมจำนวน 30 คน - ผู้เกี่ยวข้อง	- เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ - การบันทึก การ ประชุม การสังเกต - การซักถาม	- รูปแบบการส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันการ โรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง - แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมป้องกันการ โรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง	- มีการดำเนินงานตาม โครงการ หรือกิจกรรม ที่วางแผนไว้ร่วมกัน - บรรลุวัตถุประสงค์ที่ วางไว้	- ภาพกิจกรรม - การจดบันทึกกิจกรรม



กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
3. ขั้นสังเกต (Observe) กิจกรรมที่ 9 การสังเกตและการ บันทึก วัตถุประสงค์ 1. ร่วมดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการที่ วางแผนไว้ร่วมกัน และร่วมสังเกตการณ์	1. การติดตามการ ดำเนินงานตามแผน ที่วางไว้ในแต่ละ กิจกรรม 2. ร่วมกันหา แนวทางในการแก้ไข ปัญหาตาม สถานการณ์ที่พบ ระหว่างดำเนินการ ตามแผน เพื่อนำมา ปรับใช้ใหม่แบบการ ดำเนินงานใน ระหว่งการดำเนิน กิจกรรม 3. การเก็บรวบรวม ข้อมูลผลการ ดำเนินงานที่ได้จาก	ระยะเวลา - เดือนตุลาคม 2566 สถานที่ - ตำบลโพนทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	-ผู้วิจัย และทีมวิจัย - กลุ่มผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่ม ควบคุมจำนวน 30 คน -ผู้เกี่ยวข้อง	- เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ - การบันทึกการ ประชุม - การสังเกต - การซักถาม	- ตารางกิจกรรมใน โครงการ - สมุดบันทึก - ปากก - แบบสังเกตการณ์ ส่วนร่วม - เครื่องบันทึกเสียง - กล้องถ่ายรูป	- ข้อมูลจากการเข้า ร่วมกิจกรรมจากการ สังเกต - ข้อมูลจากแบบ ประเมินความพึงพอใจ - ข้อมูลจากแบบ สังเกตการณ์ส่วนร่วม	- ภาพกิจกรรม - การจดบันทึกกิจกรรม - ข้อมูลจากแบบสังเกต การณ์ส่วนร่วม

