

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยง
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



นางปานใจ กันยะมี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



5 1 7 7 6 3 5 8 3 6

THE EFFECT OF EDUCATION AND SOCIAL SUPPORT PROGRAM
ON RISK BEHAVIORS TO STROKE AMONG OLDER PEOPLE
WITH HYPERTENSION



Mrs. Panjai Kanyamee

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

530741

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดัน
โลหิตสูง

โดย

นางปานใจ กันยะมี

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

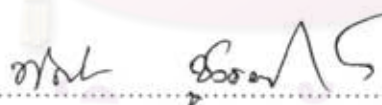
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

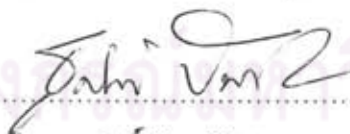
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

ปานใจ กันยะมี : ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. (THE EFFECT OF EDUCATION AND SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON RISK BEHAVIORS TO STROKE AMONG OLDER PEOPLE WITH HYPERTENSION) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, 123 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 40 คน รับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลน่าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้วย Cronbach alpha coefficient ได้ค่า $r = 0.84$ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบด้วยสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีประโยชน์ในการป้องกันภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... กันโย กันยะมี
ปีการศึกษา.....2553..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5177631236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: EDUCATION / SOCIAL SUPPORT / RISKS BEHAVIORS TO STROKE / OLDER PEOPLE / HYPERTENSION

PANJAI KANYAMEE: THE EFFECT OF EDUCATION AND SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON RISK BEHAVIORS TO STROKE AMONG OLDER PEOPLE WITH HYPERTENSION. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTAPAKORN, Ph.D., 123 pp.

This quasi-experimental study aimed to explore the effect of the education and social support program on risk behaviors to stroke among older people with hypertension. The forty samples were 60 year old people and above with hypertension living in Muang Municipal, Nan Province, receiving treatment at hypertension clinic, Nan Hospital. The matched pair of gender, age, and duration of illness were conducted. The 20 people were classified to experiment group and the rest to control group. The control group received conventional nursing care while the experiment participated the education and social support program. Content validity of the instruments were approved by five experts. The reliability of the risk behaviors to stroke questionnaire was tested with Cronbach alpha coefficient $r = 0.84$ the data were collected via the personal questionnaire and the risk behaviors to stroke questionnaire. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and t-test.

The results revealed that the average of risk behaviors to stroke of the experimental group after receiving the education and social support program was significantly lower than before receiving the program ($p < .01$). The average of risk behaviors to stroke of the experimental group after receiving the education and social support program was significantly lower than the control group ($p < .01$).

The study findings indicate the effect of education and social support program decreased risk behaviors to stroke. This program is useful to prevent the risk to stroke for older people with hypertension.

Field of Study :Nursing Science.....

Student's Signature :

Academic Year :2010.....

Advisor's Signature : *Tassana Choowattapakorn*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และสละเวลาอันมีค่าเพื่อชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และมอบกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่างๆที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา เป็นอย่างสูงที่ได้ให้กำเนิดและอบรมเลี้ยงดู สั่งสอน ขอขอบคุณสามีที่ให้กำลังใจสนับสนุนทุก ๆ ด้าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงพระคุณอยู่เสมอ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโท และเพื่อนร่วมงานที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันเสมอ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ง
บทคัดย่ออังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	9
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	15
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	70
สรุปผลการวิจัย.....	74
อภิปรายผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	79
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	88
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอความร่วมมือ ในการใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย.....	90
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	96
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	98
ภาคผนวก จ คะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม.....	111
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	123

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เกณฑ์การจำแนกระดับความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป.....	10
2	จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	47
3	แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา.....	64
4	แสดงจำนวน และร้อยละ ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา.....	66
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Dependent t-test.....	68
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Independent t-test.....	69
7	ผลคะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01.....	113
8	ผลคะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01.....	114
9	คะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	115
10	ค่าคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	117
10	คะแนนการรับรู้เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	119

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	43
2	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	62



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย การสูงอายุทำให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นและทำให้หลอดเลือดเสื่อมและแข็งตัวมากขึ้น เกิดการสะสมของไขมันและโคเลสเตอรอลบริเวณผนังด้านในของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงหนาขึ้น ช่องทางเดินโลหิตแคบลง (Atherosclerosis) จึงเกิดความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะส่งผลให้เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองได้น้อยลงทำให้สมองเกิดการขาดเลือด (Ischemic stroke) หรือเกิดจากหลอดเลือดฝอยในสมองโป่งพองและแตก ทำให้มีอาการบวมในสมอง (Hemorrhagic stroke) ได้ (นาราพร ประยูรวิวัฒน์, 2548)

โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกายจะทำให้หลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัว และอวัยวะเป้าหมายสำคัญของร่างกายได้รับความเสียหาย (target organ damage) ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา ทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อไม่ให้ตนเองเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพในระยะยาวและอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ ส่วนผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้นส่วนใหญ่เป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทางร่างกายและจิตใจที่ทำให้การแสดงบทบาททางสังคมลดลง จากสถิติการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ.2550 พบผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด โดยมีอัตราการเกิดโรคต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 814.66 เป็น 1,115.70 และ 1,415 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และสถิติกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2543 -2546 พบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 18.9, 24.5, 26.6 และ 34.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2548)

นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วย (นาราพร ประยูรวิวัฒน์, 2548; กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Seshadri et al, 2001; Mancia, 2004; Dahlof, 2007; Pedelty and Gorelick, 2008; Qureshi et al., 2009)

จากการศึกษาทั่วโลกและในสหรัฐอเมริกา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ รวมทั้งเป็นสาเหตุความพิการอันดับหนึ่ง (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, 2550; American Heart Association, 2004; Koning et al, 2004; Mancina, 2004 ; Baranski, 2005; Harwell et al, 2005) และมีแนวโน้มของการเสียชีวิตที่สูงขึ้นเรื่อยๆตามการเพิ่มของอายุ (พินิจ กุลละวณิชย์, 2549; Rosamund et al., 2008 ;World Stroke Association, 2008; Strong et al, 2009) ในประชากรไทยพบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 690 คนต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยปีละ 150,000 คน มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 61 ปี (จอมสุวรรณโณ, 2540; เจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2544; นิตรา จตุพรพิพัฒน์, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ , 2545; และจรรยา ทับทิมประดิษฐ์, 2547) และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เท่ากับ 110.9 คน ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) โรงพยาบาลน่าน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 500 เตียง มีรายงานสถิติผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ระหว่างปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ.2551 ระบุว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากเป็นอันดับแรก และเพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ 1,518 ราย, 1,967 ราย และ 2,599 รายตามลำดับ และโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 457 ราย เป็น 566 ราย และ 577 รายตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลน่าน, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 66 (กวี เมฆประดับ, 2544) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (วาสนา ครุฑเมือง, 2547; สุรีย์ คำพอง, 2549) และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 36 (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนา ด้านการเจริญจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง (ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองโดยทั่วไปร้อยละ 97.87 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในด้านการควบคุมอาหารร้อยละ 99.47 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการพักผ่อนร้อยละ 89.89 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.60 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการตรวจรักษาและการมาตรวจตามนัด ร้อยละ 48.40 และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการสังเกตอาการผิดปกติ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 100 (สิรินาถ คำไจนัก, 2548) และพบว่าการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมเหมาะสมปานกลางร้อยละ 64.58 การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 85.42 การจัดการกับความเครียดเหมาะสม

ร้อยละ 57.29 การออกกำลังกายร้อยละ 65.63 การรับประทานยาเหมาะสมมากร้อยละ 95.83 การมาพบแพทย์ตามนัดเหมาะสมมากร้อยละ 93.75 (กชพร อ่อนอกภัย, 2551) จะเห็นว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงขาดความรู้ในเรื่องโรคและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในระดับค่อนข้างมาก (ทรัพย์ทรง จอมพงษ์, 2546; สรัญญา พิจารย์, 2547; สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) พฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เติมน้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว เกลือในอาหารที่รับประทาน ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอหรือไม่ถูกต้อง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง ซ้ำพยายามรับประทานเอง ไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค โดยบุคคลจะต้องมีความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจในการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสมที่สุด การสนับสนุนทางสังคม House (1981) อธิบายว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันจนก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน มีการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ การประมาณค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร โดยผู้ให้การสนับสนุนอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้บุคคลเกิดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัว (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) โดยปัจจัยร่วมตามความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล บุคคลที่มีความพร้อมในการปฏิบัติมากโดยรับรู้ว่าคุณสมบัติของการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อยก็จะเป็นแรงผลักดันในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมตามมา และการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (เล็ก สมบัติ, 2549)

การลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องอาศัยการปรับพฤติกรรมหลายด้าน ซึ่งผู้สูงอายุต้องมีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ร่วมกับการสนับสนุนที่ดีจากบุคลากรสุขภาพ และผู้ดูแล การให้ความรู้ที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวช่วยกำหนดทิศทางจะช่วยให้ผู้สอนมีเป้าหมายที่ชัดเจน กล่าวคือ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Becker (1974) ในการให้ความรู้ผู้สูงอายุ

เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงต่อชีวิต และผลดีหรือประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และอันตรายถึงผลกระทบที่มีต่อชีวิตทั้งในระดับที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การเกิดความพิการ การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนเพื่อปรับความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างถูกต้องตามโปรแกรมจะเกิดความตระหนักต่อภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังขาดความรู้ในเรื่องโรค และขาดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม (กวี เมฆประดับ, 2544; สิรินาถ คำใจหนัก, 2548; กชพร

อ่อนอกัย, 2551) ทั้งโดยรวมและรายด้าน เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจรักษา และการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและขาดความรู้และการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีในการลดโอกาสต่อการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของโรค การให้ความรู้เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการให้ความรู้ โดยเน้น 4 ขั้นตอนคือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์การรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงจะทำให้เขาหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความใกล้ชิด มีความรักและความผูกพันโดยสายสัมพันธ์ House (1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันจนก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน มีการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกันและทำให้ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญที่จะให้ญาติผู้ดูแลคอยเป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุตามแนวคิดของ House (1981)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1975) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มาเป็นแนวทางในดำเนินกิจกรรมโดยมีญาติผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีการ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์การรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดและควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการบรรยายเป็นรายกลุ่ม การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดตามทางโทรศัพท์ และการมอบคู่มือเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของกวี เมฆประดับ (2544), สุพรรณรัตน์ ชีไธ (2547), สายฝน กันธมาลี (2549), และรัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี (2549) พบว่าระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ แบ่งเป็นการจัดกิจกรรมที่ให้

เป็นจำนวน 3- 4 ครั้ง จะสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จากแนวเหตุผลดังกล่าว จึงนำไปสู่สมมุติฐานการวิจัยดังนี้

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาและมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน และมีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่านที่ประเมินแล้วว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยคัดเลือกมาศึกษามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้ตามขั้นตอนที่จัดให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สร้างตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค และการการรับรู้อุปสรรค ร่วมกับการใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยมีญาติผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนในด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร โดยมีกิจกรรมของการให้ความรู้ที่ประกอบด้วย การ

ให้ความรู้โดยการบรรยายเป็นรายกลุ่ม การมอบคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล การให้ความรู้ผ่านทางหอกระจายข่าว การติดตามทางโทรศัพท์

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกใดๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาตรวจรักษา การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ประยุกต์การนำมาใช้ของ กวี เมฆประดับ (2544) และมีคะแนนอยู่ในช่วง 1- 75 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า 60 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน และมีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่านและได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิต

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่กำหนดไว้เป็นประจำของพยาบาลเวชกรรมสังคมในการออกให้บริการแก่ผู้รับบริการในชุมชนเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดน่าน ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว การให้คำแนะนำในการรับประทานยา การมาตรวจรับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลน่านตามกำหนดนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่นำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจริง
2. ได้แนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest -posttest control group design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.2 การจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.4 อาการ และอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.6 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยง
 - 2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.4 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.2 วิธีการให้ความรู้
 - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 40-45 ของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุคือโรคความดันโลหิตสูง(โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2550) และเป็นโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในสูงที่สุด(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ผู้สูงอายุที่เริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วมักไม่หายขาด และจะต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไปเพื่อควบคุมอาการไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายรุนแรง ดังนั้นการควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องรณรงค์เพื่อให้สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างเห็นผลเป็นรูปธรรม

1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย จะมีค่า 2 ค่าคือความดันโลหิตตัวบน(Systolic pressure) หรือแรงดันที่เกิดจากแรงดันเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) หรือแรงดันเลือดขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society, 2008) ให้คำนิยามของโรคความดันโลหิตสูงดังนี้

Hypertension (ความดันโลหิตสูง) หมายถึงระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่าซึ่งจะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้

Isolated systolic hypertension หมายถึงระดับความดันโลหิตตัวบน 140 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า แต่ระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated office hypertension (White coat hypertension) หมายถึงระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข มีค่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่าแต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท (จากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ)

1.2 การจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกได้ดังนี้

1.2.1 จำแนกตามระดับความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการแบ่งระดับความดันโลหิตสูงตามอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ

สหรัฐอเมริกา Joint National Committee on Prevention, Detections, Evaluation and Treatment of high blood pressure VII, 2003 (JNC 7, 2003) ได้กำหนดไว้ดังนี้
 ตารางที่ 1 เกณฑ์การจำแนกระดับความดันโลหิตด้วยผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป

ระดับ	ความดันซิสโตลิก	ความดันไดแอสโตลิก
Normal	< 120 มิลลิเมตรปรอท	และ < 80 มิลลิเมตรปรอท
Pre-hypertension	120-139 มิลลิเมตรปรอท	หรือ 80-89 มิลลิเมตรปรอท
Stage 1 hypertension	140-159 มิลลิเมตรปรอท	หรือ 90-99 มิลลิเมตรปรอท
Stage 2 hypertension	≥ 160 มิลลิเมตรปรอท	หรือ ≥ 100 มิลลิเมตรปรอท

1.2.2 จำแนกตามความรุนแรงของความดันโลหิตสูงร่วมกับการถูกทำลายของอวัยวะต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

1.2.2.1 ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

1.2.2.2 ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้

- 1) เวนทริเคิลซ้ายโต
- 2) หลอดเลือดแดงที่เรตินามีการตีบทั่วๆไป หรือเฉพะบางส่วน
- 3) มีอัลบูมินในปัสสาวะ และ/หรือ ครีอะตินินในเลือดสูงกว่าปกติ

1.2.2.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 ตรวจพบมีอวัยวะถูกทำลายเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูงและมีอาการแสดง ได้แก่

- 1) มีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย
- 2) อัมพาตจากเลือดออกในสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack) หรือภาวะสมองบวม
- 3) เรตินามีเลือดออก และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม (Papillo edema)

4) ไตวาย ตรวจพบครีอะตินิน มากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีการโป่งพองของหลอดเลือด (Dissecting aneurysm) หรือมีอาการของหลอดเลือดอุดตัน

1.2.3 จำแนกตามสาเหตุ แบ่งได้ 2 ชนิด ดังนี้

1.2.3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential or primary hypertension) คือ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูงพบได้มากกว่า ร้อยละ 90-95 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เชื่อว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารเค็ม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความเครียด เพศชายอายุมากกว่า 55 ปี เพศหญิงอายุมากกว่า 65 ปี

1.2.3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุอาจเกิดจากการได้รับยา หรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคไต โรคหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาตีบตัว (Coarctation of aorta) ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

1.3 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่แล้วความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักไม่ทราบสาเหตุ จึงมักจัดไว้ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) ต่อมามีการศึกษาที่เชื่อว่ามีปัจจัยสำคัญที่มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ได้แก่ แรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายที่เพิ่มขึ้นซึ่งเกิดจากกลไกหลายอย่าง ดังนี้

1.3.1 มีการแข็งตัวของหลอดเลือดเนื้อเยื่อคอลลาเจน (collagen) บริเวณหลอดเลือดทั่วร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเสียความยืดหยุ่น นอกจากนั้นความต้านทานภายในหลอดเลือดแดง (arterial compliance) ลดลงในขณะที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ลักษณะเช่นนี้ทำให้ pulse pressure กว้างมากขึ้น ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีความดันซิสโตลิกสูงและความดันไดแอสโตลิกต่ำหรือสูงกว่าปกติเล็กน้อย

