



ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถ
ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร



ปาลิดา แสนบุญมา

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร



2921288404
NU iThesis 64061304 thesis / recv: 22112567 23:13:39 / seq: 21

ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถ
ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับ
ความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร"

ของ ปาลิดา แสนบุญมา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด้านยุทธศิลป์)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลินเจริญ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร
ผู้วิจัย	ปาไลดา แสนบุญมา
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร
กรรมการที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลินเจริญ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ระดับความดันโลหิต, กลุ่มวัยทำงาน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามที่ผู้วิจัยกำหนด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงเปรียบเทียบ - test ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิต

Title	THE EFFECTS OF THE HEALTH BEHAVIOR MODEL PROGRAM ON STROKE PREVENTIVE BEHAVIORS AND BLOOD PRESSURE LEVELS AMONG ADULT WORKERS WITH UNCONTROLLED HYPERTENSION IN KAMPHAENG PHET PROVINCE.
Author	Palida Saenboonma
Advisor	Assistant Professor Dr. Chanita Praditsathaporn
Co-Advisor	Associate Professor Chuleekorn Danyuthasilpe Assistant Professor Aumporn Lincharoen
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2024
Keywords	Stroke prevention program, Disease prevention behavior, Blood pressure level

ABSTRACT

This quasi-experimental research, with a two-group pre-test and post-test design, aimed to evaluate The Effects of the Health Behavior Model Program on Stroke Preventive Behaviors and Blood Pressure Levels among Adult Workers with uncontrolled hypertension in Kamphaeng Phet Province. The study utilized the Health Belief Model theory, involving a sample of 62 working-age individuals divided into an experimental group (n=31) and a control group (n=31). The experimental group participated in the researcher-designed Health Belief Model Program focusing on perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and cues to action, while the control group received standard nursing care. The study was conducted over eight weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests for comparative statistics.

The results revealed that after the implementation of the stroke prevention program, the experimental group showed a significant increase in mean stroke prevention behavior scores from pre-test to post-test, with a statistical significance of $p < .05$. While the experimental group demonstrated a significant

reduction in systolic and diastolic blood pressure levels from pre-test to post-test, with a statistical significance of $p < .05$. The experimental group exhibited significantly higher mean scores in stroke prevention behaviors compared to both their pre-program scores and the control group, with a statistical significance of $p < .05$. Additionally, the experimental group experienced significantly lower systolic and diastolic blood pressure levels compared to both their pre-program levels and the control group with a statistical significance of $p < .05$.



ประกาศขอบคุณการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณายิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย รวมถึงช่วยเหลือและให้กำลังใจในการทำวิจัยเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งถึงความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ตลอดทั้งขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลินเจริญ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่ง ในการศึกษาจนประสบความสำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ศรีพรหม แพทย์หญิงเหมือนจันทร์ วรรณาสีโชค นางสาวศุภานัน ทองทวีโกศล นางสาวนิสา ครุฑจันทร์ และนางสาววัชรมา เมืองแกร ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำ ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติธาดา ตั้งคำวานิช ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคื่อง หุ้งชาน และบึงบ้าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นแรงบันดาลใจ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ และให้กำลังใจส่งเสริม และสนับสนุนจนสำเร็จ ขอขอบคุณกัลยาณมิตรที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุนซึ่งกันและกันด้วยดีตลอดมา

คุณค่าและที่ได้ประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ปาลิตา แสนบุญมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	
ประกาศคุุณูปการ.....ฉ	
สารบัญ.....ช	
สารบัญตาราง.....ญ	
สารบัญภาพ.....ฎ	
บทที่ 1 บทนำ.....1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	
คำถามการวิจัย.....5	
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....5	
สมมุติฐานของการวิจัย.....5	
ขอบเขตของการวิจัย.....6	
นิยามศัพท์เฉพาะ.....6	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....9	
โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension).....9	
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง.....18	
แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....32	
แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....32	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....36	

กรอบแนวคิดการวิจัย	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	48
รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	48
แผนการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	57
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิจัย	63
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	64
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายใน กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	68
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	68
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการ ทดลอง.....	69
ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	69
บทที่ 5 บทสรุป	70
สรุปผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผล	72
ข้อเสนอแนะ	77

บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	87
ประวัติผู้วิจัย	143



2921288404

NU iThesis 64061304 thesis / recv: 22112567 23:13:39 / seq: 21

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	13
ตาราง 2 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา.....	16
ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=62).....	64
ตาราง 4 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองด้วย Shapiro-Wilk Test (n=31).....	66
ตาราง 5 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองด้วยการหาค่าความเบ้ (Skewness) และการหาค่าความโด่ง (Kurtosis)	66
ตาราง 6 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มควบคุม (n=31)	67
ตาราง 7 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มควบคุมด้วยการหาค่าความเบ้ (Skewness) และการหาค่าความโด่ง (Kurtosis)	67
ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=31).....	68
ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 62)	68
ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง(n = 31)	69
ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 62).....	69

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ Stretcher and Rosenstock.....	34
ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	47



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย สถิติประชากรทั่วโลกที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ได้รายงานไว้ว่า ทั่วโลกมีประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งหมดอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2568 (ค.ศ.2025) จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 1,560 ล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงปีละ 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 1 ใน 3 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ.2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปีพ.ศ.2562-2563 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีพ.ศ.2551-2552 กับปีพ.ศ.2562-2563 พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) จากรายงานข้อมูลย้อนหลังของอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ 13,940.20, 14,618.0 และ 15,109.60 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยรายใหม่ ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรปีพ.ศ.2563-2565 เท่ากับ 1,032.90, 1,102.40 และ 1,113.90 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรายใหม่มีอัตราป่วยเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้มีอายุระหว่าง 30-59 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 477.29 อายุ 40-49 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 1,285.69 และอายุ 50-59 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 2,457.06 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน

เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรมากเป็นอันดับ 1 ในเขตบริการสุขภาพจำนวน 13 เขต (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยได้กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565 ตามยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้อัตราป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า จังหวัดกำแพงเพชรมีอัตราป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง เท่ากับ 1.27, -1.04 และ -8.12 ตามลำดับ แต่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปีพ.ศ.2564-2566 จังหวัดกำแพงเพชร มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 9,575 และ 9,675 และ 10,461 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

อำเภอปางศิามคี่ จังหวัดกำแพงเพชร ในปีพ.ศ.2562 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มวัยทำงานเป็นลำดับที่ 1 ของจังหวัด โดยมีอายุ 15-39 ปี , 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีอัตราป่วยเท่ากับ ร้อยละ 2.47, 13.74 และ 31.38 ตามลำดับ ปีพ.ศ.2563-2565 จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 3,196, 3,347 และ 3,374 คน ตามลำดับ สถิติโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในปีพ.ศ.2563-2565 เท่ากับ ร้อยละ 23.48, 31.52 และ 33.01 ตามลำดับ ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่งผลให้อำเภอปางศิามคี่ มีอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุดจาก 11 อำเภอในจังหวัดกำแพงเพชร ดังจะเห็นได้จาก ปีพ.ศ.2563-2565 อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองใน เท่ากับ 19.26, 105.49 และ 109.81 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ด้วยเหตุที่วัยทำงานเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศ ผลกระทบจากการที่กลุ่มวัยทำงานควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง หรือมีความพิการ จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว และค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว การสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมองจากอาการเส้นเลือดสมองแตกและอุดตันเป็นระยะเวลานาน ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายค่อนข้างสูง โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.9 วัน มีต้นทุนรวมการให้บริการการดูแลระยะกลางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 2,293,622 บาท (อรพรรณ ศฤงคาร, อังสนา บุญธรรม, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจริญทน และ ภูษิต ประคองสาย, 2564) การป้องกันให้วัยทำงานควบคุมความดันโลหิตสูงได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ

การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ จะช่วยลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อระบบการควบคุมความดันโลหิตในร่างกาย สาเหตุเกิดจากการหดตัวของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดแรงต้านทานของหลอดเลือดปลาย หัวใจมีการบีบตัวแรงและเต้นเร็ว ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ถูกส่งออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น เมื่อความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้หลอดเลือดในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างเนื่องจากหลอดเลือดต้องทำงานหนักขึ้น ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเกิดการหนาและแข็งตัว (Atherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบตัน เมื่อหลอดเลือดตีบตัน อาจเกิดการสร้างลิ่มเลือดขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปยังสมองลดน้อยลงจนเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic Stroke) ทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจนและสารอาหาร ซึ่งนำไปสู่การตายของเซลล์สมอง และส่งผลให้เกิดอาการทางระบบประสาท นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดมี

ความเปราะบางและมีโอกาสแตกได้ง่าย ส่งผลให้เลือดไหลออกจากหลอดเลือดเข้าสู่เนื้อสมอง อาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhagic Stroke) ทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองลดลง สัมพันธ์กับสาเหตุ ได้แก่ ค่าความดันซิสโตลิก BP >140 mmHg ค่าความดันไดแอสโตลิก >90 mmHg (เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล และ วิริณธ์ กิตติพิชัย, 2563) ภาวะไขมันในเลือดสูง (Parikshith, J & Rekha, M., 2022) อายุ (วิศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และ วินัฐ ดวงแสนจันทร์, 2561) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และ วารินทร์ ปินโฮเซ็น, 2557) ขณะเดียวกันจากงานวิจัยของอุษา วงษ์อนันต์, ยุภาพร นาคกลิ่ง และมณฑิรา เหมือนจันทร์ (2565) พบว่า กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ อาหารที่มีไขมันสูง การจัดการความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ (ปิยะนุช จิตตุนนท์, อารมณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์ และณัท วอลเตอร์, 2564) การรับประทานยาตามแพทย์สั่งไม่สม่ำเสมอ (ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ, 2564) แต่ในทางกลับกันผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (ศุภณัฐกรณ์ มูลฟู, 2565) การควบคุมภาวะความดันโลหิต การมีพฤติกรรมเหมาะสมในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง (ณิรณัฐ วรโรตอง และคณะ, 2564) สอดคล้องแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 กำหนดมาตรฐานการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ตามแนวคิดของสเตชเชอร์ และโรเซนสตอก (Stetcher, & Rosenstock, 1997) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคและการปรับพฤติกรรม กล่าวว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้น บุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรค หรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตรวมทั้งมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1.การรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 2.ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ ความรู้ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) โดยปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลหรือการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) 3.ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of action) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) กับการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว

เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลสามารถบ่งบอกพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ที่แสดงพฤติกรรมออกมาด้วยความเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นจะทำให้มีสุขภาพดีและสามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคได้ (Stretcher, & Rosenstock, 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอุษา วงษ์อนันต์, ยุภาพร นาคกลิ่ง และมณฑิรา เหมือนจันทร์ (2565) พบว่า การให้ความรู้ผ่านสื่อการสอนทั้งจากสื่อมัลติมีเดียร์ สื่อวิดีโอ สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน จำนวน 3 ครั้งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี การศึกษาของธนาภรณ์ ปิ่นแก้ว, วิภา เทียงธรรม และปาหนัน พิษยัญญ (2565) พบว่า การนำเสนอตัวแบบด้านบวก การใช้เกมเลือกอาหาร และการใช้ยางยืด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการใช้ตัวแบบทั้งด้านบวกและลบเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาของวรางคณา วสุรัตน์ (2564) ที่พบว่า กระบวนการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จและการให้ความรู้เพิ่มเติมจากบุคคลากรสุขภาพ เป็นกิจกรรมสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากเพิ่มการฝึกทักษะการเลือกซื้ออาหาร และฝึกจัดทำเมนูอาหารเพื่อป้องกันโรค จะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ผู้วิจัยสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัย พบว่า มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซื้ออาหารจากร้านค้า ตลาดนัด ในครอบครัวที่ทำอาหารรับประทานเองใส่เครื่องปรุงรสอย่าง 3 อย่างต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคิดว่าตนเองรับประทานอาหารไม่เต็ม ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ร้อยละ 80 เพราะเข้าใจว่าการทำงานของตนเองคือการออกกำลังกาย รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ลืมรับประทานยา หรือการขอยาผู้ป่วยอื่นทาน ร้อยละ 10 การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10 โดยเป็นการรวมกลุ่มดื่มสุรากันภายในครอบครัวสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และมีผู้ป่วยดื่มคนเดียวทุกวัน สาเหตุจากนอนไม่หลับต้องดื่มสุราเพื่อให้ตนเองนอนหลับได้ จะเห็นได้ว่า หากมีโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่เน้นการสร้างการรับรู้และฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและสามารถลดระดับความดันโลหิตได้

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้พัฒนาโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ตามแนวคิดของสเตชเชอร์และโรเซนสต็อก (Stretcher, & Rosenstock, 1997) เพื่อส่งเสริมให้

กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิต อันจะส่งผลให้ลดอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำถามการวิจัย

โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดระดับความดันโลหิตของกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตหรือไม่

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ
3. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคคลวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2565 รวม 4,459 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 62 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่ที่ทำการศึกษา

พื้นที่ที่ทำการศึกษายู่ในเขตอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร โดยการสุ่มเลือกแบบเจาะจง มีบริบทและระบบบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน โดยมีกลุ่มทดลอง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคื่อง และกลุ่มควบคุม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบ้าน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของสเตชเชอร์และโรเซนสต็อก (Stretcher, & Rosenstock, 1997) เพื่อให้กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Perceived benefits) 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค

หลุดลอดสมอง (Perceived Barriers) 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) กิจกรรมดำเนินการ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนตนเอง ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลุดลอดสมอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลุดลอดสมองด้วยตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลุดลอดสมองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการใช้สไลด์นำเสนอของกลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อชี้ให้กลุ่มทดลองรับรู้อันตราย ความรุนแรงของโรค นำเสนอตัวแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลุดลอดสมอง การให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลุดลอดสมองของกลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเดิมในประเด็นการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา จัดกิจกรรมวิเคราะห์ความเค็มในอาหารที่ปรุงจากแต่ละครัวเรือน สาธิตการปรุงเมนูอาหารท้องถิ่นลดเค็ม สาธิตและสาธิตกลับการออกกำลังกายวิธีชุมชน 3 ส. การฟังดนตรีพื้นบ้าน ให้ความรู้เรื่อง การรับประทานยาลดความดันโลหิต และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลุดลอดสมอง แจกคู่มือและแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความสำเร็จ อุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันของกลุ่มทดลองกับผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 5.1 กิจกรรมกระตุ้นเตือนเป็นข้อความ เนื้อหาเป็นรูปภาพหรือวิดีโอการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคหลุดลอดสมอง ผ่านแอปพลิเคชัน Facebook สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 12 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 5.2 เยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตและติดตามพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา การบันทึกลงในแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง พร้อมกับชมเชยให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมป้องกันโรคหลุดลอดสมอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของกลุ่มทดลองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยา โดยประเมินได้จากแบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันโรคหลุดลอดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. การรับประทานอาหาร หมายถึง การแสดงออกของกลุ่มทดลองในการรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร และการประกอบอาหารเพื่อรับประทานเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2. การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 45-60 นาทีต่อครั้ง และกระทำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค

3. การจัดการอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกของกลุ่มทดลองในการหาวิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การอ่านหนังสือ การนั่งสมาธิ การฟังเพลง เป็นต้น

4. การลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา หมายถึง การแสดงออกของกลุ่มทดลองในการลดหรือเลิกสูบบุหรี่ และการลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

5. การรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย การรับประทานยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธี การไม่หยุดยาหรือลดขนาดยาเอง การเก็บรักษา ยา การซื้อยา และการเฝ้าระวังรักษาความดันโลหิตของบุคคลอื่นมารับประทานเมื่อขาด

ระดับความดันโลหิต หมายถึง แรงดันที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดง เพื่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ประเมินโดยการวัดความดันโลหิตที่แขนในท่านั่งพัก แบ่งเป็นระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) หน่วยที่ใช้วัดความดันโลหิตเป็นมิลลิเมตรปรอท

กลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ที่วัดได้สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และไม่เกิน 159 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าของความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) ที่วัดได้สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และไม่เกิน 99 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลของการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการควบคุมระดับความโลหิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาลงมือของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยได้ทบทวนตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย มีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 การควบคุมระดับความดันโลหิต
 - 2.2 การรับประทานอาหาร
 - 2.3 การออกกำลังกาย
 - 2.4 การจัดการความเครียด
 - 2.5 การลดหรือเลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา
 - 2.6 การรับประทานยา
3. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ
5. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การวินิจฉัยโรคหากวัดความดันโลหิตใน 2 ครั้ง พบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกทั้ง 2 ครั้งมีค่ามากกว่า 140 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกทั้ง 2 ครั้งมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

Bryan Williams et al. (2018) นิยามความหมายของความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท

ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการที่มีระดับความดันโลหิตผิดปกติมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป โดยค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงมี 2 ชนิด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension) หรือ (Essential Hypertension) และโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ เรียกว่า (Secondary Hypertension) ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (นิพนพัทธ์ สันทรัพย์, 2560)

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension) หรือ (Essential Hypertension) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ การดำเนินชีวิตมักจะสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม กรรมพันธุ์ โรคอ้วน อายุ เชื้อชาติ และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) สาเหตุที่พบได้บ่อยคือ โรคไต ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงไตทั้งสองข้างมักจะมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากที่ต่อมหมวกไตพบได้สองชนิด คือ ชนิดที่สร้างฮอร์โมน (Hormone aldosterone) จะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับเกลือแร่ไปแทสเทียมในเลือดต่ำ อีกชนิดหนึ่งได้แก่ เนื่องจากที่สร้างฮอร์โมน (Catechol amines) เรียกว่า โรค Pheochromocytoma ผู้ป่วย จะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับใจสั่น โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of the aorta) พบได้น้อย เกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบบางส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension) หรือ (Essential Hypertension) พบได้ร้อยละ 90-95 ที่ยังไม่สามารถหาสาเหตุได้ แต่เชื่อว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ (นิพพาภัทร์ สินทร์พย์, 2560)

1. พันธุกรรม ปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 30-40 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม โดยเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของยีนบางตัว เช่น angiotensin II receptor genes, angiotensinogen และ Renin genes, endothelial nitric oxide synthetase genes, G protein receptor kinase genes, aldosterone genes และ adrenergic receptor genes, calcium transport and sodium-hydrogen antiporter genes
2. อายุ พบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ระดับความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจาก ผนังหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เกิดการตีบแข็ง ทำให้เกิดแรงต้านทานการไหลของเลือดสูงขึ้น ความดันโลหิตจึงเพิ่มสูงขึ้น (อรพินท์ สีขาว, 2563)
3. เพศ มีการศึกษาในชาวฟินแลนด์ 14,786 คน ช่วงอายุ 25-64 ปี พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าเพศหญิง 3 เท่า และมีอัตราการเสียชีวิตในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5 เท่า (นฤมล โชรสุงเนิน, 2560)
4. ภาวะอ้วน ทำให้ระดับไลโปโปรตีนในเลือดสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LD1) เป็นสาเหตุสำคัญในการส่งเสริมให้หลอดเลือดแดงตีบแข็งมากขึ้น
5. การขาดการออกกำลังกาย มีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลงและระดับโปรตีนชนิดที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) ต่ำลงด้วย ซึ่งไลโปโปรตีนชนิดนี้จะเป็นตัวพาโคเลสเตอรอลในเลือดกลับไปเก็บที่ตับหรือขับออกจากร่างกาย
6. การสูบบุหรี่ บุหรี่มีสารประกอบที่เป็นอันตรายหลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่ ทาร์ (Tar) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง คาร์บอนมอนอกไซด์จะละลายในเลือดได้ดีกว่าออกซิเจน โดยไปจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงแทนที่ออกซิเจน ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับออกซิเจนลดลง ส่วนนิโคตินจะไปเร่งการหลั่งอิพิเนพรินและนอร์อิพิเนพริน ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบ และหัวใจเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้น หัวใจทำงานหนักมากขึ้น กระตุ้นการจับตัวของเกล็ดเลือดและสารไขมันในเลือด ทำให้เกิดการตีบแข็งของหลอดเลือด
7. การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม หรืออาหารรสเค็ม เมื่อเข้าสู่เซลล์หลอดเลือดทำให้เกิดการเพิ่มปริมาณของน้ำในเซลล์ ส่งผลต่อการไหลเวียนของโลหิตเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา

8. การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ จะทำให้หัวใจบีบตัวแรงมากขึ้น คาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายกระตุ้นกระแง ชีพจรเร็วขึ้น

9. ความเครียด พบว่าความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูง ถ้าร่างกายตอบสนองต่อภาวะเครียดเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ (อรพินท์ สีขาว, 2563)

พยาธิสรีรโรคความดันโลหิตสูง

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งทางสรีรวิทยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการสร้างฮอร์โมนบางชนิดที่มีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมาก การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นระยะเวลานานการหลังเรนนินมาก การขาดสารขยายหลอดเลือด เช่น Prostaglandins ความผิดปกติแต่กำเนิดของหลอดเลือด ความอ้วน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยการเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที และ/หรือเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ, 2564)

ระบบประสาทที่มีความเกี่ยวข้องในการเกิดโรค โดยระบบประสาทส่วนกลางนั้นถ้ากระตุ้นบริเวณ Hypothalamus ความดันโลหิตจะสูงขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และหลอดเลือดเกิด Vasoconstriction มากขึ้น เป็นการเพิ่ม Total resistance ถ้าถูกกระตุ้นเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวร สารละลาย Electrolyte Na^+ K^+ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เข้า ถ้าไตไม่สามารถขับ Na^+ ออกได้ในปริมาณที่เพียงพอ Na^+ ที่เหลืออยู่จะทำให้ Plasma และ Extracellular เพิ่มขึ้น ทำให้เกิด Cardiac output เพิ่มขึ้น เกิดความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ Hormonal factors ต่างๆ ที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตได้แก่ Renin Angiotensin และ Aldosterone สเตียรอยด์ต่าง ๆ เช่น Estrogen Deoxycorticosterone Hydroxycorticosterone และ Prostaglandin เป็นต้น

การจำแนกประเภทความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2562) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

Category	SBP		DBP
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ	80-84
High normal	130-139	และ	85-89
Grade 1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade 2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade 3 hypertension (severe)	> 180	และ/หรือ	> 110
Isolated systolic hypertension	> 140	และ	< 90

หมายเหตุ: SBP-systolic blood pressure; DBP-diastolic blood pressure; เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์

ที่มา: แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่การวัดดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจอุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และอาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูงจึงควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2562)

ระดับ 1 ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (High normal blood pressure) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เกือบสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็สามารถวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” เท่านั้น

ระดับ 2 อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Possible Hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ 3 น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Probable Hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ ยังไม่ถึง 180/110 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคน หรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ 4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Definite Hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มม.ปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดไม่สูง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลอยู่ในระดับ 1 ถึงระดับ 3 ที่ผลการตรวจประเมินไม่ปรากฏว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรได้รับ การตรวจเพิ่มเติมโดยการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home blood pressure monitoring; HBPM) หรือโดยวิธีการนัดมาวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลซ้ำตามกำหนด

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ (พงศเทพ สุธีรุฒิ และยูซุฟ นิมะ, 2552 อ้างใน ทินณรงค์ เรทนู, 2562) ดังนี้

1. ระดับน้อย ระดับนี้จะไม่มีอาการแสดงใด ๆ มักจะตรวจพบโดยบังเอิญขณะไปตรวจรักษาปัญหาอื่น ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ ไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้
2. ระดับปานกลาง มักจะมีอาการดังนี้

2.1 ปวดศีรษะ ลักษณะอาการปวดมักจะปวดบริเวณท้ายทอยเกิดขึ้นในตอนเช้า ปวดกระบอกตา อาจมีอาการคลื่นไส้ ตาพร่ามัว อาการจะค่อย ๆ หายไปเองในเวลาไม่กี่ชั่วโมง อาการเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นเมื่อมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

2.2 เวียนศีรษะ (Dizziness) เนื่องจากความผิดปกติของเลือดไปเลี้ยงระบบประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการทรงตัวไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ อาจเกิดพร้อมอาการปวดศีรษะ

2.3 เลือดกำเดาไหล (Epistaxis) เนื่องจากเส้นเลือดแดงแข็งและแตกง่าย พบได้ไม่บ่อย

3. ระดับรุนแรง มักจะมีอาการดังนี้

3.1 อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม และอ่อนเพลีย

3.2 อาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยขณะออกกำลังกายหรือทำงานหนัก นอนราบไม่ได้ มึนงง สับสน ตาพร่ามัว อาเจียน และปัสสาวะน้อย ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว และอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะสำคัญถูกทำลาย มักพบในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีมาตรฐานการรักษา 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการใช้ยาลดความดันโลหิต จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การใช้ยาลดความดันโลหิตจะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure, DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2562)

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกใหม่ ๆ และการรวบรวมข้อมูลแบบ meta-analysis แสดงว่าความดันโลหิตซิสโตลิกลงมาต่ำกว่า 130 มม.ปรอท อาจให้ประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้นจึงแนะนำว่าควรรักษาให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงมาอยู่ที่ 130/80 มม.ปรอท หรือต่ำกว่านั้น อย่างไรก็ตามมีข้อพึงระวังอยู่ 2 ประการ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) คือ

ประการที่ 1 ในเบื้องต้นควรจะลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาลให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทก่อน และหากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดีจึงค่อยปรับการรักษาเพิ่มเติมจนได้ระดับ $\leq 130/80$ มม.ปรอท

ประการที่ 2 มีข้อมูลแสดงว่าหากให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตลงมากเกินไป อาจมีผลเสียโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ อยู่แล้ว ดังนั้นจึงแนะนำว่าไม่ควรลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงมาจนต่ำกว่า 120 มม.ปรอท ส่วนค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่เหมาะสมควรจะอยู่ระหว่าง 70-79 มม.ปรอท อย่างไรก็ตามให้คำนึงถึงการลดความดันโลหิตซิสโตลิกเป็นสำคัญ แม้ว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอาจลดลงต่ำกว่า 70 มม.ปรอท บ้างก็สามารถทนได้ เนื่องจากว่าค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักจะต่ำตามสภาพปกติอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนให้ยารักษาความดันโลหิต

คำแนะนำความดันโลหิตเป้าหมายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้สรุปตามตาราง 2

ตาราง 2 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

กลุ่มอายุ	เป็นเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง	มีโรคเบาหวาน	มีโรคไตเรื้อรัง	มีโรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยมี Stroke/TIA
18-65 ปี	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79	120-130/ 70-79
65-79 ปี	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79
≥ 80 ปี	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79	130-139/ 70-79

หมายเหตุ: ความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาล วัดเป็นมม.ปรอท

ที่มา: แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษา มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม (เกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง) หลอดเลือดจะตีบตันเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงที่พบในอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้ (ประทุม สร้อยวงศ์, 2564)

1. หัวใจ ความดันโลหิตสูงมีผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มความดันและกล้ามเนื้อผนังหัวใจมีความตึงเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ประกอบกับการที่มีแรงต้านทานเลือดเพิ่ม จึงทำให้หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอเกิดอาการเจ็บหน้าอก และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)

2. หลอดเลือดใหญ่ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดแดง เช่น aortic aneurysm, aortic dissection, peripheral arterial occlusive disease, embolism

3. โรค หล อ ด เลื อ ด ส ม อ ง (Cerebrovascular disease) ผนังหลอดเลือดเกิดการขรุขระและแคบทำให้เลือดไหลไม่สะดวก ทำให้เกิดการแข็งตัวภายในท่อหลอดเลือด เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4. ไต ความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต เช่น เพิ่มการขับ enzyme N-acetyl-B-glucosaminidas ซึ่งมาจาก lysosome ใน proximal tubular cell อาจพบ nocturia และ albuminuria หากควบคุมโรคได้ดีอาการต่าง ๆ จะดีขึ้น หากควบคุมโรคไม่ดีก็จะมีปริมาณไข่ขาวออกมามากกว่าปกติแต่จะไม่เกินวันละ 2 กรัม โรคความดันโลหิตสูงเป็นเหตุให้เกิด progressive renal insufficiency นำไปสู่ภาวะ azotemia และเสียชีวิตในที่สุด

5. สมอง เมื่อความดันสูงมาก ๆ จนสูญเสียระบบ Auto regulation ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองมากเกิดภาวะสมองบวม เรียกภาวะนี้ว่า Hypertensive encephalopathy ทำให้เกิดอาการของสมองส่วนกลาง เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้อาเจียน ชี้น สับสน ชัก และอาจถึงหมดสติเกิดอาการอัมพาตขึ้นชั่วคราว

6. ตา ความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีผลต่อเส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงจอประสาทตา (Hypertensive retinopathy) มักเกิดกับตาทั้ง 2 ข้าง ทำให้เส้นเลือดแดงมีการตีบแคบ จุดประสาทตาขาดเลือดมาเลี้ยงจอประสาทตาบวม ขั้วประสาทตาบวม มีเลือดออกในจอประสาทตาและขั้วประสาทตา หรืออาจทำให้เส้นประสาทเกิดการตีบแคบทำให้เกิดภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงทำให้ตามัวลงเรื่อย ๆ จนตาบอดได้

ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการที่มีระดับความดันโลหิตผิดปกติมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป โดยค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท มี 2 ชนิด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ

(Primary Hypertension) หรือ (Essential Hypertension) และโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ เรียกว่า (Secondary Hypertension) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เพศ ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และความเครียด โดยอาการของโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่อยู่ในระดับน้อยอาจไม่มีอาการแสดงใด ในระดับปานกลาง มักมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว เวียนศีรษะ โดยอาการเหล่านี้จะค่อย ๆ หายไปเองในเวลาไม่กี่ชั่วโมง และในระดับรุนแรง อาจพบอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม และอ่อนเพลีย ในบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หากไม่ได้รับการรักษา มักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ประสาทตา เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม (เกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง) หลอดเลือดจะตีบตันเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่ได้ โดยการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เป็นกำลังสำคัญของประเทศ และเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว อีกไม่กี่ปีข้างหน้าคนวัยทำงานนี้จะค่อย ๆ ลดลงจากอัตราการเกิดที่ลดลง และการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว การเตรียมพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งตัวเองให้ได้มากที่สุด และเป็นภาระต่อสังคมน้อยที่สุด ถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะกับกลุ่มวัยทำงานที่จะก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุนั้น ต้องตระหนักและให้ความสำคัญอย่างมาก วิธีการในการดูแลสุขภาพของวัยทำงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งได้กำหนดแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) ดังนี้

1. การควบคุมระดับความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต คือ ค่าแรงดันที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงเพื่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ไต แขน ขา รวมทั้งตัวกล้ามเนื้อหัวใจเองด้วย โดยทั่วไปจะวัดความดันโลหิตที่แขนในท่านั่งพัก แต่อาจวัดความดันโลหิตที่ขา หรือในท่าอื่นก็ได้ หน่วยที่ใช้วัดความดันโลหิตคือ มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตที่วัดได้จะมี 2 ค่า โดยค่าความดันโลหิตตัวบน เป็นแรงดันเลือดที่วัดได้ที่ขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic) ส่วนค่าความดันโลหิตตัวล่างเป็นแรงดันเลือด ขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic) ค่าความดันโลหิตจะสูงหรือต่ำ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ การบีบตัวของหัวใจ สภาพของหลอดเลือด และปริมาณของเลือด (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2562) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การควบคุมระดับ

ความดันโลหิตจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2562) สอดคล้องกับงานวิจัยของเอนกพงศ์ ฮ้อยคำ, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล และวิริทธิ์ กิตติพิชัย (2563) ที่พบว่า ระดับความดันโลหิตสามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

2. การรับประทานอาหาร

โรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุเกิดจากความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถควบคุมได้ด้วยการควบคุมชนิดและปริมาณในการรับประทานในแต่ละมื้อ ควรพิจารณารับประทานให้เหมาะสม สำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยมีหลักการรับประทานอาหารที่สำคัญ ดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2560)

2.1 ลดอาหารไขมันสูง

ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อ นม เนย ผู้ที่รับประทานยาลดไขมันอยู่สามารถรับประทานไข่ทั้งฟอง 2 ถึง 3 ฟองต่อสัปดาห์ ลดรับประทานของมัน ของทอด งดรับประทานขนมปัง เค้ก หรือของทอดซ้ำซึ่งมีกรดไขมันทรานส์มาก ควรใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าวหรือรับประทานไขมันจากปลาทะเลและปลาน้ำจืด

2.2 ลดอาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง

รับประทานอาหารที่มีรสเค็มลดลงครึ่งหนึ่ง และลดเครื่องดื่มที่มีรสเค็มลง เช่น เครื่องดื่มผสมเกลือแร่ ลดการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิ ผงชูรสในอาหาร

2.3 ลดอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง

หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้ รับประทานน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา

2.4 เพิ่มผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด

รับประทานผักสดมื้อละ 2 ฝ่ามือพูนหรือผักสุกมื้อละ 1 ฝ่ามือพูน ผลไม้ที่รสชาติไม่หวานจัด 15 คำต่อวัน หรือรับประทานผักผลไม้อย่างน้อยครั้งกิโลกรัมต่อวัน

นอกจากการควบคุมชนิดและปริมาณสิ่งที่รับประทาน หลักในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรปฏิบัติตามแนวทาง (กรมควบคุมโรค, 2560) ดังนี้

1. ฝึกนิสัย “ชิมก่อนเคี้ยว รับประทานอาหารรสชาติพอดี” (ไม่หวาน มัน เค็ม) หลีกเลี่ยงอาหารเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และเกลือโซเดียมปริมาณมาก เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ผลไม้รสหวานจัด เครื่องปรุงรส (น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิ เกลือแกง น้ำจิ้มที่กินแบบจุ่ม คลุก ราด และ ผงชูรส) อาหารสำเร็จรูป ของหมักดอง (น้ำตาล ไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน เกลือโซเดียม ไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน)

2. ปรงอาหารด้วยวิธีต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ยำและผัดที่ไม่มันมากกว่าอาหารทอด หรืออาหาร งดอาหารที่มีกรดไขมันชนิดทรานส์ เช่น อาหารอบเบเกอรี่ อาหารทอดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เลือกรับประทานเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีระบุไว้ว่ากรดไขมันชนิดทรานส์ เท่ากับ 0 หลีกเลี่ยงอาหารไขมันอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ กุ้ง ปลาหมึก หนังไก่ ขาหมู ของทอด น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ ควรใช้น้ำมันพืช ในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันรำข้าว เป็นต้น

3. ลดการใช้น้ำปลาเกลือและเครื่องปรุงรส หันมาใช้เครื่องเทศและสมุนไพรแทน เช่น หัวหอม กระเทียม ขิง พริกไทย มะนาว ผงกระหรี่

4. ไม่วางเครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว น้ำตาล กระเทียมเจียว ไข่วน โตะอาหาร และรับประทานน้ำจิ้มด้วยวิธี "จิ้ม" ไม่ใช่การจุ่ม คลุก หรือราด

5. เลือกซื้อผัก ผลไม้และเนื้อสัตว์ (ปลา ไก่ไม่ติดหนัง ตัดมัน) ที่สดใหม่มาปรุงอาหารรับประทานเอง แทนการเลือกซื้ออาหารกระป๋อง ผักดองและอาหารสำเร็จรูป เลี่ยงการรับประทานเนื้อแดง (เนื้อหมู หรือ เนื้อสัตว์ใหญ่กว่าหมู) และเนื้อปรุงแต่ง เช่น ไส้กรอก เบคอน ฮอตดอก

6. ควรอ่านฉลากอาหารทุกครั้ง และหลีกเลี่ยงการซื้ออาหารกระป๋องหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีปริมาณโซเดียมสูง

7. เพิ่มปริมาณการรับประทานผักหลากหลายสีและผลไม้รสไม่หวานให้มากขึ้น เช่น มะละกอ ฝรั่ง ชมพู ส้ม ฯลฯ โดยการรับประทานผักสดอย่างน้อย 2 ฝ่ามือต่อมื้อ หรือผักสุกอย่างน้อย 1 ฝ่ามือต่อมื้อ เพราะมีกากใยอาหาร ช่วยในการขับถ่าย และดูดซึมไขมัน

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความสนุกสนาน การเข้าสังคม โดยใช้กิจกรรมง่าย ๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก เต้น การบริหารร่างกาย หลักการหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายให้ทุกคนออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เพื่อสร้างสุขภาพที่ดี หลักการนี้ได้อิงจากหลักการ FITT ของทาง American College of Sports and Medicine; ACSM ซึ่งแบ่งรายละเอียดออกตามตัวอักษรทั้ง 4 ตัวของชื่อหลักการ FITT (กรมอนามัย, 2560) ได้แก่

F - FREQUENCY (ความถี่ของการออกกำลังกาย)

ความถี่ของการออกกำลังกาย ให้เน้นไปที่การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือหากออกกำลังกายอย่างหนัก ให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยหยุดพักต่อเนื่องไม่เกิน 3 วัน

I - INTENSITY (ความหนักของการออกกำลังกาย)

ความหนักของการออกกำลังกาย คือ ความสามารถในการออกกำลังกายที่ร่างกายสามารถทำได้ โดยควรออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมกับตนเอง อิงจากอัตราชีพจรสำรองของตนเอง พร้อมกำหนดระดับความหนักที่คิดว่าตนเองสามารถทำได้ โดยอิงจากหลัก ดังนี้

ระดับความหนัก	ค่าร้อยละของ HR Reserve
เบามาก	น้อยกว่า 19%
เบา	20 – 39%
ปานกลาง	40 – 59%
หนัก	60 – 84%
หนักมาก	85 – 100%

โดยแนะนำให้กำหนดระดับความหนักอยู่ที่ระดับปานกลาง-หนัก และใช้สูตรคำนวณความเหมาะสม ดังนี้

$$\text{Target HR reserve} = [(\text{HR max} - \text{HR rest}) \times (\% \text{Intensity desired})] + \text{HR rest}$$

การออกกำลังกายระดับปานกลางเหมาะสมกับคนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยหัวใจควรเต้น 60 – 70 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยคำนวณจากสูตร

$$\text{อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ} = 220 - \text{อายุ (ปี)}$$

เช่น นาย ก มีอายุ 40 ปี อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจของคนอายุ 40 ปี เท่ากับ 220 - 40 เท่ากับ 180 โดยมีความหนักของการออกกำลังกายที่ต้องการ คือ 60 % ดังนั้น 60 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดของนาย ก. เท่ากับ $60/100 \times 180$ เท่ากับ 108 ครั้งต่อนาที กรณีที่ไม่ได้จับชีพจร ให้สังเกตอาหารขณะออกกำลังกาย คือ ขณะที่ออกกำลังกาย หัวใจเต้นเร็วถี่ขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย แต่สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้จนจบประโยคโดยไม่ต้องหยุดเพื่อหายใจ ร้องเป็นเพลงได้ แต่ไม่ไ้เพราะ

T - TIME (เวลาในการออกกำลังกาย)

เวลาออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ควรมีการกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำไว้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยหากเริ่มออกกำลังกาย แล้วไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งเป็นเป็นช่วงเวลาได้ โดยเวลาขั้นต่ำของแต่ละช่วง ต้องไม่ต่ำกว่า 10 นาที

T - TYPE (ประเภทของการออกกำลังกาย)

ชนิดของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการยืดเส้นยืดสาย การเดิน การวิ่ง การเต้น หรือแม้แต่การทรงตัวก็ถือว่าการออกกำลังกายได้เหมือนกัน การออกกำลังกายหลายรูปแบบสลับกันไป จะทำให้ร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สุขภาพดี

กิจกรรมทางกาย (Physical activity)

กิจกรรมทางกาย (Physical activity) หมายถึง การขยับเคลื่อนไหวร่างกาย เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และร่างกายต้องใช้พลังงานมากกว่าขณะพัก เช่น การประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน งานสันทนาการ เป็นต้น (ชุดิมา ชลายนเดชะ, 2560)

ระดับของกิจกรรมทางกาย แบ่งระดับความหนักได้ 4 ระดับ (ชุดิมา ชลายนเดชะ, 2560) ดังนี้

1. ระดับหนักมาก (Vigorous) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก หน้าแดงและมีเหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็วมาก จนไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ เช่น ขัดห้องน้ำ ยกของหนัก วิ่งเร็ว ว่ายน้ำเร็ว กระโดดเชือก ปั่นจักรยานเร็วระยะไกล
2. ระดับปานกลาง (Moderate) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยปานกลาง หัวใจเต้นเร็วขึ้น หายใจเร็วขึ้น หน้าแดงมีเหงื่อซึม ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน เดินขึ้นลงบันได ทำสวน การเสิร์ฟอาหาร
3. ระดับน้อย (Mild) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ออกแรงน้อย ส่วนใหญ่เป็นการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น เดินระยะทางสั้น ๆ ล้างจาน พับผ้า โยคะ รดน้ำต้นไม้ ยืนบนรถโดยสาร
4. ระดับนิ่งเฉย (Inactivity) คือ กิจกรรมที่ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น นิ่งเฉย ๆ นิ่งดูทีวี นอนหลับ นิ่งประชุม นิ่งขับรถ นิ่งสวดมนต์

ข้อเสนอแนะการมีกิจกรรมทางกาย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้คำแนะนำสำหรับช่วงอายุต่าง ๆ ไว้ดังนี้

อายุ 5-17 ปี สำหรับเด็กและเยาวชนกลุ่มวัยนี้ กิจกรรมที่เหมาะสมประกอบด้วย กิจกรรมนันทนาการ เล่นกีฬา พลศึกษา หรือการออกกำลังกายที่มีแบบแผน กิจกรรมสำหรับครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อเสริมสร้างระบบการหายใจและการไหลเวียนเลือด กระดูกและกล้ามเนื้อ และการเผาผลาญพลังงานในร่างกายดี ช่วยลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ควรปฏิบัติตามคำแนะนำดังนี้

1. ควรมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงหนักมาก สะสมอย่างน้อย 60 นาที/วัน
2. กิจกรรมทางกายที่มากกว่า 60 นาที/วัน ช่วยส่งผลให้มีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง

3. กิจกรรมทางกายส่วนใหญ่ควรเป็นแบบแอโรบิก และควรมีกิจกรรมทางกายระดับหนักมาก เพื่อเสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์

อายุ 18-64 ปี สำหรับผู้ใหญ่ในกลุ่มวัยนี้ กิจกรรมทางกายประกอบด้วย กิจกรรมสันทนาการ วิ่ง เดิน ปั่นจักรยาน การประกอบอาชีพ งานบ้าน เล่นกีฬา กิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมภายในครอบครัวและชุมชน เพื่อเสริมสร้างระบบการหายใจและการไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อและกระดูก ลดความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำดังนี้

1. ควรมีกิจกรรมทางกายความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ หรือระดับหนักมาก 75 นาที/สัปดาห์ หรือมีกิจกรรมทางกายทั้งสองระดับผสมผสานให้สมดุลกัน
2. กิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกควรทำเป็นยก อย่างน้อย 10 นาที/ยก
3. เพื่อให้มีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรง ควรเพิ่มกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกความหนักระดับปานกลางให้ได้ 300 นาที/สัปดาห์ หรือระดับหนักมาก 150 นาที/สัปดาห์หรือมีกิจกรรมทางกายทั้งสองระดับผสมผสานให้สมดุลกัน
4. ควรออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (กล้ามเนื้อลำตัว แขน และขา) 2 วัน/สัปดาห์ หรือมากกว่านั้น

อายุ 65 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ กิจกรรมทางกายประกอบด้วย กิจกรรมสันทนาการ ทัวไป หรือการทำกิจกรรมในเวลาว่าง การเดิน วิ่ง กิจกรรมในชีวิตประจำวัน งานบ้าน เล่นกีฬา กิจกรรมภายในครอบครัวและชุมชน เพื่อเสริมสร้างระบบการหายใจและการไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อและกระดูก และลดความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า และความรู้ความเข้าใจลดลง ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำดังนี้

1. ควรมีกิจกรรมทางกายความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ หรือระดับหนักมาก 75 นาที/สัปดาห์ หรือมีกิจกรรมทางกายทั้งสองระดับผสมผสานให้สมดุลกัน
2. กิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกควรแบ่งทำเป็นครั้ง อย่างน้อย 10 นาที/ครั้ง
3. เพื่อให้มีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรง ควรเพิ่มกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกความหนักระดับปานกลางให้ได้ 300 นาที/สัปดาห์ หรือระดับหนักมาก 150 นาที/สัปดาห์หรือมีกิจกรรมทางกายทั้งสองระดับผสมผสานให้สมดุลกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ควรมีกิจกรรมทางกายที่ช่วยส่งเสริมการทรงตัว และป้องกันการล้ม 3 วัน/สัปดาห์ หรือมากกว่า
5. ควรออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (กล้ามเนื้อลำตัว แขน และขา) 2 วัน/สัปดาห์ หรือมากกว่านั้น

6. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำตามข้อแนะนำดังกล่าวได้ เนื่องจากมีปัญหาลักษณะทางกายภาพ ควรทำกิจกรรมทางกายตามความสามารถและสภาพร่างกายเท่าที่ทำได้

ดังนั้น เพื่อคงสมรรถภาพของร่างกาย ควรมีกิจกรรมในระดับปานกลางและระดับหนักมาก อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ โดยทำต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที/ครั้ง และสะสมให้ครบ 150 นาทีภายในหนึ่งสัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของตนเอง

ชนิดของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านมีประโยชน์กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การออกกำลังกายสามารถลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (ณิรุช วรโธสง และคณะ, 2564) โดยชนิดของการออกกำลังกายอาจแบ่งเป็น 4 ประเภท (Harvard Health Publishing, 2022) ดังนี้

1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดที่มีการใช้กล้ามเนื้อขนาดใหญ่ และทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า มีประโยชน์ทั้งสิ้นการออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่ง การเต้นแอโรบิก การว่ายน้ำ เป็นต้น

2. การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Strength Training) เช่น การยกน้ำหนักออกกำลังกล้ามเนื้อใหญ่และข้อต่อหลายข้อมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แนะนำให้ออกกำลังกายประเภทนี้เสริมการกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยไม่ควรหยุดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน

3. การออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อ (Stretching) เป็นการออกกำลังกายซึ่งช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อ ทำให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นยืดหยุ่นได้ดี แนะนำให้ทำก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อมาใช้ในโปรแกรมการออกกำลังกายโดยเฉพาะก่อนและหลังการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้การออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อแทนการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน

4. การฝึกการทรงตัว (Balance Exercises) การออกกำลังกายแบบการฝึกการทรงตัว ช่วยให้สามารถยืนและเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างมั่นคง ป้องกันการหกล้มได้ง่าย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีอย่างอ่อนโยน มีผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้น ลดการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ที่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (กนกทิพย์ สว่างใจธรรม, เบญจมาภรณ์ หาญเจริญกุล, อรณิชา วิมลรัตน์, และสรายุธ มงคล, 2561) ดังนั้น ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการออกกำลังกายแบบรำวง 3ส. (รำวงสนุก สุขภาพดี สามัคคีเกิด) มาเป็นกิจกรรมออกกำลังกายในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ร่าง 3 ส. (ร่างสนุก สุขภาพดี สามัคคีเกิด) คือ การร่ายงโยนยุคที่นำมาประยุกต์กับการออกกำลังกาย ซึ่งประกอบด้วยท่าเต้น ท่ารำ 26 จังหวะ โดยการนำศิลปะต่างๆของแต่ละภาคมาผสมผสานกัน ได้แก่ ภาคกลาง (จังหวะรำวง, กลองยาว) ภาคเหนือ (จังหวะศรีนวล) ภาคอีสาน (จังหวะลำเพลิน, เซิ้ง, ภูไท) การออกกำลังกายแบบร่าง 3ส. สามารถกระทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ได้รับความสนุกจากการออกกำลังกายและฟังเพลง อีกทั้งยังสร้างความสามัคคีภายในครอบครัว และชุมชน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การฟังดนตรีพื้นบ้านส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (สุภาพ อิมอ้วน, แพรว โคตรรุณิน, พะนอ เตชะอธิก และฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, 2561) ดังนั้น วิจัยได้ประยุกต์การร่าง 3ส. (ร่างสนุก สุขภาพดี สามัคคีเกิด) มาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปได้ว่า การออกกำลังกาย เป็นการกระทำกิจกรรมที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง โดยมีหลักการออกกำลังกาย FITT ได้แก่ F - FREQUENCY (ความถี่ของการออกกำลังกาย), I - INTENSITY (ความหนักของการออกกำลังกาย), T - TIME (เวลาในการออกกำลังกาย) และ T - TYPE (ประเภทของการออกกำลังกาย) ซึ่งการออกกำลังกายตามหลัก FITT จะทำให้เกิดการออกกำลังกายที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การขยับเคลื่อนไหวร่างกายที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ เช่น การประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน ถือว่าเป็นกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ที่ซึ่งมีระดับของกิจกรรมทางกาย ในกลุ่มคนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ควรออกกำลังกายในระดับปานกลางและระดับหนักมาก โดยเน้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ โดยทำต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที/ครั้ง และสะสมให้ครบ 150 นาทีภายในหนึ่งสัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยผู้วิจัยได้เลือกการออกกำลังกายโดยวิธีการร่าง 3ส. ที่ประยุกต์มาจากการร่ายงโยนยุค และการฟังเพลงดนตรีพื้นบ้าน เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ลดระดับความดันโลหิต และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. การจัดการอารมณ์

การจัดการอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง และหาวิธีจัดการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (ธัญญ์รัศม์ ธนวัติ อภิชาติโชติ, 2566)

ความเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา และทำให้รู้สึกถูกกดดัน อาการวิตกกังวล หรือเกิดความกลัว เกิดปัญหากระทบทางด้านจิตใจจนเกิดอันตรายแก่ร่างกาย (วันทนา เนาว์วัน และอารมณ์ เอี่ยมประเสริฐ, 2563)

การจัดการอารมณ์และความเครียด หมายถึง การที่บุคคลสามารถหาวิธีการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 1 วิธีทุกครั้ง

เช่น การออกกำลังกาย มีกิจกรรมพักผ่อน เช่น การดูหนัง ฟังเพลง นั่งสมาธิ เป็นต้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

กลุ่มโรคที่เกิดจากภาวะเครียด (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ได้แก่

1. โรคซึมเศร้า เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะเครียดในชีวิต บุคลิกภาพในลักษณะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่เห็นคุณค่าของตนเอง มองโลกและตนเองในด้านร้าย ปัจจัยด้านสังคมในด้านการสูญเสีย การพลัดพราก ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาทางการเงิน หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ไม่พึงปรารถนา สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ อาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เศร้าหมอง ท้อแท้ เบื่อหน่าย หดหู่ขาดความสนใจความสนุกสนาน อารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวล และอาการทางกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวเชื่องช้า สีหน้าเศร้าหมอง โต้ตอบช้า สะท้อนใจง่าย นอนหลับได้น้อย ตื่นบ่อย หรือตื่นเช้ากว่าปกติ อยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักตัวลดลง รู้สึกเหนื่อยง่าย อาจพบอาการปวดตามระบบอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามกล้ามเนื้อหรือปวดท้อง

2. โรคความดันโลหิตสูง สามารถเกิดได้จากการที่บุคคลถูกกระตุ้นให้เกิดภาวะเครียด มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและความคิด ก่อให้เกิดปัญหาที่ส่งผลต่อร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับความดันโลหิต เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนสองตัวคือ อะดรีนาลีน และคอร์ติซอล ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตโดยตรง ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะไปเพิ่มความดันเลือดในร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำให้ผนังหลอดเลือดหดเกร็งส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

3. โรคเบาหวาน มีสาเหตุเกิดจากพันธุกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ความเครียดทางกายภาพและความเครียดทางจิตใจหรือ อารมณ์มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน ความเครียดทางกายภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วย เช่น การมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ความเครียดทางจิตใจหรืออารมณ์ มีผลกระทบแบบผสมขึ้นอยู่กับชนิดของโรคเบาหวานที่เป็น เช่น เบาหวานชนิดที่ 1 ที่ต้องพึ่งอินซูลิน ความเครียดทางจิตใจสามารถเพิ่มหรือลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ถ้าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะความเครียดทางจิตโดยทั่วไปจะเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดได้

4. โรคมะเร็ง ความเครียดที่สามารถทำให้เกิดโรคมะเร็ง มี 2 ประเภท คือ 1) ความเครียดที่เกิดขึ้น จนกระทั่งบุคคลใช้สารอย่างอื่นเพื่อลดความเครียด ซึ่งสารเหล่านี้อาจจะก่อให้เกิดเป็นโรคมะเร็ง เช่น คนที่ลดความเครียดด้วยการสูบบุหรี่ เป็นต้น 2) สารก่อมะเร็งที่อยู่ในร่างกาย และร่างกายสามารถกำจัดสารพวกนี้ได้ทำให้ไม่เกิดโรคมะเร็ง แต่เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน

ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันไม่สามารถจัดสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งได้ โดยระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับความเครียดเช่นกัน

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากการที่เมื่อบุคคลเกิดภาวะเครียดและไม่สามารถจัดการภาวะเครียดของตนเองได้ ร่างกายจะสร้างสารอะดรีนาลิน ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง หลอดเลือดตีบตัว และเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่รู้ตัวเนื่องจากไม่แสดงอาการ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดการความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ปิยะนุช จิตตานุท, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ และพิมพ์ศาศ์ สองเมือง, 2564) สอดคล้องกับงานวิจัยของฉิรณุช วรโธสง และคณะ (2564) พบว่า การจัดการอารมณ์และความเครียดได้ นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และจากการทบทวนงานวิจัยของสุภาพ อิมอ้วน, แพรว โคตรรุฉิน, พะนอ เตชะอธิก และธูปนวงศ์ มิตรสูงเนิน (2561) พบว่า กลุ่มที่ฟังดนตรีพื้นบ้านมีระดับค่าความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ฟังดนตรี

ดังนั้น การจัดการอารมณ์ หมายถึง การที่บุคคลสามารถหาวิธีจัดการอารมณ์และปรับตัวต่อสถานการณ์รอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งอารมณ์เครียดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นได้ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด อันเป็นผลมาจากการที่บุคคลไม่สามารถจัดการอารมณ์เครียดของตนเองได้ โดยโรคความดันโลหิตสูง ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เลือกการฟังดนตรีพื้นบ้าน เพื่อการจัดการอารมณ์เครียดและลดระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง

5. การสูบบุหรี่/สุรา

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติด มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีฤทธิ์เสพติดรุนแรงที่ผู้เสพต้องเสพอย่างต่อเนื่องทุกวัน วงการแพทยนานาชาติถือว่าบุหรี่เป็นสารเสพติด และในปีพ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้มีการขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการว่าการติดบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง โดยการสูบบุหรี่ 1 ครั้ง ร่างกายจะได้รับนิโคติน 1-2 มิลลิกรัมต่อมวน เมื่อสูดควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดและเข้าสู่สมองอย่างรวดเร็ว (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2552) ผู้ที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็งทางเดินหายใจ โรคมะเร็งหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ โรคมะเร็งภูมิคุ้มกัน และมะเร็งชนิดต่าง ๆ (รัชนา ศานติ ยานนท์ และคณะ, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมของฉิรณุช นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล (2562) พบว่า การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากหยุดบุหรี่ได้ 2-5 ปี พบว่าโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง 30-40% (จรรจา สันตยากร, 2554)

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกาย การสูบบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง เช่นกัน โดยควันบุหรี่ ประกอบด้วย ควันสายหลัก คือ ควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดดูดเข้าไปในปาก และควันสายเคียง คือ ควันที่ออกจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไว้ ซึ่งควันสายเคียงจะส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างที่ไม่ได้สูบบุหรี่ได้รับผลกระทบ สามารถเกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ เรียกว่า ผู้สูบบุหรี่มือสอง (ประกิจ วาธีสารกิจ, 2552)

การเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation)

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 3 ประเภท (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2558) ได้แก่

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เป็นนิสัยความเคยชิน ผู้สูบบุหรี่มักจะมีบุหรี่ติดปากโดยไม่รู้ตัว ซึ่งมักจะทำร่วมกับกิจกรรมอื่น เช่น ดื่มกาแฟ ดื่มสุรา ดูโทรทัศน์ หรือหลังรับประทานอาหาร หากต้องการเลิกสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ควรสังเกตว่าตนเองทำกิจกรรมใดที่ทำร่วมกับการสูบบุหรี่ เพื่อจะระมัดระวังในการสูบบุหรี่ขณะทำกิจกรรมนั้น ๆ

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ขาดไม่ได้เนื่องจากติดสารนิโคติน ผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มนี้จะมี ความคิดว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจ ลดความกดดัน และจะมีอาการกระวนกระวายหากไม่ได้สูบบุหรี่ ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้ควรมีความตั้งใจจริง โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 1 ของการเลิกสูบบุหรี่

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากความเครียด ผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้จะสูบบุหรี่เมื่อเผชิญภาวะเครียด ได้รับแรงกดดัน หรือมีปัญหาและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เช่น ขณะรู้สึกตื่นเต้น หวาดกลัว โศกเศร้า สนุกสนานหรือโดดเดี่ยว ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้ คือ การสังเกตตนเองว่าสูบบุหรี่เมื่อไหร่ ในอารมณ์ไหนบ้าง เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เผชิญกับอารมณ์นั้น ๆ และควรจัดการความเครียดโดยหาสิ่งทดแทนการสูบบุหรี่

หลักการงดสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 5 ระยะ (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2559) ได้แก่

1. Precontemplation stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ในขั้นตอนนี้ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

2. Contemplation stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เริ่มต้องการเลิกสูบบุหรี่ ในขั้นตอนนี้ ควรสนับสนุน และแนะนำให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และทำให้ผู้สูบบุหรี่เชื่อว่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สามารถเป็นไปได้และสามารถทำได้ โดยบุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวขณะเลิกสูบบุหรี่

3. Preparation stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เตรียมพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยอาจเริ่มจากการกำหนดวันที่เลิกสูบบุหรี่ หรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ในแต่ละวันลง

4. Action stage เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เริ่มปฏิบัติการเลิกสูบบุหรี่ โดยบุคคลากรสาธารณสุข ควรให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม และบอกอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะเลิกสูบบุหรี่ เพราะเกิดจากการขาดนิโคติน โดยในระยะนี้ผู้สูบบุหรี่อาจกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้ภายใน 2-3 วัน

5. Maintenance stage เป็นเวลาที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง 6 เดือน บุคคลากรสาธารณสุข และครอบครัว ควรอยู่ให้กำลังใจและให้คำแนะนำเป็นระยะ เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณปานกลางถึงมากเป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ เนื่องจาก การดื่มสุราส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และการดื่มสุราในปริมาณมาก ส่งผลให้ หลอดเลือดอ่อนตัว เลือดออกง่ายหยุดยาก เมื่อเกิดการแตกของหลอดเลือดในสมอง ร่วมกับการที่มีระดับความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเนื่องเยื่อสมองเพิ่มมากขึ้น (ณัฐกร นิลเนตร และคณะ, 2562)

ข้อปฏิบัติในการเลิกดื่มสุรา (สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า, 2562) ดังนี้

1. เขียนเหตุผลว่าทำไมจึงควรหยุดดื่มสุรา
2. ลงมือปฏิบัติ โดยกำหนดวันที่จะเริ่มหยุดดื่ม เขียนวันที่ตั้งใจจะเริ่มหยุดดื่มไว้ในที่เห็นชัดเจน
3. บอกความตั้งใจของคุณให้คนอื่นรับรู้ด้วย
4. ระหว่างที่หยุดดื่ม ให้กลับมาดูรายการเหตุผลที่เขียนไว้ในข้อแรกบ่อย ๆ
5. หากเผลอดื่มในระหว่างที่ดื่มนั้นให้เรียนรู้ และเริ่มต้นใหม่
6. หลังประสบผลสำเร็จในการหยุดดื่ม ในช่วงเวลาที่ตั้งใจไว้ ให้ต่อเวลาออกไปอีกเมื่อทำไปเรื่อย ๆ ก็จะกลายเป็นความเคยชิน
7. หากความตั้งใจหยุดดื่มไม่สำเร็จอาจปรึกษาแพทย์
8. หลีกเลี่ยงสิ่งใดก็ตามที่จะทำให้ทำลายความตั้งใจ
9. ตั้งเป้าหมายให้แน่แน่ว และประสบความสำเร็จในที่สุด

ดังนั้น การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากผู้สูบบุหรี่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากควันสายหลักแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างได้จากควันสายเคียงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน หากหยุดบุหรี่ได้ 2-5 ปี โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจาก การดื่มสุราส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเกิดการแตกของหลอดเลือดในสมอง ร่วมกับการที่มีระดับความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเนื่องเยื่อสมองเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้างต้น เห็นได้ว่า การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง หากกลุ่มเสี่ยงสามารถลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และการดื่มสุราได้ จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน

6. การรับประทานยา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าระดับความดันซิสโตลิก BP >140 mmHg ค่าความดันไดแอสโตลิก >90 mmHg มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อนเนกพงศ์ อ้อยคำ, สหวิปิยะบัณฑิตกุล และวริณธ์ กิตติพิชัย, 2563) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงอาจไม่มีอาการชัดเจนในระยะแรก ทำให้ผู้ที่ป่วยโรคนี้ละเลยต่อการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้ (ณัฐกร นิลเนตร และคณะ, 2562) โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม การรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำ (ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ, 2564) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การลดความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง รวมถึงภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) นอกจากการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายแล้ว การควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ก็มีความสำคัญ ยาบางชนิดช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ยากลุ่ม statins, aspirin ในขณะที่บางชนิดอาจเพิ่มความเสี่ยง เช่น ยากลุ่ม NSAIDs เป็นต้น จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงและมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย พบว่า การได้รับ statins สามารถลด cardiovascular events ลงได้ทั้ง ๆ ที่ระดับ LDL-C เริ่มต้นไม่สูง ดังนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง หรือคำนวณความเสี่ยง จาก Thai CV Risk Score ได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 ควรได้รับยากลุ่ม statins เพื่อลด cardiovascular events ยากลุ่ม aspirin สามารถป้องกันการเกิด myocardial infarction ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่ผู้ป่วยมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร ดังนั้น ยากลุ่ม NSAIDs ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น มีการคั่งของเกลือและน้ำ ด้านการออกฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ จึงควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานยา

1. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรหยุดหรือปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง
2. ในกรณีลืมรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง และรับประทานในวันต่อไปตามขนาดปกติ หากลืมรับประทานยามากกว่า 2 วัน ให้ปรึกษาแพทย์ที่รักษา

3. ไม่ควรใช้ยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs สมุนไพร หรือ อาหารเสริมทุกชนิด
4. แจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ทุกครั้งที่ได้รับการรักษาว่ารับประทานยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด
5. ควรรับประทานอาหารที่มีปริมาณของผักใบเขียวเท่า ๆ กันทุกมื้อ เนื่องจากวิตามินเคมักจะพบในผักใบเขียว ซึ่งลดประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด
6. ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์
7. ควรเตรียมยาให้เพียงพอเมื่อต้องเดินทาง และพกบัตรประจำตัวการใช้ยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือดติดตัวเสมอ
8. เพื่อให้ผู้ป่วยลิ่มรับประทานยาควรแนะนำให้บุคคลในครอบครัวคอยเตือน
9. ควรรับประทานอาหารในเวลาเดียวกันทุกมื้อทุกวันเพื่อสร้างพฤติกรรมรับประทานยาให้สม่ำเสมอ
10. ไม่ควรแกะเม็ดยาออกจากแผงฟอยล์ ไว้ล่วงหน้าเพราะอาจทำให้ยาขึ้นขึ้นและเสื่อมสภาพ
11. ควรเก็บยาไว้ในอุณหภูมิห้อง ไม่ควรแช่ตู้เย็นและไม่ใช้ยาที่หมดอายุ
12. เก็บยาไว้กับตัวเสมอเมื่อเวลาเดินทางไม่เก็บยาไว้ในกระเป๋าเสื้อผ้า และควรเตรียมยาให้เกินปริมาณที่จะใช้สักเล็กน้อย

ดังนั้น การรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดหรือปรับยาเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้

พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งสำคัญที่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองควรคำนึงถึงและพึงปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงสม่ำเสมอ

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M., 1997 อ้างถึงใน กรรณิการ์ เงินดี, 2564)

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มีแนวคิดมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยา พัฒนาขึ้นเมื่อ ค.ศ.1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาทางสังคม 4 ท่าน คือ ฮอชบาม (Hoch Baum) คีเกิลส์ (Kegel's) ลีเวนทอล (Leventhal) และโรเซนสต็อก (Rosenstock) โดยนักจิตวิทยาสังคมกลุ่มนี้ได้ทำงานวิจัย และพบปัญหาว่า ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคของตนเอง แม้ไม่เสียค่าใช้จ่าย จากปัญหาดังกล่าว จึงเสนอรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดย Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพไปอธิบายและเผยแพร่ ในระยะแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่ง Rosenstock (1974) เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติ โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น
2. การประเมินประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) ประเมินโดยพิจารณาความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงโรคเพียงใด โดยเปรียบเทียบกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น
3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น ความเจ็บป่วย หรืออาการแสดงของโรค หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

ในปี 1998 Rosenstock ได้ประยุกต์โดยการนำเอาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-Efficacy) ของแบนดูรา มาเพิ่มเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเชื่อด้านสุขภาพด้วย รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher, & Rosenstock (1997) นำมาเป็นแนวทางในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวของบุคคล มีองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) เป็นความเชื่อด้านการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้

ความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลจะรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง

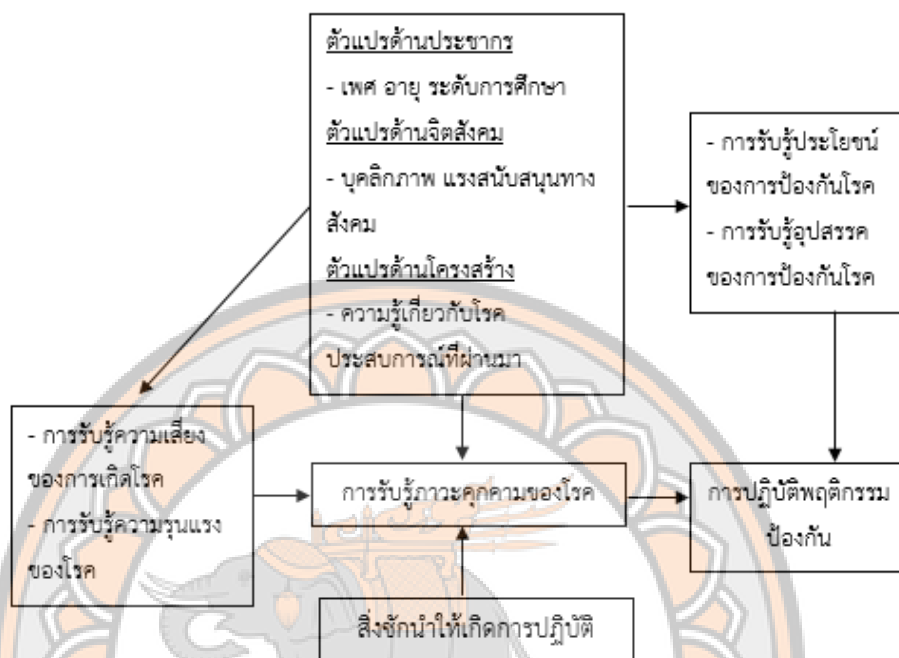
องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Modifying Factor) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ซึ่งส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยร่วมนี้ ได้แก่ 1) ตัวแปรด้านประชากร (demographic variables) เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา 2) ตัวแปรด้านจิตสังคม (Sociopsychology variables) เช่น บุคลิกภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม 3) ตัวแปรด้านโครงสร้าง (structural variables) เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3 แนวโน้มของการปฏิบัติ (Likelihood Action) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ลดความรุนแรงของการเกิดโรค หรือลดภาวะคุกคามของโรค โดยมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยเปรียบเทียบกับว่าเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น เสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลจะส่งผลต่อความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องและต่อเนื่อง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะทางร่างกาย และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับบัตรเตือน ผลกระทบจากสื่อ เป็นต้น

ความสัมพันธ์ในองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Strecher, & Rosenstock, 1997) แสดงได้ตามภาพ 1 ดังนี้

การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Modifying Factor) แนวโน้มของการปฏิบัติ (Likelihood Action)



ภาพ 1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ Stretcher and Rosenstock

ที่มา: ดัดแปลงมาจาก Stretcher, & Rosenstock, 1997

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ในการลดการเกิดหรือลดความรุนแรงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรค ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาโมเดลหลักมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการป้องกันโรค เพื่อให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้น บุคคลจึงปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของการเกิดโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลาในการรักษานาน ผลกระทบด้านจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว การทำงานและบทบาททางสังคม ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้อาการของภาวะแทรกซ้อนและความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว ทำให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติ เพื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงที่เกิดขึ้น (Rosenstock, 1974)

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค การที่บุคคลวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้น บุคคลมักจะคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลหรือเรียนรู้จากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเกิดผลดี สามารถป้องกันโรค หรือช่วยลดภาวะคุกคามของการเกิดโรคได้ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เช่น การสูญเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก หรือการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ จะทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย เช่น การสูญเสียความพอใจส่วนบุคคล การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติ แต่ถ้ามีความพร้อมในการปฏิบัติ และรับรู้อุปสรรคต่ำ ความเป็นไปได้ที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติก็เพิ่มขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม และทำให้ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมลดลง ซึ่งการที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำนั้น ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมโดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง สิ่งที่มากระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยปัจจัยที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ซึ่งปัจจัยทางด้านระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Strecher and Rosenstock, 1997) ด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม สำหรับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินั้น มาจาก ความเชื่อของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจ

มาจากเหตุการณ์ที่เคยเกิดกับตนเอง เช่น การรับรู้สภาวะร่างกาย ความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค และการได้รับความรู้คำแนะนำ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การกระตุ้นเตือน การได้รับข้อมูลข่าวสารโดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ และการชื่นชม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค จากการศึกษาของ ศุภณัฐกรณ์ มุลฟู (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ ชื่นชม สมพล (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรม มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

ดังนั้น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher, & Rosenstock (1997) จึงเป็นทฤษฎีที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรม เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและการปรับพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค และปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองถูกต้องและเหมาะสม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. งานวิจัยในประเทศ

อุษา วงษ์อนันต์, ยุภาพร นาคกลิ้ง และมณชิรา เหมือนจันทร์ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความดันเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 2 เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเฉพาะเจาะจง โดยการจับคู่ ด้านเพศ และความรู้

กลุ่มละ 30 คน โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) สื่อมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) วิดีโอบุคคลต้นแบบ โดยเลือกต้นแบบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหลอดเลือดสมองและต้นแบบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง 3.สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ($<140/90$ มม.ปรอท) มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ข้อเสนอแนะการศึกษานี้ เป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ธนาภรณ์ ปิ่นแก้ว, วิณา เทียงธรรม และปาหนัน พิชยภิญโญ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่อาศัยอยู่ในชุมชน ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป แบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มละ 30 คน ประชากร คือผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2564 โดยโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงประกอบการบรรยาย รูปภาพภาวะแทรกซ้อน ชมวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม และมอบคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง 2) กิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ ประโยชน์โดยเน้นให้เห็นผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการบรรยายและชมวีดิทัศน์ 3) กิจกรรมกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ผ่านการนำเสนอต้นแบบด้านบวกจากวีดิทัศน์ แบ่งกลุ่มฝึกทักษะการเลือกอาหารผ่านการเล่นเกมส์ชื้อบปิ้ง ทักษะการออกกำลังกาย โดยการฝึกปฏิบัติด้วยการแกว่งแขน การใช้ยางยืด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นและ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

ศุภณัฐกรณ์ มุลฟู (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พิชานันท์ สงสวนสุข (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 98 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มละ 49 คน โดยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์และติดตามที่ 16 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ตัวแบบด้านบวกนำเสนอบุคคลที่ประสบความสำเร็จ การเสริมแรงโดยการชมเชย ให้กำลังใจ และการเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สุปราณี พรหมสุพันธ์, สุธรรม นันทมงคลชัย, กรวรรณ ยอดไม้, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-80 ปี ที่มีประวัติการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 ใน 4 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในหลอดเลือด โรคหัวใจ กลุ่มละ 30 คน ใช้โปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยการให้คู่มือทัศนและตัวแบบด้านลบ 2) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์โดยจัดเป็นกลุ่มย่อยเพื่อฝึกทักษะการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดยา 3) กิจกรรมที่ให้ครอบครัวช่วยสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และส่งข้อความกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์ 4) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคโดยการแลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว พบว่า หลังการทดลองการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้

อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วรารัณ วสุรัตน์ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 300 คน ทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 45 คน ผลการทดลอง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้โรคหลอดเลือดสมองการได้รับกำลังใจในการป้องกันโรค และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 37.8 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) ระยะการประเมินความพร้อมประกอบด้วยการทบทวน คติวิเคราะห์หาเหตุผลของปัญหา สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านการบรรยาย การประชุมกลุ่มย่อย 2) ระยะการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย กระบวนการฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จและการให้ความรู้เพิ่มเติมจากบุคลากรด้านสุขภาพ และ 3) ระยะการผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิตประกอบด้วยการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการประชุมกลุ่มย่อยระหว่างกลุ่มตัวอย่างและบุคลากรสาธารณสุข และขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุพบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$)

พอใจ พลพิมพ์ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มี ต่อความรู้ และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็น การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 40 - 60 ปี จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.66%) อายุตั้งแต่ 51-60 ปี โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1.สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง 2.ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยการ บรรยายและยกตัวอย่างบุคคลด้านบวก 3.สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยาต่อเนื่องผ่านการบรรยายและการสาธิต ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 40 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนน เฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการ

ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$)

ภัทราวดี แซ่ลี, ภัทราวดี ศรีรัตนโชติ, สหรัฐ กันยะมี, สุธาสินี สุขสะอาด, ณัฐกมล ผดาเวช, ประเสริฐ ประสมรักษ์ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความผิดปกติ ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปของที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ส่วนการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดย 1.การให้คำแนะนำของแต่ละระดับความเสี่ยง 2.ให้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพเพื่อลดและป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3.พัฒนาแอปพลิเคชัน “Stroke Catch Application” ที่ประกอบด้วย 1) สามารถรับรู้ ถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง ด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นสำหรับกลุ่มที่มีโรคประจำตัว 2) การวางแผนดูแลตนเองและการกระตุ้นให้ เกิดความตระหนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เช่น พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ เป็นต้น

สายสุนี เจริญศิลป์ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35 - 59 ปี จำนวน 420 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความรู้ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ($X = 4.09$, $S.D. = 0.12$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.259$, $p < .001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = 0.184$, $p < .001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้อุปสรรค ($\beta = -0.179$, $p < .001$) สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ ($\beta = 0.171$, $p < .001$) ได้แก่ การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง, การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว, การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = 0.154$, $p = 0.001$) และระยะเวลาที่ป่วย ($\beta = 0.151$, $p < 0.001$)

ปิยะนุช จิตตานุท, อารมณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์ และพิมพ์ิศา ศักดิ์สองเมือง (2564) ได้ศึกษาความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกัน ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาจากกลุ่มเสี่ยง จำนวน 202 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับต่ำ ($M = 8.80$, $SD = 2.63$) ในประเด็นช่วงอายุที่พบโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้บ่อย (ร้อยละ 79.70) ผู้ที่มีรอบเอวที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมองมากที่สุด (ร้อยละ 79.70) ระดับไขมัน ในเลือดสำหรับบุคคลทั่วไป ที่จะลดโอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 78.71) สิ่งที่ควรปฏิบัติเป็น ลำดับแรกเมื่อคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต (ร้อยละ 65.84) ระดับดัชนีมวลกาย ที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 63.86) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับสูง ($M = 3.93$, $SD = 0.37$) ในด้านการดื่มสุรา ($M = 4.85$, $SD = 0.49$) ด้านการสูบบุหรี่ ($M = 4.69$, $SD = 0.76$) และด้านการรับประทานอาหาร ($M = 3.89$, $SD = 0.42$) ในขณะที่ด้านการจัดการความเครียด ($M = 3.56$, $SD = 0.83$) และด้านการออกกำลังกาย ($M = 3.04$, $SD = 0.92$) อยู่ในระดับปานกลาง

ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 416 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำและการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการควบคุมความดันโลหิตจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสามารถร่วมทำนวยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 16.4

ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 66 คน แบ่งกลุ่มละ 33 คน ใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นตามโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1.แผนการสอนเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2.วีดิทัศน์เรื่อง “ภาวะหลอดเลือดสมอง” และเรื่อง “การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยวิธีการเดิน” 3.สไลด์ประกอบการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และ 4.คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

วรรัตน์ เหล่าสูง, วรณรัตน์ ลาวัง และพรนภา หอมสินธุ์ (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางขึ้นไปจำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน) ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1.การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัวผ่านวิดีโอ, CD และPower Point 2.การกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกับครอบครัว และ 3.การกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับครอบครัว หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.73, p < .001$) และพบว่า พฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.23, p < .001, t = 21.41, p < .001$)

กนกทิพย์ สว่างใจธรรม, เบญจมาภรณ์ หาญเจริญกุล, อรณิชา วิมลรัตน์, และสรายุทธ มงคล (2561) ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยร่ายย่อนยุคต่อสมรรถภาพทางกายและการทรงตัวในสตรีที่มีภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มเป้าหมายคืออาสาสมัครสตรีที่มีอายุ 30-50 ปี จำนวน 54 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มละ 27 คน อาสาสมัครกลุ่มทดลองจะได้รับการออกกำลังกายด้วยการร่ายย่อนยุควันละ 60 นาที 3วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมให้ดำเนินกิจกรรมประจำวันตามปกติและไม่ร่วมการออกกำลังกายอื่น ประเมินสัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก (waist hip ratio; WHR) ร้อยละไขมันในร่างกาย (%body fat; %BF) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (grip strength; GST) ความยืดหยุ่น(sit and reach test; SRT) ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6 minute walk distance; 6MWD) ความสามารถในการทรงตัว (time up and go; TUG และ functional reach test; FRT) ในอาสาสมัครทุกคนก่อนและหลังการทดลองพบว่า พบว่ากลุ่มทดลองมีค่า WHR, SRT, GST, FRT และ TUG ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการฝึก รวมทั้งเมื่อเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มพบว่า ค่า TUG และ FRT ในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับ %BF, BMI และ 6MWD ไม่พบความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบทั้งภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่ม

สุภาพ อิมอ้วน, แพรว โคตรรุฉิน, พะนอ เตชะอิก และธูปนวงศ์ มิตรสูงเนิน (2561) ได้ศึกษาผลของดนตรีพื้นบ้านต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยที่เคยมีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลอง กลุ่มละ 60 คน สิ่งทดลอง คือ เพลงดนตรีพื้นบ้านอีสาน ความยาว 31.54 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย สมุดบันทึกความดันโลหิตและเครื่องวัดความดันโลหิตแบบ HBPM (Home Blood Pressure Monitoring) กลุ่มทดลองฟังเพลงที่บ้านวันละ 1 ครั้ง จำนวน 30 วัน วัดความดันโลหิตทุกวันตอนเช้าและตอนเย็น กลุ่มควบคุมให้ปฏิบัติตัวและบันทึกความดันโลหิตตามเดิมที่เคยปฏิบัติ ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ฟังดนตรีเฉลี่ย 9.5 มิลลิเมตรปรอท ($p < .001$, 95% CI -11.43, -7.64) ไดแอสโตลิกกลุ่มฟังดนตรีลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 3.2 มิลลิเมตรปรอท ($p < .001$, 95% CI -5.20, -1.09) แนวโน้มค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงหลังการฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานเริ่มลดลงตั้งแต่วันแรกของการฟังดนตรี

ชื่นชม สมพล (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 1) การรับรู้เกี่ยวกับอันตรายและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการชมวิดีโอ การบรรยาย ประกอบสไลด์ การร้องเพลงโรคหลอดเลือดสมอง แจกคู่มือสุขภาพ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมโรค โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เหมาะสม การฝึกทักษะการจัดการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้โทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ สวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Independent t-test และ Repeated Measure ANOVA พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรม ระยะหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และกลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโครงการสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ณัฐวรรต จีระรัชต์ และธีรศักดิ์ กัญจนพงศ์ (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของผู้บริโภควัยทำงาน ในเขตห้วยขวางกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนเพศชายและเพศหญิงวัยทำงานที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 390 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริโภควัยทำงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 36-45 ปี ใช้งานสังคมออนไลน์เพื่ออัปเดตรูปภาพ ดูข้อมูลสิ่งที่ตนเองสนใจ โดยเข้าใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ Facebook มากที่สุด เวลาเฉลี่ยในการใช้งานประมาณ 1-2 ชั่วโมง และใช้งานมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน และใช้งานช่วงเวลา 18.01-21.00 น.

จอมใจ ภักดีพิณี และณัฐพล วงษ์สวัสดิกุล (2557) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Online Social Network) ของคนวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-30 ปี ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ห้างร้านเอกชน พฤติกรรมการใช้ บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ของคนวัยทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เข้าใช้บริการเฟซบุ๊ก (Facebook) มากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่เข้าใช้บริการในช่วงเวลา 19.00-20.59 น. โดยใช้ เวลาในการเข้าเว็บไซต์ประเภทเครือข่ายสังคมออนไลน์แต่ละครั้ง โดยเฉลี่ยน้อยกว่า 30 นาที เปิดเข้า โดยใช้โทรศัพท์มือถือมากที่สุด กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำเป็นประจำมากที่สุด 3 อันดับแรกเมื่อเข้าใช้ เว็บไซต์เครือข่ายสังคมออนไลน์ คือ สนทนากับเพื่อน (Chat) การแชร์รูปและหาข้อมูล/แลกเปลี่ยน ข้อมูล

2. งานวิจัยในต่างประเทศ

Zhuoran, Jingjing, Lijun, Juxiang, Fenyang, & Lihong (2022) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบ ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง และเพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีความเสี่ยงในการเกิดซ้ำที่ต่างกัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ประเมินความเสี่ยงของการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างแม่นยำ ร้อยละ 27 ผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงจะมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือนที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ ประเมินความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะมีโอกาส น้อยที่จะสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองมีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

Parikshith, J., & Rekha, M. (2022) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในคนหนุ่มสาวที่โรงพยาบาลตติยภูมิ (การศึกษาย้อนหลัง) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลด้วย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 คน อายุระหว่าง 15 – 45 ปี พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 50 ราย เป็นชาย 34 (68%) และหญิง 16 (36%) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อายุเฉลี่ยของกลุ่ม ศึกษาคือ 32.7 ปี โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่าง 36-45 ปี อัตราส่วนชายต่อหญิงคือ 2:1 ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุน้อย ได้แก่ การสูบบุหรี่ (44%) ความดันโลหิตสูง (36%) แอลกอฮอล์ (34%) ไขมันในเลือดสูง (28%) ภาวะไขมันในเลือดสูง (24%) โรคหัวใจ (12%) กลุ่มอาการ APLA (4%), ทูเบอร์คูโลมา (2%) เป็นต้น ในการศึกษา ผู้ป่วย 47 ราย (94%) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และผู้ป่วย 3 ราย (6%) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

ในบรรดาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน พบผู้ป่วยสับสน 42.5% , ติดเหล้า 34%, เป็นโรคความดันโลหิตสูง 31.9%, เป็นโรคเบาหวาน 17%, มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 48.9%, มีภาวะไขมันในเลือดสูง 25.5% และเป็นโรคหัวใจ 10.6%

Zhang, Wang, Deng, Lin, Chen, & Wan (2022) ได้ศึกษาการติดตามผู้ป่วยตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต ความพิการ และการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึง 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาสม่ำเสมอ ความดันโลหิต ความพิการ และการเกิดซ้ำหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดสมอง โดยการทดลองแบบสุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 174 คน ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาสม่ำเสมอ ความดันโลหิต และความพิการของกลุ่มทดลองนั้นดีกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วง 3 ถึง 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล แนวโน้มปัจจัยเหล่านี้ยังคงเดิมหรือดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลง

Setiawati, E. (2020) ได้ศึกษาแอปพลิเคชันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุในสถานพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุผ่านบริการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยแอปพลิเคชัน ERDANELA ซึ่งเป็นโมเดลแอปพลิเคชันที่รวบรวมความรู้ ทักษะ ทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ พบว่า สามารถลดอัตราผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 12.9

He et al. (2020) ได้ศึกษาการจัดการพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยทั้งหมด 243 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 123 คน และกลุ่มควบคุม 120 คน จากผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพของตนเองดีเมื่อมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดี

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม และจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดระดับความดันโลหิต

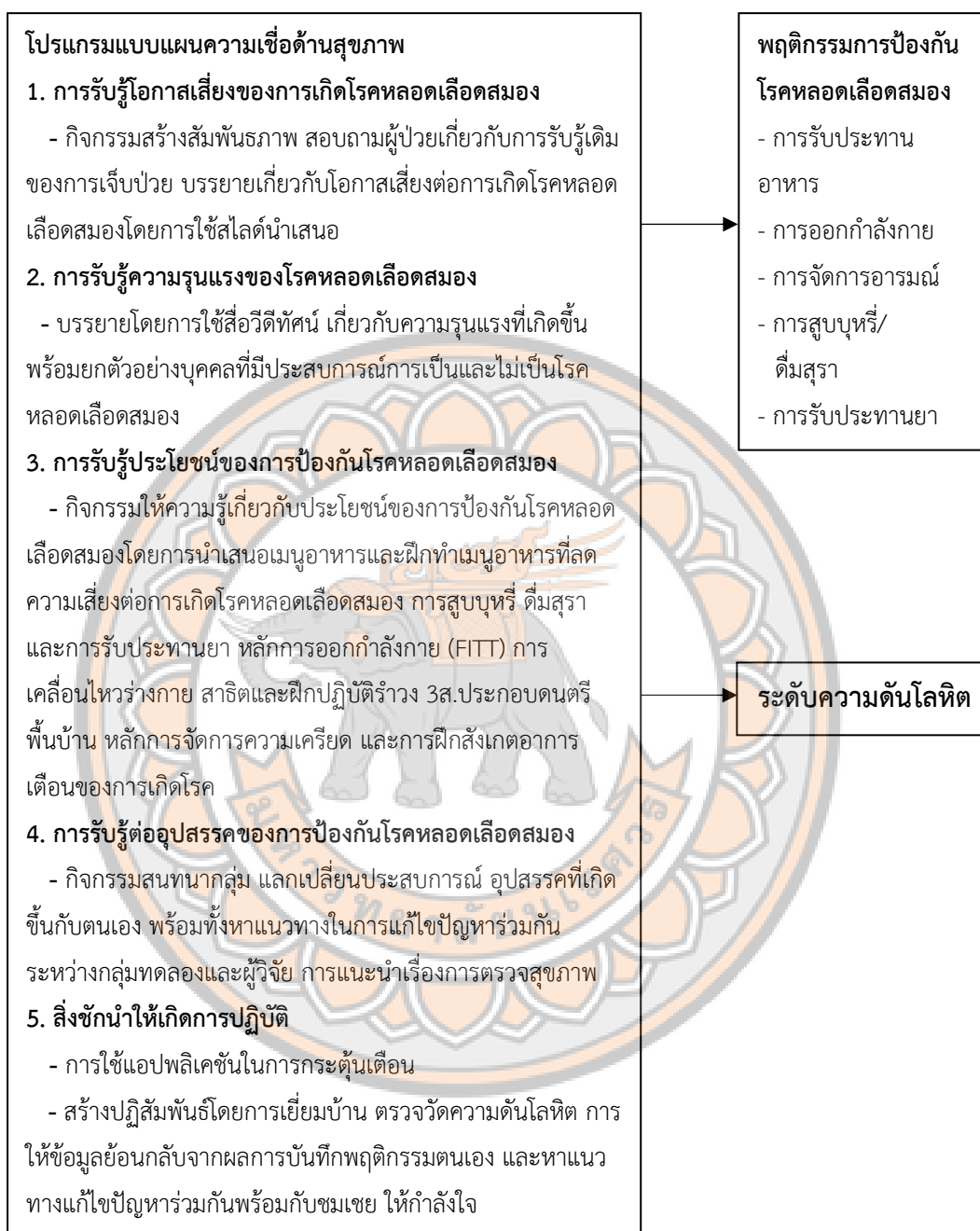
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของสเตชเชอร์และโรเซนสตอก (Stretcher, & Rosenstock, 1997) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพ 2



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest – posttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อสุขภาพที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามแผนการวิจัย

แผนการวิจัย

สัปดาห์		1	2	3	4	5	6	7	8
กลุ่ม	กลุ่มทดลอง	O ₁	X ₁						O ₂
			X ₂						
				X ₃					
					X ₄				
				X _{5.1}	X _{5.1}	X _{5.1}	X _{5.1}	X _{5.1}	
					X _{5.2}		X _{5.2}		
กลุ่ม	กลุ่มควบคุม	O ₃							O ₄

สัญลักษณ์ ดังนี้

O_1 , O_3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

O_2 , O_4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

X หมายถึง โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

X_1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 ทบทวนตนเอง ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการใช้สไลด์นำเสนอของกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1

X_2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อชี้ให้กลุ่มทดลองรับรู้อันตราย ความรุนแรงของโรค นำเสนอตัวแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1

X_3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเดิมในประเด็นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา จัดกิจกรรมวิเคราะห์ความเค็มในอาหารที่ปรุงจากแต่ละครัวเรือน สาธิตการปรุงเมนูอาหารท้องถิ่นลดเค็ม สาธิตและสาธิตกลับการออกกำลังกายวิธีชุมชน 3 ส. การฟังดนตรีพื้นบ้าน ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิต และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แจกคู่มือและแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 2

X_4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความสำเร็จ อุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของกลุ่มทดลองกับผู้วิจัย ในสัปดาห์ที่ 3

$X_{5.1}$ หมายถึง กิจกรรมที่ 5.1 กิจกรรมกระตุ้นเตือนเป็นข้อความ เนื้อหาเป็นรูปภาพหรือวิดีโอการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านแอปพลิเคชัน Facebook สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 12 ครั้งเพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 2-7

$X_{5.2}$ หมายถึง กิจกรรมที่ 5.2 เยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตและติดตามพฤติกรรมรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา การบันทึกลงในแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง พร้อมกับชมเชยให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ของกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 6

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคคลวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จากอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 จำนวน 4,459 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนของ รพ.สต. ในเขตอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ทั้งหมด 6 รพ.สต. โดยจับฉลากครั้งที่ 1 ให้เป็นกลุ่มทดลอง คือ รพ.สต. ชายเคื่อง และจับฉลากครั้งที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม คือ รพ.สต. บึงบ้าน ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่มีระยะห่างกัน 10 กิโลเมตร และมีลักษณะทางกายภาพที่ใกล้เคียงกัน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) 140-159 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) 90-99 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 1 ครั้งย้อนหลัง 3 เดือน และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต
3. คะแนนการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ระดับปานกลาง ตามเกณฑ์ Thai CV risk score ประเมินโดยใช้แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีระดับคะแนนตั้งแต่ 10% - < 20% (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคร่วมอื่นๆ ที่แพทย์ระบุ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางการมองเห็น (Hypertensive retinopathy) ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Renal disease) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลาง (Cerebrovascular disease)
5. มีโทรศัพท์มือถือ สามารถใช้แอปพลิเคชัน Facebook ได้
6. ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
7. พูดคุยภาษาไทยได้ดี

8. ยินดีให้ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เสียชีวิต
2. เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย ออกจากเขตพื้นที่อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร
4. มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัย

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination of study criteria)

1. กลุ่มทดลองเข้าร่วมโครงการน้อยกว่า ร้อยละ 50 เมื่อดำเนินการวิจัยไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง (จะยุติโครงการเมื่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมโครงการน้อยกว่า 4 ครั้ง)
2. กลุ่มทดลองเข้าร่วมโครงการน้อยกว่า 14 คน ไม่สามารถดำเนินโครงการต่อไปได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power จากการศึกษาของทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) = .70 ค่าความเชื่อมั่น (α) = .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = .80 (ซึ่งใช้งานวิจัยกึ่งทดลองที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2556) หรือ 5 คนต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 31 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 2 แห่ง จาก 6 แห่ง ในเขตอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่ง มีบริบทและระบบบริการสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งที่ได้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบ้าน จากนั้นจึงสุ่มจำแนกกลุ่ม (Random assignment) ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคือง เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบ้าน เป็นกลุ่มควบคุม

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองก่อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคือง โดยการดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์การคัดเข้ามาเรียงลำดับ โดยกำหนดเป็นหมายเลขที่ไม่ระบุตัวตน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยการหาช่วงการสุ่ม จากประชากร 218 คน ได้ช่วงการสุ่ม 7 คน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง 31 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ (matching) กับกลุ่มทดลอง โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันตามเงื่อนไข

เกณฑ์การจับคู่ (Matched pair)

เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 4) ระดับความดันโลหิต 5) อาชีพ 6) ระดับการศึกษา และ 7) Thai CV risk score ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของวชิรา ปั่นทองหลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2561) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ปรารธนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย, 2560) ระดับการศึกษา สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 63.4 (กาญจนา โม่มมาลา และพิสุทธิ คงขำ, 2563) การศึกษาของวนิดา สาดตระกูลวัฒนา (2561) พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 27.9 (วารินทร์ ปินโฮเซ็น, 2557)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 62 คน จากนั้นทำการจัดเข้าคู่ (Matching) ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันดังนี้

1. อายุห่างกันไม่เกิน 2 ปี
2. เพศเดียวกัน
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยห่างกันไม่เกิน 2 ปี
4. ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท
5. อาชีพเดียวกัน
6. ระดับการศึกษาเดียวกัน
7. Thai CV risk score อยู่ในระดับสีเหลือง 10% - < 20% หรือ ปานกลาง

การป้องกันการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้วิจัยจัดวัน-เวลาดำเนินการของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ใช้วันเวลาเดียวกัน
2. แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แยกตำบลอย่างชัดเจน กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคื่อง ตำบลสะพาน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร และกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบ้าน ตำบลบึงสามัคคี อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง อยู่ห่างกัน 10 กิโลเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย 1.เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1.1 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) เหมาะสำหรับคนไทยที่มีอายุ 35-70 ปี ใช้ได้ทั้งมีผลเลือดและกรณีที่ไม่ผลเลือด ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2555) โดยแบบประเมินนี้ไม่ใช้ผลเลือดในการคัดกรองความเสี่ยง ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับความเสี่ยง และใช้สีในการกำกับ การแปลผล ดังนี้

สีเขียว 0 - 10%	หมายถึง	ต่ำ
สีเหลือง 10% - < 20%	หมายถึง	ปานกลาง
สีเหลืองเข้ม 20% - < 30%	หมายถึง	สูง
สีแดง 30% - < 40%	หมายถึง	สูงมาก
สีแดงเข้ม > 40%	หมายถึง	สูงอันตราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 2.2) แบบบันทึกระดับความดันโลหิต และ 2.3) แบบประเมิน Thai CV risk score

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรค ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมข้อความ และเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลด/เลิกสูบบุหรี่ ,ดื่มสุรา และการรับประทานยา ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้น 7 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้นใน 1 สัปดาห์
 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน สำหรับพฤติกรรมด้านบวก จำนวน 22 ข้อ และ 5-1 คะแนน สำหรับพฤติกรรมด้านลบ จำนวน 15 ข้อ (1, 2, 7, 10, 14, 15, 18, 20, 22, 25, 27, 30, 33 และ 35) ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก		ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	คะแนนเป็น 1	คะแนนเป็น 5
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	คะแนนเป็น 2	คะแนนเป็น 4
ปฏิบัติบางครั้ง	คะแนนเป็น 3	คะแนนเป็น 3
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	คะแนนเป็น 4	คะแนนเป็น 2
ปฏิบัติเป็นประจำ	คะแนนเป็น 5	คะแนนเป็น 1

การแปลผล

การแปลผลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จะนำคะแนนที่ได้รับมาวิเคราะห์และแปลผลของค่าเฉลี่ยตามระดับความสำคัญโดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละระดับ (เพ็ชรี รูปะวิเชตร, สายฝน แสนใจพรม และ สมปอง รักษาธรรม, 2565) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5-1}{5} \\
 &= 0.8
 \end{aligned}$$

ระดับคะแนน

ความหมาย

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อยที่สุด
 คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับน้อย
 คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง
 คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก
 คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมากที่สุด

2.2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ที่วัดจากเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดดิจิตอล มีการสอบเทียบหลังการใช้งานทุก 1 ปี ระหว่างบริษัทที่รับผิดชอบร่วมกับกองควบคุมเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลบึงสามัคคี โดยให้อสม.ประจำหมู่บ้านบันทึกค่าความดันโลหิตให้ วันละ 2 ครั้ง คือ ตอนเช้า และตอนเย็น

2.3 แบบประเมิน Thai CV risk score ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากสมชาติ โลจายะ (2555) โดยมีค่าความตรง (Validity) เท่ากับ .707

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย ได้แก่

3.1 โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ฯ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของสเตชเชอร์และโรเซนสตอก (Stretcher & Rosenstock, 1997) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

3.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเองกับกลุ่มทดลอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองทบทวนตัวเองในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง และประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมิน Thai CV Risk Score ผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เน้นหา

ประกอบด้วย อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการใช้สไลด์นำเสนอ

3.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลอง ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ผ่านการใช้สื่อ วิดีทัศน์เพื่อชี้ให้กลุ่มทดลองรับรู้อันตราย ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และนำเสนอตัวแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองในประเด็นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งด้านดีและไม่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล วิเคราะห์ความเค็มในอาหารที่ปรุงจากแต่ละครัวเรือน ผู้วิจัยสาธิตการปรุงเมนูสุขภาพ ผู้วิจัยสาธิตและให้กลุ่มทดลองสาธิตกลับการออกกำลังกายวิธีชุมชน 3 ส. จัดให้ฟังดนตรีพื้นบ้าน ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิต และบรรยายการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งแจกคู่มือและแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

3.1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเด็นความสำเร็จ อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3.1.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ผู้วิจัยกิจกรรมกระตุ้นเตือนเป็นข้อความ เนื้อหาเป็นรูปภาพหรือวิดีโอการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านแอปพลิเคชัน Facebook สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตและติดตามพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ปัญหา/อุปสรรคของกลุ่มทดลองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบันทึกลงในแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเองของกลุ่มทดลอง พร้อมกับชมเชยให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ฯ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การหาความตรงเชิงเนื้อหาในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านอายุรศาสตร์โรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา

1 ท่าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) จากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเกณฑ์พิจารณาความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

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

เครื่องมือวิจัยที่มีความตรงเชิงเนื้อหาที่ดี ควรมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือข้างต้น หลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำข้อคำถามมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง ค่า CVI ที่ได้เท่ากับ 1 ถือว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งชัน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร และนำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำมาวิเคราะห์โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือควรมีค่ามากกว่า .80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคค่า Reliability ที่ได้เท่ากับ .84 ถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงดี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และได้รับการรับรองโครงการหมายเลข IRB No. P2-0386/2566 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2566 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการพิทักษ์สิทธิในเรื่องต่อไปนี้ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยและกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะดำเนินการตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบอย่างละเอียดตลอดจนทราบถึงสิทธิที่จะยกเลิกถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับฟังข้อมูลและได้อ่านเอกสารคำชี้แจงจนเกิดความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยความสมัครใจแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมและตอบ

แบบสอบถามดังกล่าว และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการบันทึกชื่อหรือข้อมูลที่สามารถสืบค้นถึงตัวอาสาสมัครได้ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตน ข้อมูลและเอกสารโครงการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ไม่ใช่ของหน่วยงาน มีรหัสผ่านก่อนใช้คอมพิวเตอร์ และหลังจากการวิจัยสิ้นสุด 3 ปี ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอขอรับเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงสามัคคี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบ้าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคื่อง จังหวัดกำแพงเพชร
3. ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรค แบบบันทึกระดับความดันโลหิต แบบประเมิน Thai CV risk score
4. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยการวิจัย จำนวน 2 คน มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมทั้งหมด อธิบายเรื่องเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ฯ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนเริ่มและในระหว่างเก็บข้อมูลจริง
5. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ จำนวน 31 คน ต่อกลุ่ม และจัดเข้ากลุ่มเป็นคู่ (Matched pair)
6. ก่อนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มทดลองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค
2. เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนตนเองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง

การดำเนินการ

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคือง เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 90 นาที มีขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยทำความรู้จักแนะนำตนเองกับกลุ่มทดลอง และให้กลุ่มทดลองแนะนำตนเองพร้อมกับทำป้ายชื่อติดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม วัดความดันโลหิต และให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค ใช้เวลา 30 นาที
2. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มทดลองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และให้กลุ่มทดลองทบทวนตนเองเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมิน Thai CV Risk Score ใช้เวลา 30 นาที
3. บรรยายให้ความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเนื้อหาประกอบด้วย อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการใช้สไลด์นำเสนอ ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคให้กลุ่มทดลองและฝึกการคิดวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง

การดำเนินการ

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคือง เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 90 นาที มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที
2. บรรยายให้ความรู้ผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์ (กรมการแพทย์, 2561) เพื่อชี้ให้กลุ่มทดลองรับรู้อันตราย ความรุนแรงของโรค และนำเสนอตัวแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้น ผู้วิจัยชี้และสรุปประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลารวม 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้กลุ่มทดลอง
2. เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง

การดำเนินการ

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคือง เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งด้านดีและไม่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ใช้เวลา 15 นาที

2. แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัย 2 คน จัดกิจกรรมออกเป็น 3 ฐาน ดังนี้

2.1 ฐานที่ 1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มวิเคราะห์ความเค็มและความหวานในอาหารที่ปรุงจากแต่ละครัวเรือนโดยใช้ salt meter และเครื่องวัดความหวาน โดยให้ตัวแทนกลุ่มละ 1 คน นำอาหารที่ตนเองรับประทานในชีวิตประจำวันมาวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม ผู้วิจัยสาธิตการปรุงเมนูสุขภาพ ได้แก่ แกงส้มผักรวม, แกงเลียงผักรวม, ท่อหมกสมุนไพร, ยำตะไคร้, ต้มไก่บ้าน ใบหม่อน และแกงส้มดอกแค และให้สมาชิกในกลุ่มชิม ให้ความรู้เรื่องการรับประทานลดความดันโลหิต และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 60 นาที

2.2 ฐานที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้หลักการออกกำลังกาย (FITT) และการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activities) สาธิตและให้กลุ่มทดลองสาธิตกลับการออกกำลังกายวิถีชุมชนร่าง 3ส. (ร่างสนุก สุขภาพดี สามัคคีเกิด) ใช้เวลา 45 นาที

2.3 ฐานที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการจัดการความเครียด สอบถามประสบการณ์วิธีการจัดการความเครียดของแต่ละบุคคล จัดให้ฟังดนตรีพื้นบ้าน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แจกคู่มือและชี้แจงการลงแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ใช้เวลา 45 นาที

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามข้อสงสัย ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 2-7 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

เพื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองในการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

การดำเนินการ

กิจกรรมที่ 5.1 ผู้วิจัยใช้แอปพลิเคชัน Facebook ในการส่งข้อความกระตุ้นเตือนรวม 12 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2-7 มีขั้นตอน ดังนี้

1. ส่งข้อความกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชัน Facebook ในกลุ่มเฉพาะให้กับกลุ่มทดลอง โดยเนื้อหาเป็นรูปภาพและวิดีโอการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยส่งข้อความกระตุ้นเตือนสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทำการส่งทุกวันจันทร์และวันศุกร์

สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างการรับรู้ต่ออุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การดำเนินการ

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคื่อง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ดังนี้

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความสำเร็จ อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มทดลอง พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการลงบันทึกในแบบบันทึกของผู้ป่วย

การดำเนินการ

กิจกรรมที่ 5.2 ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อคน ซึ่งผู้วิจัยเยี่ยมบ้านวันละ 6-7 คน มีขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ปัญหา/อุปสรรคของกลุ่มทดลองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจดบันทึกลงในแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการใช้คู่มือ ผู้วิจัยใช้ salt meter วัดระดับความเค็มของอาหารทุกครั้งขณะเยี่ยมบ้าน และการออกกำลังกาย ตรวจวัดความดันโลหิต สรุปปัญหา หาแนวทางการแก้ไขหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมชมเชยให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังแก้ไขปัญหามาจากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 การให้ข้อมูลย้อนกลับหลังผู้วิจัยประเมินผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ชมเชยให้กำลังใจกับกลุ่มทดลองเมื่อมีพฤติกรรมป้องกันโรคถูกต้องและเหมาะสม

ขั้นหลังการดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชายเคื่อง เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 10-11 คน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจสอบการลงบันทึกผลตรวจในแบบบันทึกพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 45 นาที

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับแบบภาพรวม จากผลการบันทึกพฤติกรรมในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง และแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต หากกลุ่ม ทดลองไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ หรือมีระดับความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจะให้ ข้อมูล และคำแนะนำรายบุคคล ใช้เวลา 90 นาที

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค เพื่อสรุปหา แนวทางแก้ไข และขอความร่วมมือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง (Post-test) พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมกล่าวแสดงความขอบคุณผู้มีส่วนร่วมการวิจัยทุกท่าน ใช้เวลา 45 นาที

กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยนัดพบ 2 ครั้ง มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 จัดกิจกรรมกลุ่มใหญ่ 31 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดย ผู้วิจัยแนะนำ ตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลา ในการเข้าร่วม วิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัย ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง (pre-test) และวัดระดับความดันโลหิตครั้งที่ 1 (O_3) โดยสัปดาห์ที่ 1-8 กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติและนัดหมายมาเก็บข้อมูลหลังทดลอง

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 2 จัดกิจกรรมกลุ่มใหญ่ 31 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัย ดำเนินการ รวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (post-test) และวัดระดับความดันโลหิตครั้งที่ 1 (O_4) และกล่าวยุติโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองด้วย Shapiro-Wilk Test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดัน โลหิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยค่าสถิติที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired sample t - test) กำหนด ระดับนัยสำคัญ .05

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดัน โลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าสถิติที่ที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร วัดผลก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 19 เมษายน 2567) ผลการวิจัยและการอภิปราย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูล
ส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=62)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม (n=31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	16.13	5	16.13
หญิง	26	83.87	26	83.87
อายุ (ปี)	$(\bar{X} = 53.29, S.D. = 5.63)$		$(\bar{X} = 53.65, S.D. = 4.83)$	
35-39 ปี	1	3.23	1	3.23
40-44 ปี	1	3.23	1	3.23
45-49 ปี	6	19.35	5	16.13
50-54 ปี	7	22.58	7	22.58
55-59 ปี	16	51.61	17	54.83
สถานภาพ				
โสด	6	19.35	2	6.46
สมรส	16	51.61	20	64.50
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	9	29.04	9	29.04
อยู่				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	8	25.80	8	25.80
ประถมศึกษา	18	58.07	18	58.07
มัธยมศึกษา	4	12.90	4	12.90
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1	3.23	1	3.23
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	12.90	4	12.90
(รายได้จากบุตร)				
ค้าขาย	6	19.35	6	19.35

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม (n=31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรรม	19	61.30	19	61.30
ธุรกิจส่วนตัว	2	6.45	2	6.45
รายได้ต่อเดือน (บาท)	$(\bar{X}=5,032.26, S.D.=2,121.0)$		$(\bar{X}=4,967.74, S.D.=2,401.1)$	
≤3,000 (บาท)	7	22.58	9	29.03
3,000-6,000 (บาท)	14	45.16	13	41.94
> 6000 (บาท)	10	32.26	9	29.03
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง(ปี)	$(\bar{X}=7.58, S.D.=4.84)$		$(\bar{X}=6.10, S.D.=4.50)$	
< 5 ปี	8	25.81	14	45.16
5 – 9 ปี	11	35.48	11	35.48
10 – 14 ปี	7	22.58	4	12.90
15 – 19 ปี	4	12.90	1	3.23
≥ 20 ปี	1	3.23	1	3.23

หมายเหตุ: $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตาราง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.87 มีช่วงอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 51.61 อายุเฉลี่ย 53.29 ปี (S.D. = 5.63) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.61 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.07 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 61.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,032.26 บาท (S.D. = 2,121.07) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.58 ปี (S.D. = 4.84)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.87 มีช่วงอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 54.83 อายุเฉลี่ย 53.65 ปี (S.D. = 4.83) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.50 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.07 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 61.30 รายได้เฉลี่ย 4,967.74 บาท (S.D. = 2,401.17) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.10 ปี (S.D. = 4.50)

การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล

ตาราง 4 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองด้วย Shapiro-Wilk Test
(n=31)

กลุ่มทดลอง	Shapiro-Wilk Test		
	Statistic	df	Sig.
พฤติกรรมสุขภาพ			
ก่อนทดลอง	.799	31	.000

จากตาราง พบว่า การทดสอบ Shapiro-Wilk Test มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองไม่เป็น Normal distribution ผู้วิจัยจึงใช้การทดสอบการหาค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความเบ้ (Skewness) และการหาค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความโด่ง (Kurtosis) เพื่อดูการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองต่อไป

ตาราง 5 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองด้วยการหาค่าความเบ้ (Skewness) และการหาค่าความโด่ง (Kurtosis)

กลุ่มทดลอง	Skewness		Kurtosis	
	N	Statistic	N	Statistic
พฤติกรรมสุขภาพ				
ก่อนทดลอง	31	-1.43	31	1.13

จากตาราง พบว่า ค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความเบ้ของข้อมูล (Skewness index) มีค่าอยู่ระหว่าง -1.43 ถึง -1.08 และค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความโด่งของข้อมูล (Kurtosis index) มีค่าอยู่ระหว่าง .23 ถึง 1.13 ซึ่งอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 แสดงว่า ค่าความเบ้และค่าความโด่งของข้อมูลอยู่ในระดับที่เหมาะสมสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ตาราง 6 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มควบคุม (n=31)

กลุ่มทดลอง	Shapiro-Wilk Test		
	Statistic	df	Sig.
พฤติกรรมสุขภาพ			
ก่อนทดลอง	.843	31	.000

จากตาราง พบว่า การทดสอบ Shapiro-Wilk Test มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองไม่เป็น Normal distribution จึงใช้การทดสอบการหาค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความเบ้ (Skewness) และการหาค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความโด่ง (Kurtosis) เพื่อดูการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มทดลองต่อไป

ตาราง 7 การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลของกลุ่มควบคุมด้วยการหาค่าความเบ้ (Skewness) และการหาค่าความโด่ง (Kurtosis)

กลุ่มควบคุม	Skewness		Kurtosis	
	N	Statistic	N	Statistic
พฤติกรรมสุขภาพ				
ก่อนทดลอง	31	-1.27	31	.74

จากตาราง พบว่า ค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความเบ้ของข้อมูล (Skewness index) มีค่าอยู่ระหว่าง -1.27 ถึง -1.26 และค่าสัมบูรณ์ของดัชนีความโด่งของข้อมูล (Kurtosis index) มีค่าอยู่ระหว่าง .74 ถึง .81 ซึ่งอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 แสดงว่า ค่าความเบ้และค่าความโด่งของข้อมูลอยู่ในระดับที่เหมาะสม สรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=31)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.55	.51	4.83	.37	12.21	<.001***

*** P-value <.001

จากตารางพบว่า หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.21, p < .001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 62)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.83	.37	3.71	.46	10.59	<.001***

*** P-value <.001

จากตารางพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 10.59, p < .001$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
(n = 31)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	137.13	8.20	133.90	7.97	-11.98	<.001***
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	86.81	4.60	84.87	4.57	-13.96	<.001***

*** P-value < .001

จากตารางพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงาก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -11.98$, $p < .001$ และ $t = -13.96$, $p < .001$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 62)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	133.90	7.97	139.35	6.76	-5.87	<.001***
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	84.87	4.57	87.42	4.29	-14.27	<.001***

*** P-value < .05

จากตารางพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -5.87$, $p < .001$ และ $t = -14.27$, $p < .001$ ตามลำดับ)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Two group pretest - posttest design) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ (ดำเนินการระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 19 เมษายน 2567)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้มีอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 62 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบึงสามัคคี อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน โดยมีเกณฑ์การจับคู่ (matching) ได้แก่ อายุห่างกันไม่เกิน 2 ปี เพศ อาชีพและระดับการศึกษาเดียวกัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยห่างกันไม่เกิน 2 ปี ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวห่างกันไม่เกิน 2 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับ Thai CV risk score อยู่ในระดับสีเหลือง 10% - < 20% หรือปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 เครื่องมือ คือ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค 2) แบบบันทึกระดับความดันโลหิต และ 3) แบบประเมิน Thai CV risk score โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรค จำนวน 36 ข้อ และ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของสเตชเชอร์และโรเซนสตอก (Stetcher, & Rosenstock, 1997)

โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1, 1 ตามลำดับ และมีความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา

(Descriptive Statistic) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ได้แก่ สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired sample t-test) และค่าสถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 83.90 อายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 51.50 อายุเฉลี่ย 53.29 ปี (S.D. = 5.63) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.60 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 58.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,032.26 บาท (S.D. = 2,121.07) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.58 ปี (S.D. = 4.84)

ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 83.90 อายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 54.90 อายุเฉลี่ย 53.29 ปี (S.D. = 5.63) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.50 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 58.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.70 รายได้เฉลี่ย 4,967.74 บาท (S.D. = 2,401.17) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.10 ปี (S.D. = 4.50)

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง หลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ส่วนที่ 5 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ
3. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
4. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง เนื่องจากผู้วิจัยเริ่มต้นการจัดโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านการสุขภาพ โดยให้กลุ่มทดลองซึ่งเป็นวัยทำงานได้ทบทวนการใช้ชีวิต ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองทำให้กลุ่มวัยทำงานเกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตน ซึ่งเป็นไปตามการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adults Learning Theory) ที่ผู้ใหญ่ต้องการรู้เหตุผลว่าเพราะเหตุใดจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งและจะได้ประโยชน์อย่างไรจากการเรียนรู้เรื่องนั้น (ทิตินา แก้วมณี, 2553) การเรียนรู้ของผู้ใหญ่มิมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว และวัชรวิทย์ หวังมัน (2563) ที่ใช้การฝึกประเมินการฝึกวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง พบว่าเป็นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน กิจกรรมและสื่อที่ใช้ในการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคแก่กลุ่มทดลองในงานวิจัยนี้ได้แก่ การให้ความรู้จากสื่อวีดิทัศน์ การนำเสนอตัวแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองวัยทำงานรับรู้รับทราบอันตรายจากความรุนแรงของโรค เกิดความสนใจถึงเสียผลที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของชื่นชม สมพล (2560) ที่ให้ความรู้ ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มทดลองผ่านสื่อวีดิทัศน์ บรรยายประกอบสไลด์ และการนำเสนอตัวแบบทั้งด้านบวกด้านลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลทำให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างจากการศึกษาของพิชชานันท์ สงวนสุข (2564) ที่พบว่า ตัวแบบด้านบวกเท่านั้นที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคดีขึ้น และแตกต่างจากการศึกษาของประสิทธิ์ หาญแก้ว (2565) ที่ใช้ต้นแบบด้านลบเพียงอย่างเดียว เพื่อให้เห็นความรุนแรงจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จนเกิดภาวะตีบ แตก ด้วยเหตุผลการทำให้เกิดอารมณ์เชิงลบ อาทิ ความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจกังวล กลัว ทำให้บุคคลมีอารมณ์วิตกกังวลในระดับที่พอเหมาะ เมื่อร่วมกับการรับรู้ความรุนแรง จะกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมดีขึ้น (ตฤติลา จำปาวัลย์, 2561) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคด้วยตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อมรรัตน์ ลีอนาม และคณะ, 2562)

สมมติฐานข้อที่ 2 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะแก่กลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการนำเสนอเมนูสุขภาพ ซึ่งเป็นเมนูอาหารท้องถิ่นลดเค็ม โปรแกรมนี้ได้ฝึกวิเคราะห์ความเค็มจากอาหารที่แต่ละคนนำมาจากบ้าน โดยใช้ Salt Meter เพื่อแสดงให้เห็นกลุ่มทดลองเห็นปริมาณโซเดียมที่อยู่ในอาหาร ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักได้เป็นอย่างดี แต่อุปสรรคของลดโซเดียม คือ ความรู้สึกไม่อร่อย หากไม่เพิ่มรสชาติเค็ม (Oku et. al., 2024) งานวิจัยนี้จึงใช้ Salt Meter ร่วมด้วยขณะเยิ้มบ้านเพื่อ กำกับพฤติกรรมผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, ศิริชัย วิริยะธนากร, และ ชีรภัทร ยิ่งชนม์เจริญ (2564) พบว่า การใช้ Salt Meter ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมปริมาณโซเดียมได้เป็นอย่างดี กิจกรรมฝึกให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายวิชิชุมชนร่าง 3ส. เป็นการผสมผสานดนตรีพื้นบ้านกับท่าออกกำลังกาย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้นด้วยเหตุว่า เป็นการออกกำลังกายที่ไม่ได้มีท่ายาก เป็นความคุ้นเคยเดิมของคนในชุมชน จังหวะสนุกสนาน เพลงประกอบเป็นเพลงพื้นบ้าน กลุ่มทดลองไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการวิจัยของ สุวัฒนา เกิดม่วง (2559) ที่พบว่า การที่กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมอภิปรายและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบวิถีไทยหรือร่างข้อนยุค ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตั้งใจ มุ่งมั่น ไม่ได้รู้สึกว่ตนเองโดดเดี่ยวในการออกกำลังกาย และท่าทางในการออกกำลังกายที่ไม่ยาก จะทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันการออกกำลังกายวิชิชุมชนร่าง 3 ส.นี้ใช้ระยะเวลาออกกำลังกายครั้งละ 45 นาที มีทั้ง warm up และ cool down ทำต่อเนื่อง 3 สัปดาห์เป็นเวลาต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ท่าออกกำลังกาย 10 ท่าซึ่งส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ ผู้วิจัยนำเสนอการจัดการอารมณ์ตามคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการอารมณ์ สำหรับวัยทำงานของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2558) ร่วมกับแนะนำให้ฟังดนตรีพื้นบ้านและฟังดนตรีพื้นบ้านระหว่างร่วมกิจกรรมทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพล คุ่มศรี (2557) ดนตรีพื้นบ้านเป็นดนตรีที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายเนื่องจากเป็นดนตรีที่คุ้นเคย แตกต่างจากงานวิจัยของเบญจ ป้องกันภัย (2562) ที่ใช้ดนตรีคลาสสิกเพื่อลดความเครียดของวัยทำงานในพื้นที่เมืองใหญ่ กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิต ผู้วิจัยใช้การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ แตกต่างกับการศึกษาของ นาอิมะห์ เจาะแฉะ และคณะ (2567) ที่พบว่า การบรรยายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาร่วมการสร้างปฏิทินช่วยเตือน

การรับประทานยา การส่งข้อความเตือนผ่านไลน์ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด ซึ่งนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีเนื่องจากปฏิทินช่วยเตือน ลดความสับสนในการรับประทานยา (Spienker et.al., 2022) รวมทั้งการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา นอกจากนั้นผู้วิจัยใช้สิ่งชักนำให้เกิด การปฏิบัติโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน การลงบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การสรุปปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน การชมเชยให้กำลังใจ ส่งผลให้กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ ประโยชน์ เกิดการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของพิชชานันท์ สงวนสุข (2564) ที่ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล สอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้คำแนะนำ เมื่อพบปัญหา และชื่นชมเมื่อปฏิบัติเหมาะสม การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมรายบุคคล มีการติดตามผล เป็นระยะ และหมั่นให้กำลังใจ เป็นการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะยาว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) การเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการเชิงรุก เพื่อการสังเกต ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ชนาภรณ์ ปิ่นแก้ว, วิภา เทียงธรรม และปาหนัน พิชยภิญโญ, 2565) การเยี่ยมบ้านจึงส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่เสมอ พบว่า คณะแผนกสุขภาพการป้องกันและการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 3 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดความเชื่อและรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาที่ผู้วิจัยใช้เมนูสุขภาพ ของอำเภอบึงสามัคคี เป็นเมนูอาหารท้องถิ่นใช้ วัตถุดิบเป็นผักพื้นบ้านหาง่ายในท้องถิ่น โดยเมนู สุขภาพดังกล่าวได้ถูกนำมาปรับสูตรให้ลด หวาน มัน เค็ม จึงไม่ยากต่อการรับประทานในชีวิตประจำวัน ของกลุ่มทดลอง ทำให้ความดันโลหิตลดได้ เนื่องจากกระเทียม มีสารเคมีสำคัญ คือ Allicin ช่วยรักษา โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ใบกะเพรา มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยาย และ ยับยั้งการเกาะกันของเกล็ดเลือด เพิ่มระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด สามารถลดความดันโลหิตได้ (ซัชนัย มุสิกไชย, 2559) ใบมะกรูด ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่ามีฤทธิ์ลดความดันโลหิตได้ (กรมการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2563) สอดคล้องกับการพัฒนาตำรับอาหารเพื่อลดโรค ความดันโลหิตของวรัญชัชชา เขตบำรุงและคณะ (2563) หลังนำเมนูอาหารพื้นบ้านที่ปรับปรุงสูตร แล้วมาใช้ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงควบคุมค่าความดันซิสโตลิก (BP < 140/80 มิลลิเมตรปรอท) ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.1 เป็นร้อยละ 53.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

.001 การออกกำลังกายที่ผู้วิจัยได้ฝึกให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายวิธีชุมชนร่วาง 3 ส. ที่ซึ่งเป็นการผสมผสานดนตรีพื้นบ้านกับท่าออกกำลังกาย 10 ท่า โดยประยุกต์ท่าทางมาจากการร่วางย้อนยุค ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง ปฏิบัติต่อเนื่อง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลานานต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ เมื่อเทียบกับเกณฑ์กิจกรรมทางกาย (Physical activity) ถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง ทำให้รู้สึกเหนื่อยปานกลาง หายใจเร็วขึ้น หน้าแดงมีเหงื่อซึม ยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ หัวใจเต้นเร็วร้อยละ 65-85 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ร่างกายสามารถเผาผลาญพลังงานได้ 3.5-7 กิโลแคลอรีต่อนาที ทำให้ระบบการหายใจและการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (ชุดิมา ชลาชนเดชะ, 2560) กลุ่มทดลองเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มานาน 7 ปี ทำให้เกิดการเสียหายที่ของหลอดเลือด (endothelial dysfunction) หลอดเลือดตึงตัวไม่ดี ทำให้เกิดภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (arterial stiffness) ซึ่งนำไปสู่โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Jessica R. Santos-Parker, 2014) สอดคล้องกับมิมรันตี แพงงา (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยชาวไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน 5-9 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยง 5.15 เท่าต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายทำให้ความดันโลหิตลดลงโดยการปล่อยสารให้หลอดเลือดขยายตัวและลดแรงต้านส่วนปลายของหลอดเลือดได้ ช่วยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงขณะพัก ส่งผลให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งเอนโดฟิน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและผ่อนคลาย (คุณัญญา มาสดี และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส พยมพฤษ, ณัฐชนน ผุยนวล, และ สมพร ลอยความสุข (2567) ที่ใช้การออกกำลังกายด้วยวิธีร่วางย้อนยุค ส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างจากการศึกษาของวรารณณ์ แยมมีศรี และปราณี จันธิมา (2561) ที่ใช้การออกกำลังกายแบบร่วางย้อนยุคแต่กลับพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลงเพียงเล็กน้อย และไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางนัยสำคัญทางสถิติ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ นำเสนอการจัดการอารมณ์ โดยผู้วิจัยแนะนำให้ฟังดนตรีพื้นบ้านและฟังดนตรีพื้นบ้านระหว่างร่วมกิจกรรมทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อิมอ้วน, แพรว โคตรรุณ และพะนอ เตชะอริก (2561) ที่ให้กลุ่มทดลองฟังดนตรีพื้นบ้านอีสานที่บ้าน วันละ 1 ครั้ง จำนวน 30 วัน พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิกลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 9.5 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 3.2 มม.ปรอท กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิต และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการจัดการสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ประสิทธิ์ หาญแก้ว, 2565)

สมมติฐานข้อที่ 4 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสเตชเชอร์และโรเซนสตอก (Stetcher & Rosenstock, 1997) ทั้งความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรง สัญญาณเตือนของการเกิดโรค อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำ การสาธิต ในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากผู้วิจัย และสาธิตย้อนกลับโดยกลุ่มทดลอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้รับความรู้เรื่องการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/สุรา และการรับประทานยา นอกจากนี้ มีการกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชัน Facebook ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา การบันทึกลงในแบบบันทึกการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ตรวจวัดความดันโลหิต ค้นหาปัญหาและอุปสรรค หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ประโยชน์ รับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง

ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติในคลินิกโรคเรื้อรัง คือ มีการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ได้รับคำแนะนำและความรู้เรื่อง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนของการเกิดโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การลด ละ เลิกสูบบุหรี่/สุรา และการรับประทานยา โดยการให้สุขศึกษารายบุคคลจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพียง 1 ครั้งในรอบ 3 เดือน ไม่มีการติดตามสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรค หรือไม่มีการกระตุ้นเตือน จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตยังคงสูงอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร นทีสมบัติ, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และโสมนัส ว่องไววุฒิกุล (2551) ที่เปรียบเทียบกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มกับการให้ความรู้รายบุคคล การเรียนรู้แบบกลุ่มส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ป่วยได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัด สามารถนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปเป็นต้นแบบ เพื่อขยายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่อื่นต่อไป

1.2 พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถ นำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปเป็นแนวปฏิบัติ ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบของอาหารหรือกิจกรรมอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

2.1 การประเมินผลโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ควรมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาการคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิต





บรรณานุกรม



NU iThesis 64061304 thesis / recv: 22112567 23:13:39 / seq: 21
2921288404

บรรณานุกรม

- กาญจนา โม่มาลา, และพิสุทธิ คงคำ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเก่า อำเภอโพธิ์ธาราม จังหวัดราชบุรี. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 24(2), 172-185.
- กนกพร นทีสมบัติ จริยา คมพยัคฆ์และโสมนัส ว่องไววุฒิกุล. (2551). เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้เป็นรายบุคคลต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าและ สภาพเท้าของทหารที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 9(2), 46-55.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2563). *ชาใบมะกรูด ลดความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 12 ตุลาคม 2566, จาก <https://www-old.dtam.moph.go.th/index.php/th/trust-news/7289-trust0124.html>
- กนกทิพย์ สว่างใจธรรม, เบญจมาภรณ์ หาญเจริญกุล, อรณิชา วิมลรัตน์, และสรายุทธ มงคล. (2561). ผลของการออกกำลังกายด้วยรำวงย้อนยุคต่อสมรรถภาพทางกายและการทรงตัวในสตรีที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารกายภาพบำบัด*, 40(3), 120-133.
- กรรณิการ์ เงินดี. (2564). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). *รายงานประจำปี NCDs 2565*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ : การจัดการความเครียด*. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- คุณัญญา มาสดีไส, ปัทมา เกิดกาญจน์, และรุ่งชัย ชวนไชยะกุล. (2565). การออกกำลังกายเพื่อลดความดันโลหิตสูง: กลไกเชิงวิทยาศาสตร์. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 23(1), 1-21.
- จรรยา สันตยากร. (2554). *การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน*. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- จอมใจ ภักดีพินิจ และณัฐพล วงษ์ชวลิตกุล. (2557). รูปแบบการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Online Social Network) ของคนวัยทำงานในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 10(1), 239-247.

- เฉลิมพล คุ่มศรี. (2557). *การจัดการการใช้ดนตรีพื้นบ้านล้านนาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุติมา ชลาชนเดชะ. (2560). *หัวข้อกิจกรรมทางกายของไทย: คู่มือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล, และพัชรภาพ เกิดมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 57-73.
- ชัชดนัย มุสิกไชย. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์ผสมผสาน*. นนทบุรี: สำนัก การแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- ณิรณัฐ วรโธสง, อนุวัฒน์ สุรินราช, จิราภรณ์ จำปาจันทร์, ศิริลักษณ์ วงศ์เครือสอน, ลัดดาวรรณ บุระเนตร, ดวงกมล พลวงค์ษา, ... ลัดดาวรรณ เคี่ยมก้อม. (2564). ผลของโปรแกรมป้องกันความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 1-13.
- ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของ การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(2), 42-60.
- ทินนรงค์ เรทนู. (2562). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิต สูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอหนองบัว จังหวัดนครพนม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทิตนา แก้วมณี. (2553). *ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธัญญ์ธัม ธนวิดิอภิชาติโชติ. (2566). *การจัดการอารมณ์ของวัยรุ่น*. *วารสารมหาปชาบดีเถรีปริทรรศน์*, 1(1), 35-43.

- ธนาภรณ์ ปิ่นแก้ว, วิณา เทียงธรรม, และปาหนัน พิษยภิญโญ. (2565). ผลของโปรแกรมการ
ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกัน
การเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือด
สมองครั้งแรกที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(3), 36-51.
- ณัฐาวรัตน์ จีระรัตน์ และธีรศักดิ์ กัญจนพงศ์. (2557). พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของ
ผู้บริโภควัยทำงาน ในเขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
การแพทย์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *Journal of
Health Education*, 41, 62-75.
- ตฤณิศา จำปาวัลย์. (2561). ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(1), 13-20.
- นาอิมะห์ เจาะแว, อิบติซัม กือเตะ, วิษาดา สิมลา, ตัม บัญรอด, และ สุดา ชำนาญรักษ์. (2567). ผลของ
การส่งเสริมสุขภาพต่อการลดค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
ในอำเภอองครักษ์ จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 33(2), 265-275.
- นิพพาน์ สันทรัพย์. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชรฆาตเงียบที่ควรตระหนัก.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28(1), 100-101.
- น้ำอ้อย รักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2557). ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็น
ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและ
การดูแลสุขภาพ*, 32(1), 23-30.
- นฤมล โชว์สูงเนิน. (2560). การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(1), 9-16.
- เบญจ ป้องกันภัย. (2562). *ผลสัมฤทธิ์ของการฝึกดนตรีคลาสสิกที่มีต่อความเครียดในคนวัยทำงาน*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการแพทย์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (The Methodology in
Nursing Research)*. ปทุมธานี: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ. (2564). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดัน
โลหิตไม่ได้สำหรับผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปิยะนุช จิตตบุญท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์, พิมพ์ศา ศักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์ และญนัท วอลเตอร์. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. *วารสารการพยาบาล สงขลานครินทร์*, 41(2), 13-25.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2552). การสูบบุหรี่ของแสงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารหมอชาวบ้าน*, 34(404), 26-29.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที. ปริ้นติ้ง (NPT Printing).
- ประภาส พยมพุกษ์, ญัฐชนน ผุยนวล และสมพร ลอยความสุข. (2567). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้วยวิธีวางย่อนยุคและการควบคุมอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช*, 4(1), 1-14.
- ประสิทธิ์ กิสุขพันธ์. (2558). *หลักการงดสูบบุหรี่*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ปรารณา วัชรานันท์ และอัจฉรา กลับลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-233.
- พิชานันท์ สงวนสุข. (2564). *ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เพ็ชรี รูปะวิเชตร์, สายฝน แสนใจพรม และสมปอง รักษาธรรม. (2565). พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวบาหลีวิทยาลัย ตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ดจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่*, 23(1), 228-239.
- พอใจ พลพิมพ์. (2564). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเชิงขวัญ. *วารสารวิจัยและพัฒนาวัฒนธรรมทางสุขภาพ*, 2(3), 167-175.
- ภัทราวดี แซ่ลี, ภัทราวดี ศรีรัตนโชติ, สหรัฐ กันยะมี, สุธาสินี สุขสะอาด, ญฐกมล ผดาเวช, ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชน. *วารสารราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 3(2), 106-118.

- มิรันตี แพงงา. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 42-52.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่อง เขตสุขภาพที่ 3*. สืบค้น 12 ตุลาคม 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=6d0c58de6b948dd0eac3c736c7584b59
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 12 ตุลาคม 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
- รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกุล, และกาญจนา สุริยะพรหม. (2550). *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- วันทนา เนาววันและอารมณ เอี่ยมประเสริฐ. (2563). การจัดการความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพชีวิตในการทำงาน. *วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์*, 22(1), 223-232.
- วนิดา สาตตระกุลวัฒนา. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิต) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 24-36.
- วรางคณา วสุรัตน์. (2564). การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 4(2), 83-95.
- วรภรณ์ แยมมีศรี และ ปราณี จันธิมา. (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบร่าวงย้อนยุคต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(2), 58-68.
- วรรัตน์ เหล่าสูง, วรณรัตน์ ลาวัง, และพรนภา หอมสินธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(4), 32-45.
- วิศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารการพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 152-165.

วลัญช์ชยา เขยบำรุง, มะลิ โพธิพิมพ์, พงศ์ภัทร ภิญโญ, อารีย์ เชื้อเดช, ฉัตรทอง บุญยภัทรากุล, สมประสงค์ อึ้งวิจิตรอำไพ,...และ วงเดือน ประณีตพลกรัง. (2563). การพัฒนาตำรับอาหารท้องถิ่นที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 6(1), 77-89.

ศุภณัฐกรรณ์ มูลฟู. (2565). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(1), 68-78.

ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563.

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้น 12 ตุลาคม 2566, จาก

https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sistroke/knowledge_detail.asp?id=5

สายสุนี เจริญศิลป์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุปราณี พรหมสุชนันท์. (2564). ผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 77-87.

สุภาพ อิ่มอ้วน, แพรว โคตรรุฉิน, พะนอ เตชะอริก, และธูปนวงศ์ มิตรสูงเนิน. (2561). ผลของดนตรีพื้นบ้านต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 12-23.

สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, ศิริชัย วิริยะธนากร, และ ธีรภัทร ยิ่งชนม์เจริญ. (2564). ลดพฤติกรรมกินเค็มลดความดันเลือดด้วยอุปกรณ์วัดปริมาณเกลือในอาหารหรือ Salt Meter. *วารสารหมอชาวบ้าน*, 43(512), 27-29.

สุวัฒนา เกิดม่วง. (2559). การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายแบบวิถีไทยของประชาชนบ้านท่าระหัด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(1), 66-78.

สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า. (2562). *เลิกดื่มเหล้ากันเถอะนะ*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2562*. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

- อุษา วงษ์อนันต์, ยุภาพร นาคกลิ้ง, และมณฑิรา เหมือนจันทร์. (2565). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้พฤติกรรมสุขภาพ และความดันเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 33(2), 16-30.
- เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล, และวิริณธ์ กิตติพิชัย. (2563). ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดขอนแก่น. *Journal of Health Science Research*, 14(2), 82-92.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- เอื้อจิต สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และ วัชรวิทย์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 419-429.
- อมรรัตน์ ลือนาม, นิลาวรรณ งามขำ, ดวงหทัย แสงสว่าง, วิภาวรรณ เพ็งพานิช, กมลทิพย์ รัตนสุวรรณชัย, วชรตล เส็งลา, และ กิตติ ประจันตเสน. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสาร มอก. วิชาการ*, 23(1), 93-106.
- อรพินท์ สีขาว. (2563). *พยาธิสรีรวิทยา : สำหรับนักศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2556). การออกแบบแบบสอบถามสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- อรพรรณ ศฤงคาร, อังสนา บุญธรรม, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจริญตน, และภูษิต ประคองสาย. (2564). ต้นทุนต่อวันการนอนในคืนให้บริการการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(4), 407-421.
- He, Y., Guo, L., Liu, Y., Wei, M., Guo, Y., Dong, X., ...Zhang, M. (2021). Can Goal-Based Health Management Improve the Health Knowledge, Health Belief and Health Behavior in People at High Risk of Stroke? A Non-Randomized Controlled Trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17(1), 3085–3095.
- Parikshith, J & Rekha, M. (2022). Study of Risk Factors in Stroke Among Young Individuals at a Tertiary Care Hospital: A Retrospective Study. *Journal Of Association Of Physicians Of India*. Retrieved from <https://oa.mg/work/35443414>

- Setiawati, E. (2020). Erdanela model stroke prevention service application to reduce risk factors and identification of stroke risk levels in the elderly in nursing homes. *The Saybold Report*, 109(17), 1562-1572. doi: 10.5281/zenodo.7118100
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). *The Health Belief Model. In Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. (2018). ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*, 39(33), 3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
- World Health Organization. (16 March 2022). *Hypertension*. Retrieved April, 12 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- Zhang, L., Wang, M., Deng, C., Lin, M., Chen, J., & Wan, L. (2022). Ecological model of health behavior of hypertensive stroke patients at the end of recovery period. *JCN Journal of clinical nursing*, 32(13). doi: 10.1111/jocn.16566
- Zhuoran, L., Jingjing, L., Lijun, Y., Juxiang, T., Fenyan, Z. & Lihong, W. (2022). Effects of a digital learning platform on health behaviours in stroke patients from baseline to 6 months after discharge: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardio-vascular Nursing*. Retrieved from <https://academic.oup.com/eurjcn/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurjcn/zvad025/7040402?redirectedFrom=fulltext>



ภาคผนวก



NU iThesis 64061304 thesis / recv: 22112567 23:13:39 / seq: 21
2921288404

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ศรีพรหม หัวหน้าภาควิชาพลศึกษาและกีฬามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2. แพทย์หญิงเหมือนจันทร์ วรรณาสีโชค แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี
3. นางสาวศุภานันท์ ทองทวีโกศล อาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
4. นางสาวนิสา ครุฑจันทร์ อาจารย์พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
5. นางสาววัชรมา เมืองแก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี



ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

AF 11/6.0

COA No. 364/2023

IRB No. P2-0386/2566



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ** : ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร
- ผู้วิจัยหลัก** : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิศา ปะติงสุธาทิ
- สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์
- ผู้ร่วมวิจัย** : นางสาวปวีณา แสนบุญมา
- วิธีพิจารณา** : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. IF01 Research Ethical Application (Non-Intervention Study) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2566
2. IF02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 ตุลาคม 2566
3. IF03 สำหรับกลุ่มทดลองเครื่องมือมีอายุ 20 ปีขึ้นไป สำหรับกลุ่มทดลองที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป/ สำหรับกลุ่มควบคุมที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป วันที่ 25 พฤศจิกายน 2566
4. IF04 สำหรับกลุ่ม try out ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป รพ.สต.วังจันทน์/ สำหรับกลุ่มทดลองที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป: รพ.สต.ชายเคือง/ สำหรับกลุ่มควบคุมที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป : รพ.สต.บึงบ้าน/ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 ตุลาคม 2566
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ตุลาคม 2566
6. IF05 CV Investigator and Co- Investigators เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 ตุลาคม 2566

7. แบบคัดกรองข้อมูลและแบบสอบถาม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2566
8. IF06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 05 ตุลาคม 2566



ภาคผนวก ค แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและระดับความดันโลหิตในกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จังหวัดกำแพงเพชร

คำชี้แจง แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 36 ข้อ

คำตอบของผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบ
ต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด



นางสาวปาลิดา แสนบุญมา

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

กลุ่ม ☐ ทดลอง ☐ ควบคุม

ลำดับที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง หรือเติมคำ ในช่องว่าง ให้สมบูรณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ
() โสด () สมรส () หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() ปวช./ปวส./อนุปริญญา () ปริญญาตรี () ปริญญาโทหรือสูงกว่า
5. อาชีพ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() ค้าขาย () เกษตรกรรม
() รับราชการ () อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้.....บาทต่อเดือน
7. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการรับประทานยา

จำนวน 36 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้น 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความในข้อนั้นใน 1 สัปดาห์

ข้อ ที่	พฤติกรรมป้องกัน โรค	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
ด้านการรับประทานอาหาร						
1	ท่านรับประทานเค็มและ ปรุงอาหารจากน้ำปลา เกลือ กะปิ ปลาร้า เพิ่ม รสชาติอาหาร					
2	ท่านใช้ผงชูรส ชุปก้อน เครื่องแกงสำเร็จรูป ปรุง อาหาร ร่วมกันน้ำปลา เกลือ กะปิ ปลาร้า					
3	ท่านไม่ปรุงเครื่องปรุง อาทิ น้ำปลา ในอาหารแต่ ละมือ					
4	ท่านไม่รับประทานอาหาร หมักดอง เช่น หน่อไม้ ดอง ผักกาดดอง ปลาร้า					
5	ท่านไม่รับประทานอาหาร ที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม หมูเค็ม เนื้อเค็ม					



ข้อ ที่	พฤติกรรมป้องกัน โรค	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
6	ท่านรับประทานผักใบ เขียว และผลไม้					
7	ท่านใช้น้ำมันปาล์มในการ ประกอบอาหารทุกชนิด					
8	ท่านไม่รับประทานอาหาร ที่มีส่วนประกอบของกะทิ					
9	ท่านใช้น้ำมันทอด เป็น น้ำมันปาล์ม					
10	ท่านดื่มกาแฟสำเร็จรูป (ทรูอินวัน) หรือกาแฟเติม ครีมเทียม (คอฟฟี่เมต)					
ด้านการออกกำลังกาย						
11	ท่านอบอุ่นร่างกายและ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลัง ออกกำลังกายทุกครั้ง					
12	ท่านทำกิจกรรมทางกาย เช่น กวาดดูบ้าน เช็ดหน้า ต่าง ล้างรถ ตัดหญ้า ทำ สวน ต่อเนื่องอย่างน้อย 45-60 นาทีต่อวัน					
13	ท่านออกกำลังกายหรือมี กิจกรรมทางกาย โดย วิธีการต่างๆ เช่น เดินร่ำ วง 3ส. เดินแอโรบิก ปั่น จักรยาน					

ข้อ ที่	พฤติกรรมการป้องกัน โรค	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
14	ท่านออกกำลังกายไม่ต่อ สม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มี เพื่อนร่วมออกกำลังกาย					
15	ขณะที่ท่านออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกาย ท่านรู้สึกหัวใจเต้นเร็วขึ้น กว่าปกติ ไม่สามารถ พูดคุยกับผู้อื่นได้จนจบ ประโยคโดยไม่ต้องหยุด เพื่อหายใจ					
16	ท่านออกกำลังกายจาก การกระตุ้นเตือนของสื่อ โซเชียล เช่น แอปพลิเคชัน ไลน์ เฟสบุ๊ก ติกต็อก					
ด้านการจัดการอารมณ์						
17	หากท่านรู้สึกเครียด หรือไม่สบายใจ ท่านจะ พูดคุยระบายกับคน ใกล้ชิด					
18	ท่านรู้สึกเครียดหรือไม่ สบายใจ เมื่อต้องรับฟัง ปัญหาของบุคคลรอบข้าง เช่น การเงิน ทะเลาะกับ บุคคลอื่น คนใน ครอบครัววัดติยาเสพติด					

ข้อ ที่	พฤติกรรมป้องกัน โรค	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
19	ท่านจัดการอารมณ์หรือ ความเครียด โดยวิธีการ ฟังดนตรี ฟังเพลง ร้อง เพลง ดูละคร อ่านหนังสือ หรือทำสมาธิ					
20	ท่านเครียดหรือไม่สบาย ใจ หลังได้รับข่าวสารเชิง ลบ เช่น เด็กถูกทารุณกร รม น้ำมันแพง การก่อการ ร้าย จากโทรทัศน์ สื่อโซ เชียล					
21	ท่านทราบว่าความเป็น ความดันโลหิตสูง หาก ท่านควบคุมความเครียด ไม่ได้ จะมีความเสี่ยงสูงที่ จะเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต					
ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา						
22	ท่านสูบบุหรี่ เมื่อรู้สึก เครียด หรือไม่สบายใจ					
23	ท่านไม่รู้สึกริอยากสูบบุหรี่ เมื่อได้เห็นสิ่งกระตุ้น เช่น การชักชวนจากกลุ่มเพื่อน โฆษณา ร้านค้า หรือจุด ขาย					
24	ท่านไม่เคยสูบบุหรี่					

ข้อ ที่	พฤติกรรมกำรป้องกัน โรค	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
25	ท่านเคยมีอาการ เจ็บ หน้าอก เหนื่อยง่าย เวียน ศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท่านยังคงสูบบุหรี่					
26	ท่านเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากสัมพันธ์ภพใน ครอบครัว และสังคมเริ่ม เป็นไปในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทะเลาะ ไม่มีคนอยาก ใกล้ชิด					
27	ท่านดื่มสุรา เมื่อรู้สึกไม่ สบายใจ					
28	ท่านปฏิเสธเมื่อได้รับการ ชักชวนไปสังสรรค์และดื่ม สุรจากกลุ่มเพื่อน					
29	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาแดง เพียงวันละ 1 เป็ก					
30	ท่านเคยมีอาการ มีน ศีรษะ เวียนศีรษะ ปาก เปี้ยว ท่านยังคงดื่มกาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น M150 ฉลาม กระทั่งแดง คาราบาวแดง เรดดี สปอนเซอร์					



2921288404

NU :Thesis 64061304 thesis / recv: 22112567 23:13:39 / seq: 21

ข้อ ที่	พฤติกรรมกำรป้องกัน โรค	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
31	ทำนลดปริมาณหรือเล็ก ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม ของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตอง					
ด้านการรับประทนยา						
32	เมื่อลืมรับประทนยา ท่านจะรับประทนทันที ด้วยท่านกลัวที่จะเกิดอัม พฤต อัมพาด					
33	ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยา โรคความดันโลหิตสูงด้วย ตนเอง เมื่อท่านรู้สึกว่า ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ด้วยตนเอง					
34	ท่านเก็บยาในบริเวณที่ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มี แสงส่องถึงโดยตรงและไม่ อับชื้น เพื่อป้องกันยา เสื่อมประสิทธิภาพได้					

ข้อ ที่	พฤติกรรมการป้องกัน โรค	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
35	ยาของท่านหมดก่อนเวลา นัด ไม่มีคนในครอบครัว พาไปหาหมอ ท่านจึง แก้ปัญหาโดยนำยาของ ผู้อื่นที่เหมือนกันมา รับประทาน					
36	ใบนัดระบุวัน เวลาที่ ชัดเจน ตัวอักษรโตพอที่ ท่านอ่านได้ด้วยตนเอง ท่านจึงเข้ารับการตรวจ จากแพทย์ตรงตามวัน และเวลาที่นัดหมาย					



2921288404

ภาคผนวก ง โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ฯ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของสเตชเชอร์และโรเซนสต็อก (Stretcher & Rosenstock, 1997) ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเองกับกลุ่มทดลอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองทบทวนตัวเองในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง และประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมิน Thai CV Risk Score ผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื้อหาประกอบด้วย อาการของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการใช้สไลด์นำเสนอ

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลอง ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อชี้ให้กลุ่มทดลองรับรู้อันตราย ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และนำเสนอตัวแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

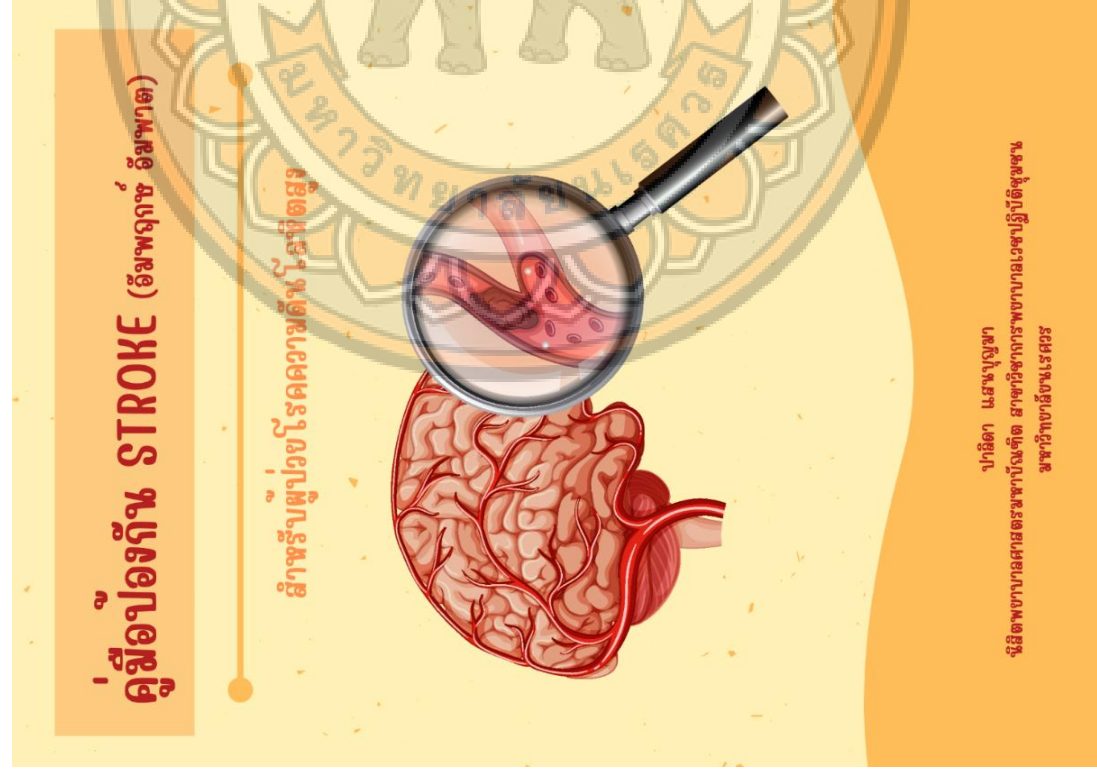
กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองในประเด็นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งด้านดีและไม่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล วิเคราะห์ความเต็มในอาหารที่ปรุงจากแต่ละครัวเรือน ผู้วิจัยสาธิตการปรุงเมนูสุขภาพ ผู้วิจัยสาธิตและให้กลุ่มทดลองสาธิตกลับการออกกำลังกายวิถีชุมชน 3 ส. จัดให้ฟังดนตรีพื้นบ้าน ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิต และบรรยายการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ประกอบสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งแจกคู่มือและแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเด็นความสำเร็จ อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ผู้วิจัยกิจกรรมกระตุ้นเตือนเป็นข้อความ เนื้อหาเป็นรูปภาพหรือวีดิโอการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านแอปพลิเคชัน Facebook สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตและติดตามพฤติกรรมรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการลด ละ เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ปัญหา/อุปสรรคของกลุ่มทดลองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบันทึกลงในแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเองของกลุ่มทดลอง พร้อมกับชมเชยให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง





คำนำ

คู่มือป้องกัน STROKE (อัมพาต) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้ มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง โดยในคู่มือประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนให้ข้อมูล และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือป้องกัน STROKE (อัมพาต) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่สนใจได้เป็นอย่างดี

ปาลิดา แสนบุญญา
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

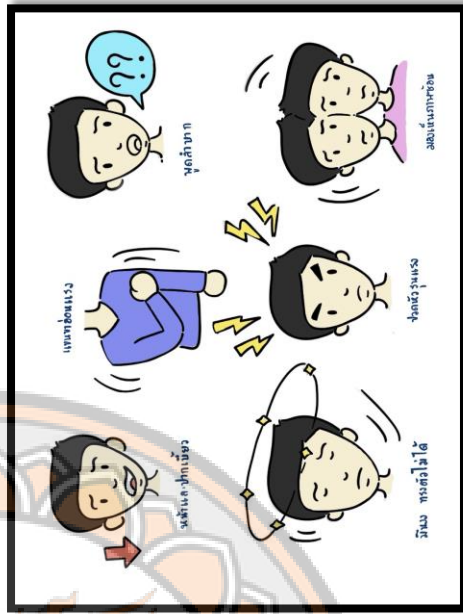
สารบัญ

1

โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง โดยสมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออก ส่งผลทำให้เนื้อสมองถูกทำลาย จนกระทั่งเกิดการทางระบบประสาท โดยอาการและการแสดงจะเกิดขึ้นมากกว่า 24 ชั่วโมง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง



เรื่อง	หน้า
โรคหลอดเลือดสมอง	1
อาการของโรคหลอดเลือดสมอง	1
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2
พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2
การควบคุมระดับความดันโลหิต	5
การรับประทานอาหาร	9
การออกกำลังกาย	12
การจัดการอารมณ์	13
การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา	15
การรับประทานยา	17
เอกสารอ้างอิง	

3

สูง คือ มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต

ตารางการแปลผลค่าระดับความดันโลหิต สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้มีการจำแนกระดับความดันโลหิตสูงไว้เป็นระยะระยะดังนี้

ระดับ	ขณะหัวใจ บีบตัว	ขณะหัวใจ คลายตัว
เหมาะสม	< 120	และ < 80
ปกติ	120-129	และ 80-84
สูงกว่าปกติ	130-139	และ 85-89
สูงกว่าปกติระดับที่ 1	140-159	และ/หรือ 90-99
สูงกว่าปกติระดับที่ 2	160-179	และ/หรือ 100-109
สูงกว่าปกติระดับที่ 3	> 180	และ/หรือ > 110

2

- ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- ☒ อายุ อายุที่มากมีโอกาสมากขึ้น 20 เท่า
 - ☒ เพศ เพศชายเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง
 - ☒ ชาติพันธุ์ คนผิวดำมีการเจ็บป่วยมากกว่าคนผิวขาว
 - ☒ พันธุกรรม
 - ☒ ภาวะความดันโลหิตสูง
 - ☒ สูบบุหรี่
 - ☒ โรคเบาหวาน
 - ☒ มีภาวะไขมันในเลือดสูง
 - ☒ มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. การควบคุมระดับความดันโลหิต

ภาวะความดันโลหิตสูง เกิดจากสภาวะผิดปกติกว่าระดับปกติของคนทั่วไป ค่าความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นค่าความดันโลหิตที่มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดน้อยที่สุด แต่การวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิต

ที่มา: ดัดแปลงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป
พ.ศ.2562

4

การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง

- ไม่พูดกัน ไม่เกร็งมือ เพราะจะทำให้การเต้นของหัวใจ

ไม่สม่ำเสมอ ค่าของความดันโลหิตอาจเปลี่ยนไปได้

- วัดความดันโลหิต อย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 3-5 นาที ในรายที่พบความผิดปกติ โดยนำค่าซิสโตลิก (ค่าตัวบน) ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 บวกกันแล้วหาร 2 จะเท่ากับค่าเฉลี่ยซิสโตลิก (ค่าตัวบน) และค่าไดแอสโตลิก (ค่าตัวล่าง) ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 บวกกันแล้วหาร 2 จะเท่ากับค่าเฉลี่ยไดแอสโตลิก (ค่าตัวล่าง)

- แนะนำให้วัดที่แขนทั้งสองข้างในการวัดความดันโลหิตในครั้งแรก และถ้าค่าความดันโลหิตที่วัดต่างกันเกิน 20 มิลลิเมตรปรอท ให้ส่งต่อพยาบาลหรือแพทย์

ข้อควรรู้

- ควรอยู่ในห้องที่อุณหภูมิไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป
- ไม่ควรใส่เสื้อแขนยาวขณะวัดความดันโลหิต
- ขณะวัดความดันโลหิตไม่ควรมีความเครียด หรือปวดปัสสาวะ
- ควรดื่มน้ำและกาแฟ ก่อนวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที

5

- ควรนั่งพัก 5 นาที ก่อนวัดความดันโลหิต
- ห้ามนั่งไขว่ห้าง ควรนั่งหลังพิงพนัก เก้าอี้ 2 ข้าง ควรอยู่บนพื้น



2. การรับประทานอาหาร

2.1 ลดอาหารไขมันสูง

ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อ นม ผู้ที่รับประทานยาลดไขมันอยู่สามารถรับประทานไข่ทั้งฟอง 2 ถึง 3 ฟองต่อสัปดาห์ ลดรับประทานไขมัน ของทอด งดรับประทานขนมปัง เค้ก หรือของทอดซ้ำ ควรใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าวหรือรับประทานไขมันจากปลาทะเลและปลาน้ำจืด

2.2 ลดอาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง

6

รับประทานอาหารที่มีรสเค็มลดลงครึ่งหนึ่ง และลดเครื่องดื่มที่มีรสเค็มลง เช่น เครื่องดื่มผสมเกลือแร่ ลดการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิ ผงชูรสในอาหาร

2.3 ลดอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้

2.4 เพิ่มผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด รับประทานผักสดมื้อละ 2 ฝ่ามือพูนหรือผักสุกมื้อละ 1 ฝ่ามือพูน ผลไม้ที่รสชาติไม่หวาน หรือรับประทานผลไม้อย่างน้อยครั้งก็เลือกมารับประทาน

นอกจากการควบคุมชนิดและปริมาณสิ่งที่รับประทาน หลักในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรปฏิบัติตามแนวทาง (กรมควบคุมโรค, 2560) ดังนี้

1. ฝึกนิสัย “จิมก่อนดื่ม รับประทานอาหารรสชาติพอ” (ไม่หวาน มัน เค็ม)
2. ปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ยำและผัดที่ใช้น้ำมันมากกว่าอาหารทอด หรือของคาวที่มีกรดไขมันชนิดทรานส์ เช่น อาหารอบหรือเบเกอรี่ อาหารทอดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่มี

คอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ กุ้ง ปลาหมึก หนั๋งเกี๋ ขาหมู ของทอด น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ

3. ลดการใช้ น้ำปลา เกลือและเครื่องปรุงรส หันมาใช้เครื่องเทศและสมุนไพรแทน เช่น หัวหอม กระเทียม ขิง พริกไทย มะนาว ผงกระหรี่

4. ไม่วางเครื่องปรุงรสต่าง ๆ เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว น้ำตาล กระเทียมเจียว ไว้บนโต๊ะอาหาร

5. เลือกซื้อผัก ผลไม้และเนื้อสัตว์ (ปลา ไก่ไม่ติดหนังติดมัน) ที่สดใหม่มาปรุงอาหารรับประทานเอง

6. ควรอ่านฉลากอาหารทุกครั้ง และหลีกเลี่ยงการซื้ออาหารกระป๋องหรืออาหารสำเร็จรูปที่มีปริมาณโซเดียมสูง

7. เพิ่มปริมาณการรับประทานผักหลากหลายสีและผลไม้รสไม่หวานให้มากขึ้น เช่น มะละกอ ฝรั่ง ชมพู ส้ม ฯลฯ

อาหารที่รับประทานได้

ชนิดของอาหาร	อาหารที่ควรงด	อาหารที่รับประทานได้	อาหาร
เนื้อสัตว์	หอย เปาฮ้อย ปู กุ้ง ปลาแซ่เย็น-แข็ง เนื้อ ปลากรอบอง เนื้อเค็ม เนื้อตากแห้ง แฮม และปลารมควัน น้ำเนื้อ ซุป น้ำเนื้อ ซุปน้ำใส	เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อปลา หอยนางรม	ไขมัน น้ำมันที่ไม่ใส่เกลือ เนยที่ไม่เกลือ น้ำสลัดที่ไม่ใส่เกลือ เนยถั่วลิสง น้ำมันจากเบคอน
เนยแข็ง	เนยแข็งทุกชนิด	เนยแข็ง ทำ ฟา ฟิ เติ มิ โยเดียมต่ำ	ซูป ซูปทุกอย่างที่ไม่ใส่เกลือ ซูปน้ำใสจากน้ำต้มกระดูกและเนื้อ แม้จะไม่เติมเกลือ
ไข่	ไข่เค็ม ไข่เยี่ยวม้า ไข่แดง	ไข่สดทุกชนิด ประกอบเป็นอาหาร โดยไม่ปรุงรสให้เค็ม	น้ำอัดลม ช็อคโกแลต ลำไย รสจืด
นม	นมเปรี้ยว	นมอื่นทุกชนิด	อาหารหวาน/ของหวานทุก อย่างที่ไม่ใส่เกลือ ผงฟู
ผัก	ผักกระป๋องหรือแช่แข็งที่ใส่เกลือและสารกันบูดที่มีโซเดียม ผักดอง น้ำมันมะเขือเทศ มันทอดกรอบใส่เกลือ	ผักสด ผักกระป๋องหรือแช่แข็งที่ไม่ใส่เกลือ	ทุกชนิดที่ไม่มีเกลือ ผงฟู น้ำมัน เยลลี่ที่ไม่ใส่สารกันบูด ไม่ใส่เกลือ เครื่องเทศที่ไม่มีโซเดียม ผักใบที่ใช้ปรุงรสชนิดที่ต่าง ๆ

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561

3. การออกกำลังกาย

เป็นการกระทำกิจกรรมที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อ
การสร้างเสริมสุขภาพตนเอง โดยมีหลักการออกกำลังกาย FITT ได้แก่

- F - FREQUENCY (ความถี่ของการออกกำลังกาย)
- I - INTENSITY (ความหนักของการออกกำลังกาย)
- T - TIME (เวลาในการออกกำลังกาย)
- T - TYPE (ประเภทของการออกกำลังกาย)

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหว
ร่างกายในอิริยาบถต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการใช้พลังงานจากกล้ามเนื้อโครง
ร่าง หรือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทำให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญพลังงาน

กิจกรรม	ระยะเวลา
ล้างรถ	45-60 นาที
เข็นหน้าต่างหรืออุปกรณ์	45-60 นาที
ทำสวน	30-45 นาที
เดินประมาณ 2.8 กม.	35 นาที
ขี่จักรยานประมาณ 8 กม.	30 นาที
เดินร่าจิ้งหรีดเร็ว	30 นาที
กวาดหญ้า โยโย่หญ้า	30 นาที

กิจกรรม	ระยะเวลา
แอโรบิกในน้ำ	30 นาที
ว่ายน้ำ	20 นาที
เล่นบาสเกตบอล	15-20 นาที
ขี่จักรยานประมาณ 6.4 กม	15 นาที

ที่มา: ชนิตา ประดิษฐ์สุภาพร, 2560. น.31

ดังนั้น การออกกำลังกายหรือการที่บุคคลปฏิบัติ
กิจกรรมทางกาย ควรปฏิบัติโดยยึดตามหลัก FITT จะทำให้เกิด
ประสิทธิภาพ ซึ่งในกลุ่มคนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
ควรออกกำลังกายปฏิบัติกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางและ
ระดับหนักมาก เน้นความสม่ำเสมอ อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์
โดยทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง และสะสมให้ครบ 150
นาทีภายในหนึ่งสัปดาห์ โดยสามารถประเมินหรือสังเกตระดับความ
หนักของการออกกำลังกายได้ดังนี้ ระดับปานกลาง จะมีอาการหายใจเร็ว
ขึ้นกว่าปกติ รู้สึกถึงความเมื่อย แต่ไม่มีอาการหอบ มีเหงื่อออก
ชุ่มเล็กน้อย สามารถพูดประโยคสั้นๆ ได้ ระดับหนัก เพื่อลดความ
เสี่ยงของการเกิดโรค และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของตนเอง จะมี
อาการหายใจแรง อัตราการเต้น

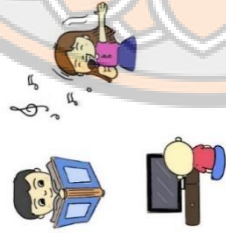
4. การจัดการอารมณ์

ความเครียด หมายถึง การที่บุคคลสามารถหาวิธีจัดการ
ความเครียดและปรับตัวต่อสถานการณ์รอบข้างได้อย่างมี
ประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งความเครียดเป็นสาเหตุของการเกิด
โรคแทรกซ้อนอื่นได้ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ โรคซึมเศร้า

- โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด
- การฟังเพลง ร้องเพลง
- การทำไร่
- การดูหนัง ดูละครตลก
- การอ่านหนังสือ

ดนตรีมีผลต่อร่างกาย และจิตใจ เช่น ความเร็วของจังหวะดนตรี มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเต้นของหัวใจ การหายใจ การทำงานของกล้ามเนื้อและอวัยวะของบุคคล ดนตรีจึงมีประสิทธิผลเชิงบวกต่อสุขภาพหลายประการ เช่น ลดความวิตกกังวล บรรเทาอาการเจ็บปวด ลดภาวะเครียด ลดอาการซึมเศร้า ช่วยเปลี่ยนแปลงความสนใจ และทำให้เกิดสงบได้ (Brucia, 2014 อ้างใน วิชญ์ บุญรอด, 2564)

เสียงดนตรีที่ได้ยินจะไปกระตุ้นสมองใหญ่ให้มีการส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นสมองส่วนกลาง และกระตุ้นการหลั่งสารอะเซทิลโคลีน ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ขยายหลอดเลือด จึงทำให้ความดันโลหิตลดลงทั้งความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ซึ่งในการฟังดนตรีเพื่อบำบัดที่เหมาะสม ควรฟัง 30-31 นาทีทุกวัน



5. การสูบบุหรี่/สุรา

เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากผู้สูบบุหรี่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากควันสายหลักแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างได้จากควันสายเคียง ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน หากหยุดบุหรี่ได้ 2-5 ปี โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะลดลง และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจาก การดื่มสุราส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเกิดการแตกของหลอดเลือดในสมอง ร่วมกับการที่ระดับความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้างต้น เห็นได้ว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากกลุ่มเสี่ยงสามารถลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และการดื่มสุราได้ จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน



6. การรับประทานยา

ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานยา

13. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง

14. ในกรณีรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่

ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง และรับประทานในวันต่อไปตามขนาดปกติ หาก

ลืมรับประทานยามากกว่า 2 วัน ให้ปรึกษาแพทย์ที่รักษา

15. ไม่ควรใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs สมุนไพร หรือ อาหาร

เสริมทุกชนิด

16. แจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ทุกครั้งที่มีการรักษาว่า

รับประทานยาต้านการแข็งตัวของลิ้มเลือด

17. ควรรับประทานอาหารที่มีปริมาณของผักใบเขียวเท่า ๆ กัน

ทุกมื้อ เนื่องจากวิตามินเคมักจะพบในผักใบเขียว ซึ่งลดประสิทธิภาพการ

ออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของลิ้มเลือด

18. ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์

19. ควรเตรียมยาให้เพียงพอเมื่อต้องเดินทาง และพกบัตร

ประจำตัวการใช้ยาต้านการแข็งตัวของลิ้มเลือดติดตัวเสมอ

20. ควรรับประทานอาหารในเวลาเดียวกันทุกมื้อทุกวันเพื่อ

สร้างพฤติกรรมการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ

21. ไม่ควรแกะเม็ดยาออกจากแผงพอยล์ ว่างหน้าเพราะ

อาจทำให้ยาขึ้นชั้นและเสื่อมสภาพ

22. ควรเก็บยาไว้ในอุณหภูมิห้อง ไม่ควรแช่เย็นและไม่ใช้ยา

ที่หมดอายุ

23. เก็บยาไว้กับตัวเสมอเมื่อเวลาเดินทางไม่เก็บยาไว้ในกระเป๋

เสื้อผ้า และควรเตรียมยาให้เกินปริมาณที่จะใช้สักเล็กน้อย



สมาคมความมั่นคงปลอดภัยสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แผนยุทธศาสตร์การ

โรคความมั่นคงปลอดภัยสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ผลิต

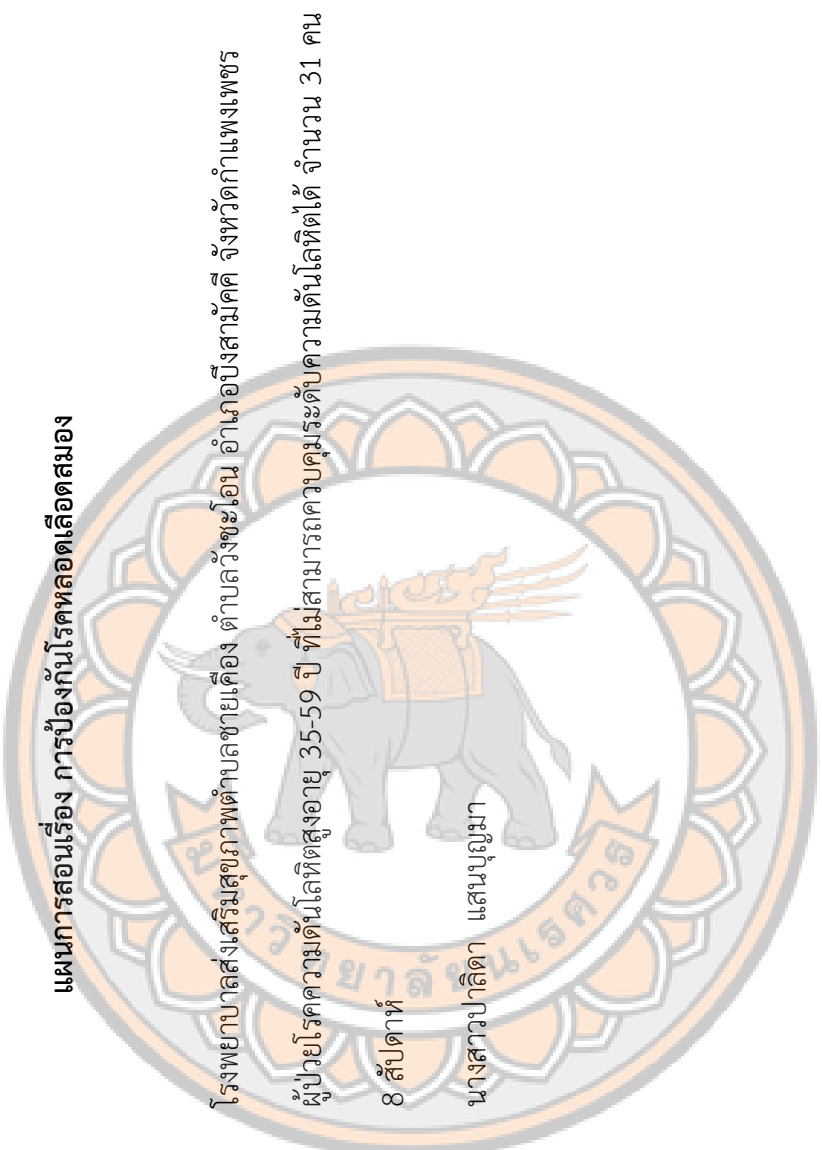
จึงค.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560).

คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน.

(พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.





ผู้จัดพิมพ์

บรรณารักษ์

พิมพ์

ฉบับที่

สงวนลิขสิทธิ์

สงวนลิขสิทธิ์

ลำดับ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมินผล	ผลการประเมิน
ลำดับที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ของการเกิด โรคหลอดเลือด สมอง	1. เพื่อสร้าง การรับรู้โอกาส เสี่ยงของการ เกิด ภาวะแทรกซ้อน จากโรค 2. เพื่อให้กลุ่ม ทดลองได้ ทบทวนตนเอง เกี่ยวกับปัญหา สุขภาพของ ตนเอง	ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สวัสดิ์ด๊ะ ดินขึ้นนางสาวปาลิ ดา แสงบุญมา เป็นนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเรศวร ดินขึ้นศึกษาเป็นอยู่อย่างที่ได้มา พบกับทุกทำในวันนี้ เพื่อเป็นการทำความเข้าใจกับ มากขึ้น ดินขึ้นขอให้ทุกท่านแนะนำตัวเอง เริ่มจากด้าน ซ้ายมือของดิฉันก่อน..... โดยวัตถุประสงค์ที่เราพบ กันวันนี้ คือ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และลดระดับ ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งถ้าไม่สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อาจ เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับประทานอาหาร อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่	พาวเวอร์ พอย เรื่องการรับรู้ โอกาสเสี่ยง ของการเกิด โรคหลอดเลือด สมอง	90 นาที	กลุ่มทดลอง มีความ สนใจ และ ปฏิกิริยา ตอบกลับ	กลุ่ม ทดลอง ตั้งใจฟัง ผู้วิจัย สบายใจ ยิ้ม และ กล่าว ทักทาย พร้อมทั้ง ปฏิบัติ กิจกรรม ตามที่ ผู้วิจัยจัด ขึ้น

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวเรื่อง/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		สิบบุหรี่ ไม่เต็มสุรา และการรับประทานยาที่ถูกต้อง สามารถป้องกันเกิดโรคหลอดเลือดสมองและลด ระดับความดันโลหิตได้ค่ะ ก่อนดำเนินกิจกรรม ดิฉัน ขออนุญาตสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เดิมของการ เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนค่ะ 1. ท่านคิดว่าทำไมตนเองถึงเป็นโรคความดัน โลหิตสูงได้ 2. ท่านคิดว่าทำไมสามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับที่ปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หรือไม่ อย่างไร ให้กลุ่มทดลองประเมินความเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของตนเอง โดยใช้แบบประเมิน Thai CV Risk score ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคที่เกิดจาก				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง โดยสมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออก ส่งผลทำให้เนื้อสมองถูกทำลาย จนกระทั่งเกิดอาการทางระบบประสาท โดยอาการและการแสดงจะเกิดขึ้นทันทีทันใดและมีการคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือสาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปสามารถแบ่งอาการและการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองตามตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง ดังนี้ 1. ความผิดปกติเกิดขึ้นกับสมองซีกซ้าย ความผิดปกติที่พบ ได้แก่ อ่อนแรง บกพร่องในการพูด ความจำเกี่ยวกับการพูด การสื่อสาร การคิดคำนวณ ลานสายตาด้านขวามือผิดปกติ พฤติกรรมเชิงซ้า ระวังตัวระวังวลมากเมื่อต้องทำทักษะใหม่ ๆ มีภาวะซึมเศร้าต่อการสูญเสียหรือความพิการของตนเอง และ				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		ไม่สามารถแยกย้ายและหาได้ 2. ความผิดปกติเกิดขึ้นกับสมองซีก ความผิดปกติที่พบได้บ่อย อ่อนแรงซีกซ้ายแลนสายตาด้านซ้ายเสีย ไม่สนใจร่างกายซีกซ้าย การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้เวลาบกพร่อง ย้ำคิด ย้ำทำ ไม่มีสมาธิ 3. ความผิดปกติเกิดขึ้นกับสมองน้อย อาจทำให้เกิดอาการเดินเซ (ataxia) ปวดศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในส่วนของการอาจทำให้เกิดปัญหาในระบอบทางเดินหายใจ การทำงานของหัวใจ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย สูญเสียการทรงตัว อ่อนแรง ปัญหาด้านการพูด การเคี้ยว การกลืน การมองเห็น และอาจหมดสติได้ จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหรือก่อให้เกิดความพิการระยะยาว ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย การใช้ชีวิตประจำวันการทำงาน ครอบครัว รวมไปถึงภาระค่าใช้จ่ายที่อาจ				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		เพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ 1. อายุ ช่วงอายุที่มากกว่ากัน 20 ปี มีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นเป็น 20 เท่า อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 ปี 2. เพศ เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 3. ชาติพันธุ์ คนผิวดำมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว 4. พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ 1. โรคความดันโลหิตสูง โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของความดันเลือดที่สูง 2. โรคหัวใจชนิดที่มีการเต้นแบบสั่นพริ้ว ผู้ที่เป็น				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		โรคดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดเฉียบพลันเกือบ 5 เท่าของคนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน 3. โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การเป็นโรคเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 2 เท่าของคนปกติ 4. ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงคาโรติด ความเสี่ยงขึ้นอยู่กับความรู้แรงของการตีบแคบของหลอดเลือด 5. การสูบบุหรี่ 6. โรคเบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่เป็น 2 เท่า 7. ภาวะไขมันในเลือดสูง ไขมันชนิดเลวที่สูงกว่าปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยอ้อม 8. การมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ทำให้มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำมากขึ้น 5 เท่าเมื่อเทียบ				

ลำดับ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมินผล	ผลการประเมิน
กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความรู้ความ รุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	เพื่อสร้างการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองให้กลุ่มทดลองและฝึกการคิดวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง	กับผู้ที่ไม่เคยเป็น ก่อนดำเนินการกิจกรรมที่ 2 สอบถามกลุ่มทดลองโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อประเมินการรับรู้โอกาสความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ท่านคิดว่าหากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลอย่างไรกับการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยเสนอโดยใช้วิธีทัศน์นำเสนอตัวอย่างแบบทางบวกและทางลบจากบุคคลที่มีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองให้กับกลุ่มทดลอง และให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองดังนี้ สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง 1. หน้าและปากเบี้ยว 2. แขนขาอ่อนแรง 3. พูดลำบาก 4. มึนงง ทรงตัวไม่ได้	พาวเวอร์พอยต์เรื่อง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	90 นาที	1.กลุ่มทดลองมีความสนใจและปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยเสนอ 2. กลุ่มทดลองสามารถบอกสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ 4 ข้อ	1.กลุ่มทดลองตั้งใจฟังและสนใจวิธีปฏิบัติที่ผู้วิจัยเสนอ 2. กลุ่มทดลองสามารถบอกสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ 6 ข้อ

ลำดับ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมินผล	ผลการประเมิน
		5. ปวดหัวรุนแรง 6. มองเห็นภาพซ้อน จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหรือก่อให้เกิดความพิการระยะยาว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน ครอบครัว รวมไปถึงภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเพิ่มขึ้นได้			จาก 6 ข้อ	
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1. เพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้กลุ่มทดลอง 2. เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติ	ก่อนดำเนินการกิจกรรมที่ 3 สอบถามกลุ่มทดลองโดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามความเข้าใจของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ ได้แก่ ท่านคิดว่าหากท่านมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมจะส่งผลอย่างไร แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน และจัดกิจกรรมออกเป็น 3 ฐาน ดังนี้ 1. อาหารลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด	1. พาวเวอร์พอยต์เรื่อง การรับประทานยา 2. พาวเวอร์พอยต์เรื่อง การออกกำลังกาย	180 นาที	กลุ่มทดลองสามารถตอบคำถามเรื่อง พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง	กลุ่มทดลองบอกพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้ง 5

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
	พฤติกรรม สุขภาพได้ ถูกต้อง	เลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมได้ด้วยการควบคุมชนิดและปริมาณในการรับประทานในแต่ละมื้อ ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนปริมาณรับประทานให้เหมาะสม สำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยมีหลักการรับประทานอาหารที่สำคัญ ดังนี้ 1.1 ลดอาหารไขมันสูง ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อ นม เนย ผู้ที่รับประทานไขมันอยู่สามารถรับประทานไข่ทั้งฟอง 2 ถึง 3 ฟองต่อสัปดาห์ ลดรับประทานของมัน ของทอด งดรับประทานขนมปังเค้ก หรือของทอดซึ่งมีกรดไขมันทรานส์มาก ควรใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าวหรือรับประทานไขมันจากปลาทะเลและปลาน้ำจืด 1.2 ลดอาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง	3. พาวเวอร์พ้อยเรื่อง การจัดการ อารมณ์ 4. คู่มือ ป้องกัน STROKE (อัมพาต) สำหรับ ผู้ป่วยโรค ความดัน โลหิตสูง	อย่างน้อย 3 ด้านจาก 5 ด้าน	ด้าน	

ลำดับ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		รับประทานอาหารที่มีรสเค็มลดลงครึ่งหนึ่ง และลดเครื่องต้มที่มีรสเค็มลง เช่น เครื่องต้มผสมเกลือแร่ สด การเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิ ผงชูรสในอาหาร 1.3 ลดอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้ รับประทานน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา 1.4 เพิ่มผักสดและผลไม้ที่เมทาน้ำจัด รับประทานผักสดมื้อละ 2 ฝ่ามือหรือผักสุกมื้อละ 1 ฝ่ามือพูน ผลไม้ที่รสชาติไม่หวานจัด 15 คำต่อวัน หรือรับประทานผักผลไม้อย่างน้อยครั้งก็ละครึ่งถ้วย การรับประทานยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันซิสโตลิก BP >140 mmHg ค่าความดันไดแอสโตลิก >90 mmHg มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงอาจไม่มีการชัดเจนใน				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		ระยะแรก ทำให้ผู้เป็นโรคนี้และเลยต่อการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม การรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นประจำ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานยา 1. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ควรหยุดหรือปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง 2. ในกรณีลืมรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง และรับประทานในวันต่อไปตามขนาดปกติ หากลืมรับประทานยามากกว่า 2 วัน ให้ปรึกษาแพทย์ที่รักษา				

ลำดับ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		3. ไม่ควรใช้ยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs สมุนไพร หรือ อาหารเสริมทุกชนิด 4. แจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ทุกครั้งที่ได้รับการรักษาว่ารับประทานยาต้านการแข็งตัวของลิ้มเลือด 5. ควรรับประทานอาหารที่มีปริมาณของผักใบเขียวเท่า ๆ กันทุกมื้อ เนื่องจากวิตามินเคมักจะพบในผักใบเขียว ซึ่งลดประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของลิ้มเลือด 6. ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ 7. ควรเตรียมยาให้เพียงพอเมื่อต้องเดินทาง และพกบัตรประจำตัวการใส่ยาต้านการแข็งตัวของลิ้มเลือดติดตัวเสมอ 8. เพื่อให้ผู้ป่วยลิ้มรับประทานยาควรแนะนำให้บุคคลในครอบครัวคอยเตือน 9. ควรรับประทานอาหารในเวลาเดียวกันทุกมื้อทุกวันเพื่อสร้างพฤติกรรมการรับประทานยาให้				

ลำดับ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		สรุปเสมอ 10. ไม่ควรแกะเม็ดยาออกจากแผงฟอยล์ไว้ล่วงหน้าเพราะอาจทำให้ยาขึ้นชั้นและเสื่อมสภาพ 11. ควรเก็บยาไว้ในอุณหภูมิห้อง ไม่ควรแช่ตู้เย็นและไม่ใช้ยาที่หมดอายุ 12. เก็บยาไว้กับตัวเสมอเมื่อเวลาเดินทางไม่เก็บยาไว้ในกระเป๋าสีเสื้อผ้า และควรเตรียมยาให้กินปริมาณที่จะใช้สักเล็กน้อย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำอาหารที่ตนเองนำมาวางบนโต๊ะ เพื่อทดสอบระดับความเค็มของแต่ละเมนู และพิจารณาร่วมกันคะ โดยค่าความเค็มที่อยู่ในระดับเค็มน้อย คือ 30 – 70 %mg/100 ml เมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกท่านได้ทราบค่าความเค็มของอาหารที่ตนเองนำมาตรวจแล้ว เราจะทำการปรุงอาหารร่วมกันเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกท่านได้ทดสอบความเค็มของอาหาร และชิมรสชาติของอาหารที่เหมาะสมกับโรค				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		ความดันโลหิตสูง 2. การออกกำลังกาย (FITT) การออกกำลังกายที่ใดๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความสนุกสนาน การเข้าสังคม โดยใช้กิจกรรมง่ายๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก เต้น การบริหารร่างกาย เพื่อสร้างสุขภาพที่ดี สามารถทำได้ตามหลักการการ FITT ได้แก่ F - FREQUENCY (ความถี่ของการออกกำลังกาย) คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือหากออกกกำลังกายอย่างหนัก ให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยหยุดพักต่อเนื่องไม่เกิน 3 วัน I - INTENSITY (ความหนักของการออกกำลังกาย) คือ ความสามารถในการออกกกำลังกายที่ร่างกายสามารถทำได้ และอยู่ในระดับที่เหมาะสมกับตนเอง				

ลำดับ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวเรื่อง/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		โดยแนะนำให้กำหนดระดับความหนักอยู่ที่ระดับปานกลาง-หนัก และใช้สูตรคำนวณความเหมาะสม ดังนี้ $\text{Target HR reserve} = [(\text{HR max} - \text{HR rest}) \times (\% \text{Intensity desired})] + \text{HR rest}$ การออกกำลังกายระดับปานกลางเหมาะสมกับคนทั่วไปหรือกลุ่มโรคเสี่ยง โดยหัวใจควรเต้น 60 – 70 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยคำนวณจากสูตร อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ = 220 - อายุ (ปี) T - TIME (เวลาในการออกกำลังกาย) เวลาออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ควรมีการกำหนดระยะเวลาขึ้นต่ำไว้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หรืออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยหากเริ่มออกกำลังกาย แล้วไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งเป็นช่วงเวลาได้ โดยเวลาขั้นต่ำของแต่ละช่วงต้องไม่ต่ำกว่า 10 นาที				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		T - TYPE (ประเภทของการออกกำลังกาย) ชนิดของการออกกำลังกายที่ร่างกายมีหลายรูปแบบหรือแตกต่างกัน การออกกำลังกายที่ร่างกายมีรูปแบบสลับกันไป จะทำให้ร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้สุขภาพดี กิจกรรมกาย (Physical Activity) คือ การเคลื่อนไหวร่างกายในวิธีต่างๆ ที่ทำให้เกิดการใช้พลังงานจากกล้ามเนื้อโครงร่าง หรือกล้ามเนื้อที่ใหญ่ ทำให้ร่างกายเกิดกระบวนการผลิตพลังงาน โดยกิจกรรมทางกายแบ่งออกได้เป็น 3 หมวดได้แก่ ● กิจกรรมทางกายในการทำงาน เช่น งานบ้าน/กิจกรรมในครัวเรือน การทำงานเกษตรกรรม การประมง เป็นต้น ● กิจกรรมทางกายในเดินทางจากที่หนึ่งไป				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		ยังอีกทีหนึ่ง เช่น การเดินทางไปทำงาน เป็นต้น กิจกรรมทางกายเพื่อนันทนาการหรือกิจกรรมทางกาย เช่น การออกกำลังกาย เล่นฟิตเนส การเต้น รำวง เป็นต้น ดังนั้น การออกกำลังกายหรือการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ควรปฏิบัติโดยยึดตามหลัก FITT จะทำให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งในกลุ่มคนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ควรออกกำลังกายปฏิบัติกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางและระดับหนักมาก เน้นความสม่ำเสมอ อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ โดยทำต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที/ครั้ง และสะสมให้ครบ 150 นาทีภายในหนึ่งสัปดาห์ โดยสามารถประเมินหรือสังเกตระดับความหนักของการออกกำลังกายได้ดังนี้ ระดับปานกลาง จะมีอาการหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ รู้สึกได้ถึงความเหนื่อย แต่ไม่มีอาการหอบ มีเหงื่อออกซึมเล็กน้อย สามารถพูดคุยประโยชน์ใดๆ ได้				

สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		ระดับหนัก เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของตนเอง จะมีอาการหายใจแรง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นกว่าปกติ รู้สึกเหนื่อยหอบ มีเหงื่อออกมาก ไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ พูดได้เพียงคำสั้นๆ เท่านั้น การร้าว 3ส. คือ การร่วยังย่นยุคที่นำมาประยุกต์กับการออกกำลังกาย ซึ่งประกอบด้วยท่าเต้นท่าร่า 62 จังหวะ โดยย่นนำศิลปะต่างๆของแต่ละภาคมาผสมผสานกัน ได้แก่ ภาคกลาง (จังหวัดระยอง, ภาคอยุธยา) ภาคเหนือ (จังหวัดศรีนวล) ภาคอีสาน (จังหวัดลำพูน, เชียง, ภูเก็ต) การออกกำลังกายแบบร่ว 3ส. สามารถกระทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ได้รับความสนุกสนานจากการออกกำลังกายและฟังเพลง อีกทั้งยังสร้างความสามัคคีภายในครอบครัว และชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอการร้าว 3ส. มาจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดัน				

ลำดับ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวเรื่อง/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		ได้ได้ เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ลดระดับความดันโลหิต และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากนั้น ให้กลุ่มทดลองจัดแถวล้อมรอบเสากลางเป็นวงกลม เพื่อเป็นการฝึกท่าการรำวง โดยมีผู้เชี่ยวชาญในการรำวง 3ส. เป็นต้นแบบท่าทางการรำวง 3. การจัดกิจกรรมและแผนและความคิด การที่บุคคลสามารถหาวิธีการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 1 วิธีทุกครั้ง เช่น การออกกำลังกาย มีกิจกรรมที่เพื่อน เช่น การดูหนัง ฟังเพลง นั่งสมาธิ เป็นต้น คนตรีมีผลต่อร่างกาย และจิตใจ เช่น ความเร็วของจังหวะดนตรี มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเต้นของหัวใจ การหายใจ การทำงานของ				

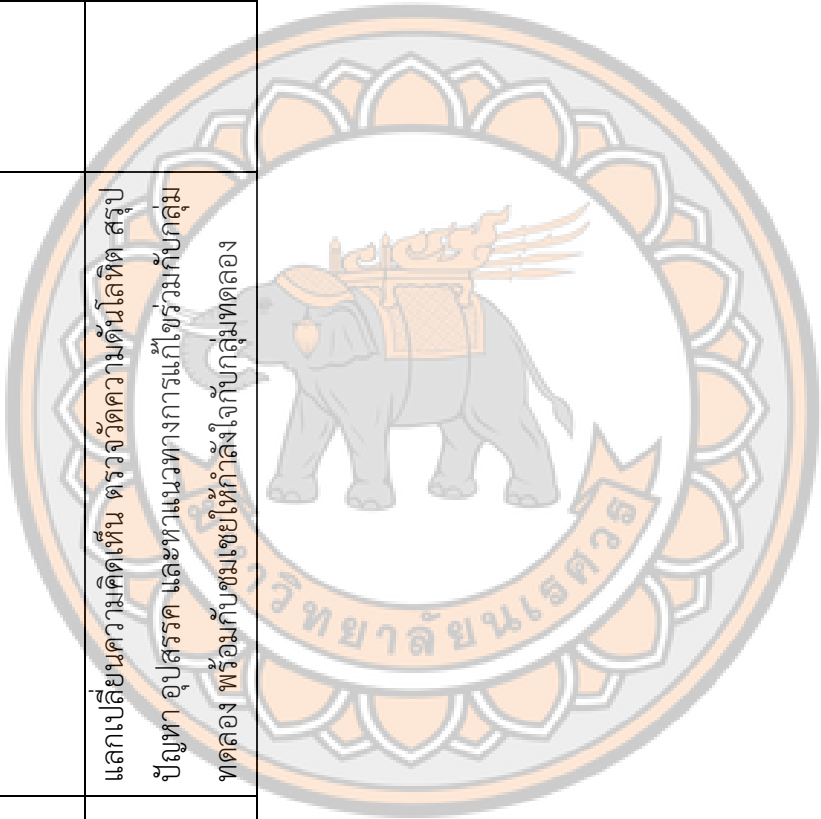
สัปดาห์/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การ ประเมินผล	ผลการ ประเมิน
		กล่ามนำและอารมณ์ของบุคคล ดนตรีจึงมี ประสิทธิภาพต่อสุขภาพหลายประการ เช่น เสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้เพิ่มขึ้น ลดความวิตกก กังวล บรรเทาอาการเจ็บปวด ลดภาวะเครียด อาการซึมเศร้า ช่วยเปี่ยมเบนความสนใจ และทำให้ เกิดสงบได้ เสียงดนตรีที่ดีนั้นจะกระตุ้นสมองใหญ่ ให้มีการสังเคราะห์สารสื่อประสาทซีโรโทนิน และ กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนเซโรโทนิน ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียดลง จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ทั้งความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโต ลิก ซึ่งในการฟังดนตรีเพื่อบำบัดที่เหมาะสม ควรฟัง 30-31 นาทีทุกวัน จากนั้นกลุ่มทดลองพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับ วิธีการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง ให้กับสมาชิกในกลุ่มได้ฟัง ผู้วิจัยแยกคู่มือป้องกัน STROKE (อัมพฤกษ์				

ลำดับ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมินผล	ผลการประเมิน
ลำดับที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคตลอดปี	เพื่อสร้างการรับรู้ต่ออุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคตลอดปี	กิจกรรมกลุ่ม จัดกิจกรรมกลุ่ม โดยให้กลุ่มทดลองร่วมปฏิบัติแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคตลอดปี และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละด้าน พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหา	-	60 นาที	กลุ่มทดลองมีความสนใจและมีปฏิกิริยาตอบกลับ	กลุ่มทดลองตั้งใจฟังผู้วิจัยสมาชิกในกลุ่ม และพูดคุยถึงประสบการณ์ของตนเองหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมการ

ลำดับ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมินผล	ผลการประเมิน
ลำดับที่ 2-7 กิจกรรมที่ 5.1 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	เพื่อกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองในการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	แอปพลิเคชัน Facebook ในการส่งข้อความกระตุ้นเตือน ผู้วิจัยส่งข้อความกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชัน Facebook ในกลุ่มเฉพาะให้กับกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ เนื้อหาในการกระตุ้นเตือน 1. หลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 2. หลักในการปฏิบัติก่อนการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3. การเลิกสูบบุหรี่ 4. การเลิกดื่มสุรา 5. ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานยา 6. หลักการออกกำลังกายตามหลัก FITT 7. แนะนำกิจกรรมทางกาย (Physical activity) 8. แนวทางการจัดการอารมณ์และความเครียด	แอปพลิเคชัน Facebook	12 ครั้ง	กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น คิดเห็นในใจๆ ไม่มีการตอบกลับจากกลุ่มทดลอง	

ลำดับ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	หัวข้อ/เนื้อหา	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมินผล	ผลการประเมิน
		9. สัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 10. วิธีเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 11. วิธีเฝ้าระวังบุคคลที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 12. การรับรู้ความคิดเห็นในการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง				
สัปดาห์ที่ 4, 6 กิจกรรมที่ 5.2 สั่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลงบันทึกในแบบบันทึกของผู้ป่วย	เยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองรายบุคคล ครั้งที่ 1 ลงเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจวัดความดันโลหิต และสรุปปัญหาหาแนวทางแก้ไข พร้อมเก็บข้อมูลให้กำลังใจกับกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 ลงเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังแก้ไขปัญหาที่พบจากการลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พูดคุย	1. แผนการบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน	20 นาทีต่อคน	กลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลองมีความสนใจและร่วมปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการประเมินผล		ระยะเวลา	สื่อการสอน	เนื้อหา/เรื่อง/รหัส	คลังสาระปฏัตว์	สัปดาห์/กิจกรรม
ผลการประเมิน	ผลการประเมิน					
ของตนเอง				งออกดพ่อบกับเงสักับให้โยดงพดกับอรูป งออกดพ่อบกับเงสักับให้โยดงพดกับอรูป งออกดพ่อบกับเงสักับให้โยดงพดกับอรูป งออกดพ่อบกับเงสักับให้โยดงพดกับอรูป		



ภาคผนวก ฉ แผนการบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลงบันทึกในแบบบันทึกของผู้ป่วย
ระยะเวลา ใช้เวลา 20-30 นาที/คน

วัน/เดือน/ปี	
.....	
รายชื่อ-สกุล รายชื่อ-สกุล	ระดับความดันโลหิต..... ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข.....
รายชื่อ-สกุล รายชื่อ-สกุล	ระดับความดัน โลหิต..... ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข.....
รายชื่อ 3.....	
รายชื่อ 4.....	
รายชื่อ-สกุล รายชื่อ-สกุล	ระดับความดัน โลหิต..... ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข.....

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการรับประทานอาหารและการลงบันทึกในแบบบันทึกของผู้ป่วย
คำชี้แจง โปรดติดสติ๊กเกอร์สีตามวันที่ของการรับประทานอาหาร หากปฏิบัติ ให้ติดสีเขียว พร้อม
 เขียนอธิบายในช่องหมายเหตุ หากไม่ปฏิบัติ ให้ติดสีแดง ลงในช่องว่าง

[illegible]

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ และเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

[illegible]