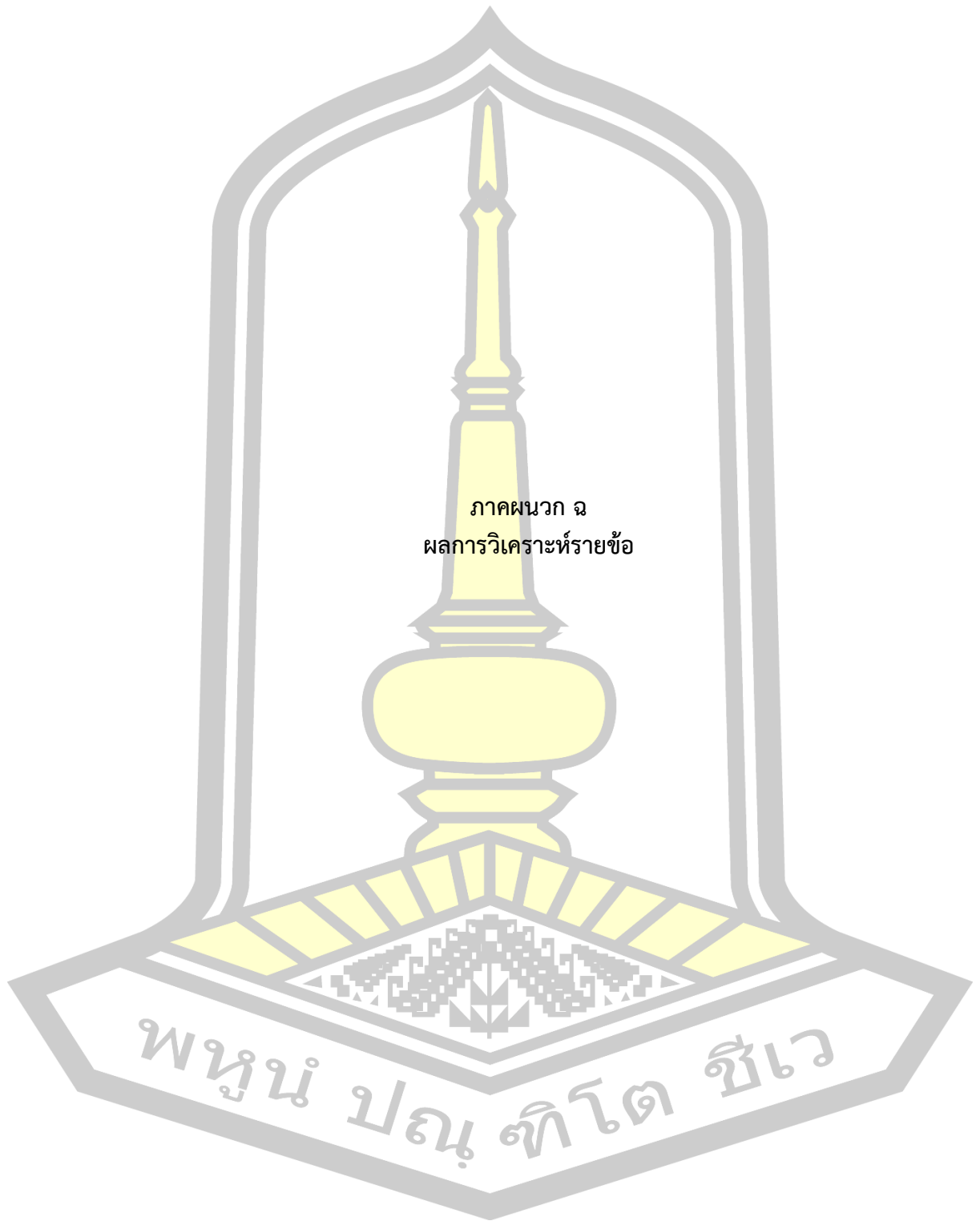


กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
	การสังเกต และ รวบรวมข้อมูลโดย แบบประเมิน พฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองใน ผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง และแบบ บันทึกการ สังเกตการณ์การมี ส่วนร่วม						
4. ข้อเสนอแนะ (Reflect) กิจกรรมที่ 10 การสะท้อนผลการ ปฏิบัติ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสรุปผลของ การดำเนินกิจกรรม ทั้งหมด 2. เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จในการ ดำเนินกิจกรรม	1. ร่วมกันสรุปการ ดำเนินงานใน กิจกรรมของ โครงการตามแผนที่ ได้วางไว้ร่วมกัน 2. ร่วมกันวิเคราะห์ ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จในการ ดำเนินกิจกรรมของ โครงการตามแผนที่ ได้วางไว้ร่วมกัน 3. ร่วมกันสะท้อนผล การดำเนินงาน ร่วมกันแลกเปลี่ยน เรียนรู้หาวิธีปรับปรุง	ระยะเวลา - เดือน พฤศจิกายน 2566 สถานที่ - ศาลากลาง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	- ผู้วิจัย และทีมวิจัย - ผู้เกี่ยวข้อง	- เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ - การบันทึกการ ประชุม - การสังเกต - การซักถาม	- สรุบบันทึก - ปากกา - แบบบันทึกการถอด บทเรียน - แบบสังเกตการมี ส่วนร่วม - เครื่องบันทึกเสียง - กล้องถ่ายรูป	- ทราบกิจกรรมและ ขั้นตอนของการ ปฏิบัติการทั้งหมด - ทราบปัญหา อุปสรรค และปัจจัย แห่งความสำเร็จใน การดำเนินกิจกรรม ของโครงการ	- ภาพกิจกรรม - การจดบันทึกกิจกรรม - จำนวนผู้เข้าร่วม กิจกรรม - ข้อมูลจากแบบสังเกต การมีส่วนร่วม



กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
	ดำเนินการ ดำเนินกิจกรรม ประเมินให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น						





ภาคผนวก ฉ
ผลการวิเคราะห์รายข้อ

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

ผลการวิเคราะห์รายชื่อ

การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายชื่อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มากกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ จำนวน 453 คน ร้อยละ 98.48 รองลงมาได้แก่ การควบคุมระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ จำนวน 451 คน ร้อยละ 98.04 และ ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ จำนวน 449 คน ร้อยละ 97.61 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง จำนวน 381 คน ร้อยละ 82.83 ดังแสดงในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละ คำตอบถูกต้องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง รายชื่อ (n=460)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต คือภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก	424	92.17
2.เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง	381	82.83
3.ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	439	95.43
4.หากไม่ได้รับการรักษาอาการของโรคหลอดเลือดสมองอย่างทันท่วงที อาจทำให้เสียชีวิตได้	447	97.17
5.ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย	429	93.26
6.ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ	449	97.61
7.อาการปวดศีรษะรุนแรงเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	444	96.52
8.อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณแขน ขา พูดสับสน พูดไม่ได้ เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	446	96.96
9.การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	441	95.87

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละ คำตอบถูกต้องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง
รายข้อ (n=460) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
10.การควบคุมระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	451	98.04
11.ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	435	94.57
12.ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	448	97.39
13.การคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ พูดคุยกับเพื่อน ดูทีวี ฟังเพลง ปลุกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	444	96.52
14.การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มากกว่า 30 นาทีต่อวัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์จะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	453	98.48

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายด้านและรายข้อ พบว่า

ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าเฉลี่ยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาได้ครบทุกมื้อตามแพทย์สั่งได้ มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.61) รองลงมาได้แก่ ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ย 3.68 (S.D.=0.63) และ ท่านมั่นใจว่าจะสามารถไปพบแพทย์ได้ทุกครั้งตามที่นัด มีค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D.=0.63) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมั่นใจว่าจะลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารปรุงด้วยกะทิให้น้อยลงได้ มีค่าเฉลี่ย 3.20 (S.D.=0.81)

ส่วนด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามประเมินความรุนแรงของโรค จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ มีค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D.=0.64) รองลงมาได้แก่ การวัดความดันโลหิต จะทำให้ท่านสามารถประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงได้ มีค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.73) และการรับประทานยาได้ครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ มีค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.73) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การลดอาหารที่ปรุงแต่งด้วยสารปรุงรสจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ มีค่าเฉลี่ย 3.22 (S.D.=0.81) ดังตารางที่ 34