1.3.2 ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ (baroreceptor) ในหลอดเลือดผู้สูงอายุจะทำงานลดลงทำให้กลไกการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้การทำงานของฮอร์โมนนอร์อิพิเนฟรินเด่นมากขึ้น ซึ่งเป็นผลทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดดำ ทำให้สารที่ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวที่เรียกว่า EDRF (Endothelial- driven relaxing factor) ลดลงจึงเป็นสาเหตุให้หลอดเลือดมีแรงต้านทานมากขึ้น

1.3.4 หน้าที่ของไตเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น อัตราการกรองน้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่ไตจะลดลงทำให้ไม่สามารถขับโซเดียมออกได้ตามปกติเป็นเหตุให้มีอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะโซเดียมคั่งซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการคั่งน้ำเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.3.5 ประสิทธิภาพของฮอร์โมนเรนิน (renin) ลดลงมีผลทำให้หลอดเลือดของผู้สูงอายุเกิดแรงต้านมากขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.4 อาการ และอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีค่าระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีอาการอะไร ตรงกันข้ามกับกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากหรือสูงในระดับรุนแรงเป็นมานานๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาหรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมออาจจะให้ประวัติว่ามีอาการดังต่อไปนี้

1.4.1 ปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง ลักษณะอาการปวดศีรษะมักจะปวดที่บริเวณท้ายทอยเกิดขึ้นในตอนเช้าและอาจดีขึ้นหรือค่อยๆ หายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง ต่อมาอาจมีอาการอาเจียน คลื่นไส้ หรือตามัวร่วมด้วย ซึ่งกลไกนี้เชื่อกันว่าเกิดจากการมีการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะหลังตื่นนอน เนื่องจากเวลากลางคืนขณะนอนหลับศูนย์การหายใจในสมองจะลดการกระตุ้น จึงทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์คั่งและสารคาร์บอนไดออกไซด์นี้จะมีผลทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองขยายขนาดขึ้นจึงทำให้เพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะได้

1.4.2 เลือดกำเดาไหล (epistaxis) เป็นอาการที่พบได้ไม่บ่อยนัก

1.4.3 เวียนศีรษะ (dizziness) มึนงงอาจเกิดร่วมกันกับอาการปวดศีรษะก็ได้

1.4.4 อาการเหนื่อยหอบ ขณะออกแรงหรือทำงานหนักหรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว

1.4.5 อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบหรือจากกล้ามเนื้อหัวใจหนาๆ จากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นนานๆ ก็ได้

1.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายระยะสั้น คือควบคุมให้ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป้าหมายระยะยาว คือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแนวทางในการรักษาแบ่งออกได้ ดังนี้

1.5.1 การรักษาที่ไม่ใช้ยาโดยการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต เช่น การลดน้ำหนัก หยุดสูบบุหรี่ งดอาหารเค็ม เพิ่มการออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอและลดความเครียด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรงและไม่มีความเสี่ยงอื่น การดูแลรักษาอาจเริ่ม

จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตก่อน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เพิ่มประสิทธิผลของยาลดความดันและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดทำให้ผลการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น

1.5.2 การรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต แพทย์จะพิจารณาใช้ยา ร่วมกับการปรับลักษณะการดำเนินชีวิต เมื่อเริ่มการรักษาจะใช้ยาขนาดต่ำเพื่อลดผลข้างเคียงของ ยา ถ้ายังควบคุมไม่ได้จึงค่อยเพิ่มขนาดยาโดยผู้ป่วยต้องมีความทนต่อการใช้ยาได้ การใช้ยา มากกว่า 1 ชนิดร่วมกัน จะลดระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นขณะเดียวกันจะช่วยลดผลข้างเคียง ของยาให้ลดน้อยลงได้ การใช้ยา 2 ชนิดร่วมกันในขนาดน้อยมีแนวโน้มจะไม่ทำให้เกิดผล ข้างเคียง การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยาวครอบคลุมได้ 24 ชั่วโมง หรือรับประทานวันละ 1 ครั้ง จะทำให้ ผู้ป่วยไม่ลืมกินยา และลดการแปรเปลี่ยนของระดับความดันโลหิตทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด major cerebrovascular disease และความเสื่อมของอวัยวะ ยาลดความดันโลหิตทุกกลุ่มเหมาะสำหรับใช้เป็นยาเริ่มต้นในการรักษาและใช้ในระยะยาว ยกเว้น ยาในกลุ่ม direct vasodilator กลุ่มยาที่ใช้ในการลดความดันโลหิต แบ่งเป็น 6 กลุ่มหลัก ดังนี้

1.5.2.1 Diuretic เช่น Thiazides กลไกการออกฤทธิ์ในความดันโลหิตคือ ในระยะแรกจะขับโซเดียมออกทางปัสสาวะทำให้เกิด volume depletion ในระยะยาวจะมีฤทธิ์ลด peripheral vascular resistance ซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิต Thiazides Diuretic นิยมใช้มากใน การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยสามารถใช้เป็นยาตัวเดียวรักษาผู้ป่วยที่เป็น mild หรือ moderate hypertension หรือใช้ร่วมกับยาในกลุ่มอื่น เช่น ACE inhibitors, beta-blocker

1.5.2.2 Antiadrenergic agent ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์มากกว่าหนึ่งที่ โดย อาจจะเป็นที่ central คือ vasomotor center หรือ peripheral neurons โดยลดการหลั่ง catecholamine หรืออาจจะออกฤทธิ์ที่ target tissue โดยจะไปขัดขวางการจับกับ adrenergic receptor site

1.5.2.3 Vasodilator ยาในกลุ่มนี้มีคุณสมบัติในการขยายกล้ามเนื้อเรียบ ที่ห่อหุ้มหลอดเลือดแดงโดยตรง ทำให้ systemic vascular resistance ลดลงความดันเลือดลดลง ตามลำดับ เช่น Hydralazine จะออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงมากกว่าหลอดเลือดดำ

1.5.2.4 Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI) ยากลุ่มนี้มี คุณสมบัติในการยับยั้งเอนไซม์ angiotensin converting enzyme ที่ทำหน้าที่เปลี่ยน angiotensin I เป็น angiotensin II โดยที่ angiotensin II จะมีคุณสมบัติเป็น potent vasoconstrictor ดังนั้น เมื่อระดับ angiotensin II ในเลือดน้อยลงจะทำให้ความดันโลหิตลดลงมา ACEI ยังมีผลทำให้

bradykinin เพิ่มขึ้นในเลือด มีผลต่อการสร้าง prostaglandin ซึ่งจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงมาด้วย เช่น enalapril, captopril

1.5.2.5 Calcium channel Antagonists ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ขัดขวาง calcium ไม่ให้เข้าเซลล์โดยจะขัดขวางการเข้าที่ specific binding site ที่ 1 subunit ของ L-type voltage-dependent calcium channel เช่น Amlodipine

1.5.2.6 Angiotensin Receptor Antagonists (ARB) ยาจะไปแย่งจับ Angiotensin II at 1 receptor ทำให้ Angiotensin II ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เช่น lasartan, candesartan ข້อบ่งชี้ในการใช้คล้ายกลุ่ม ACEI แต่จะไม่มีอาการไอ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในยากลุ่ม ACEI

1.6 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ โดยไม่ได้รับการรักษา หรือทำการรักษาแล้ว แต่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ภาวะใกล้เคียงกับปกติได้ จะทำให้มีผลต่ออวัยวะเป้าหมายในร่างกาย ทำให้เกิดความเสื่อม และก่อให้เกิดโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1.6.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายถูกทำลาย และเกิดการแข็งตัวส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายถูกทำลายได้แก่

1.6.1.1 ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลต่อความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง และหนาตัวขึ้นมาได้ และยังช่วยเร่งให้มีการเกาะของสารไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ให้เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนัก มีการเพิ่มความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจมีผลทำให้เกิดภาวะหัวใจโต (Cardiac enlargement) กล้ามเนื้อหัวใจบวมจากสาเหตุการขาดเลือดไปเลี้ยง โรคหัวใจข้างซ้ายล้มเหลว

1.6.1.2 ผลต่อตา ความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอตา และระบบประสาทส่วนกลาง มีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดแดงเรตินา จะมีการตีบแคบ และมีการหดเกร็งเฉพาะที่ ซึ่งมีผลทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา ตามัว การมองเห็นเสียไป และอาจทำให้ตาบอดได้

1.6.1.3 ผลต่อไต เกิดภาวะแข็งตัวของหลอดเลือดฝอย ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงหน้าที่ของไตเสื่อมลง พบโปรตีนในปัสสาวะ

1.6.1.4 ผลต่อสมอง ความดันโลหิตทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัวและตีบแคบมีการโป่งพองเล็กๆ ที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น

จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายอาจทำให้เป็นอัมพาตหรืออาการสมองเสื่อมและอาจมีความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยเฉพาะในวัยสูงอายุนั้นพบว่าเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วมีอัตราเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 3-4 เท่า เมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกันที่มีระดับความดันโลหิตปกติ (WHO-ISH, 1999)

1.6.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดต้องรับประทานยาควบคุมไปตลอดชีวิต อีกทั้งยังต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และยังมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ในรายที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดต้องเผชิญกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ การต้องปรับพฤติกรรมเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ไม่คุ้นเคย เป็นผลกระทบทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดได้

1.6.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยทำงานได้น้อยลงหรือไม่สามารถทำงานได้ มีผลกระทบต่ออาชีพและรายได้ และยังคงอยู่ในภาวะพึ่งพิงของครอบครัว

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมเสี่ยงเป็นพฤติกรรมในด้านลบหรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพ มีผู้อธิบายความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ ซึ่งเป็นคำศัพท์ที่มีความหมายคล้ายคลึงกัน หรือใกล้เคียงกัน ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) คือ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และ พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติ และความคาดหวัง (Gochman, 1988) พฤติกรรมสุขภาพที่ควรรู้ มีดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (Pender, 1987) ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือ พฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพนับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ ให้อารมณ์แข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย (Bandura, 1997)

พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น (Kemmer and Close, 1995) ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เมื่อบุคคลปฏิบัติไปแล้ว อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน พฤติกรรมการขับขี่รถยนต์โดยไม่เคารพกฎจราจร พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการ หรือพฤติกรรมการเสพยาเสพติด เป็นต้น

2.1 ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยง

งานวิจัยนี้ มุ่งศึกษาถึง พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงพบว่ามี การให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงที่หลากหลายได้แก่

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ให้คำนิยามพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่สาเหตุหลักของการเสียชีวิต การเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือปัญหาทางสังคม โดยแบ่งเป็น 6 ด้านคือ 1) การสูบบุหรี่ 2) การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ 3) การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด 5) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และ 6) พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความรุนแรง (CDC, 2008 อ้างถึงใน สมพล วันตะเมธ, 2008)

กนิษฐา ธรรมพิทักษ์ (2543) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกใดๆ ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสในการป่วยเป็นโรคหัวใจ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

จารุพรรณ นิพพานนท์ (2543) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพในงานด้านสาธารณสุข และให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงเป็นรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเป็นผลเสียต่อสุขภาพ สาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึ่งมีปัจจัยมากกว่าหนึ่งปัจจัย

ญาณวาท ปัญญาใส (2548) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของประชาชนที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเพิ่มมากขึ้น ได้แก่พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์ (2549) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค เป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และ ด้านความเครียด

ชุตินา พันละม้าย (2550) ได้ศึกษาถึง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกใดๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาตรวจรักษา การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค

2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้จากหลายๆสาเหตุ เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องหลัก การขาดการออกกำลังกาย การรักษาที่ไม่ต่อเนื่องและอีกหลายๆ สาเหตุ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดโรคได้แตกต่างกัน สาเหตุที่พบได้บ่อยมีดังนี้

2.2.1 อายุ (Age) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการปรับตัวด้านการควบคุมสรีรวิทยา ผู้ป่วยที่อายุแตกต่างกัน จะมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน จากการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง การปรับตัวลดลง เมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและ

อวัยวะต่างๆจะเริ่มลดถอยลง การถดถอยของสมรรถภาพจะเกิดค่อนข้างมากเมื่อมีอายุประมาณ 70-80 ปี ทำให้เกิดโรคและเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและเกิดภาวะทุพพลภาพสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าอายุที่มากขึ้นมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550; Dahlof, 2007; Pedelty and Gorelick, 2008; Pierce et al, 2009)

2.2.2 เพศ (Sex) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จากการศึกษาถึงแบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษายาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเพศชายดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง แต่ด้านความรับผิดชอบและการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเกิดการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่ออายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันมากกว่าเพศหญิงประมาณร้อยละ 30 และอุบัติการณ์การเกิดจะแตกต่างจากในกลุ่มอายุต่ำกว่า 65 ปีส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตก โดยเฉพาะเลือดออกในช่องใต้เยื่อ อะแรคนอยด์ พบมากในเพศหญิง และเกิดความแตกต่างในกลุ่มอายุโดยเชื่อว่ามีอิทธิพลจากฮอร์โมน Estrogen ในเพศหญิง

2.2.3 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (นารามพร ประยูรวิวัฒน์, 2548; กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Seshadri et al, 2001; Mancia, 2004; Dahlof, 2007; Pedelty and Gorelick, 2008; Qureshi et al., 2009) ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติถึง 3-17 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ความดันเลือดที่สูงมักจะสูงขึ้นทั้งความดันเลือด Systolic และความดันเลือด Diastolic หรืออาจจะเป็นความดันเลือดที่สูงขึ้นเฉพาะค่าความดันเลือด Systolic ซึ่งพบได้มากในผู้สูงอายุซึ่งความดันเลือดที่สูงขึ้นจะเป็นตัวที่บ่งชี้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ ความดันเลือดสูงจะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนาตัวและแข็ง (Atherosclerosis) และความดันเลือดที่สูงจะทำให้เกิด Autoregulation ของสมองเปลี่ยนแปลงด้วย

2.2.4 โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติแบบระริก (atrial fibrillation หรือ AF) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ผู้ป่วยที่มี

ภาวะ atrial fibrillation ร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (Rhumatic heart disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยที่มีภาวะ atrial fibrillation ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเนื่องจาก atrial fibrillation จะทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยาย เกิดการคั่งของเลือด และมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือด และเม็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดตันหลอดเลือดสมอง สำหรับโรคหัวใจอื่นๆ เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจขาดเลือดก็พบร่วมกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่า เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อย การติดเชื้อของเยื่อหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ (Bacterial endocarditis) รวมทั้งการอักเสบของหัวใจจากเนื้องอก (Non bacterial thrombotic endocarditis) ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด Emboli หลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้

2.2.5 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) โรคเบาหวานจะทำให้เกิดผนังของหลอดเลือดหนาและแข็งทำให้มีการตีบแข็งของเส้นเลือด (Atherosclerosis) ที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบตัน (Ischemic stroke)

2.2.6 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบตัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1.5 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) เมื่อระดับคอเลสเตอรอล LDL-C (Low density lipoprotein cholesterol) ในเลือดสูง LDL-C จะซึมผ่านชั้นเซลล์ที่บุอยู่ภายในผนังหลอดเลือดแดง กระตุ้นให้เม็ดเลือดขาวเคลื่อนย้ายตัวเองตามมา เม็ดเลือดขาวเหล่านี้เมื่อกิน LDL-C เข้าไป ก็จะเปลี่ยนแปลงตัวเองเป็นเซลล์ที่มีขนาดใหญ่มีคอเลสเตอรอลสูง และแตกตัวปล่อยสารพิษต่อผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการอักเสบ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว หลอดเลือดตีบแคบลง หากมีจำนวนเซลล์อยู่มาก จะทำให้ผนังหลอดเลือดปริแตกได้ง่าย จากนั้นเกล็ดเลือดซึ่งอยู่ในกระแสเลือดจะมาเกาะรวมตัวกันบริเวณผนังหลอดเลือดที่ปริแตก จนเกิดลิ่มเลือดขึ้น ลิ่มเลือดนี้เองจะไปอุดตันหลอดเลือด หากอุดตันหลอดเลือดสมอง ก็อาจทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองแตก การรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมันหรือไขมันน้อยร่วมกับการรับประทานยาลดไขมันร่วมด้วยตามการรักษาของแพทย์จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Amarenco, Lavalle, and Touboul, 2004; Breuche and Amarenco, 2009)