ตารางที่ 34 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายข้อ (n=460)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Mean	(S.D.)
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง		
1. ท่านมั่นใจว่าจะลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำพริกปลาร้า แจ่วบอง ปลาเค็ม ไข่เค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม ปูเค็ม แหนม และอาหารดองเค็มได้	3.32	0.82
2. ในระหว่างการรับประทานอาหารท่านมั่นใจว่าจะเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ลงในอาหารให้น้อยลง	3.26	0.80
3. ท่านมั่นใจว่าในการประกอบอาหาร จะลดการใช้เครื่องปรุงรสเค็ม ได้แก่ น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น เต้าเจี้ยว กะปิ ผงชูรสในอาหารได้	3.23	0.76
4. ท่านมั่นใจว่าจะลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อติดมัน เครื่องในสัตว์ ของทอด ให้น้อยลงได้	3.26	0.81
5. ท่านมั่นใจว่าจะลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารปรุงด้วยกะทิให้น้อยลงได้	3.20	0.81
6. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานผักหรือผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ฝรั่ง แก้วมังกร ส้ม ทุกวันได้ (อย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมต่อวัน)	3.27	0.79
7. ท่านมั่นใจว่าจะออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่ง การปั่นจักรยาน อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง/วัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์	3.40	0.73
8. ท่านมั่นใจว่าจะมีกิจกรรมทางกาย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ทำสวน เป็นต้น	3.45	0.73
9. ท่านมั่นใจที่จะหาวิธีการคลายความเครียด เช่น ทำสมาธิ พูดคุยกับเพื่อน ทำงานอดิเรก ดูทีวี ฟังเพลง เป็นต้น	3.46	0.71
10. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถไปพบแพทย์ได้ทุกครั้งตามที่นัด	3.66	0.63
11. ท่านมั่นใจว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	3.68	0.63
12. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถรับประทานยาได้ครบทุกมื้อตามแพทย์สั่งได้	3.70	0.61
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.40	0.52

ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์

1. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ลดอาหารเค็มจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้	3.33	0.81
--	------	------

ตารางที่ 34 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายข้อ (n=460) (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Mean	(S.D.)
2.การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานน้อยจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.27	0.82
3.การลดอาหารที่ปรุงแต่งด้วยสารปรุงรสจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.22	0.81
4.การออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่ง การปั่นจักรยาน อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง/วัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.23	0.81
5.การงดสูบบุหรี่ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง	3.27	0.80
6.การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.23	0.83
7.การพักผ่อนให้เพียงพอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.28	0.79
8. การผ่อนคลายความเครียด ด้วยการเช่น ทำสมาธิ พูดคุยกับเพื่อน ทำงานอดิเรก ดูทีวี ฟังเพลง จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.37	0.76
9.การรับประทานยาได้ครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.49	0.73
10.การวัดความดันโลหิต จะทำให้ท่านสามารถประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงได้	3.50	0.73
11.การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามประเมินความรุนแรงของโรค จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	3.64	0.64
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.35	0.57
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.38	0.46

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 3.35 (S.D.=0.42) ส่วนการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านและรายข้อ พบว่า

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยรวมรายด้าน 3.33 (S.D.=0.60) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดคอยกระตุ้นเตือนท่านให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ย 3.40 (S.D.=0.72) ซึ่งมีค่าเท่ากับ บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดให้

กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล หรือมีความเครียด มีค่าเฉลี่ย 3.40 (S.D.=0.71) รองลงมาได้แก่ บุคคลในครอบครัว หรือญาติของท่านให้การเอาใจใส่ดูแลและกระตุ้นเตือนท่านให้มาพบแพทย์ตามนัด มีค่าเฉลี่ย 3.35 (S.D.=0.75) และบุคคลในครอบครัว หรือญาติของท่านให้การช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา มีค่าเฉลี่ย 3.36 (0.77) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ บุคคลในครอบครัวหรือญาติของท่านให้การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 3.25 (0.76)

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีค่าเฉลี่ยรวมรายด้าน 3.33 (S.D.=0.59) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ เพื่อนของท่านให้การชมเชยเมื่อท่านปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม มีค่าเฉลี่ย 3.37 (S.D.=0.70) ซึ่งเท่ากับเพื่อนของท่านให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล หรือมีความเครียด มีค่าเฉลี่ย 3.37 (S.D.=0.72) รองลงมาได้แก่ เพื่อนของท่านให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ย 3.33 (S.D.=0.75) และเพื่อนของท่านชวนท่านไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น รำวง เดินออกกำลังกาย เป็นต้น มีค่าเฉลี่ย 3.30 (S.D.=0.76) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เพื่อนของท่านให้การช่วยเหลือในการเดินทางไปเดินทางมารักษา มีค่าเฉลี่ย 3.27 (S.D.=0.79)

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยรวมรายด้าน 3.30 (S.D.=0.57) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 3.34 (S.D.=0.79) รองลงมาได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D.=0.74) และบุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำให้ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.30 (S.D.=0.75) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3.27 (S.D.=0.75)

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ มีค่าเฉลี่ยรวมรายด้าน 3.51 (S.D.=0.51) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันจากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร คู่มือสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.=0.67) ซึ่งเท่ากับ ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันจากสื่อต่างๆ จากโทรทัศน์ วิทยุ มีค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.=0.66) และท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันจากสื่อต่างๆ จากสื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต เฟสบุ๊ก มีค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.69) ตามลำดับ

ตารางที่ 35 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n=460)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	(S.D.)
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		
1.บุคคลในครอบครัวหรือญาติของท่านให้การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.28	0.82
2.บุคคลในครอบครัวหรือญาติของท่านดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ปรงอาหารรสไม่เค็ม ไม่หวาน และไม่มีกะทิ	3.29	0.79
3.บุคคลในครอบครัวหรือญาติของท่านให้การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลในเรื่องการออกกำลังกาย	3.25	0.76
4.บุคคลในครอบครัวหรือญาติของท่านให้การชมเชยเมื่อท่านปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม	3.27	0.78
5.บุคคลในครอบครัว หรือญาติของท่านให้การเอาใจใส่ดูแลและกระตุ้นเตือนท่านให้มาพบแพทย์ตามนัด	3.39	0.75
6.บุคคลในครอบครัว หรือญาติของท่านให้การช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา	3.36	0.77
7.บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดคอยกระตุ้นเตือนท่านให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	3.40	0.72
8.บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล หรือมีความเครียด	3.40	0.71
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.33	0.60
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน		
9.เพื่อนของท่านให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.33	0.75
10.เพื่อนของท่านให้การชมเชยเมื่อท่านปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม	3.37	0.70
11.เพื่อนของท่านให้กำลังใจเมื่อท่านมีปัญหา วิตกกังวล หรือมีความเครียด	3.37	0.72
12.เพื่อนของท่านชวนท่านไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่มี	3.30	0.76
การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น รำวง เดินออกกำลังกาย เป็นต้น		
13.เพื่อนของท่านให้การช่วยเหลือในการเดินทางไปเดินทางมารักษา	3.27	0.79