2.2.7 ความเครียด มีผลต่อการทำงานของระบบประสาท sympathetic โดยกระตุ้นการหลั่ง epinephrine จากต่อมหมวกไต และ norepinephrine จากปลายประสาท

sympathetic ทำให้มีการบีบของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ความเครียดจึงทำให้หลอดเลือดสมองแตกหรือตีบตันได้

2.2.8 พฤติกรรมการบริโภค การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียม หรือการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม พบว่าในผู้สูงอายุจะมีการทำงานของต่อมรับรส (taste bud) ที่เสียไป จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการเติมเกลือ น้ำปลาในอาหารที่รับประทาน เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงและมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2.2.9 การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ยังมีการสูบบุหรี่ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) บุหรี่มีนิโคตินซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่ง Catecholamine เป็นผลให้หัวใจเต้นแรงและความดันโลหิตสูง และมีการจับตัวของเกร็ดเลือดมากขึ้นทำให้เลือดหนืด และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ในคนอายุต่ำกว่า 65 ปี และผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) บุหรี่เป็นปัจจัยเสริมในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ง่าย บุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับ Cholesterol ลดระดับของ high density lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ catecholamine และปริมาณ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้ที่สูบบุหรี่ ยังมีผลเสียต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น โดยผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า

2.2.10 โรคอ้วน (Obesity) เป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนและน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต อัตราเสี่ยง 5-10 เท่าของคนปกติ และยังทำให้ผู้ป่วยมีระดับไขมันในเลือดที่สูงขึ้น ซึ่งจะเป็นโอกาสทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติทั่วไป

2.2.11 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ขาดการออกกำลังกาย จะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดความเครียด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย (LDL: Low density lipoprotein cholesterol) ลดลงและไขมัน HDL (High density lipoprotein cholesterol) เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดไม่แข็งตัว จากเหตุผลดังกล่าวการขาดการออกกำลังกายจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยาคุมกำเนิด เชื่อว่าการใช้ยาคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ นานมากกว่า 5 ปี เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแต่ข้อมูลยังไม่เป็นที่ชัดเจน ขา กางเกงและเครื่องดื่มน้ำที่มีคาเฟอีน มีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจให้ทำงานหนักขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็กระตุ้นศูนย์

ประสาท เวกซ์ซึ่งมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดด้วย การมีฤทธิ์ต้านกันทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ยังมีการตีตรา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) การตีตราหรือเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองขาดเลือดแต่อาจมีความสัมพันธ์บ้างในการเกิดเลือดออกในสมอง โดยเฉพาะการเกิดเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมอง แต่แอลกอฮอล์อาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง แต่อาจมีความสัมพันธ์กับความดันเลือดสูงขึ้น

2.3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ฉะนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค (ทรัพย์ทรง จอมพงษ์, 2546; สรัญญา พิจารย์, 2547; สุปราณี วงศ์ปาลี, 2550; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551) ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 การรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย อาหารที่มีผลอย่างมากต่อความดันโลหิต คืออาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัว เกลือโซเดียม จากการศึกษาการรับประทานอาหารแบบ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) และลดปริมาณการรับประทานเกลือโซเดียม สามารถลดความดันโลหิตลงได้ การควบคุมอาหารควรคำนึงถึง การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม โดยทั่วไปอาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวันจะมีเกลือประมาณ 1-20 กรัม (เกลือ 1 กรัม มีโซเดียม 17.1 มิลลิเอควิวาเลนซ์ [mEq]) ซึ่ง The National Research Council Recommendation ของสหรัฐอเมริกาเสนอแนะว่าควรจำกัดการบริโภคเกลือไม่เกินวันละ 6 กรัม หรือโซเดียม 2400 มิลลิกรัม (เกลือ 1 ช้อนชา เท่ากับ 2 กรัม) เกลือโซเดียมที่ได้รับไม่ควรเกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน จากการศึกษาพบว่าการจำกัดรับประทานเกลือไม่เกิน 6 กรัม หรือ โซเดียมไม่เกิน 2.4 กรัมต่อวัน สามารถช่วยลดความดันซิสโตลิก ประมาณ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) ซึ่งเกลือโซเดียมนอกจากจะอยู่ในรูปเกลือแกงแล้วยังมีในรูปแบบอื่นๆ เช่น เครื่องปรุงรสต่างๆ ผงชูรส ผงกันบูด ผงฟู อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหารได้แก่ อาหารหมักดอง ผลไม้ดองหรือแช่อิ่ม อาหารกระป๋อง อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารบางชนิดก็มีเกลือตามธรรมชาติอยู่แล้ว เช่น ไข่ นม ผลไม้ เนื้อสัตว์ต่างๆ ดังนั้นจึงไม่ควรเพิ่ม

รสเค็มในอาหารอีก การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับไขมันในเลือดและเป็นสาเหตุของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ควรเลือกอาหารที่มีกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น งาม ถั่วเหลือง ถั่วลิสง น้ำมันมะกอก น้ำมันปลา เป็นต้น หลีกเลี่ยงอาหารพวกไข่แดง เนื้อสัตว์ส่วนที่ติดมัน เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น หอยนางรม ปลาหมึก ควรเลี่ยงอาหารที่ทำให้สูงด้วยไขมัน เช่นการทอด ผัด หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว เช่นน้ำมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ในการปรุงอาหาร รับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ให้เพิ่มขึ้น โดยเลือกรับประทานผักและ ผลไม้ที่มีแคลอรีต่ำ ซึ่งสามารถรับประทานได้ไม่จำกัด ได้แก่ ผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ดอกกะหล่ำ สำหรับผักที่มีแคลอรีพอสมควร เช่น ถั่ว พริกทอง บวบ ก็ยังสามารถรับประทานได้บ่อย ผักที่ไม่ควรรับประทานบ่อยคือ มันเทศ มันฝรั่ง ข้าวโพด เพราะให้แคลอรีในปริมาณที่ค่อนข้างสูง

2.3.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มความสามารถของการทำงานของหัวใจ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงขึ้น แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเกือบไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสม่ำเสมอ คือ 30 นาที ต่อครั้ง และอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์มีผลทำให้ความดันซิสโตลิก ลดลงประมาณ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) การออกกำลังกายที่ถูกต้องนั้นควรยึดหลักดังนี้ ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (Intensity) ออกกำลังกายโดยใช้ความแรงน้อยถึงปานกลาง คือให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (target heart rate) ร้อยละ 50-75 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) (220 - อายุเป็นปี) การออกกำลังกายแบบแอโรบิคโดยใช้ความแรงน้อยถึงปานกลางเป็นประจำ จะลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 30 (WHO-ISH, 1999) ถ้าไม่สามารถจับชีพจรได้ก็ให้ใช้ความรู้สึกว่าเหนื่อยมากหรือน้อยในการบ่งบอกความหนักเบา เช่นเหนื่อยมากจนพูดไม่ออกถือว่าการออกกำลังกายที่มากเกินไป ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (duration) ควรออกกำลังกายนานอย่างน้อย 15 นาที จึงจะเกิดผลดี และดีที่สุดควรออกกำลังกายให้ติดต่อกันนาน 30 นาที ความบ่อยของการออกกำลังกาย (frequency) การออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ จะทำให้ปริมาณการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การออกกำลังกาย 30 นาที ต่อครั้ง และในกรณีที่ 3-5 วันต่อสัปดาห์ มีผลลดความดันซิสโตลิก 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003)

2.3.3 การจัดการกับความเครียด การเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลงก่อให้เกิดความเครียด ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก กระตุ้นให้มีการหลั่ง อิพิเนเฟริน และ นอร์อิพิเนเฟริน ส่งผลให้มีการบีบตัวของหลอดเลือด เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและทำให้ร่างกายปรับให้มีความดันโลหิตที่สูงขึ้น ความเครียดในการดำรงชีวิตประจำวันมีผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การจัดการกับความเครียดมีวิธีการปฏิบัติดังนี้ การฝึกทักษะในการควบคุมตนเอง โดยการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ การทำสมาธิ การทำโยคะ การจัดการความเครียดโดยการระบายความในใจให้ผู้อื่น ปรึกษาผู้ที่เรานับถือ การนอนหลับ การพักผ่อนและกระทำในสิ่งที่ตนเองชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย เป็นต้น การมองโลกในแง่ดี รู้จักระงับความโกรธ ให้อภัย เป็นสิ่งที่จะช่วยให้รู้สึกสบายใจได้

2.3.4 การรับประทานยาและการตรวจรักษา ยาจะเกิดประสิทธิภาพดีและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุดขึ้นอยู่กับพฤติกรรมกรรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ถูกวิธี ตรงเวลา ในปริมาณที่ถูกต้องตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด เป็นพฤติกรรมที่ดีในการให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และนำยาที่เหลือมาด้วยเพื่อเป็นการสำรวจการรับประทานยาอย่างถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ปัญหาที่พบบ่อยในการใช้ยาของผู้สูงอายุได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การเพิ่มขนาดของยาเองเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการของโรคดีขึ้นและยาจะออกฤทธิ์ได้ดีและเร็วกว่าเดิม หรือมีการลดขนาดยาเองและหยุดยาเองเพราะเชื่อว่าอาการของโรคดีขึ้นแล้วหรือตนหายจากโรคแล้ว

2.3.5 การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค พฤติกรรมของบุคคลที่พบว่ามีผลกระทบต่อภาวะความดันโลหิต คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความอ้วน พบว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต การดื่มแอลกอฮอล์เพียงวันละ 1-2 ออนซ์ สามารถเพิ่มระดับความดันซิสโตลิก สำหรับการสูบบุหรี่แม้จะมีผลไม่ชัดเจนต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง แต่พบว่าขณะสูบบุหรี่จะมีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต

2.4 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ด้านการ

หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต มีดังนี้

2.4.1 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของ สรัญญา พิจารย์ (2547) มีข้อคำถามอยู่ 29 ข้อ ประกอบไปด้วย ด้านการรับประทานอาหาร 3 ข้อ ด้านการควบคุมอาหาร 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 6 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 4 ข้อ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ ด้านการมาตรวจตามนัด 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาของแบบประเมินเท่ากับ .87 และค่าความเชื่อมั่นที่ .96

2.4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ทรัพย์ทรง จอมพงษ์ (2546) มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหารน้ำหนักตัว 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 8 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียดและการพักผ่อน 6 ข้อ และด้านการรับประทานยา 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา .78 และหาความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .88

2.4.3 แบบสัมภาษณ์เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกชพร อ่อนอภัย (2551) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร 7 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด 2 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการรับประทานยา 2 ข้อ ด้านการมาพบแพทย์ตามนัด 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ได้ค่าดัชนีความเที่ยงเท่ากับ 0.74

2.4.4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อโรคหลอดเลือดสมองของรัตนา ยอดพรหมมินทร์และเกศแก้ว สอนดี (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ด้านการควบคุมอาหาร 12 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 8 ข้อ ด้านการผ่อนคลายความเครียด 6 ข้อ ด้านการมาพบแพทย์ตามนัด 2 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งเป็นหลายส่วน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

2.4.5 แบบสัมภาษณ์การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงของ กวี เมฆประดับ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ด้านการควบคุมอาหาร 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ ด้านการผ่อนคลายความเครียด 6 ข้อ ด้านการรับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัด 5 ข้อ การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรง

ของโรค 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

การศึกษานี้ ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า แบบสัมภาษณ์ของกวี เมฆประดับ (2544) ที่ใช้ในงานวิจัยภายใต้ชื่อ แบบสัมภาษณ์การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงนั้น มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีความละเอียด ครอบคลุมพฤติกรรมเสี่ยงทุกด้านมากกว่าแบบสัมภาษณ์ของกชพร อ่อนอกภัย (2551) ที่ใช้ในงานวิจัยชื่อแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งตรงกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แต่มีข้อคำถามเพียง 15 ข้อ ผู้วิจัยจึงตัดสินใจเลือกใช้ แบบสัมภาษณ์ของ กวี เมฆประดับ (2544)

3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมเนื่องจากนักทฤษฎีทางพฤติกรรม เชื่อว่า วิธีการศึกษาพฤติกรรมโดยตรงเป็นวิธีที่เป็น วิทยาศาสตร์ เป็นปรนัย (Objective) เป็นนิรนัย (Deductive) มากกว่าวิธีการศึกษาทฤษฎีทางสุภาพ ซึ่งเป็นอัตนัย (Subjective) และอุปนัย (Inductive) จึงทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้นทฤษฎีที่ใช้ศึกษาทางพฤติกรรมจึงไม่ใช่ทฤษฎีเดียว หรือมาจากแนวคิดอันเดียว ต้องอาศัยวิธีการศึกษาหลายอย่างรวมกัน ทฤษฎีที่นำมาศึกษาถึงพฤติกรรม เช่น

ทฤษฎีสุนิยม (Hedonism Theory) ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanism Theory) และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Exchange Theory) สำหรับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุภาพ เช่น

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเน้นความสำคัญของสติปัญญาในการที่จะช่วยควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็น แบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ (Cognitive perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม (Modifying factors) และ สิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาโดย Rosenstock เพื่อที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Rosenstock ,1966 อ้างใน Kemm and Close, 1995)

องค์ประกอบของแบบจำลอง แบบจำลองนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม รายละเอียดเป็นดังนี้

1) การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัว ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ภาวะคุกคาม

2) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม 3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง และ 4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Likelihood of Action) ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย ที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ (Perceive benefits) และ 2) การรับรู้อุปสรรค (Perceive barriers)

สำหรับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและต้องการเน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยจึงเลือกทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ตามโปรแกรมร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการปฏิบัติในทางที่ถูกต้องเหมาะสม รายละเอียดของแนวคิดทฤษฎีดังนี้

3.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่บุคคลนั้นเกิดความเชื่อในการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปเนื่องมาจากความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองและความเชื่อของบุคคลต่อการปฏิบัติซึ่งจะมีอิทธิพลในด้านการเจ็บป่วยและการมารับการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปในขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม และอื่นๆแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสนาม (Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory) ของเคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin, 1951) ในการนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลจะ

แสวงหาทางออกในด้านค่านิยมในเชิงบวกโดยที่บุคคลประพฤติกและปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งที่บุคคลกระทำ หรือคิดนั้นจะทำให้เกิดผลในทางที่ดีแก่ตนเอง และค่านิยมในเชิงลบ กล่าวคือสิ่งที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรทางด้านจิตวิทยาที่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคนั้นเพราะบุคคลมีความเชื่อดังต่อไปนี้ 1) ตนผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือกรณีที่เกิดโรคนั้นก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในระยะแรกจะมุ่งเน้นอธิบายในการป้องกันโรคของบุคคล โดยที่บุคคลจะไม่แสวงหาการป้องกันโรคถ้าไม่มีแรงจูงใจและไม่มีความรู้ในด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในระยะแรกๆจึงมีส่วนประกอบดังนี้

3.1.1 ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) บุคคลจะต้องมีความพร้อมทางด้านจิตใจในการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

3.1.2 การประเมินประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) บุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวก หรือความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ

3.1.3 สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการ เจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก

Becker (1974) ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยมีจุดเน้นที่พฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยและการปรับพฤติกรรม เพื่อช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบอยู่ทั้งหมด 4 ด้าน คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ต่อมา Becker and Maiman (1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจของบุคคลและเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีกเพื่ออธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรค และ

พฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค คือแรงจูงใจ (Motivation) ทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบด้านปัจจัยร่วม (Modifying and Enabling Factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behaviors) ได้ดีขึ้นและสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 6 องค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง ก็จะมี ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ การหลีกเลี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการการเกิดโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้คนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ ถึงความรุนแรงที่มีต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย การก่อให้เกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต การเกิดความพิการ การรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน และความยากลำบากในการดำรงชีวิต และอาจเกิดผลแทรกซ้อนต่อบุคคล รวมไปถึงกระทบกระเทือนต่อบทบาททางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลอาจจะแตกต่างกันไป ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลตัดสินใจร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพถึงแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมการป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น จนกว่าบุคคลนั้นจะรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแต่การที่จะให้ความร่วมมือ

ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัติเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) หมายถึง การรับรู้การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการเช่นการใช้เวลาที่นานมีผลต่ออาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน อุปสรรคต่อการปฏิบัติจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติที่สูงก็จะทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจจะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ก่อนการตัดสินใจปฏิบัติในพฤติกรรม บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และสามารถใช้นำมาพยากรณ์การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้

5. แรงจูงใจในด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึงความรู้สึก อารมณ์ ระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจในด้านสุขภาพอาจเกิดขึ้นจากสิ่งเร้าภายในของบุคคลเกิดความสนใจในสุขภาพหรืออาจเกิดจากการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก ที่ทำให้เขามีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง ความเชื่อต่อความรุนแรง ความเชื่อต่อผลดีในการปฏิบัติ รวมถึงแรงจูงใจจากการได้รับข่าวสาร คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล แรงจูงใจทางด้านสุขภาพสามารถวัดได้จากความสนใจในสุขภาพทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความสุขในการรักษาสุขภาพ

6. ปัจจัยร่วมต่างๆ (Modifying factors) หมายถึงปัจจัยต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำหรือปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรเช่นอายุ เพศ โครงสร้าง ทักษะ ทักษะ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในด้านข้อมูลข่าวสาร เช่นการใช้สื่อทางไปรษณีย์ โทรศัพท์ หอกระจายข่าวของชุมชน แผ่นพับ คู่มือเกี่ยวกับโรค

3.2 วิธีการให้ความรู้

การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเป็นประโยชน์ต่อบุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง (อภิวรรณ แก้ววรรณรัตน์, 2546)

การเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้ การให้ความรู้จะต้องอาศัยวิธีการ เทคนิค และความเหมาะสมทั้งในส่วนของผู้ที่ให้ความรู้และในส่วนของผู้รับโดยจุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ในแต่ละประเด็นจะมีความแตกต่างกันออกไป หลักสำคัญคือเมื่อให้ความรู้กับบุคคลแล้ว บุคคลจะต้องเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติ มีทักษะ และการให้ความรู้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม วิธีการให้ความรู้นั้นมีความหลากหลาย ดังนั้นผู้สอนสามารถพิจารณาถึงวิธีการให้ความรู้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ แบ่งได้ 3 ระดับดังนี้

1. เพื่อให้บุคคลเกิดความรู้ (Knowledge) บุคคลจะได้รับข้อเท็จจริงต่างๆและวิเคราะห์ถึงเหตุผลของข้อเท็จจริงที่ได้รับเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการและการตัดสินใจ การรับรู้ของบุคคลเริ่มจากระดับง่าย ๆ และจากนั้นบุคคลจะเพิ่มความสามารถในด้านการคิดและสติปัญญาจนสามารถวิเคราะห์ถึงข้อสรุปจนทำให้เกิดเป็นความคิดสร้างสรรค์และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆได้

2. เพื่อให้บุคคลเกิดเจตคติ (Attitude) เน้นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สึก อารมณ์ ท่าที ความชอบ ค่านิยมที่ปลูกฝังให้เกิดในตัวผู้เรียนและการประมาณค่า พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายและการสังเกต เพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละบุคคล พฤติกรรมด้านนี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปลูกฝังให้เกิดขึ้นเมื่อจัดกิจกรรมการให้ความรู้ แม้จะต้องใช้เวลานานสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3. เพื่อให้บุคคลเกิดทักษะ (Practice) มุ่งเน้นการกระทำกิจกรรมต่างๆซึ่งส่งผลให้เกิดความสามารถและความชำนาญเฉพาะอย่าง แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆทันทีหรืออาจล่าช้าก็ได้ พฤติกรรมด้านนี้จะเป็นการบ่งชี้การแสดงออกของพฤติกรรมขั้นสุดท้าย

วิธีการให้ความรู้ตามกลุ่มเป้าหมาย (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546; ชนกพร จิตปัญญา, 2551; 245)

1. การให้ความรู้รายบุคคล เนื่องจากบุคคลมีความรู้ ความต้องการและปัญหาในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน การให้ความรู้เป็นรายบุคคลจึงเป็นเนื้อหาเฉพาะเรื่องตามที่บุคคลต้องการ เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่ถึงผู้รับโดยตรงที่เร็วที่สุดสามารถให้ความรู้และให้การประเมินถึงผลการให้ความรู้ได้ตลอดเวลาที่มีการถ่ายทอดความรู้และปรับเปลี่ยนวิธีการใหม่ได้โดยไม่ต้องเสียเวลา ผู้ให้ความรู้และผู้รับมีความใกล้ชิดกันและมักจะเกิดความพึงพอใจ มีความรู้สึกที่ดี

มีความมั่นใจที่จะซักถามปัญหา และสามารถติดต่อกันได้ทั้งทางโทรศัพท์ ทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ

2. การให้ความรู้รายกลุ่ม เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่มีผู้รับหลายคนในการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้สอนจะต้องวางแผนเลือกกิจกรรมการสอนที่จะกระตุ้นให้ผู้รับมีความสนใจ มีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็น และกลุ่มช่วยกระตุ้นซึ่งกันและกันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดการเรียนรู้ เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาหรือความต้องการที่คล้ายคลึงกัน

3. การให้ความรู้กับชุมชน เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่มีความใกล้เคียงกันกับการให้ความรู้รายกลุ่มแต่การให้ความรู้กับชุมชนเป็นการให้ความรู้ที่มีผู้รับจำนวนมาก แต่มีปัญหาทางสภาพที่คล้ายคลึงกัน และการเลือกกิจกรรมจะต้องนำไปปฏิบัติได้ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงในชุมชนนั้น ๆ

4. การให้ความรู้ทางสื่อมวลชน เป็นวิธีการให้ความรู้ที่เข้าถึงผู้รับได้รวดเร็ว โดยที่ผู้รับไม่มีกลุ่มที่เฉพาะเจาะจง สามารถใช้สื่อหลายประเภทร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนใจ เช่น ใบปลิว แผ่นพับ จุลสาร หนังสือพิมพ์วารสาร นิตยสารและโปสเตอร์ การใช้เสียงตามสาย วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ และการจัดนิทรรศการ การให้ความรู้วิธีนี้จะทำให้ผู้รับได้ใช้ประสาทสัมผัสหลายด้านหรืออย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่งให้เหมาะสม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ง่าย รวดเร็ว ถูกต้อง ชัดเจน ประหยัดเวลา และยังกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความประทับใจสามารถนำไปปฏิบัติได้

สื่อในการให้ความรู้ แบ่งเป็น 2 ประเภท (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)

1. สื่อบุคคล เป็นสื่อที่ให้ความรู้และให้การถ่ายทอดไปยังกลุ่มเป้าหมาย เป็นสื่อที่สามารถทำให้ผู้รับเกิดการซักถาม และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับได้หลายทาง เกณฑ์ในการใช้สื่อบุคคลเพื่อเป็นการถ่ายทอดและเผยแพร่การให้ความรู้เพื่อให้ผู้รับเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว ได้แก่

1.1 เป็นผู้ที่มีความตั้งใจ ทัศนคติ และมีความพร้อมที่อยากให้ผู้อื่นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม และเป็นผู้ที่ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2 เป็นผู้ที่มีความเต็มใจที่จะนำเสนอ คำแนะนำด้านสุขภาพ

1.3 เป็นผู้ที่เข้าใจกลุ่มเป้าหมาย เกี่ยวกับพื้นฐานการศึกษา ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม ชีวิตประจำวัน เพศและวัย

1.4 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในการทำประโยชน์เพื่อสังคม เสียสละเพื่อส่วนรวม และต้องเป็นผู้ที่มีบุคลิกลักษณะ คุณสมบัติ การวางตัว มนุษยสัมพันธ์ที่ถูกต้องกลุ่มเป้าหมาย มีความสามารถ มีเทคนิคการจูงใจ ให้ผู้รับเกิดความคล้อยตามและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี

2. สื่อวัตถุ หมายถึงวัตถุและอุปกรณ์ที่ใช้เป็นสื่อ ได้แก่

2.1 สื่อที่ใช้เครื่องฉายไฟฟ้า เช่น สไลด์ เครื่องฉายภาพเหนือศีรษะ แผ่นโปร่งใส ภาพยนตร์

2.2 สื่อที่ไม่ใช้เครื่องฉายไฟฟ้า เช่น ของจริง หุ่นจำลอง ป้ายภาพ รูปภาพ ภาพพลิก แผนที่ หนังสือ วารสาร โบปลิว แผ่นพับ จดหมายข่าว

2.3 สื่อมีเสียง (Sound media) เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วีดิทัศน์ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ และโดยเฉพาะในปัจจุบันมีการค้นคว้าผ่านทางระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้นมีการใช้สื่อที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น การใช้อินเทอร์เน็ต

วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ ตามลักษณะของกิจกรรม

การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพตามลักษณะของการจัดกิจกรรมมีหลายวิธี ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การอภิปรายหมู่ การอภิปรายปัญหา การระดมความคิด บทบาทสมมุติ การเล่าเรื่อง การเล่นเกมสุขภาพ การโต้วาที การสำรวจกรณีศึกษา การเชิญวิทยากร ศูนย์เรียนรู้ วิธีการแก้ปัญหา จัดนิทรรศการ และโปรแกรมการเรียนรู้สำเร็จรูป ซึ่งแต่ละวิธีจะมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆที่เหมือนและแตกต่างกัน

จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นหลักพื้นฐานและทำให้เกิดทัศนคติ และเกิดทักษะตามมานั้น ผู้ศึกษาเห็นว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังมีความพร่องในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง โปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะจัดกิจกรรมและวิธีการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม โดยการบรรยายกลุ่ม การให้ความรู้ผ่านทางหอกระจายข่าว การให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์มือถือโดยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในขณะทำกิจกรรม

3.3 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคม ที่มีโครงสร้างซับซ้อนและเกี่ยวพันจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งอาจมีความใกล้ชิดกันทางเครือญาติ หรืออาจมีความสัมพันธ์กันในระดับโครงสร้างของสังคม คุณภาพและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญต่อการเจ็บป่วยและความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543; สุวิมล สันติเวช, 2544) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยมีผลทำให้ลดภาวะเครียด คลายความวิตกกังวล ทำให้เกิดกำลังใจ กล้าเผชิญกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจะยังคงเชื่อมโยงภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลให้เกิดเป็นผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ที่สนใจศึกษาถึงความหมายและประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้จำนวนมาก สำหรับผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ดังนี้

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าของเซฟเฟอร์ คอยน์ และลาซาร์ส โดยแยกการสนับสนุนด้านการประเมินค่าออกจากด้านข้อมูลข่าวสารของเซฟเฟอร์ คอยน์ และลาซาร์ส โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความรัก ความผูกพัน ห่วงใย ใจกว้างใจ เห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ การรับฟัง การดูแลเอาใจใส่
2. ด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ กรรมของตนกับผู้อื่น
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางและการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม หรือการบริการต่างๆ

แหล่งสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมได้มาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่ให้การสนับสนุน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน
2. กลุ่มที่เป็นทางการ หรือกลุ่มที่มีลักษณะการช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น ผู้ดูแลเด็ก ผู้ช่วยทำงานบ้าน นักกฎหมาย ผู้ให้บริการด้านการเงิน หรือกลุ่มที่ให้บริการด้าน

สวัสดิการ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้นำทางศาสนาหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเอง

บทบาทการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันตามเครือญาติ ผู้ดูแลในลักษณะนี้เป็นผู้ดูแลที่พบได้บ่อยมากที่สุดในประเทศไทยเป็นการให้ความช่วยเหลือ การดูแลที่มาจากความรัก ความผูกพันและความใกล้ชิด (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2551) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและส่วนมากจะเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงต้องมีการดูแลกันอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เช่นการดูแลเรื่องของการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อน และการมาตรวจนัด นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอาจจะแบ่งความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่นเป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆหรือมีความรับผิดชอบในด้านการเงินและค่าใช้จ่ายต่างๆ ด้วยเหตุผลของการเป็นผู้ดูแลดังกล่าวในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มที่ไม่เป็นทางการที่เป็นญาติผู้ดูแล ที่คอยดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆในชีวิตประจำวันมากที่สุด มาเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มาเป็นแนวทางในการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และการช่วยเหลือด้านต่างๆระหว่างบุคคล การยอมรับ การยกย่อง เป็นสิ่งสำคัญสำหรับวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ มีกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดของเฮาส์มาเป็นแนวทางในการสนับสนุนทางสังคม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาโดยกำหนดขอบเขตให้ครอบคลุมตัวแปรที่กำหนดในงานวิจัยคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ ดังนี้

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กชพร อ่อนอภัย (2551) ศึกษาถึงการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 48 ราย ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนและค่าแตกต่างของค่าเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและสิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสำคัญของภาวะสุขภาพและการรับรู้ค่าจำกัดความของสุขภาพเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การควบคุมสุขภาพและการรับรู้ภายในตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

กวี เมฆประดับ (2544) ศึกษาถึงผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเลือกแบบเจาะจงตามลักษณะที่กำหนดจำนวน 20 คน แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง ผลการศึกษาดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และแตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์หรือจิตใจ ด้านวัตถุประสงค์ของและบริการ และด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น และแตกต่างกันก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

3. การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวม และในแต่ละด้าน ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การควบคุมและการจัดการกับความเครียด การรับประทานยาและตรวจสุขภาพตรงตามนัด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และแตกต่างกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

สุวิมล สันติเวส (2545) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ในชุมชนที่อาศัยอยู่เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

สุพรรณิษฐ์ ชีโย (2547) ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 30 รายที่อาศัยอยู่ในตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วาสนา ครุฑเมือง (2547) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 200 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2547 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2547 ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง รายด้านพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงในขณะที่ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

สิรินาถ คำใจหนัก (2548) ศึกษาถึงการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่อาศัยอยู่ใน 13 หมู่บ้านในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละหมู่บ้านจำนวน 188 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ร้อยละ 97.87 การควบคุมอาหารร้อยละ 99.47 การพักผ่อนร้อยละ 89.89 การออกกำลังกายร้อยละ 76.60 การตรวจรักษาและการมาตรวจตามนัดร้อยละ 48.40 การสังเกตอาการผิดปกติ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติถูกต้องโดยรวมทั้ง 6 ด้าน

ศุภวรรณ ป้อมจันทร์ (2551) ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 จำนวน 130 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านด้านความรับผิดชอบสุขภาพ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

สุภรณ์ สุขพร้อม (2551) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ทำการศึกษา ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2550 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิท การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิท การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนสนิท

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

นัยนา เมธา (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า 1. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรค ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและด้านปัจจัยร่วมต่างๆของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง 2. ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนาราช (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุรีย์ คำพอง (2548) ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง 2. พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ศึกษาถึงการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานภายหลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และ เกศแก้ว สอนดี (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ศศิธร อุดตะมะ (2549) ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

Harwell, et al. (2005) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่ามีเพียงร้อยละ 39 ที่รู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

Sullivan, White, Young, Chang, Roos, and Scott (2008) ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สำคัญและสอดคล้องกัน 2 ประการคือการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่ำเป็นปัจจัยทำนายถึงการให้ความสำคัญกับสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพจะมีบทบาทสำคัญในการ

ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการให้โปรแกรมการป้องกันโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตน จะช่วยภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้

สว่างจิตต์ จันทร์ (2544) ศึกษาผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปีจำนวน 100 ราย และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมขึ้นตามแนวคิดของ House ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง
2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการและด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง แต่มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดในระดับปานกลาง

3. การสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 นั่นคือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย

สุวิมล สันติเวส (2545) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในชุมชนที่อาศัยอยู่เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองเพิ่มขึ้น มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

เยาวภา บุญเที่ยง (2545) ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่งผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง

สายฝน กัณธมาลี (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อาทิตยา วงศาพาน (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเดินเร็วร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบเดินเร็ว ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

พรนภา ไชยอาสา (2550) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 รายที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2. คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

พิกุล ดินามาต (2550) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 รายคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 รายพบว่าคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

จากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ยังมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การมารับการรักษา และการมาตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เชื่อว่าผู้สูงอายุโรคความ

ต้นโลหิตสูงที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างถูกต้องจะเกิดความตระหนักต่อภาวะเสี่ยง ความรุนแรงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการปรับพฤติกรรมไปในทางที่ดีเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้และ การสนับสนุนทางสังคม
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981)