ตารางที่ 35 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n=460) (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	(S.D.)
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.33	0.59
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข		
14.บุคลากรทางสาธารณสุขให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.31	0.74
15.บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.27	0.75
16.บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำให้ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	3.30	0.75
17.บุคลากรทางสาธารณสุขให้การชมเชยเมื่อท่านปฏิบัติตัวที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดอาหารเค็ม	3.29	0.78
18. บุคลากรทางสาธารณสุขส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน	3.34	0.79
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.30	0.57
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ		
19.ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันจากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร คู่มือสุขภาพ	3.52	0.67
20.ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันจากสื่อต่างๆ จากโทรทัศน์ วิทยุ	3.52	0.66
21.ท่านได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันจากสื่อต่างๆ จากสื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต เฟสบุ๊ค	3.49	0.69
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.51	0.51
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.35	0.42

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D.=0.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร มีค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D.=1.13) รองลงมา ได้แก่ ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม หมูเค็ม ปูเค็ม เป็นต้น มีค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D.=0.96) และ ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง หอมดอง หน่อไม้ดอง ปลาร้า ฯลฯ มีค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.96) ซึ่งเท่ากับ

ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.99) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร มีค่าเฉลี่ย 2.64 (S.D.=1.24) ดังตารางที่ 36

ตารางที่ 36 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รายข้อ (n=460)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	Mean	S.D.	ระดับ
1.ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือปนลงในอาหารระหว่างรับประทานอาหาร	3.26	1.21	ปานกลาง
2.ท่านใช้ผงชูรส รสดี ซุปก้อน ผงปรุงรสสำเร็จรูป หรือเครื่องแกงสำเร็จรูปในการปรุงอาหาร	2.89	1.17	ปานกลาง
3.ท่านรับประทานเกลือแกง 1 ช้อนชาหรือน้ำปลา 1.5 ช้อนแกง หรือปลาร้า 1 ช้อนแกงต่อวัน	3.10	1.17	ปานกลาง
4.ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเนยเทียมเนยขาว มาการีน เช่น เค้ก ขนมปัง คุกกี้ โดนัท ขนมกรุบกรอบ เป็นต้น	3.68	1.10	สูง
5.ท่านรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง หอมดอง หม่อไม้ดอง ปลาร้า ฯลฯ	3.85	0.96	สูง
6.ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม หมูเค็ม ปูเค็ม เป็นต้น	3.92	0.96	สูง
7.ท่านรับประทานอาหารแปรรูป เช่น กุนเชียง หมูยอ ไส้กรอก อีสาน แหนม ปลาต้ม เป็นต้น อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป	3.75	0.96	สูง
8.ท่านรับประทานผักสดมีเอละ 2 ฝ่ามือพูนหรือผักสุกมีเอละ 1 ฝ่ามือพูน และผลไม้ไม่หวานจัด(ส้มเขียวหวาน ฝรั่ง ชมพู่ แก้วมังกร กล้วยน้ำว้า) 15 คำต่อวัน	3.76	1.14	สูง
9.ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร	2.64	1.24	ปานกลาง
10.ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร	3.98	1.13	สูง
11.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	3.85	0.99	สูง
12.ท่านรับประทานอาหารที่มีเนื้อติดมัน เครื่องในสัตว์ ของทอด	3.54	1.05	ปานกลาง

ตารางที่ 36 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รายข้อ (n=460) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	Mean	S.D.	ระดับ
13.ท่านดื่มชา กาแฟสำเร็จรูป(หรืออินวัน) หรือกาแฟเติมครีมเทียม (คอฟฟี่เมต) โอวัลตินซองสำเร็จรูป เครื่องดื่มชูกำลัง ไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อวัน	2.83	1.53	ปานกลาง
14.ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา เนื้อไม่ติดมัน	3.78	1.13	สูง
15.ท่านดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว เช่น นมถั่วเหลือง นมจืดไขมันต่ำ นมถั่วเหลืองงาดำ	3.18	1.22	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.47	0.40	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการจัดการความเครียด พบว่า มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D.=0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สุก บุหรี่หรือใช้ยานอนหลับ เพื่อขจัดความเครียด มีค่าเฉลี่ย 4.42 (S.D.=1.13) รองลงมาได้แก่ ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D.=1.02) และเมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะจัดการความเครียดด้วยการทำงานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ สวดมนต์ ฟังธรรมะ ฟังเพลง ดูทีวี วาดรูป ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D.=1.20) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจท่านจะออกกำลังกายหรือทำงานอดิเรก มีค่าเฉลี่ย 3.37 (S.D.=1.25) ดังตารางที่ 37

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 37 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการจัดการความเครียด รายข้อ (n=460)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการจัดการความเครียด	Mean	S.D.	ระดับ
1.ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	4.10	1.02	สูง
2.ท่านนั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบและสวดมนต์	3.73	1.12	สูง
3.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะปรึกษาพูดคุยระบาย กับคน ใกล้ชิดหรือคนรอบข้างเมื่อมีปัญหา	3.51	1.25	ปานกลาง
4.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะจัดการความเครียด ด้วยการทำงานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ สวดมนต์ ฟังธรรมะ ฟัง เพลง ดูทีวี วาดรูป ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น	3.78	1.20	สูง
5.ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่หรือใช้ยานอนหลับ เพื่อ ขจัดความเครียด	4.42	1.13	สูง
6.ท่านสูดหายใจเข้าลึก ๆ หายใจออกยาว ๆ และกำหนดสติอยู่กับ ลมหายใจ ช่วยคลายเครียด	3.43	1.32	ปานกลาง
7.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำกิจกรรม สาธารณประโยชน์	3.68	1.23	สูง
8.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจท่านชอบแยกไปอยู่คนเดียว	3.49	1.41	ปานกลาง
9.เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจท่านจะออกกำลังกายหรือ ทำงานอดิเรก	3.37	1.25	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.72	0.52	สูง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.65 (S.D.=0.90) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน กวาดใบไม้ มีค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D.=1.02) รองลงมาได้แก่ ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง มีค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D.=1.16) และท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือกายบริหารร่างกายในแต่ละครั้งติดต่อกัน ไม่ต่ำกว่า 30 นาที มีค่าเฉลี่ย 3.81

(S.D.=1.15) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ในขณะที่ออกกำลังกายท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก หน้ามืด และหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 2.89 (S.D.=1.45) ดังตารางที่ 38

ตารางที่ 38 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย รายข้อ (n=460)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	ระดับ
โรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย			
1.ท่านออกกำลังกายเช่น ปั่นจักรยาน เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ หรือกายบริหารร่างกายในแต่ละครั้งติดต่อกัน ไม่ต่ำกว่า 30 นาที	3.81	1.15	สูง
2.ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง	3.82	1.16	สูง
3.ท่านอบอุ่นร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที ก่อนและหลังออกกำลังกาย	3.64	1.23	ปานกลาง
4.ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน กวาดใบไม้	4.22	1.02	สูง
5.ท่านออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดินเร็ว หรือกายบริหารร่างกาย	3.73	1.27	สูง
6.ท่านยืดกล้ามเนื้อเพื่อเสริมความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เช่น รำไม้พลอง หรือออกกำลังกายด้วยยางยืด	3.44	1.32	ปานกลาง
7.ในขณะที่ออกกำลังกายท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก หน้ามืด และหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย	2.89	1.45	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.65	0.90	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.06 (S.D.=0.55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ย 4.61 (S.D.=1.01) และท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ โดยผู้หญิงไม่

เกิน 1 ต้ม ผู้ชายไม่เกิน 2 ต้มต่อวัน (เหล้า 1 ต้ม 30 ซีซี, เบียร์ 1 ต้ม 240 ซีซี.) มีค่าเฉลี่ย 1.50 (S.D.=0.96) ตามลำดับ ดังตารางที่ 39

ตารางที่ 39 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ รายข้อ (n=460)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	Mean	S.D.	ระดับ
1.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ โดยผู้หญิงไม่เกิน 1 ต้ม ผู้ชายไม่เกิน 2 ต้มต่อวัน (เหล้า 1 ต้ม 30 ซีซี, เบียร์ 1 ต้ม 240 ซีซี.)	1.50	0.96	ต่ำ
2.ท่านสูบบุหรี่	4.61	1.01	สูง
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.06	0.55	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา พบว่า มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.=0.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมาพบแพทย์ตรงตามที่แพทย์นัด มีค่าเฉลี่ย 4.43 (S.D.=0.89) รองลงมาได้แก่ ท่านรับประทานยาตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ย 4.38 (S.D.=0.95) และ ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด 4.36 (S.D.=0.97) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านลืมนรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 3.54 (S.D.=1.36) ดังตารางที่ 40

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง รายข้อ (n=460)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้านการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	Mean	S.D.	ระดับ
1. ท่านมาพบแพทย์ตรงตามทีแพทย์นัด	4.43	0.89	สูง
2. ท่านรับประทานยาตรงเวลาตามทีแพทย์สั่ง	4.38	0.95	สูง
3. ท่านลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	3.54	1.36	ปานกลาง
4. ท่านลด/เพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง	4.08	1.25	สูง
5. ท่านหยุดรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงเอง เมื่ออาการดีขึ้น หรือเมื่อควบคุมความดันโลหิตสูงได้	4.06	1.27	สูง
6. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์และเภสัชกรอย่าง เคร่งครัด	4.36	0.97	สูง
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	4.14	0.64	สูง





ภาคผนวก ช

คู่มือแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

พูน ปณ ฑิโต ชีเว



แนวทาง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)
ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



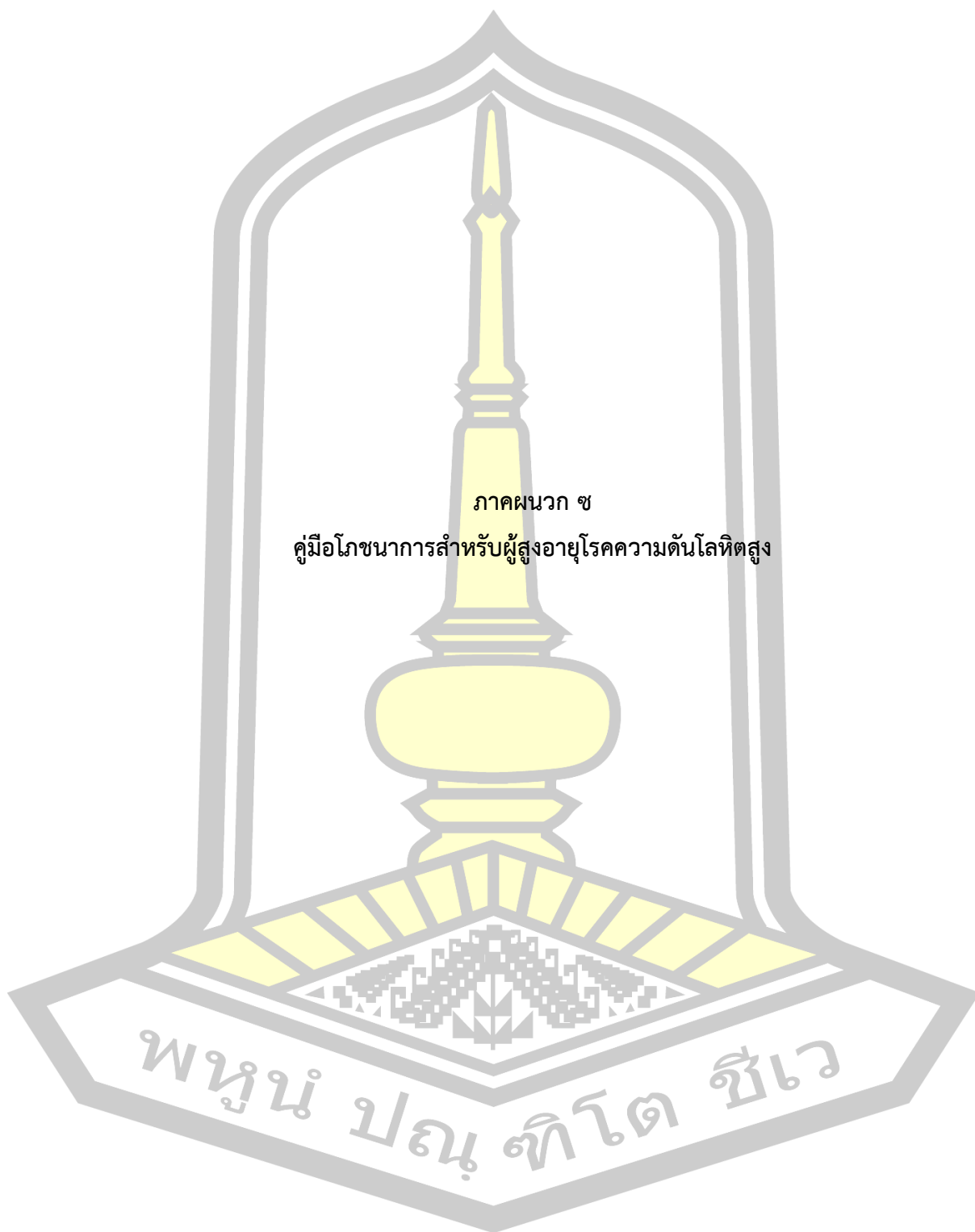
Brain stroke

 <p>STROKE</p>		<p>จัดทำโดย นางธัญรัศมี ภูงศ์ชัย</p> <p>• • • • •</p> <p>นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p>
--	--	---

OR Code แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
(อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ช

คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

พหุบัณฑิตศึกษา



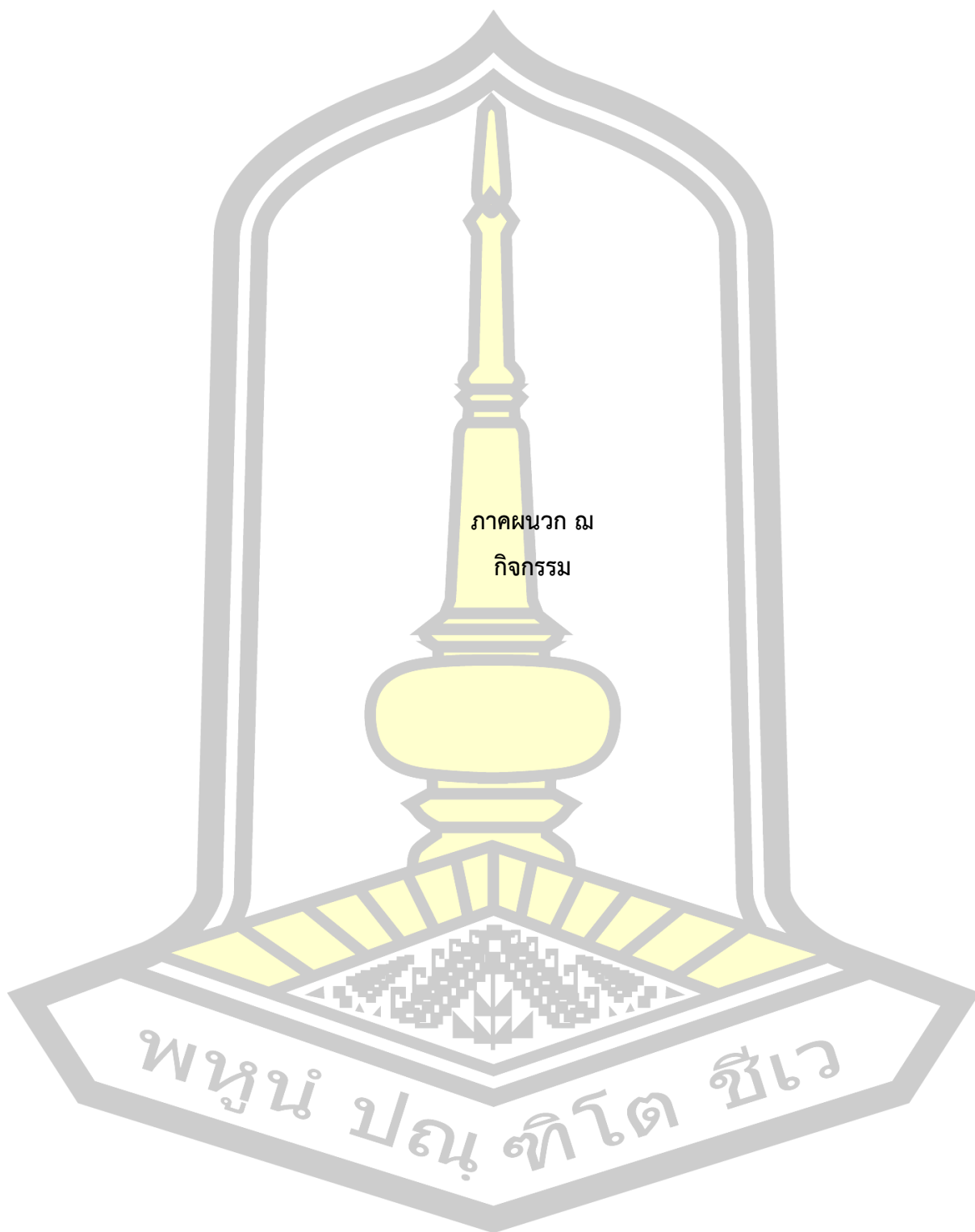
**คู่มือโภชนาการ
สำหรับผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง**