1. ใช้ กิจกรรม ผันติ-ผันร้ายเป็นข้อกำหนดร่วมกันของผู้สอนและกลุ่มทดลอง ในการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม แจกคู่มือการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลได้มีการรับรู้ร่วมกัน
2. ใช้กิจกรรมลูกบอลมหัศจรรย์ ร่วมกันทบทวน ประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อให้รับรู้ความรุนแรงของโรค ให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรค ความดันโลหิตสูงที่รุนแรงคือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. การรับรู้ประโยชน์ อุปลรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเลือกรายการอาหาร การเลือกการออกกำลังกาย การนำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียด ชักถาม ตรวจสอบรายการยา และการติดตามทางโทรศัพท์
4. การสนับสนุนทางสังคม ให้ความรู้ แจกคู่มือ สาธิตและฝึกปฏิบัติ ร่วมกันของกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแล กระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติตามแบบฟอร์ม ให้คำปรึกษาและติดตามทางโทรศัพท์

**พฤติกรรมเสี่ยงต่อ
โรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 ด้าน**

1. การรับประทานอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การจัดการกับความเครียด
4. การรับประทานยา และการตรวจรักษา
5. การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม O1.....O2

กลุ่มทดลอง O3.....X.....O4

O1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8

O3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ก่อนการทดลอง

O4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8

X หมายถึง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ PASS (Power Analysis of Sample Size) (รัตนศิริ ทาโต, 2551) โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญที่ .01 ใช้ข้อมูลการศึกษาของกพร อ่อนอกภัย (2551) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 ราย และกลุ่มควบคุม 17 ราย

ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยบวกเพิ่มอีก ร้อยละ 20 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย

กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
2. ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคความดันโลหิตสูง
4. เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-75 คะแนน จากคะแนนรวม 100 คะแนน

5. สามารถช่วยเหลือตนเองและสื่อสารกับผู้อื่นได้
6. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย
7. อาศัยอยู่กับครอบครัวโดยมีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายชื่ออยู่ในชุมชน (หมู่บ้าน) เขตเทศบาลเมืองน่าน ทั้งหมด 28 ชุมชน (หมู่บ้าน) จากทะเบียนแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลน่าน

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกชุมชนที่มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 2 ชุมชน (หมู่บ้าน) ที่ไม่มีอาณาเขตติดต่อกันหรือใกล้เคียงกันเพื่อป้องกันการเกิดตัวแปรแทรกซ้อนจากสิ่งแวดล้อม จับฉลากให้เป็นชุมชนกลุ่มควบคุม 1 ชุมชนและให้เป็นกลุ่มทดลอง 1 ชุมชน

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณลักษณะข้างต้น และสัมภาษณ์เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงมากที่สุด

4. ผู้วิจัยนำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ชุมชน พิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มแรกเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มที่ 2 เข้ากลุ่มทดลอง 20 คน พิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Match pair) จนครบ 20 คู่ ให้แต่ละคู่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังนี้

4.1 เพศ กำหนดให้เป็นเพศเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความสนใจในด้านสุขภาพของตนเองดีกว่าเพศชาย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (สรัญญา พิจารณ์, 2547; ศุภวรรณ ป้อมจันทร์, 2551)

4.2 อายุ กำหนดให้อายุของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้สูงอายุจะมีต่อมรับรสที่ลึกลงจำนวนลง น้ำลายมีความเข้มข้น เยื่อบุช่องปากฝ่อลง ช่องปากแห้งได้ง่าย ทำให้ความสามารถในการรับรสด้วยประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุจึงรับประทานอาหารรสจัดขึ้น โดยเฉพาะรสเค็ม (Tabloski, 2006; Bernstein and Luggen, 2010)

4.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง (พัชรินทร์ สืบสายอ่อน, 2546) จากการศึกษาของ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแตกต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 4- 10 ปี ดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 11 ปี และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงต้องจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องของระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถจับคู่กลุ่มตัวอย่างได้ครบตามคุณสมบัติที่กำหนด 20 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการทดลอง
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 4 ครั้ง ตลอดระยะเวลาดำเนินการทดลอง คือ ครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 และครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 7

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 4 ครั้ง ไม่มีผู้ใดขอถอนตัวออกจากการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างดำเนินการวิจัย

ตารางที่ 2 จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	เพศ	อายุ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	เพศ	อายุ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย
1	ชาย	60	10	ชาย	60	10
2	ชาย	62	5	ชาย	60	10
3	ชาย	64	3	ชาย	64	7
4	ชาย	65	10	ชาย	69	6
5	ชาย	71	3	ชาย	73	6
6	ชาย	72	1	ชาย	74	2
7	ชาย	78	10	ชาย	78	15
8	หญิง	60	5	หญิง	60	10
9	หญิง	60	7	หญิง	60	6
10	หญิง	62	5	หญิง	61	1
11	หญิง	64	5	หญิง	63	2
12	หญิง	64	3	หญิง	64	4
13	หญิง	67	10	หญิง	65	10
14	หญิง	72	6	หญิง	65	5
15	หญิง	73	5	หญิง	69	3
16	หญิง	73	20	หญิง	70	10
17	หญิง	74	20	หญิง	70	3
18	หญิง	76	7	หญิง	73	6
19	หญิง	77	10	หญิง	76	9
20	หญิง	82	10	หญิง	80	7

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน และผ่านความเห็นชอบการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ผู้วิจัยยังได้ชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตอบรับเข้าร่วมการวิจัย และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่โปรแกรมการให้ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีขั้นตอนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นำมาสร้างโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

1.2 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอน การรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยใช้ กิจกรรม ผืนดี-ผืนร้าย ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้กิจกรรมลูกบอลมหัศจรรย์ ทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา และให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงคือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม แจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล ให้ความรู้ทางหอกระจาย

ข่าว และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการกำหนดจำนวนครั้งที่พบกลุ่มตัวอย่าง ความถี่ และระยะเวลาในการติดตาม

1.3 กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุม เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การรับการตรวจรักษาและการไปตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค บทบาทของญาติผู้ดูแลในการเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.4 สร้างโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมโดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรมและคู่มือการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) และการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

1.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยใช้ กิจกรรม ผืนดี-ผืนร้าย ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการวางเป้าหมายร่วมกันคือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม

1.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้กิจกรรมลูกบอลมหัศจรรย์ ทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา และให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงคือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าเรื่องราวประสบการณ์ด้านโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และให้รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.4.3 การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม แจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว และการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทราบถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการป้องกันโรค อุปสรรค แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.5 จัดทำแผนการสอน 3 เรื่องคือ แผนการสอนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แผนการสอนที่ 2 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอนที่ 3

บทบาทของญาติผู้ดูแลในการเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำรา เอกสาร งานการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.6 จัดทำสไลด์ประกอบแผนการสอน

1.7 จัดทำคู่มือ เรื่อง คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.8 จัดทำบทความการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว

1.9 จัดหาสื่อ อุปกรณ์ ประกอบการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย แผ่นวีซีดี เครื่องเล่นวีซีดี เครื่องฉายโปรเจคเตอร์ เครื่องเสียง ไมโครโฟน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม แผนการสอน เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของญาติผู้ดูแลในการเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง บทความการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการทางสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการทางด้านโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิโดยปรับเปลี่ยนข้อคำถามปรับเปลี่ยนภาษาให้เข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุและวัฒนธรรมท้องถิ่น

หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 คน ผลการทดลองใช้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจเนื้อหาตามแผนการสอนได้ ระยะเวลาที่ใช้สอนมีความเหมาะสมเป็นไปตามที่กำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษา ชนิดของยาที่ใช้ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ประยุกต์การนำมาใช้ของ กวี เมฆประดับ (2544) ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบพิจารณาการรับรู้ถึงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 ด้าน คือการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาตรวจรักษา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค เป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับตัวเลือก คือ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคย แต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ข้อความของพฤติกรรม ที่มีความหมายเชิงบวก เกณฑ์การให้คะแนน

บ่อยครั้ง ให้คะแนน 4 คะแนน

บางครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน

นานๆครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

ไม่เคย ให้คะแนน 1 คะแนน

ข้อความของพฤติกรรม ที่มีความหมายเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนน

บ่อยครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน

บางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

นานๆครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน

ไม่เคย ให้คะแนน 4 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การแปลผล ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 4 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น คะแนนรวมสูงสุด 100 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 25 คะแนน

คะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงมากต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนระหว่าง 1- 25 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด

คะแนนระหว่าง 26-50 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงมาก

คะแนนระหว่าง 51-75 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง

คะแนนระหว่าง 76-100 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมเสี่ยงน้อย

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวนข้อทั้งหมด 7 ข้อ ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก ข้อ 2 ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ข้อ 1,3,4,5,6,7

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวนข้อทั้งหมด 3 ข้อ ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก ข้อ 8,9 ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ข้อ 10

พฤติกรรมด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดจำนวนข้อทั้งหมด 6 ข้อ ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก ข้อ 11,12,14,16 ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ข้อ 13,15

พฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการมาตรวจรักษา จำนวนข้อทั้งหมด 5 ข้อ ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก ข้อ 19,20 ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ข้อ 17,18,21

พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค จำนวนข้อทั้งหมด 4 ข้อ ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก 25 ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ ข้อ 22,23,24

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 ส่วน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามแล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นชุดเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอนี้ และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้คะแนนเป็น 4,3,2,1 (4 เท่ากับมีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหามากที่สุด และ 1 ไม่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาเลย) ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .88

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดเลือกสมอง ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดเลือกสมองในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่านที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยง เท่ากับ .84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยประยุกต์การนำมาใช้ของ รัตนา ยอดพรหมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี (2549) ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อแบ่งเนื้อหาเป็น 4 ส่วนคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลือกสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดเลือกสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์การนำมาใช้ของ กวี เมฆประดับ (2544) ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แบ่งเนื้อหาเป็น 4 ส่วนคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนเป็นแบบสอบถามที่เลือกตอบ ใช่ กับไม่ใช่ คำตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน และคำตอบ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดีมาก ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในการรับรู้ระดับดีมาก หรือร้อยละ 80ขึ้นไป ทั้ง 2 ส่วน กำหนดเกณฑ์การคิดคะแนนตามระดับการรับรู้และร้อยละ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ร้อยละ	ระดับการรับรู้
1-5 คะแนน	ต่ำกว่า 60	ต่ำ
6-10 คะแนน	60 - 79	ปานกลาง
11-15 คะแนน	80 - 100	ดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ทั้ง 2 ส่วน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามแล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพของ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้คะแนนเป็น 4,3,2,1 (4 เท่ากับมีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหามากที่สุด และ 1 ไม่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาเลย) ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1.00 และแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .86

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการกำกับการทดลอง ไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่านที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยง แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ .91 และแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .85

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

- 1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน
- 1.2 ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่านเพื่อขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย
- 1.3 ภายหลังจากประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และพยาบาลเวชกรรมสังคมที่รับผิดชอบงานในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทราบ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครในชุมชนและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
- 1.4 ผู้วิจัยนัดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ใน 2 ชุมชน (หมู่บ้าน) ที่เลือก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ที่ประยุกต์การนำมาใช้ของ กวี เมฆประดับ (2544) ที่ผ่านการแก้ไขหลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว เมื่อพบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ให้เอกสาร ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงสิทธิกลุ่มตัวอย่างจนเกิดความเข้าใจ จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Inform Consent Form)

1.6 นำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ชุมชน พิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มแรกเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มที่ 2 เข้ากลุ่มทดลอง 20 คน พิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Match pair) จนครบ 20 คู่ ให้แต่ละคู่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2. ขั้นตอนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2554 ถึง 1 เมษายน 2554 โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดสอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและผ่านการทดสอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแล้ว และได้กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านการพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างเสร็จ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการปฏิบัติและให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามปกติ

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลเวชกรรมสังคมประจำชุมชน (หมู่บ้าน) และจากพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสัญญาณชีพ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นรายกลุ่มเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมาย ในชุมชน และหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและประเมินการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 2 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จากนั้นผู้วิจัย ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และแจกคู่มือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล

พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

กลุ่มทดลอง

ภายหลังได้กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด และผ่านการทดสอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและผ่านการทดสอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2554 กิจกรรมใช้เวลาในช่วง 13.00น.-16.00น. โดยจัดกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการบรรยาย การให้ความรู้จากการจัดกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้จากบทความทางหอกระจายข่าว การติดตามทางโทรศัพท์ และจากคู่มือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง รับฟังความรู้ทางหอกระจายข่าว จำนวน 10 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยใช้ กิจกรรม ผืนดี-ผืนร้าย ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการวางแผนร่วมกันคือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล กล่าวทักทายด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม แสดงท่าที่เป็นมิตร จริงใจ เปิดเผย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและรายละเอียดในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพ "ฝึกปรบมือ" เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพร้อมในด้านสภาวะอารมณ์เป็นการผ่อนคลายอารมณ์ สร้างความตื่นตัว และเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยปรบมือเป็นจังหวะ เช่นปรบรัว ปรบ 10 จังหวะ (123-456-789- เฮ ยกมือ 2 ซ้ำขึ้น)

3. ผู้วิจัยจัดกิจกรรม "ผืนดี-ผืนร้าย" เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้รับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยให้

เกิดขึ้น) สมาชิกในกลุ่มจะต้องแจ้งให้ทราบถึงความฝันของตนเอง ผู้วิจัยสรุปวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมและสิ่งที่สมาชิกและผู้วิจัยคาดหวังร่วมกันถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งเสนอข้อตกลงร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติ

4. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายเป็นรายกลุ่มตามแผนการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง บทบาทการเป็นผู้สนับสนุนทางสังคม พร้อมฉายสไลด์โดยใช้โปรแกรม Power Point ประกอบแผนการสอน

5. ผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลได้นำคู่มือกลับไปอ่านและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยแนะนำให้ญาติผู้ดูแลให้การสนับสนุนโดยเน้นให้เห็นถึงบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ให้ผู้ดูแลใช้คำพูดชักจูงให้กำลังใจ ด้านการประมาณค่า ให้ข้อมูลที่แสดงถึง การคิด การกระทำของผู้สูงอายุ ด้านข้อมูลข่าวสารให้ผู้ดูแลช่วยเหลือโดยอ่านคู่มือ หรือให้คำตอบเมื่อผู้สูงอายุไม่เข้าใจ ด้านทรัพยากร ให้การช่วยเหลือ จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยา

6. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ชักถามปัญหาเกี่ยวกับโรค บทบาทการสนับสนุนทางสังคม และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

7. หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรม ที่กลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลได้รับในครั้งที่ 1 และให้กำลังใจกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในความตั้งใจทำกิจกรรม

8. ผู้วิจัยกล่าวอำลา และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ผลการดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการให้ความรู้ และไม่มีอุปสรรคใดๆ ในการดำเนินกิจกรรม กลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลสนใจรับฟังและซักถามปัญหาเป็นอย่างดี การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการเข้าร่วมกิจกรรมคือกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแล ไม่ต้องการให้เกิดความโรคแทรกซ้อนหลอดเลือดสมองตามมา เช่น ผู้สูงอายุกล่าวว่า "มันเป็นความฝันที่ผมก็ไม่อยากให้มันเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตขึ้นมา แต่เราจะต้องป้องกันมันไว้ เพราะมันลำบาก ถ้าเป็นแล้วก็เป็นภาระของคนอื่น"

สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้กิจกรรมลูกบอลมหัศจรรย์ ทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา และให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรงคือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าเรื่องราวประสบการณ์ด้านโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อ

วิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และให้รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง พูดคุย ชักถามถึงปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาและประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมในครั้งที่ 2 อย่างคร่าวๆ ให้กับกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลได้รับทราบ เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมลูกบอลสีมหัศจรรย์ เล่าถึงเรื่องราวประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เคยพบเห็นหรือเคยได้ยินคนอื่นเล่ามาทั้งในด้านบวกและด้านลบ และเหตุการณ์ดังกล่าวให้ข้อคิดเห็นกับสมาชิกอย่างไร โดยให้ผู้ร่วมวิจัยนั่งเก้าอี้ล้อมเป็นวงกลม ส่งลูกบอลสีจำนวน 1 ลูกไปรอบวง เปิดเพลงประกอบขณะทำการส่งลูกบอล เมื่อเสียงเพลงหยุด ผู้ที่มีลูกบอลอยู่ในมือจะเป็นผู้เล่าประสบการณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ซักถามปัญหา ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้บันทึกสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้บอกเล่าประสบการณ์ทั้งหมด และผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงกิจกรรม กล่าวชื่นชมและให้รางวัลกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับเพื่อนสมาชิกได้รับฟัง ขั้นตอนนี้เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 จะทำให้กลุ่มทดลองได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจะทำให้เกิดการปรับพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติในทางที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4. ผู้วิจัยทบทวนการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่ได้รับในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตระหนักถึงโรคความดันโลหิตสูง และรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยาย เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งในด้านการรับประทานอาหาร ฝึกปฏิบัติการเลือกรายการอาหารที่ควรรับประทาน และรายการอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกาย ข้อแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่เริ่มออกกำลังกาย ตัวอย่างการออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียดยกตัวอย่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการผ่อนคลายความเครียด ฝึกปฏิบัติการกำหนดลมหายใจ การฝึกคลายกล้ามเนื้อ การรับประทานยา และการตรวจตามนัด ยกตัวอย่างและแสดงรายการยาโรคความดันโลหิตสูง การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค และฝึกปฏิบัติร่วมกันของกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุน ช่วยเหลือ ดูแล โดยผู้วิจัยสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติ

เพื่อให้เกิดความใกล้ชิดของบุคคลในครอบครัว กล่าวแสดงความคิดเห็น กล่าวแสดงออกในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลซักถามปัญหา กลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ นำความรู้ไปปฏิบัติต่อบ้านและรู้สึกดีใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีต่อครอบครัว เช่น

ผู้สูงอายุหญิง " เฝิงจะทราบว่าต่อมรับรสของเรามันไม่ดี ก็จะเติมแต่น้ำปลา ลูกหลานก็จะบอกว่าเรารับประทานอาหารรสเค็ม ทั้งๆที่เราก็อธิบายว่ามันไม่เค็ม ตอนนี้อย่างไร ก็เลยต้องปรับตัวไม่ให้เติมเครื่องปรุง"

ญาติผู้ดูแล (ภรรยา) " การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวและนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้เลย ยกตัวอย่าง การปรุงอาหาร เค็มจะเติมเครื่องปรุงรสตามความรู้สึกที่ชอบ แต่เดี๋ยวนี้สามีที่ทำอาหารเองได้หลีกเลี่ยงการเค็มหรือปรุงรสเพิ่ม โดยการคำนวณปริมาณเกลือให้เหมาะสมในการรับประทานแต่ละครั้ง"

6. หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรม ที่กลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลได้รับในครั้งที่ 2 และให้กำลังใจกับกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในความตั้งใจทำกิจกรรม

7. ผู้วิจัยกล่าวอำลา และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ทบทวนการให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยให้คำแนะนำเรื่องการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาในกรณีเร่งด่วนและในสิ่งที่ไม่เข้าใจ สิ่งที่ผู้สูงอายุหรือญาติผู้ดูแลประสบกับปัญหาโดยการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีในยุคสมัยปัจจุบันและมีความนิยมอย่างแพร่หลายเนื่องจากทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็วและเกิดความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม

ภายหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้น และพูดคุยปรึกษากันถึงการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติที่บ้าน และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวเป็นอย่างดี

ผู้สูงอายุหญิง " ละอ่อนก็จะถามตลอด เรื่องโรคความดันที่แม่เป็น และก็จะอู้งานรสชาติของอาหารที่เปลี่ยนไป คือมันเค็มน้อยลง แม่อธิบายว่ามันเปลี่ยน มันยังไม่ชิน แต่ก็พยายาม กลัวมันจะเกิดโรคอัมพาตเนอะ"

ผู้สูงอายุหญิง " แม่ไปปิ่นจักรยานมา ช่วงเย็นๆ ซึ่รอบๆหมู่บ้านนี้แหละ กลางคืนมาหลับดีเลย"

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและชื่นชมผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองและพยายามปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้นำไปปฏิบัติต่อบ้านให้เกิดเป็นกิจวัตรประจำวัน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำกิจกรรมต่างๆที่ได้รับไปปฏิบัติต่อบ้าน และเน้นให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนในการกระตุ้นกลุ่มทดลอง และผู้วิจัยเริ่มให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวมอบให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้อ่านบทความ วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับฟังความรู้และเป็นการย้ำเตือนถึงโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ความรู้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 8 รวมเป็น 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันอาทิตย์ และวันพุธ ครั้งละประมาณ 5-10 นาที รวมทั้งหมด 10 ครั้ง

2. ผู้วิจัยติดตามการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวด้วยตนเองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

จากการติดตามรับฟังการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ผู้สูงอายุรับฟังได้ชัดเจนดี ญาติผู้ดูแลคอยช่วยกระตุ้นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับฟัง รวมทั้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้านคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและบอกวัน เวลาล่วงหน้าเพื่อกระตุ้นเตือนให้รับฟัง

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ถึงปัญหาต่างๆของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ต้องได้รับการแก้ไข ให้คำแนะนำตามความเหมาะสม และกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุนทางสังคม

จากการติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสนใจต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น มีจำนวนน้อยที่ยังปฏิบัติไม่ได้ ผู้สูงอายุชายมีการดื่มสุรา พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ลดการรับประทานอาหารรสเค็ม ลดการใช้เครื่องชूरสต่างๆ ลดอาหารมัน และรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น ด้านการออกกำลังกายมีการออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน ส่วนมากผู้สูงอายุจะใช้วิธีการออกกำลังกายโดยการเดิน และปั่นจักรยาน

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองนำกิจกรรมต่างๆที่ได้รับไปปฏิบัติต่อบ้าน และให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการนัดพบกับกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในชุมชน เพื่อทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัว จากการติดตามทำให้ทราบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในทุกๆด้านดีขึ้น

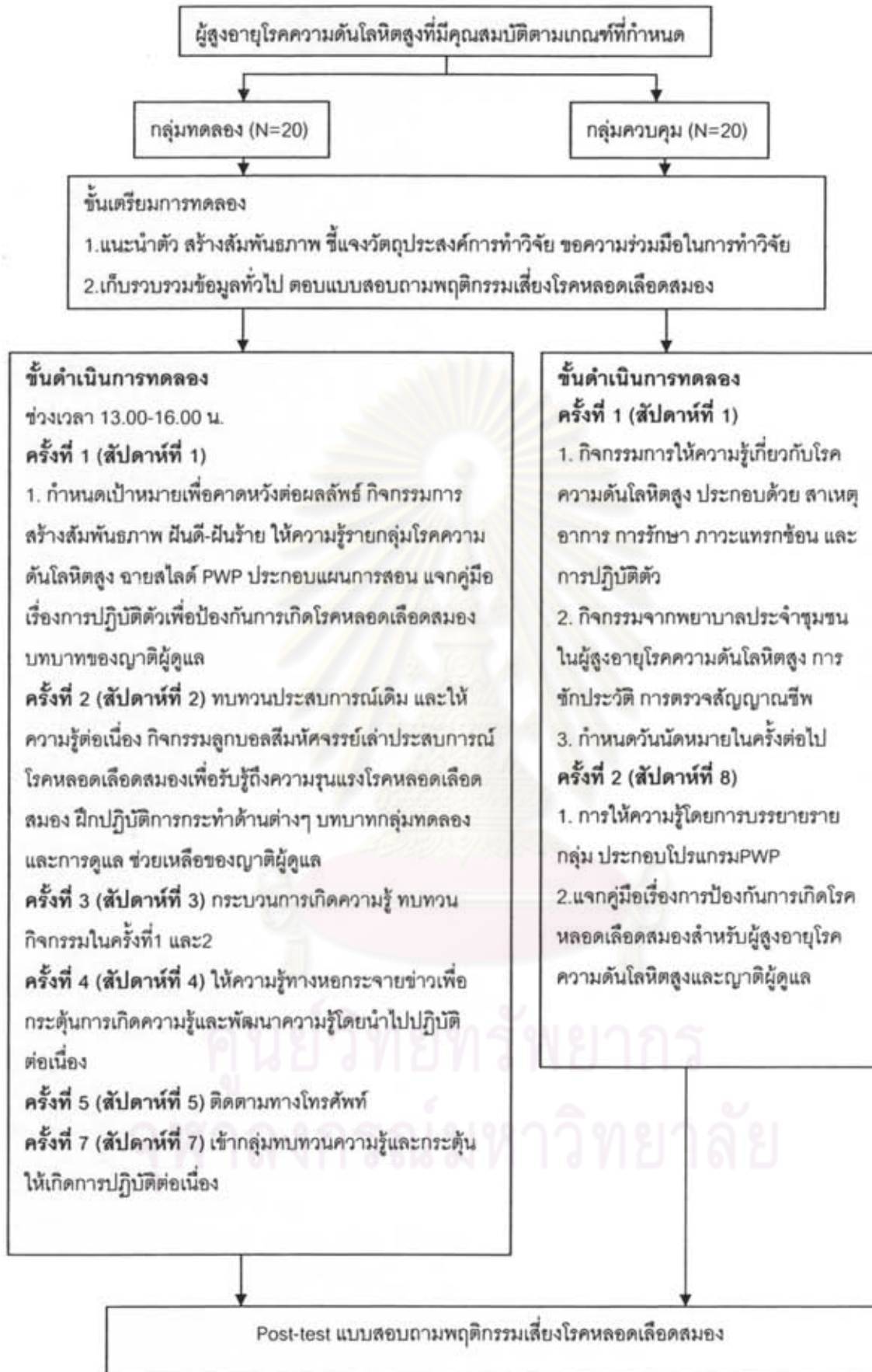
สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองนำกิจกรรมต่างๆที่ได้รับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน และให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองที่ศูนย์ ศสมช. ประจำหมู่บ้าน เพื่อประเมินการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์ประเมินครบทุกคน ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลจากการสอบถาม พบคืบ เบื้องต้นพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงโรค การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี คือด้านการรับประทานอาหาร ลดเค็ม เหตุผลที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ดีคือ ไม่ยุ่งยาก เมื่อรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงแล้ว รู้ถึงวิธีการก็สามารถปฏิบัติได้ทันที ด้านการออกกำลังกายผู้สูงอายุชายบางท่านยังต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 16 ประกอบการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. นำข้อมูลคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ไปทดสอบด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 อนุมานได้ว่ามีกระจายเป็นแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. นำข้อมูลคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ไปทดสอบด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 อนุมานได้ว่ามีกระจายเป็นแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test



แผนภูมิ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (The pretest –posttest control group design) วัดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูง มีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในญาติสายตรง ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Dependent t-test

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Independent t-test

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (20 คน)		กลุ่มทดลอง (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	7	35	7	35	14	35
หญิง	13	65	13	65	26	65
อายุ						
60-69	12	60	10	50	22	55
70-79	7	35	9	45	16	40
80 ขึ้นไป	1	5	1	5	2	5
อายุเฉลี่ย	$\bar{X} = 67.70$ SD = 6.42		$\bar{X} = 68.25$ SD = 6.55		$\bar{X} = 68.80$ SD = 6.79	
อาชีพ						
ทำงานบ้าน	7	35	6	30	13	32
รับจ้าง	3	15	4	20	7	18
ค้าขาย	4	20	2	10	6	15
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	10	1	5	3	8
อื่น ๆ	4	20	7	35	11	27
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
ต่ำกว่า 5,000	8	40	8	40	16	40
5,001-7,500	3	15	-	-	3	8
7,501-10,000	2	10	1	5	3	7
มากกว่า 10,000	7	35	11	55	18	45

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (20 คน)		กลุ่มทดลอง (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ญาติสายตรงที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต						
มี	1	5	1	5	2	5
ไม่มี	17	85	19	95	36	90
ไม่ทราบ	2	10	-	-	2	5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)						
1-5	8	40	10	50	18	45
6-10	11	55	9	45	20	50
11-15	1	5	1	5	1	3
16 ขึ้นไป	-	-	1	-	1	2

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสาม (ร้อยละ 65) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55) มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 55) ประกอบอาชีพทำงานบ้าน (ร้อยละ 32) เมื่อพิจารณารายได้มีช่วงรายได้ที่แตกต่างกัน พบว่า จำนวนผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท กับมากกว่า 10,000 บาท มีจำนวนใกล้เคียงกัน เมื่อรวมกันถือว่าอยู่ในสัดส่วนที่มากที่สุดเกือบสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 40 และร้อยละ 45 ตามลำดับ) ส่วนมากไม่มีประวัติญาติสายตรงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 90) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 1-10 ปี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละ ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (20 คน)		กลุ่มทดลอง (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	50	4	20	14	35
หญิง	10	50	16	80	26	65
อายุ (ปี)						
30-49	8	40	5	25	13	33
50-69	8	40	11	55	19	47
70 ขึ้นไป	4	20	4	20	8	20
อายุเฉลี่ย $\bar{X} = 54.30$ SD = 14.86 $\bar{X} = 59.05$ SD = 12.86 $\bar{X} = 56.68$ SD = 13.93						
สถานภาพสมรส						
โสด	3	15	19	95	3	7
คู่	15	75	-	-	34	85
หม้าย/หย่า/แยก	2	10	1	5	3	8

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (20 คน)		กลุ่มทดลอง (20 คน)		รวม (40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา	7	35	12	60	19	47
ตอนต้น						
มัธยมศึกษาตอน ปลาย	1	5	1	5	2	5
อนุปริญญาหรือ เทียบเท่า	2	10	3	15	5	13
ปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า	5	25	1	5	6	15
สูงกว่าปริญญา ตรี	5	25	3	15	8	20

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลประมาณร้อยละสองในสาม (ร้อยละ 65) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 56 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ Dependent t-test

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	SD	df	t	P-value
กลุ่มทดลอง (N=20)					
ก่อนการทดลอง	69.60	4.56	19	-17.60	.000
หลังการทดลอง	89.45	5.75	19		

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเท่ากับ 69.60 (SD=4.56) และหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเท่ากับ 89.45 (SD=5.75) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (\bar{X} = 69.60 และ 89.45 ตามลำดับ; $p < .01$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Independent t-test

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Independent t-test

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{X}	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง (N=40)					
กลุ่มควบคุม	71.70	2.32	38	-1.83	.08
กลุ่มทดลอง	69.60	4.56			
หลังการทดลอง (N=40)					
กลุ่มควบคุม	74.65	4.85	38	8.79	.000
กลุ่มทดลอง	89.45	5.75			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (\bar{X} =71.70 และ 69.60 ตามลำดับ) ส่วนภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (89.45 และ 74.65 ตามลำดับ; $p < .01$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน (หมู่บ้าน) เขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มีถิ่นที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน และ

ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นผู้ที่อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
2. ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคความดันโลหิตสูง
4. เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
5. สามารถช่วยเหลือตนเองและสื่อสารกับผู้อื่นได้
6. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย
7. อาศัยอยู่กับครอบครัวโดยมีญาติเป็นผู้ดูแลหลัก

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายชื่ออยู่ในชุมชน (หมู่บ้าน) เขตเทศบาลเมืองน่าน ทั้งหมด 28 ชุมชน (หมู่บ้าน) จากเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลน่าน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย ลักษณะงานวิจัย การจัดกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดี และเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย (Inform Consent Form) จัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม และ 20 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง หลังจากนั้นพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Match pair) ให้แต่ละคู่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่โปรแกรมการให้ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยแผนการสอนเรื่องผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาทั้งหมดครอบคลุม ความชุก แนวโน้มของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายโดยเฉพาะการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การมารับการตรวจรักษาและการรับประทานยา การ

หลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค คู่มือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล บทความการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้นำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .88 และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยง เท่ากับ .84

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และ .86 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตร คูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยง ของแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ.91 และ .85 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่านแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน หัวหน้าชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครในชุมชน เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่หัวหน้าชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครในชุมชน

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จับคู่กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้

เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2554 ถึง 1 เมษายน 2554 โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลเวชกรรมสังคมประจำชุมชน (หมู่บ้าน) และจากพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน่าน ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสัญญาณชีพ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นรายกลุ่ม เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ที่ศูนย์ศคมช.ในชุมชน โดยการตอบแบบสอบถามในแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม โดยจัดกิจกรรมในช่วงเวลาประมาณ 13.00น.-16.00น. ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้โดยการบรรยาย การจัดกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดตามทางโทรศัพท์ และแจกคู่มือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันทั้งหมด จำนวน 4 ครั้ง รับฟังความรู้ทางหอกระจายข่าว จำนวน 10 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายเพื่อคาดหวังต่อผลลัพธ์ โดยมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมฝันดี-ฝันร้ายเพื่อให้กลุ่มทดลองได้ตั้งเป้าหมายในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ต่อด้วยการให้ความรู้รายกลุ่มเรื่องโรคความดันโลหิตสูง แจกคู่มือเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกการแสดงบทบาทของญาติผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ใกล้ชิด กล้าแสดงออกในสิ่งที่ถูกต้องโดยผู้วิจัยสาธิตเป็นตัวอย่าง หลังจากนั้นให้ญาติผู้ดูแลได้แสดงบทบาทและนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดกิจกรรมลูกบอลสีมหัศจรรย์ให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกปฏิบัติด้านการเลือกรับประทานอาหารเลือกรายการอาหารที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ วิเคราะห์ให้เห็นคุณค่าอาหารที่ควรเลือกรับประทานในแต่ละรายการ ปริมาณที่ควรได้รับ รายการอาหารทดแทน เรียนรู้เรื่องการออกกำลังกายและการฝึกออกกำลังกายในผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ฝึกการจัดการกับความเครียด กลุ่มทดลองเลือกวิธีการคลายเครียดตามความเหมาะสม แสดงตัวอย่างยารักษาโรคความดันโลหิต และให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ถึงยาที่ตนเองรับประทาน ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติ ทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ 1 และ 2 และให้

กลุ่มทดลองได้นำไปปฏิบัติที่บ้าน ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวเพื่อกระตุ้นการเกิดความรู้และพัฒนาความรู้โดยนำไปปฏิบัติต่อเนื่องครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) ติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 7) เข้ากลุ่มทบทวนความรู้และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติต่อเนื่อง

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ดังนี้

การให้ความรู้ เป็นวิธีการที่จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ การให้ความรู้จะต้องอาศัยวิธีการเทคนิค และความเหมาะสมทั้งในส่วนของผู้ที่ให้ความรู้และในส่วนของผู้รับโดยจุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ในแต่ละประเด็นจะมีความแตกต่างกันออกไป หลักสำคัญคือเมื่อให้ความรู้กับบุคคลแล้ว บุคคลจะต้องเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติ มีทักษะและการให้ความรู้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมได้และการสนับสนุนทางสังคมมีประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมอาศัยหลักการและ

ความเชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker (1974) เพื่อให้บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และเกิดการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค

จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า หลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้ค่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นด้วย การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ที่จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดทัศนคติ และเกิดเป็นทักษะ ร่วมกับกิจกรรมการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ดูแลซึ่งมีความใกล้ชิด ความผูกพัน จะเป็นเป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดการกระทำพฤติกรรม (สุวิมล สันติเวช, 2545) จึงเป็นวิธีที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ มีความสอดคล้องและเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค

ผลการวิจัยครั้งนี้นอกจากจะเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสนับสนุนทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) แล้วยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ในการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงโรค ดังนี้ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนารักษา (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และ เกศแก้ว สอนดี (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่มีความดัน

โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา อยู่ในระดับเหมาะสมมาก Harwell, et al. (2005) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่ามีเพียงร้อยละ 39 ที่รับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง Sullivan, White, Young, Chang, Roos, and Scott (2008) ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ามีปัจจัยที่สำคัญและสอดคล้องกัน 2 ประการคือการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่ำเป็นปัจจัยทำนายถึงการให้ความสำคัญกับสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพจะมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการให้โปรแกรมการป้องกันโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนจะช่วยภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลเวชกรรมสังคมประจำชุมชน (หมู่บ้าน) และจากพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสัญญาณชีพ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นรายกลุ่มเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทาง

สังคมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดตามทางโทรศัพท์ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครประจำชุมชนทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการติดตามการให้ความรู้และจากการประเมินการรับรู้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ทั้งเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากทดลองสูงเพิ่มขึ้นมาก จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ศึกษาถึงการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 กฤษณาพร ทิพย์กาญจนา रेखा (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สายฝน กันธมาลี (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออก

กำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พรนภา ไชยอาสา (2550) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 รายที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 พิกุล ดินามาส (2550) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 รายคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 รายพบว่าคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ด้านการรับประทานยา และการมาตรวจรักษา การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน และป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้และให้ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรง

2. ด้านการศึกษา ควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ และนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการเกิดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรค เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเข้าใจ และเกิดทักษะในการป้องกันการเกิดโรค และป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรคของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และประชาชนทั่วไปได้

3. ด้านการวิจัย ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำองค์ความรู้ใหม่ๆ มาร่วมกันรณรงค์ เช่น การสร้างสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งตีพิมพ์ การจัดตั้งองค์กรเพื่อการรณรงค์ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไปได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้สูงอายุโรคอื่นๆต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กษพร อ่อนอกภัย. (2551). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สาธารณสุข, กระทรวง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สาธารณสุข, กระทรวง สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2551). รายงานประจำปี 2550. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กวี เมฆประดับ. (2544). ผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่มจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2551). เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการบำบัดทางการพยาบาล: การให้ข้อมูลทางสุขภาพ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรัพย์ทรง จอมพงษ์. (2546). ผลการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาราพร ประยูรวิวัฒน์. (2548). Hypertensive Emergencies Acute Stroke: The Dilemma. ในศุภชัย ธนอมทรัพย์, New Horizons in Management of Hypertension, 75-87. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- นิตยา พันธุ์เวทย์และธิดารัตน์ อภิญา. (2553). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคไม่ติดต่อ, (World Hypertension Day 2010)

- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2550). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร 34 (1) : 121-130.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์. (2550). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร. 34 (1): 110-120.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดียร์.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พีระ บูรณกิจเจริญ. (2550). Guideline ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง, ภาควิชาอายุรศาสตร์: โรงพยาบาลศิริราช.
- รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี. (2549). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เล็ก สมบัติ. (2549). รายงานการวิจัย โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). สถิติการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภวรรณ ป้อมจันทร์. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพล วันตะเมธ. (2551). แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2008, กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สร้อยญา พิจารย์. (2547). การสนับสนุนจากพยาบาลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สว่างจิตต์ จันทร์. (2544). ผลการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปราณี วงศ์ปาลี. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณิณี ชีไธ. (2547). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุพิมพ์ อุ่นพรม. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรีย์ คำพอง. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล สันติเวส. (2544). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Amarenco, P., Lavallo, P., and Touboul, P.J. (2004). Stroke prevention, blood cholesterol, and statins. *Lancet Neurol* 3: 271-78.
- Bahle, J. (1998). Stroke prevention screening program. *Journal of vascular nursing* 16(2): 35-37.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy : The Exercise of Control*. New York: W.H.Freeman company.
- Baranski, J. (2005). Increasing stroke awareness. *ProQuest Health and Medical Complete* 39(2): 40.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs* 2: 409-419.
- Becker, M.H., and Maiman, L.A. (1977). A new approach to explaining sick role behavior in income population. *American of public Health* 3: 330-336.
- Becker, M.H., and Maiman, L.A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health* 6(2): 113-132.

- Bernstein, M., and Luggen, A.S. (2010). *Nutrition for the older adult*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
- Breuche, J.L., and Amarenco, P. (2009). Lipid management in the prevention of stroke: review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. *Lancet Neurol* 8: 453-63.
- Gochman, D.S. (1988). *Health behavior : Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.
- Dahlof, B. (2007). Prevention of Stroke in Patients with Hypertension. *The American Journal of Cardiology* 100 (3A): 17J-24J.
- Fields, L.E., et al. (2004). The burden of adult hypertension in the United States 1999 to 2000: A rising tide. *Stroke* 44: 398-404.
- Harwell, T.S., et al. (2005). Perceived risk for developing stroke among older adults. *Preventive Medicine* 41: 791-794.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Janz, N.K., and Becker, M.H. (1984). The Health belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly* 11(1): 1-47.
- Joint national committee. (2005). *Seventh report of the joint national committee on hypertension defines a persistent evaluation of the high blood pressure*. 17: 6.
- Kemm and Close. (1995). *Health Promotion Theory and Practice*. London: Mac Millian Press.
- Koning, J., et al. (2004). Quality of care in stroke prevention: results of an audit study among general practitioners. *Preventive Medicine* 38: 129-136.
- Lee, Y.S. (2007). Awareness of blood pressure among older adults: A cross-sectional descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 44: 796-804.
- Mancia,G. (2004). Prevention and Treatment of Stroke in Patients with Hypertension. *Clinical Therapeutics* 26(5): 631-648.
- Pedelly, L., and Gorelick, P. (2008). Management of Hypertension and Cerebrovascular Disease in the Elderly. *The American Journal of Medicine* 121: s23-s31.

- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pierce, C., et al. (2009). Raising stroke awareness among rural dwellers with Facts for Action to Stroke Treatment-based educational program. *Applied Nursing Research*.
- Polit, D.F., and Hungler, B.P. (1999). *Nursing search: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sanossian, N., and Ovbiagele, B. (2009). Prevention and management of stroke in very elderly patients. *Lancet Neurol* 8: 1031–1041.
- Seshadri, S., et al. (2001). Elevated Midlife Blood Pressure Increases Stroke Risk in Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 161: 2343-2350.
- Strong, K., Mathers, C., and Bonita, R. (2009). Prevention stroke: saving lives around the world. *The Lancet Neurology* 6 (2): 182-187.
- Sullivan, K., White, K., Scott, Y.C., and Mulgrew, K. (2007). Developing a stroke intervention program: What do people at risk of Stroke want?. *Patient Education and Counseling* 70: 126-134.
- Sullivan, K.A., White, K.M., Young, M.D., Chang, A., Roos, A., and Scott, C. (2008). Predictors of Intention to reduce Stroke Risk Among People at Risk of Stroke: An Application of an Extended Health Belief Model. *Rehabilitation Psychology* 53(4): 505-512.
- Tabloski, P..A. (2006). *Gerontological nursing*. Upper Saddle view, N.j: Pearson Prentice Hall.
- Travis, L.H., et al. (2003). Awareness of Stroke Risk Factors, Symptoms, and Treatment is Poor in People at Highest Risk. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 12(5): 221-227.
- World Health Organization-International Society of Hypertension. (1999). World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension* 17: 151-183.

World Health Organization. (2007). **Prevention of Cardiovascular Disease: guideline for Assessment and Management of total cardiovascular risk.**

World Health Organization. (2009). **World Stroke Day.** World Stroke Organization.

World hypertension league. (2005). **Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.** Jan 1521; 365(9455): 217-23.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ อรุณแสง	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. นางสาวเตือนใจ ภัคดีพรหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
4. นางรุ่งทิพย์ กาละดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน
5. แพทย์หญิง เพชรดี โอฟีริกสุภัค	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลน่าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือขอความร่วมมือในการใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

ที่สร 0512 11/ ๕ 141

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรรณราชนนเศรษฐศาสตร์ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10310

๓๖ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โกรธวังวิทยานิพนธ์ (ฉบับร่าง) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางปณใจ กันทะมี นิสิตชั้นปริญญาโท ศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยที่เสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา สุวรรณะปกรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ อรุณแสง อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงความเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จาก ท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบทา จิตปัญญากอ)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ อรุณแสง
งานบริการนักศึกษา	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา สุวรรณะปกรณ โทร. 0-2218-1156
ชื่อ นิสิต	นางปณใจ กันทะมี โทร. 08-6180-3188

ที่ ศบ 0512.117.014

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรรณารักษณ์ศรีวิศกพรหม ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพมหานคร 10110

วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉนดร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางปานใจ กันยะมี นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทธนา ชูวรรณระโพธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย ชูกลมศักดิ์ อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเอกสารเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จากเสวก วรรณนิเมศ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทธนา ชูกลมศักดิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติภารกิจแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย ชูกลมศักดิ์
งานหรือบรรณารักษณ์	โทร. 0-2218-1154 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทธนา ชูวรรณระโพธิ์ โทร. 0-2218-1156
ผู้มีติด	นางปานใจ กันยะมี โทร. 08 6180-3185

ที่ ศร 0512.117 2 19 1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7.7 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออัญมณีบุคคลกรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสั้นๆ) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางปณใจ กันธะมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนางสาวเดือนใจ ภักดีพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครบถ้วนเนื้อหาขอเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตส่งมา เพื่อกำหนดให้ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปิยอุษา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติกรรพณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวเดือนใจ ภักดีพรหม

คณบดีวิทยาลัยพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1156

เรียนนิสิต

นางปณใจ กันธะมี โทร. 08-6180-3188

ที่ศร 0812.10/2141



คณะพจนานุกรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรรณารักษะและสารนิเทศวิทยา ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

๕๕ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับเต็มขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางปานใจ กันณะณี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยที่เสนอในวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณปะกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาขอสมัครยื่นขอการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1. แพทย์หญิง เพชรดี ไธหวาริกสุภัก | นางแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาอายุรศาสตร์ |
| 2. นางรุ่งทิพย์ กาละดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณปะกรณ์
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
 ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ต้นฉบับเรียน	แพทย์หญิง เพชรดี ไธหวาริกสุภัก และนางรุ่งทิพย์ กาละดี
มอบนิตยสาร	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณปะกรณ์ โทร. 0-2218-1156
ผู้นิสิต	นางปานใจ กันณะณี โทร. 08-6180-3188

ที่ ศษ 0512.11: 0245



คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทวรม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้มีสิทธิทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

เนื่องด้วย นางปานใจ กันตะมี นิสิตชั้นปริญญาโท ศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และกระตือรือร้นทางสังคมต่อพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณปะกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้มีสิทธิดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองน่าน จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามข้อมูลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้มีสิทธิจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางปานใจ กันตะมี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบทพร จิลปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรรบทบคณบดีคณะศึกษาศาสตร์

ที่นามเรียน	ที่ นาน่าฝ่ายการพยาบาล
งานวิทยากรศึกษา	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณปะกรณ์ โทร. 0-2218-1156
ชื่อหนังสือ	นางปานใจ กันตะมี โทร. 08-6180-3188



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย


ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลน่าน

เอกสารรับรองเลขที่ นน ๐๑๒๗๒ / ๑๐๒๖
ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม
เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
รหัสโครงการ ๐๙ / ๒๕๕๔
ชื่อหัวหน้าโครงการ น.เจปานใจ กันยะมี
ที่พำนัก โรงพยาบาลน่าน

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
หลักประกาศเลขที่ ๖๓๒ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน

ลงนาม 
(แพทย์หญิงวิราภรณ์ เดชะเสนา)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 2 ก.พ. 2554

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แผนการสอนประกอบด้วย

แผนการสอนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

แผนการสอนที่ 2 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

แผนการสอนที่ 3 บทบาทญาติผู้ดูแลในการเป็นผู้สนับสนุนทางสังคม

ชุดที่ 2 คู่มือ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล

ชุดที่ 3 การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว แบ่งเป็น 2 ตอน คือ โรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ชนิดและจำนวนของยา ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 15 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 15 ข้อ