จัดทำโดย
นางธัญรัตน์ ฤชงค์ชัย
นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2566

QR Code
คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
สแกนที่นี่





ภาคผนวก ฅ
กิจกรรม

พหุมนุ ปณุ ทิโต ชีเว

กิจกรรมที่ 1 การจัดอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (สัปดาห์ที่ 1)

วัตถุประสงค์ทั่วไป : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง

สถานที่ในการจัดกิจกรรม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย

วิธีการปฏิบัติ/กิจกรรม	กิจกรรม/สื่อ
<p>1. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยยึดหลัก 3อ.2ส. โดยการบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดูวิดีโอทัศน์</p> <p>2.แนะนำการใช้คู่มือแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมประสบการณ์ของความสำเร็จและทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตัวเองทำได้สำเร็จ และการกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญ ในเรื่องดังต่อไปนี้</p> <p>1.1 ปังจัย สาเหตุ อาการ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการกรณีฉุกเฉิน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส.</p> <p>1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม</p> <p>1.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด</p> <p>1.4 พฤติกรรมการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่</p> <p>1.5 พฤติกรรมการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา</p>	<p>- สื่อวิดีโอทัศน์แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- คู่มือแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p>

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (สัปดาห์ที่ 2)

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 3 ชั่วโมง

สถานที่ในการจัดกิจกรรม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย

วิธีการปฏิบัติ/กิจกรรม	กิจกรรม/สื่อ
<p>1. โดยการสาธิต และการฝึกปฏิบัติทักษะด้านโภชนาการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การเห็นตัวแบบจากตัวอย่างอาหารของจริง การบันทึกพฤติกรรมและการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง</p> <p>1.1 แนะนำการใช้คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>1.2 ประเมินภาวะโภชนาการ และความต้องการอาหารและพลังงาน อาหารแลกเปลี่ยน</p> <p>1.3 สาธิตวิธีการเลือกอาหาร เมนูอาหารพื้นถิ่น และอาหารควบคุมความดันโลหิตสูง</p> <p>2.การพัฒนาทักษะการออกกำลังกาย ด้วยการบรรยายและการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การแกว่งแขน การรำวง และการเดินเร็ว และการผ่อนคลายความเครียด การฟังเพลงที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การสวดมนต์ และการทำสมาธิบำบัด</p>	<p>- คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- แผ่นภาพพลิกเกี่ยวกับโภชนาการ</p> <p>- โมเดลอาหาร</p> <p>- อุปกรณ์การประกอบอาหาร</p>

พูน ปณ ทิโต ชีเว

กิจกรรมที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการใช้ตัวแบบ (สัปดาห์ที่ 3)

วัตถุประสงค์ทั่วไป : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติพฤติกรรม และกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง

สถานที่ในการจัดกิจกรรม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย

วิธีการปฏิบัติ/กิจกรรม	กิจกรรม/สื่อ
<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การปฏิบัติ ด้วยการประเมินพฤติกรรมด้านต่างๆที่ตนเองปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ - กิจกรรมการใช้ตัวแบบบุคคล ที่ปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีมาถ่ายทอดประสบการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาที่พบและรวมหาแนวทางแก้ไข 	<ul style="list-style-type: none"> - ตัวแบบบุคคล - แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

(สัปดาห์ที่ 4-12)

วัตถุประสงค์ทั่วไป : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีทักษะในการออกกำลังกาย

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 30 นาที

สถานที่ในการจัดกิจกรรม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย บ้านผู้นำชุมชน หรือศาลาเอนกประสงค์ในหมู่บ้าน

วิธีการปฏิบัติ/กิจกรรม	กิจกรรม/สื่อ
<p>1. เปิดเสียงตามสายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน และการจัดการอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) (ช่วงเช้า เวลา 6.00-6.30น.)</p> <p>2. จัดกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน ได้แก่ การรำวง การแอโรบิค การปั่นจักรยาน (อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์)</p>	<p>- คลิปเสียงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- กิจกรรมการออกกำลังกาย</p> <p>- อุปกรณ์การออกกำลังกาย จักรยานออกกำลังกาย</p>



กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้าน และการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (สัปดาห์ที่ 4-11)

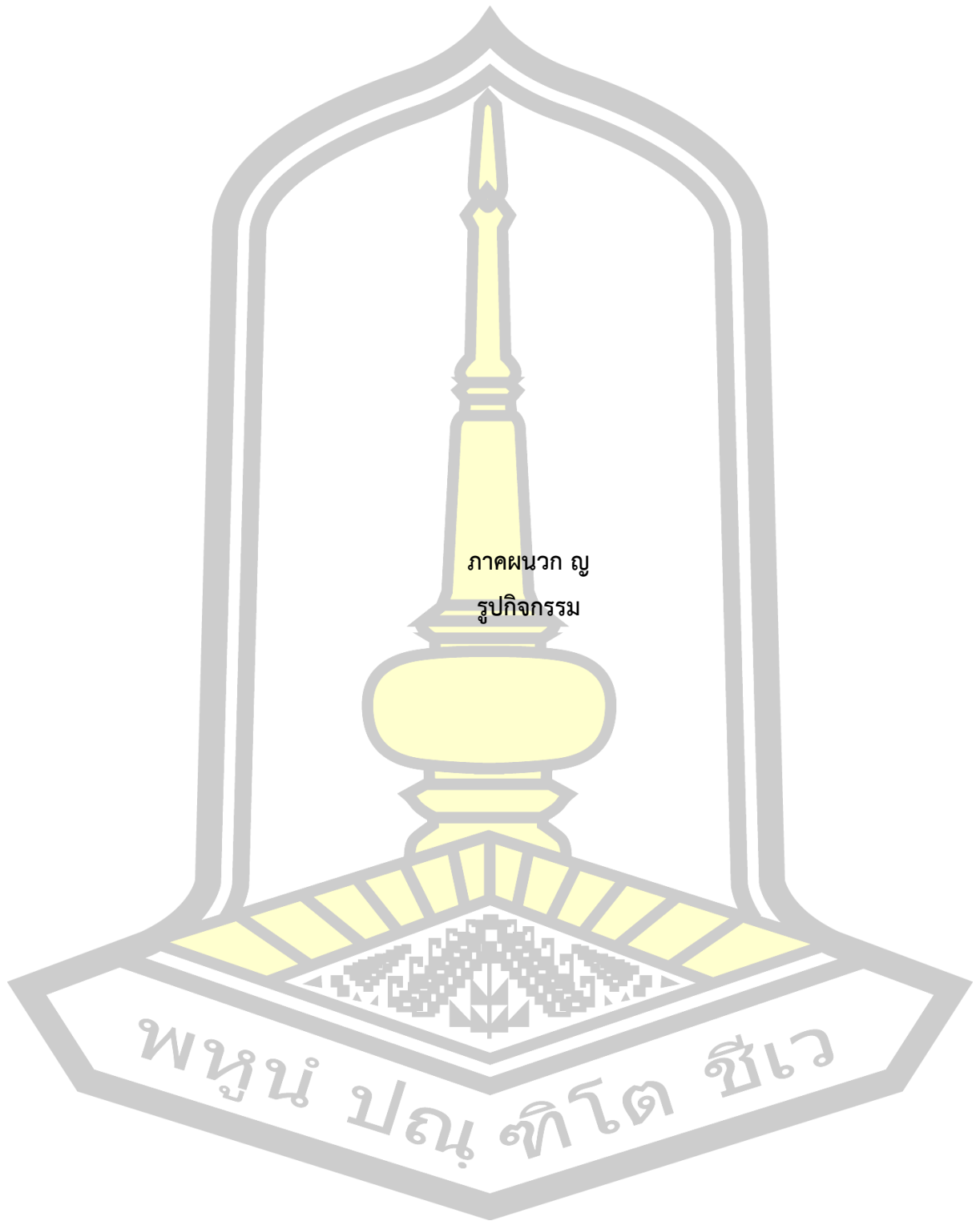
วัตถุประสงค์ทั่วไป : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 10-20 นาที

สถานที่ในการจัดกิจกรรม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค่าย บ้านผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการปฏิบัติ/กิจกรรม	กิจกรรม/สื่อ
1.การโทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยบุคลากรด้านสุขภาพให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมหากมีปัญหา	การโทรศัพท์สอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
2.การเยี่ยมบ้าน โดย อสม. ติดตามกระตุ้นเตือนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมหากมีปัญหา	การเยี่ยมบ้านโดย อสม./ บุคลากรด้านการสาธารณสุข

พูน ปรนุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ญ
รูปกิจกรรม

พหุ ประทีป ชัยเว

ภาพกิจกรรมการประชุมกลุ่ม การวางแผนการทำงาน และวางแผนจัดกิจกรรมต่างๆ



รูปสื่อต่างๆ ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



แนวทาง
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จัดทำโดย
 นางธัญรัตน์ กุซงศ์ชัย
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสมเด็จพระปิยะบุณยวัฒน์
 คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

OR Code แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



คู่มือโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

จัดทำโดย
 นางธัญรัตน์ กุซงศ์ชัย
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสมเด็จพระปิยะบุณยวัฒน์
 คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 2566

QR Code
 คู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 สแกนที่นี่



รูปการจัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดูวิดีโอ
การสาธิต และการฝึกปฏิบัติทักษะด้านต่างๆ



การกำกับติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน / การโทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือนพฤติกรรมกำป้องกันโรค
หลอดเลือดสมอง ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม โดยบุคลากรด้านสุขภาพ



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางธัญรัศม์ ภูงค์ชัย
วันเกิด	วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 245 หมู่ 2 บ้านชีเหล็กใหญ่ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 167 หมู่ 2 ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) เอกการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2567 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผลงานวิจัย	ธัญรัศม์ ภูงค์ชัย และณัฐปภัสร์ นวลสีทอง. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7(1), 1-18. ธัญรัศม์ ภูงค์ชัย, ธรณินทร์ คุณแขวน, พรภัทรา แสนเหลา และเดือนเพ็ญพร ชัยภักดี. (2563). การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38 (1), 167-176. ธัญรัศม์ ภูงค์ชัย, ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง, ธรณินทร์ คุณแขวน และภัททิรา ก้านทอง. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38 (4), 172-180.