แผนการสอนที่ 1 เรื่อง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหาโดยย่อ	กลวิธี	สื่อ/ อุปกรณ์	การ ประเมินผล
กลุ่ม สัมพันธ์ภาพ	1.เพื่อสร้าง สัมพันธ์ภาพ ระหว่างผู้เรียน และผู้สอน	สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นาง ปานใจ กันยะมี นิสิต ปริญญาโท คณะ พยาบาลศาสตร์	-เปิดเพลง -แนะนำ ตนเองเพื่อ นำเข้าสู่ บทเรียน	-บุคคล - PowerPoint Slide ที่ 1	- สังเกตการณ์ แสดงออก -การให้ ความ
ความคาดหวัง เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิต สูง	2.เพื่อสร้าง บรรยากาศใน การเรียน 1.เพื่อสร้างการ มีส่วนร่วม 2. เพื่อกระตุ้น ให้ผู้เรียนมีการ กำหนด เป้าหมาย 3.เพื่อรับทราบ และประเมิน การรับรู้ของ ผู้เรียน	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้จะมาให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง ซึ่ง จะใช้เวลาในการทำกิจกรรม ทั้งหมด ประมาณ 30-45 นาที หากท่านมีข้อสงสัย ต้องการซักถามกรุณายก มือขึ้นถามได้ เปิดเพลง ผีนตี่-ผีน ร้าย ซึ่งเพลงมีเนื้อหา เกี่ยวกับเรื่องความฝัน ผู้วิจัยถามถึงความฝัน หรือความคาดหวัง ของ ผู้สูงอายุทั้งในด้านผลดี และผลเสียของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง โดยให้ผู้สูงอายุ ได้พูดถึงความคาดหวัง ของตนเองเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง โอกาส เสี่ยงการเกิดโรคที่สำคัญ ในผู้สูงอายุ โรค..... ..	-เปิดเพลง -ถามคำถาม "ความ คาดหวังหรือ ความฝัน เกี่ยวกับโรค ความดัน โลหิตสูงสิ่งที่ ดีๆที่อยากให้ เกิดขึ้นมี อะไรบ้าง และสิ่งที่ไม่ อยากให้ เกิดขึ้นมี อะไรบ้าง"	วีซีดีเพลง ผีนตี่-ผีน ร้าย	ร่วมมือ ใน กิจกรรม - สังเกตการณ์ แสดงออก

แผนการสอนที่ 2 เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหาโดยย่อ	กลวิธี	สื่อ/ อุปกรณ์	การ ประเมินผล
เตรียมความพร้อม	1. เพื่อเตรียมความพร้อมด้านสภาวะอารมณ์และสร้างความตื่นตัว	ปรบมือเป็นจังหวะตามผู้สอนแนะนำ คือ ปรบรัว ปรบ 10 จังหวะ(123-456-789-10) ปรบมือ 5 จังหวะ(12-123-12-12-1) ผู้สอนทบทวนสั้นๆในการเรียนรู้ที่ผ่านมา ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือ โรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงต้องมาเรียนรู้ถึงวิธีป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในด้านต่างๆ ดังนี้ 1. การรับประทานอาหาร หลักในการกินอาหารของโรคความดันโลหิตสูง คือ กินไม่ให้ช้วน โดยการรับประทานผักผลไม้ให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว และหลีกเลี่ยงอาหารที่มี	-ปรบมือ	บุคคล	ผู้เรียนสนใจและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
การรับประทาน อาหาร	1. เพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงหลักในการรับประทานอาหาร	-บรรยาย -ถามคำถาม "หลักในการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง"	-Power Point รูปคนช้วนและรูปเกลือกแกง+คู่มือฯ	-ความสนใจรับฟังการบรรยาย

แผนการสอนที่ 3 เรื่อง บทบาทญาติผู้ดูแลในการเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหาโดยย่อ	กลวิธี	สื่อ/ อุปกรณ์	การ ประเมินผล
กลุ่ม สัมพันธ์ ภาพ	1. เพื่อกระชับ ความสัมพันธ์ 2. เพื่อสร้าง บรรยากาศใน การเรียน	-เปิดเพลง/ปรบมือ -ผู้สอนกล่าวทักทาย สร้าง สัมพันธ์ภาพกับญาติผู้ดูแลและ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงอีกครั้ง -ที่ผ่านมา ญาติผู้ดูแล ได้รับความรู้ ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงแล้ว สิ่งสำคัญคือ ญาติ ผู้ดูแลจะต้องมีบทบาทในการดูแล ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึง ต้องมาเรียนรู้และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ที่ผ่านมา เกี่ยวกับการ เป็นผู้ดูแล -ผู้สอนถามถึงประสบการณ์ เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ ได้รับ และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุได้ทบทวนถึง ประสบการณ์ รวมถึงปัญหาและ อุปสรรคที่เคยพบ เพื่อเป็นแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน	เปิดเพลง/ ปรบมือ -ถามคำถาม ญาติผู้ดูแล และผู้สูงอายุ โรคความดัน โลหิตสูง "ท่าน ได้ให้การดูแล ผู้สูงอายุโรค ความดัน โลหิตสูง อย่างไร" "ประสบการณ์ เกี่ยวกับการ สนับสนุนทาง สังคมที่ได้รับ เป็นอย่างไร บ้าง"	-วีซีดี เพลง -เครื่อง เล่นวีซีดี -ผู้สอน+ ผู้เรียน -ผู้สอน	การมีส่วน ร่วมใน กิจกรรม -ความสนใจ รับฟังการ บรรยาย

คู่มือ
 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน
 การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 สำหรับ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 จัดทำโดย
 นาง ปานใจ กันยะมี

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรณนะปกรณ์

คำนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ หลักในการดูแลรักษาเพื่อป้องกันอวัยวะเป้าหมายของร่างกายถูกทำลายเช่น สมอง หัวใจ ไตและตา ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้และได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลจะช่วยให้หลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคนี้ได้

คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลฉบับนี้ ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยคาดหวังว่าคู่มือฉบับนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ถึงความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง เหมาะสม จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ปานใจ กันยะมี

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

● อาหารที่ไม่ควรรับประทาน
อาหารที่ผ่านการถนอม



กุนเชียง



น้ือเค็ม



ไข่เค็ม



บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป



แหนม ปลาต้ม



ส้มไข่ปลา



ปลาทุเค็ม



ปลาเค็ม



เมี่ยง

5. การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความรุนแรง

ของโรค เช่น ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มชาและกาแฟ พบว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต

สรุป

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง อาจไม่มีอาการชัดเจนในระยะเริ่มแรกแต่เมื่อเป็นแล้วถือว่าเป็นโรคร้ายแรง ซึ่งอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอันตรายและอาจนำไปสู่ความพิการถาวรหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นเราต้องมาเรียนรู้และปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคนี้กันเถอะ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนและชนิดของยา ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฟังซ้ำๆ และเมื่อฟังข้อความจบ ให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง หรือขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่กำหนด ตามความเป็นจริง ในแต่ละข้อ

ข้อ	รายละเอียดการสัมภาษณ์	สำหรับ ผู้วิจัย
1	เพศ <input type="checkbox"/> 1) ชาย <input type="checkbox"/> 2) หญิง	
2	ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี คำนวณอายุเต็มโดยใช้ปีพ.ศ.ปัจจุบัน ลบด้วยพ.ศ.เกิด	
3	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1) โสด <input type="checkbox"/> 2) คู่ <input type="checkbox"/> 3) หม้าย (เสียชีวิต/หย่า/ แยก)	
4	ระดับการศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2) ชั้นประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3) มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 6) ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7) สูงกว่าปริญญาตรี	
5	อาชีพ <input type="checkbox"/> 1) ทำงานบ้าน <input type="checkbox"/> 2) รับจ้าง <input type="checkbox"/> 3) เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 4) ค้าขาย <input type="checkbox"/> 5) รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6) อื่นๆ (ระบุ).....	
6	รายได้เฉลี่ยของท่านและครอบครัวต่อเดือน.....บาท	
.....	
9	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 7 ข้อ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เมื่อฟังข้อความจบให้บันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง หรือขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่กำหนด ตามความเป็นจริงในแต่ละข้อ

ข้อ	รายละเอียดการสัมภาษณ์	สำหรับ ผู้วิจัย
1	เพศ <input type="checkbox"/> 1) ชาย <input type="checkbox"/> 2) หญิง	
2	ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี คำนวณอายุเต็มโดยใช้ปีพ.ศ.ปัจจุบัน ลบด้วยพ.ศ.เกิด	
3	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1) โสด <input type="checkbox"/> 2) คู่ <input type="checkbox"/> 3) หม้าย (เสียชีวิต/หย่า/แยก)	
4	ระดับการศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2) ชั้นประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3) มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 6) ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7) สูงกว่าปริญญาตรี	
5	อาชีพ <input type="checkbox"/> 1) ทำงานบ้าน <input type="checkbox"/> 2) รับจ้าง <input type="checkbox"/> 3) เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 4) ค้าขาย <input type="checkbox"/> 5) รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6) อื่นๆ (ระบุ).....	
.....	
7	

เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 15 ข้อ คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฟังซ้ำๆ และเมื่อฟังข้อความจบ ให้เลือกตอบตามความเป็นจริงให้มากที่สุดโดยมีตัวเลือกตอบคือ ใช่ หรือ ไม่ใช่

ข้อ	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</u>				
1	เมื่อมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้			
...			
...			
...			
...			
15			

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฟังซ้ำๆ และเมื่อฟังข้อความจบ ให้เลือกตอบตามความเป็นจริงให้มากที่สุดโดยมีตัวเลือกตอบคือ ใช่ หรือ ไม่ใช่

ข้อ	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
<u>ด้านอารมณ์</u>				
1	สมาชิกในครอบครัวซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากท่าน			
....			
....			
....			
15			



ภาคผนวก ๑
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอตารางการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 การทดสอบการแจกแจงคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงคะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 6 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม PASS กำหนดให้มีอำนาจทดสอบร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .01

ส่วนที่ 7 การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 การทดสอบการแจกแจงคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

ตารางที่ 7 ผลคะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	คะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
N	20	20
Normal Parameters ^a		
Mean	69.60	89.45
Std. Deviation	4.592	5.753
Most Extreme		
Absolute	.248	.131
Differences		
Positive	.130	.117
Negative	-.248	-1.131
Kolmogorov-Smirnov Z	1.109	.588
Asymp. Sig. (2-tailed)	.171	.880

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data

จากตารางที่ 7 อนุมานได้ว่าคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ

ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

ตารางที่ 8 ผลคะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	คะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
N	20	20
Normal Parameters ^a Mean	71.70	74.65
Std. Deviation	2.31	4.85
Most Extreme Absolute	.201	.167
Differences Positive	.161	.114
Negative	-.201	-.167
Kolmogorov-Smirnov Z	.901	.747
Asymp. Sig. (2-tailed)	.391	.632

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data

จากตารางที่ 8 อนุมานได้ว่าคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 9 คะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d}	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d}
1	73	84	11	73	73	0
2	71	89	18	66	65	-1
3	73	91	18	74	77	3
4	69	87	18	69	74	5
5	65	82	17	72	76	4
6	58	85	27	72	71	-1
7	75	88	13	71	73	2
8	69	93	24	71	75	4
9	67	82	15	73	74	1
10	75	90	15	68	66	-2
11	74	94	20	73	73	0
12	75	89	14	72	80	8
13	71	93	22	74	83	9
14	75	95	20	73	75	2
15	73	95	22	72	77	5
16	75	87	12	72	79	7
17	58	76	18	74	82	8
18	75	94	19	74	77	3
19	67	95	28	68	68	0
20	69	100	31	71	73	2

	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d}	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d}
รวม	1,392	1,789	382	1,434	1,493	59
69.60	89.45	19.10	71.70	74.65	2.95	2.59
S.D.	4.56	5.75	5.36	2.32	4.85	3.26
ระดับ	ปานกลาง	สูง	-	ปานกลาง	ปานกลาง	-

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 69.60 (ระดับปานกลาง) ภายหลังจากทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 89.45 (ระดับสูง) ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) = 19.10 ส่วนคะแนนรวมพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 71.70 (ระดับปานกลาง) และภายหลังจากทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 74.65 (ระดับปานกลาง) ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) = 2.95 จากผลคะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าคะแนนที่สูงขึ้นทั้งสองกลุ่มแต่ค่าคะแนนรวมของกลุ่มทดลองสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม (89.45 และ 74.65) และค่าคะแนนความต่างของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอยู่ที่ 19.10 และ 2.95 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 10 ค่าคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนน ก่อนการ ทดลอง	คะแนน หลังการ ทดลอง	\bar{d}	คะแนน ก่อนการ ทดลอง	คะแนน หลังการ ทดลอง	\bar{d}
1	8	14	6	8	10	2
2	9	15	6	8	11	3
3	7	14	7	7	11	4
4	8	14	6	7	10	3
5	6	14	8	8	10	2
6	9	15	6	8	10	2
7	8	14	6	8	8	0
8	7	15	8	9	8	-1
9	10	13	3	8	7	-1
10	8	13	5	8	8	0
11	9	14	5	9	10	1
12	7	15	8	9	8	-1
13	6	15	9	8	9	1
14	8	15	7	7	9	2
15	9	15	6	8	9	1
16	8	14	6	8	9	1
17	7	14	7	7	8	-1
18	5	14	9	7	7	0
19	6	14	8	7	8	1
20	5	14	9	6	7	1

	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d}	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d}
รวม	150	285	135	155	177	20
Mean	7.50	14.25	6.75	7.75	8.85	1.0
S.D.	1.39	0.63	1.55	0.78	1.26	1.45
ระดับ	ปานกลาง	ดีมาก	-	ปานกลาง	ปานกลาง	-

จากตารางที่ 10 พบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 7.50 (ระดับปานกลาง) ภายหลังกการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 14.25 (ระดับดีมาก) ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) = 6.75 ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 7.75 (ระดับปานกลาง) และภายหลังกการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 8.85 (ระดับปานกลาง) ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) = 1.0

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 ข้อมูลคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 11 คะแนนการรับรู้เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนนก่อนการทดลอง	คะแนนหลังการทดลอง	\bar{d}	คะแนนก่อนการทดลอง	คะแนนหลังการทดลอง	\bar{d}
1	7	15	8	8	8	0
2	6	15	9	7	9	2
3	6	14	8	7	8	1
4	7	15	8	8	7	-1
5	6	15	9	7	7	0
6	5	15	10	8	7	-1
7	9	15	6	7	8	1
8	8	15	7	6	7	1
9	5	13	8	8	8	0
10	8	15	8	9	8	-1
11	8	15	8	9	8	-1
12	8	15	8	8	7	-1
13	9	15	6	7	7	0
14	9	15	6	8	8	0
15	7	15	8	7	8	1
16	7	15	8	8	9	1
17	8	15	7	9	9	0
18	9	15	6	9	9	0
19	6	15	9	9	7	-2
20	6	15	9	9	8	-1

	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d}	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d}
รวม	144	297	156	158	157	-1
Mean	7.20	14.85	7.8	7.9	7.85	-0.05
S.D.	1.32	0.48	1.15	0.91	0.74	0.99
ระดับ	ปานกลาง	ดีมาก	-	ปานกลาง	ปานกลาง	-

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 7.20 (ระดับปานกลาง) ภายหลังจากการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 14.85 (ระดับดีมาก) ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) = 7.8 ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมก่อนการทดลองเท่ากับ 7.9 (ระดับปานกลาง) และภายหลังจากการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 7.85 (ระดับปานกลาง) ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) = -0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม PASS กำหนดให้มีอำนาจทดสอบที่ร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .01

ตารางที่ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม PASS กำหนดให้มีอำนาจทดสอบที่ร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .01

Two-Sample T-Tests Power Analysis

Power	N1	N2	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	Sigma1	Sigma2
0.82402	17	17	0.01000	0.17598	36.10	38.71	2.17	2.17
0.80532	11	11	0.05000	0.19468	36.10	38.71	2.17	2.17
0.81770	9	9	0.10000	0.18230	36.10	38.71	2.17	2.17

จากตารางที่ พบว่า เพื่อให้มีอำนาจทดสอบร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .01 ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 17 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 7 การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. แบบทดสอบพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30

Item Variance	Mean	Minimum	Range	Max/Min	Variance
	.242	.185	.368	1.988	.002

Reliability Coefficients 25 Items

Alpha = .841 Standardized Items alpha = .820

2. แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30

Item Variance	Mean	Minimum	Range	Max/Min	Variance
	.429	.230	.415	2.825	.017

Reliability Coefficients 15 Items

Alpha = .912 Standardized Items alpha = .882

3. แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

N of Cases = 30

Item Variance	Mean	Minimum	Range	Max/Min	Variance
	.375	.276	.374	2.805	.061

Reliability Coefficients 15 Items

Alpha = .852 Standardized Items alpha = .812

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางปานใจ กันยะมี เกิด วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2513 ภูมิลำเนา จังหวัดน่าน สำเร็จ การศึกษาระดับพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน่าน จังหวัดน่าน ปีการศึกษา 2540 ประสบการณ์การทำงาน พยาบาลแผนกหอผู้ป่วยหนัก พยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2551 ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย