



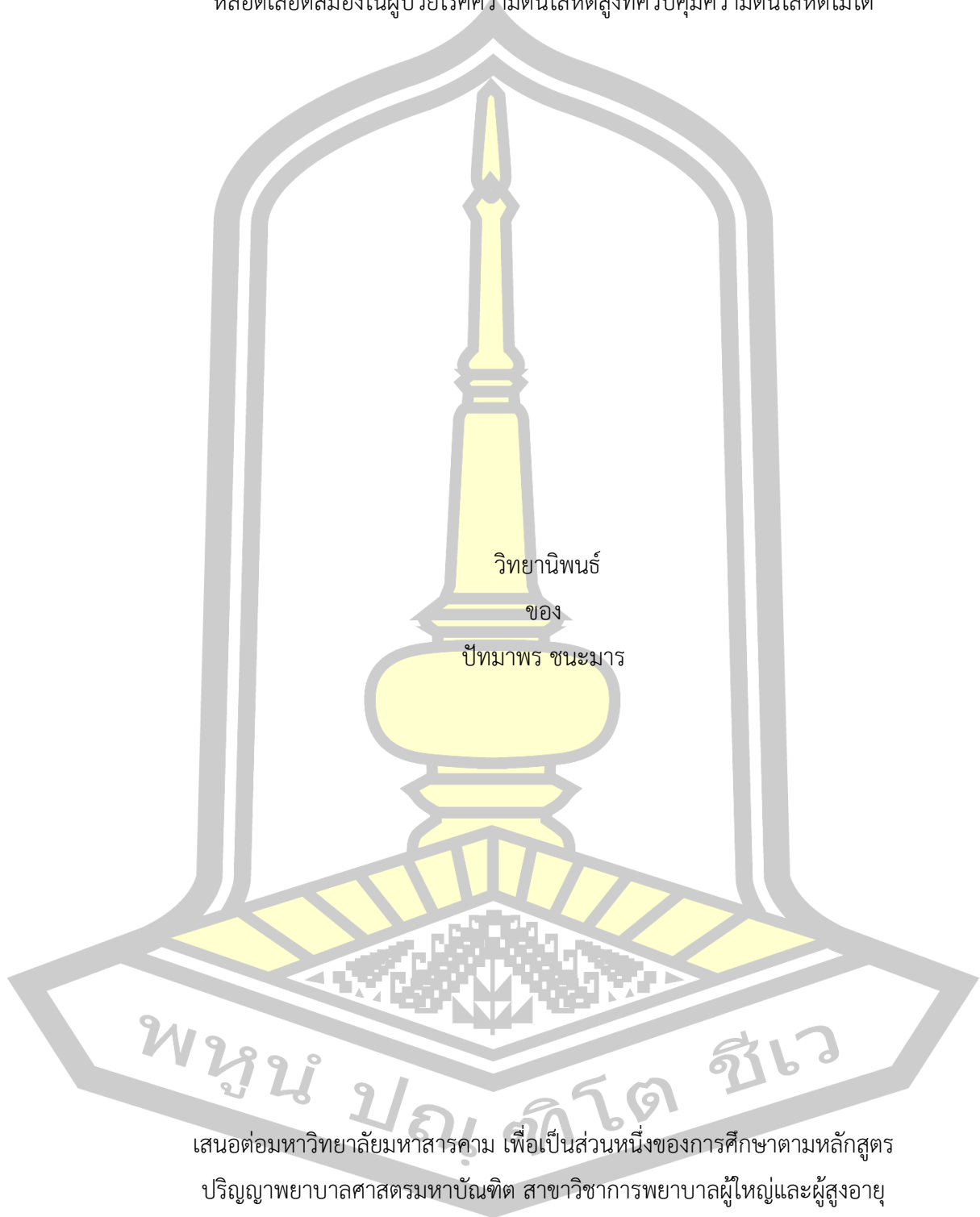
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมกำบังโรค
หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วิทยานิพนธ์
ของ
ปัทมาพร ชนะมาร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ตุลาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

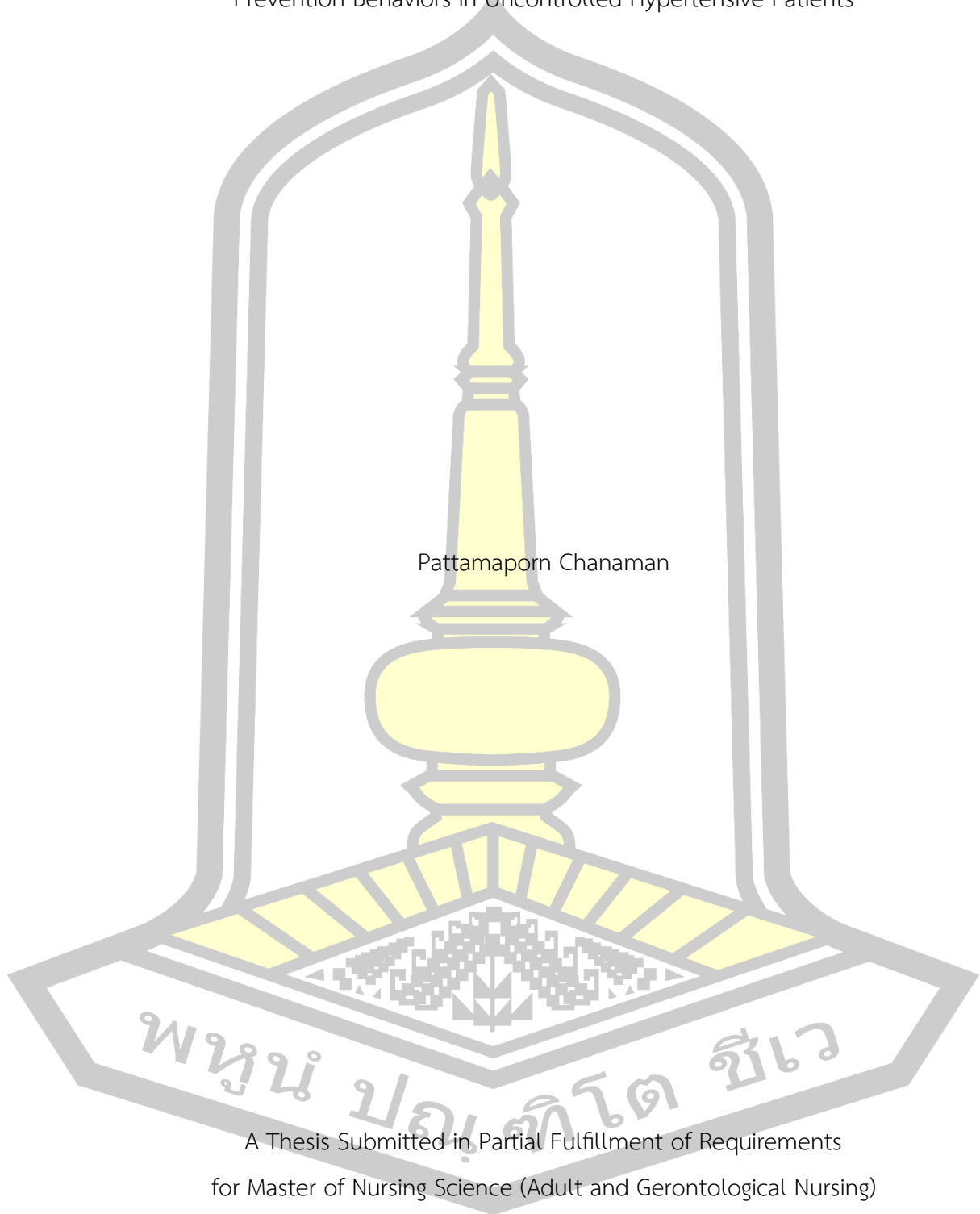


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ตุลาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Effects of Health Belief Promotion Program Using Telenursing on Stroke
Prevention Behaviors in Uncontrolled Hypertensive Patients



Pattamaporn Chanaman

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)

October 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางปัทมาพร ชนะมาร แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. นางเยาว์ มีเทียน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สุรชาติ สิทธิปกรณ์)

กรรมการ

(ผศ. ดร. สุพัตรา บัวठी)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. นิชาภัทร พุฒิกามิน)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้		
ผู้วิจัย	ปัทมาพร ชนะมาร		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ ดร. สุรชาติ สิทธิปกรณ		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

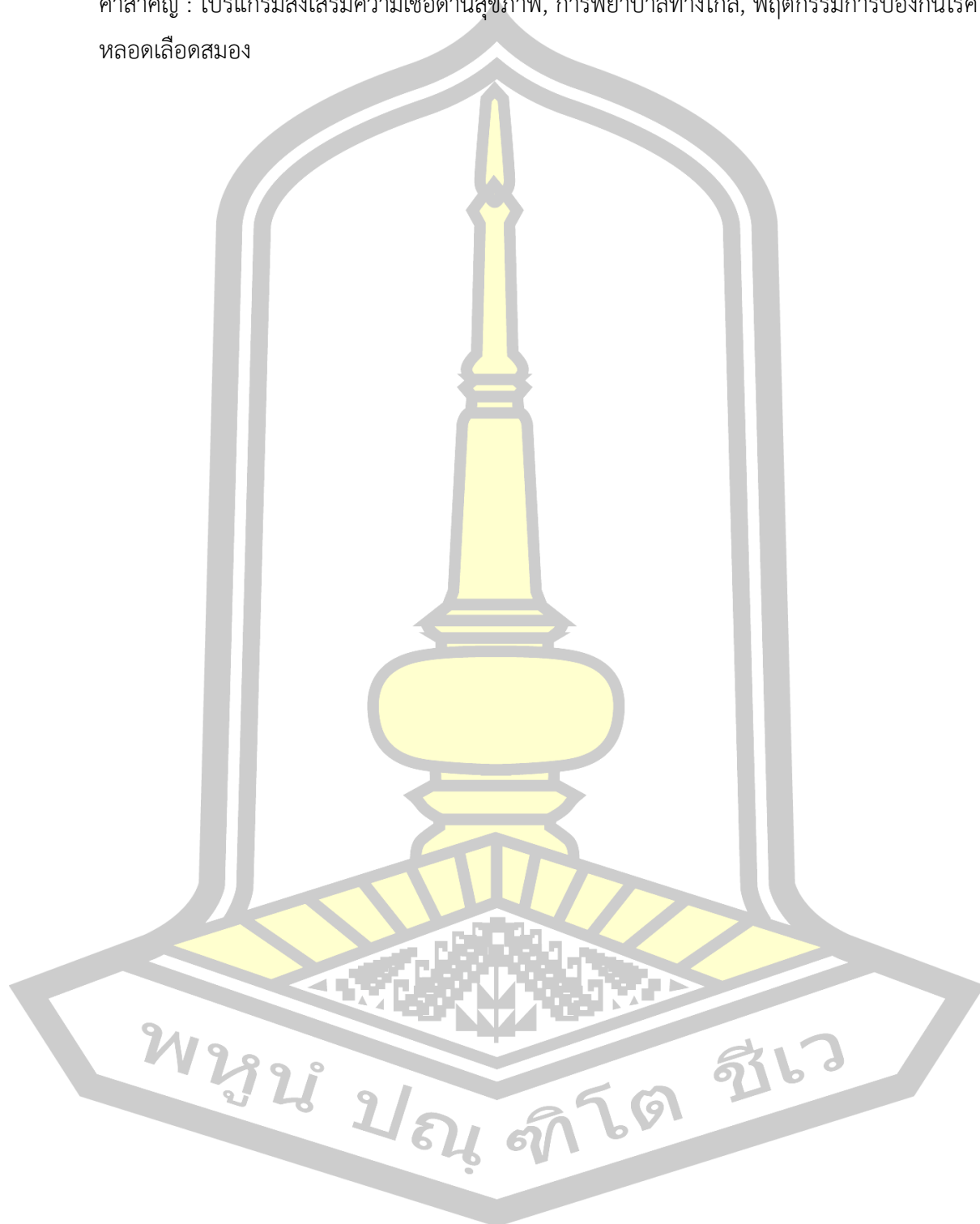
บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock) และแนวคิดการพยาบาลทางไกลของสภาการพยาบาลของประเทศไทย เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 30 คน ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกและสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.94$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นทีมสุขภาพควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ, การพยาบาลทางไกล, พฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดสมอง



TITLE	The Effects of Health Belief Promotion Program Using Telenursing on Stroke Prevention Behaviors in Uncontrolled Hypertensive Patients		
AUTHOR	Pattamaporn Chanaman		
ADVISORS	Assistant Professor Apinya Wongpiriyayothar , Ph.D. Surachat Sittipakorn , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Adult and Gerontological Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

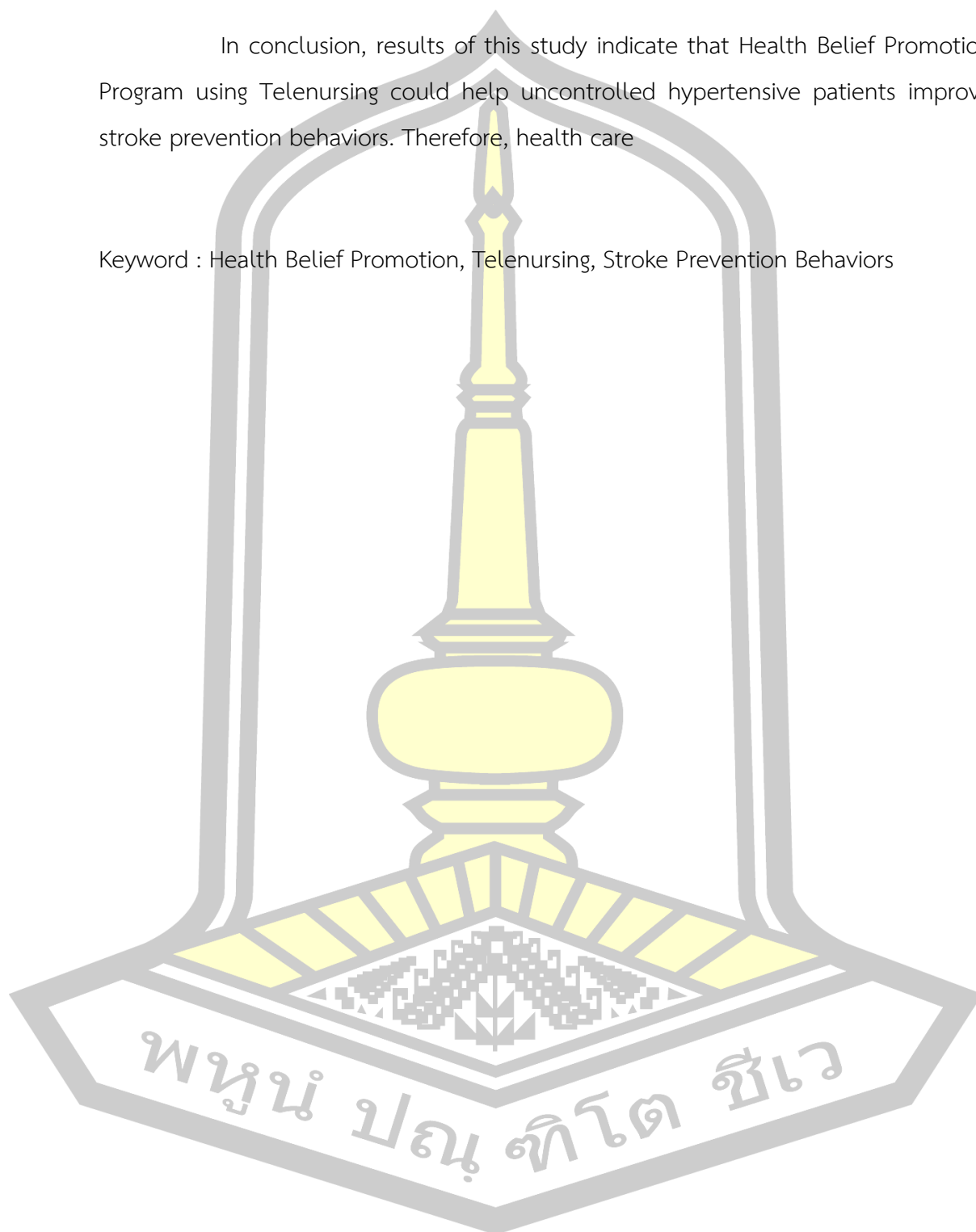
The purposes of this experimental research were to examine the effects of health belief promotion program using telenursing on stroke prevention behaviors in uncontrolled hypertensive patients. The Rosenstock Health Belief Model and Telenursing concept of the Thailand Nursing and Midwifery Council were used as the framework of this study. The sample consisted of 30 uncontrolled hypertensive patients who were followed up at the hypertension outpatient clinic in the Wapipathum Hospital, Maharakham Province. The patients were chosen and assigned to the experimental and the control groups using a simple random sampling method, 15 patients each. The experimental group received the Health Belief Promotion Program Using Telenursing and the control group received a usual care from hospital. The instrument for collecting data was the Stroke Prevention Behaviors questionnaire, with reliability of .83. The statistics used for analyzing data were frequency, mean, standard deviation, independent t-test, and paired t-test.

The results of the study showed that after receiving the intervention, the experimental group had a mean score of stroke prevention behaviors statistically significantly higher than before the control group ($p < .05$, $t = 5.01$) and higher than

before receiving the program ($p < .05$, $t = 7.94$)

In conclusion, results of this study indicate that Health Belief Promotion Program using Telenursing could help uncontrolled hypertensive patients improve stroke prevention behaviors. Therefore, health care

Keyword : Health Belief Promotion, Telenursing, Stroke Prevention Behaviors



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อชี้แนะ และให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวทิ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชาภัทร พุฒิกามิน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงกนกพร เตมีย์เจริญถาวร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์หญิงบงกชกร ญาณประสงค์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลวาปีปทุม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มะลิวรรณ ศิลารัตน์ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รองศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และนางเบญจพร เองวานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประพันธ์ สุนทรปกาสิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ได้เอื้อเฟื้อและให้ความสะดวกในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา ทำให้การศึกษาครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่นิตย์ หมื่นสา นายวีระศักดิ์ ชนะมาร พี่สาว น้องสาว ลูก และหลาน ๆ ทุกคนในครอบครัว ตลอดจนความช่วยเหลือจากกัลยาณมิตรทุกท่านที่เป็นกำลังใจอันสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประโยชน์และคุณค่าจากงานวิจัยนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครู-อาจารย์ ที่มีส่วนให้ชีวิตและปัญญาแก่ผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

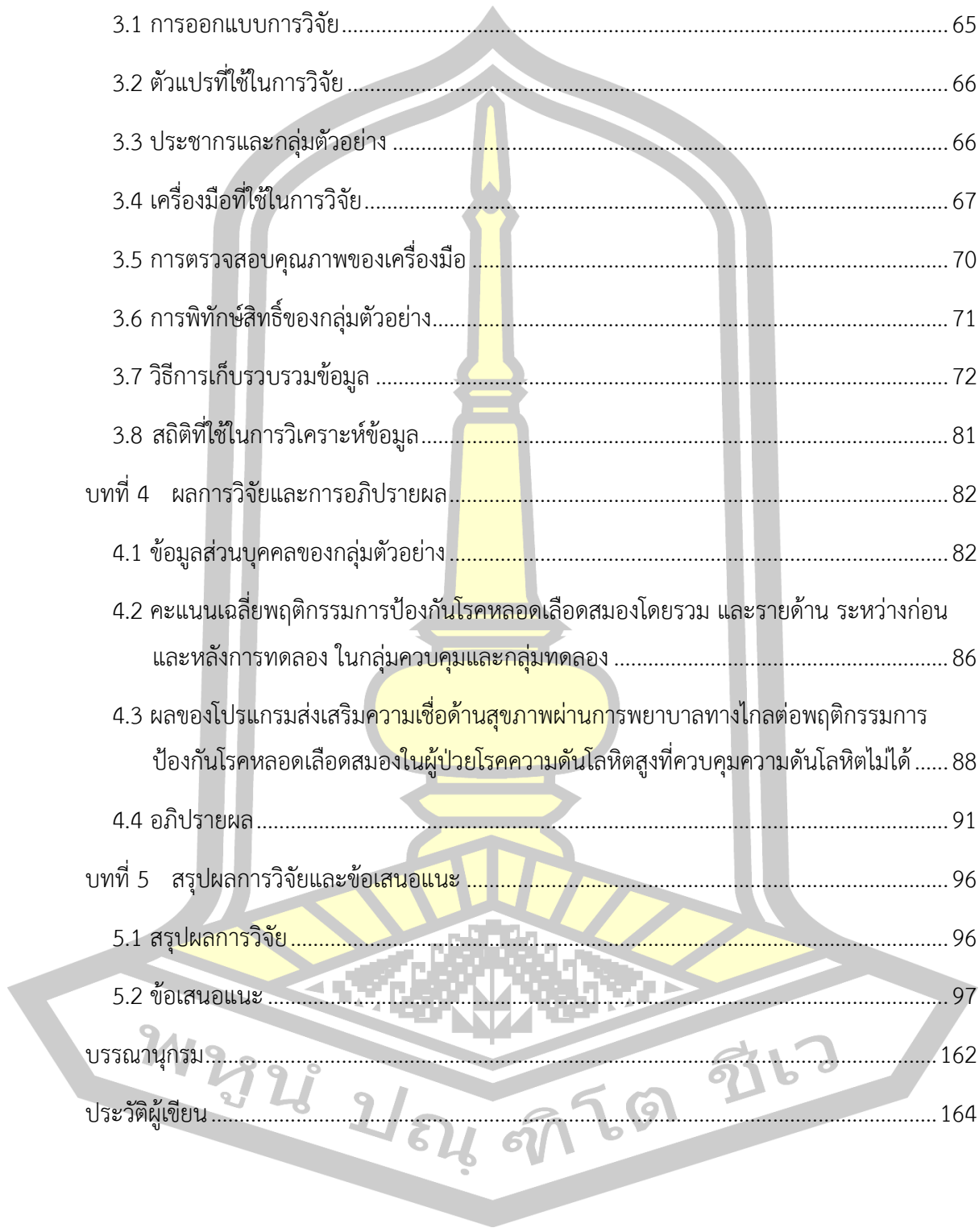
ปัทมาพร ชนะมาร



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.3 สมมติฐานของการวิจัย.....	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
2.1 โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	11
2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	27
2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	39
2.4 แนวคิดการพยาบาลทางไกล (Telenursing).....	43
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	65
3.1 การออกแบบการวิจัย.....	65
3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	66
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	70
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
3.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	72
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	82
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	82
4.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน ระหว่างก่อน และหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	86
4.3 ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	88
4.4 อภิปรายผล.....	91
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	96
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	96
5.2 ข้อเสนอแนะ	97
บรรณานุกรม.....	162
ประวัติผู้เขียน.....	164



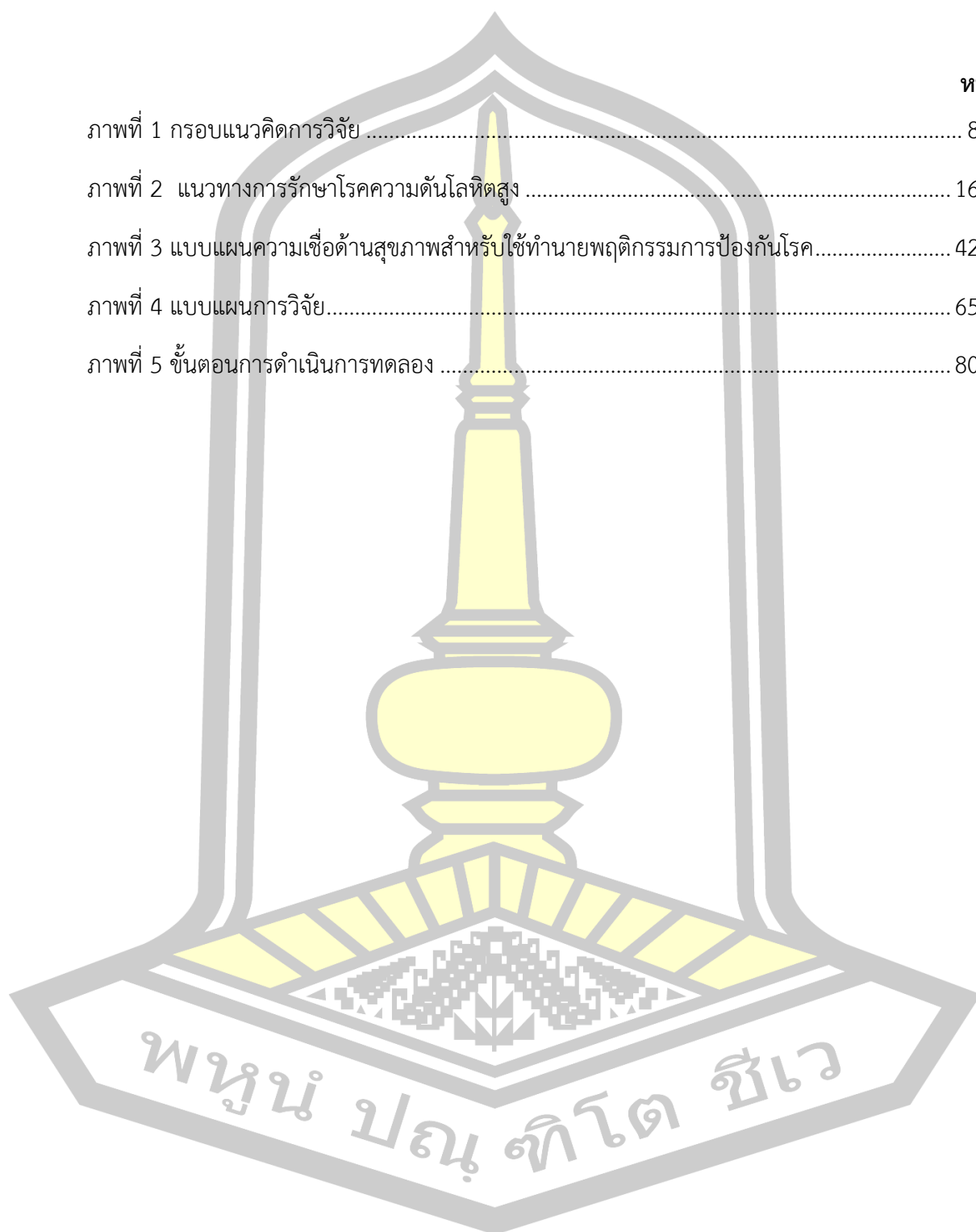
สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	83
ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย.....	85
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	88
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	89
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	90



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ภาพที่ 2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	16
ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	42
ภาพที่ 4 แบบแผนการวิจัย.....	65
ภาพที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	80



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease [NCDs]) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีความรุนแรงทั่วโลก พบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากตัวโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคถึงร้อยละ 44 (17.9 ล้านคน) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจำนวนมากทั่วโลก ประมาณ 1.3 พันล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนทั่วโลก เสียชีวิตประมาณ 8 ล้านคนต่อปี (World Health Organization[WHO], 2022) เกือบร้อยละ 50 เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ (Campbell. et al., 2022) สถานการณ์ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี อัตราการป่วย ระหว่างปี พ.ศ. 2559 – 2563 เพิ่มขึ้นจาก 1,714.04 เป็น 2,276.13 ต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ เพิ่มขึ้นจาก 23.53 เป็น 27.50 ต่อแสนประชากร (กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ, 2564) สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2561–2565 มีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 10.54 เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.85 และพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 23 คน เป็น 54 คน ต่อปี

ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 - 2564 เป็นช่วงที่มีการลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาโรงพยาบาลรวมทั้งผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงและมีการจัดส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามความดันโลหิตเพื่อรับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมและปรับเปลี่ยนยาจากทีมสุขภาพ ในช่วงนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 โดยในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.34 เป็น 23.93 และ 37.35 ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2564) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา

ปัญหาหลักที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้คือ เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักว่าเป็นโรค และมีการปฏิบัติตนและแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2564) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือด

เลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 75 (กาญจนภาพร ยอดถิระ, 2562) มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารไม่เหมาะสม ดื่มสุราและการสูบบุหรี่ (ณัฐกร นิลเนตร, 2562) และพบการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนด้วยการไม่ควบคุมอาหารหวาน หรืออาหารให้พลังงานมาก การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารมัน และการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง (ยุทธนา ชนะพันธ์ และดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, 2561) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (กัญจน์นิษา เรืองชัยวีและคณะ, 2564) และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.80 (เสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล, 2563)

มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความเกี่ยวข้องกับความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเอง จากโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ชูชาติ กลิ่นสาครและสุยธิน แซ่ตัน, 2563) ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ปรารธนา วัชรานุรักษ์และอัจฉรา กลับกลาย, 2560) การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (อณัญญา ลาลุนและไพฑูรย์ วุฒิสโร, 2564)

จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่าบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคก็ต่อเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้เกิดการรับรู้โอกาสว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค และรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) เมื่อศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีปัญหาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความเชื่อด้านสุขภาพ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ (ปิยะนุช จิตตบุญและคณะ, 2564) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (พอใจ พลพิมพ์, 2564) มีการรับรู้โอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด ร้อยละ 82.26 มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.8 และมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.6 (ณัชชา เจริญสรพรกิจ, 2563)

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษานำร่องเกี่ยวกับปัญหาเรื่องความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 10 คน โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้ ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล 4 ด้าน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีผู้ป่วย 8 คน มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำในด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับปัญหาด้านพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีผู้ป่วย 8 คน มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ในด้านการรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก อาหารทะเลต่าง ๆ เครื่องในสัตว์ การเติมน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสเมื่อรับประทานอาหาร ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่กินเค็มหวาน มัน ดื่มสุรา ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มกาแฟ และไม่ออกกำลังกาย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2564 มีจำนวน 11 เรื่อง พบว่า ทุกเรื่องจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มประมาณครั้งละ 30 นาที ถึง 3 ชั่วโมง บางเรื่องให้ญาติมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อให้ความรู้ ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และมีการปรับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเช่น พันทิพพา บุญเศษและลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล (2561) ที่พบว่าโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ที่การให้ความรู้และการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยให้ความรู้แบบกลุ่ม 7 ครั้ง ครั้งละ 2 - 3 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลา เวลา 10 สัปดาห์ มีผลให้ความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้น กฤษติพงษ์ ทิพย์ล้วยและณณณิน เชื้อนเพชร (2562) ที่พบว่าการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบการให้ความรู้โดยการบรรยายเชิงปฏิบัติการแบบกลุ่ม 1 วัน เยี่ยมบ้าน คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ มีผลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้น และการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิด ไพฑูรย์ วุฒิโสและเมวดี ศรีมงคล (2564) ที่พบว่าโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพที่มีการให้ความรู้และส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพแบบกลุ่ม มีการเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่ทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม มีการนำญาติมาร่วมกิจกรรมในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งในปัจจุบันยังมีการระบาดอยู่ ผู้วิจัยจึงได้

ทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาวิธีการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการให้บริการการ
รักษาพยาบาลได้ง่ายขึ้นและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโรคระบาดต่าง ๆ รวมทั้งโรคโควิด-19
และพบว่ามีการประกาศของสภาการพยาบาล เรื่องแนวทางการพยาบาลทางไกล (Telenursing) (2564)
โดยสภาการพยาบาลมีนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการพยาบาลทุกรูปแบบที่ให้การพยาบาล
ทางไกลแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความตระหนักในการเข้าถึงบริการด้าน
สุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประชาชนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้
การพยาบาลทางไกล เป็นช่องทางสำหรับการให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยผ่าน
ระบบดิจิทัล (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Telenursing), 2564)

จากการทบทวนงานวิจัยจากต่างประเทศ พบว่ามีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ Mobile
Health หรือ mHealth ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลทางไกลมาใช้เพื่อให้บริการผู้ป่วย Rehman
et. al. (2017) ได้สังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัย 12 เรื่องพบว่า การใช้
mHealth ผ่านเว็บไซต์ อีเมล โทรศัพท์มือถือ การส่งข้อความ และการส่งสัญญาณผ่านบลูทูธ เพื่อส่ง
ข้อมูลความดันโลหิตและการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพผ่าน mHealth ช่วย
ลดความดันโลหิต 11 เรื่อง มี 1 เรื่องที่ศึกษาเรื่องการรับประทานยาและพบว่าผู้ป่วยมีการรับประทาน
ยาสม่ำเสมอ Jamshidnezhad et al. (2019) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการใช้
mHealth ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ศึกษาจากงานวิจัย 6
เรื่อง ระยะเวลา 2, 3, 6 และ 9 เดือน ใช้ แอปพลิเคชัน ใน Smartphone ติดตามการใช้ยาและ
ติดตามความดันโลหิต จัดการอาการของโรค ให้ความรู้เรื่องโรค ติดตามการเต้นของหัวใจ ผล
การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ลดการสูญบหรี และความดันโลหิตลดลงทั้ง
ซิสโตลิกและไดแอสโตลิก Li et al. (2020) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเรื่องผลของการ
ใช้ mHealth ในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากงานวิจัย 24 เรื่อง พบว่า ใช้
mHealth การส่งข้อความสั้นและการปรึกษาปัญหาเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อส่งข้อมูลเรื่องยา การ
ควบคุมความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า ช่วยลดความดันโลหิต เพิ่มความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต
สูง และผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ Tam et al. (2021) ได้สังเคราะห์วรรณกรรม
อย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพผ่านการส่งข้อความต่อระดับความดันโลหิต
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการสังเคราะห์วรรณกรรม 20 เรื่อง มีการส่งข้อความการดูแล
สุขภาพ มีการให้รายงานความดันโลหิต ติดตามการรับประทานยา เปลี่ยนเวลานัด โดยส่งข้อความ
และให้ตอบกลับวันละ 1 ครั้งจนถึงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพผ่านการส่ง
ข้อความสามารถช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ แต่ไม่ลดความดันไดแอสโตลิกและเสนอแนะว่า
เรื่องต่อไปควรศึกษาเรื่องส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตร่วมด้วย

การใช้ Mobile health หรือ mHealth จากงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการพยาบาลทางไกล แต่ยังคงขาดระบบการจัดเก็บข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นฐานข้อมูลเดียวกันของสถานบริการสุขภาพที่ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลและใช้ข้อมูลร่วมกันได้โดยมีรหัสผ่านเพื่อความปลอดภัยของข้อมูลของผู้ป่วย และมีการให้บริการผู้ป่วยแบบเสมือนจริงเหมือนกับการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการให้บริการทางไกลของสภาการพยาบาล สำหรับในโรงพยาบาลวาปีปทุม ยังไม่มีการนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการพยาบาลทางไกล (Telenursing) มาใช้ หากมีการนำมาใช้ยังไม่สะดวกสำหรับผู้รับบริการที่ต้องมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอรับสิทธิ์การรักษาพยาบาลกับแพทย์หรือพยาบาล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การพยาบาลทางไกลด้วย “ระบบหมอพร้อม Station” โดยผู้ป่วยต้องลงทะเบียนผ่านระบบในโทรศัพท์มือถือ ระบบนี้สามารถเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ใช้วิดีโอ เสียง บันทึกได้ และนัดหมายกับผู้ป่วยได้ เมื่อถึงเวลานัดหมายระบบหมอพร้อมฯ จะแจ้งเตือนทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยสามารถกดรับและเปิดวิดีโอเพื่อรับบริการสุขภาพได้ทุกที่โดยไม่ต้องมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้ mHealth ทางไลน์แอปพลิเคชันและโทรศัพท์มือถือ เพื่อเป็นช่องทางในติดต่อสื่อสาร ส่งข้อความรู้ หรือคลิปวิดีโอไปให้ผู้ป่วย ตอบคำถาม และให้คำปรึกษา เนื่องจากสื่อสารทางระบบหมอพร้อม Station ไม่ได้

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงมีความสนใจในการทำวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้” โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Resenstock (1974) ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านการพยาบาลทางไกลดังกล่าว งานวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.3 สมมติฐานของการวิจัย

- 1.3.1 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง
- 1.3.2 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

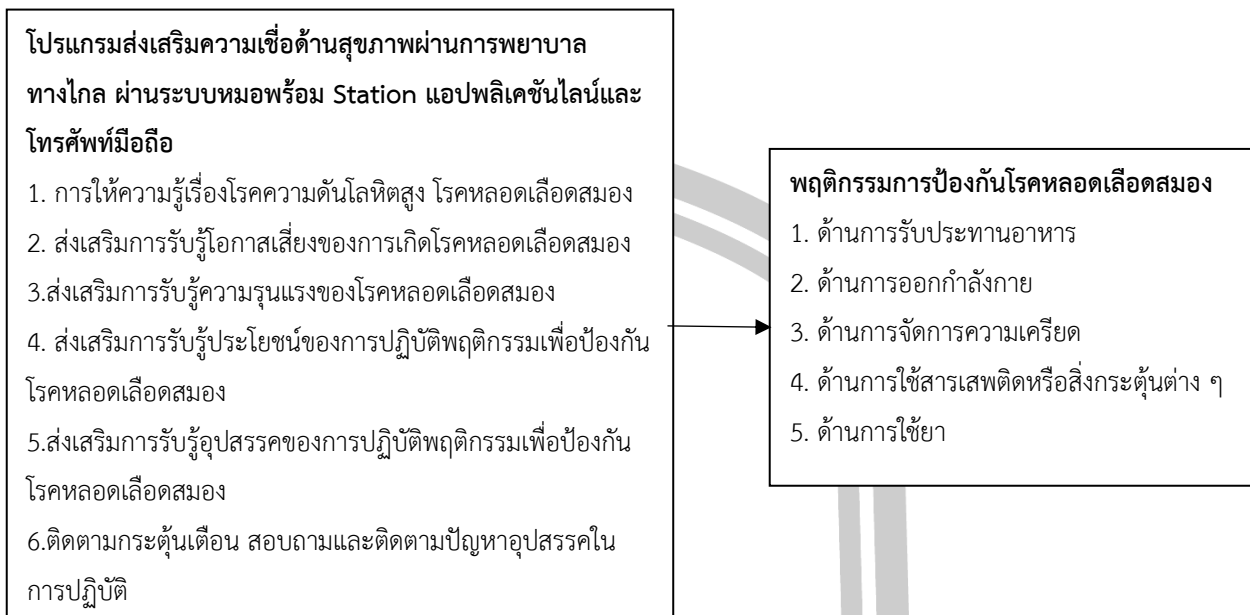
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research design) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน 2566

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) และแนวคิดการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Telenursing, 2564) มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยโดย Rosenstock ได้กล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) และ 4) รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barrier) การที่บุคคลจะมีการรับรู้ทั้ง 4 ด้านถูกต้องต้องมีความรู้เรื่องโรค และมีสิ่งชักนำให้เกิดการ

ปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และการเตือนจากทีมสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ แนวคิดการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เป็นวิธีการเพื่อให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับ สุขอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการ บริการ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาลทางไกล (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล, 2564)

จากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการพยาบาลทางไกลสามารถนำมาใช้อธิบาย การทำวิจัยได้ดังนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม และจากการปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีปัญหาการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เพียงพอ ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะสมตามเกณฑ์ได้ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง การพยาบาลทางไกลจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะใช้ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านช่องทางในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมผ่านระบบหมอพร้อม Station ส่งข้อความเตือนก่อนให้การพยาบาลทางไกล พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยจากการซักถาม และสังเกตอาการผ่านระบบภาพ และเสียงของระบบการพยาบาลทางไกลได้ตามเวลาจริง สำหรับ แอปพลิเคชันไลน์ใช้ส่งรูปภาพ วิดีโอ ข้อความแจ้งเตือน ข้อความให้ความรู้ต่าง ๆ ให้คำปรึกษาผู้ป่วย หรือผู้ดูแล ส่วนโทรศัพท์มือถือใช้เพื่อสอบถามอาการ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และติดตามการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านการ ใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และ 5) ด้านการใช้ยาที่ตั้งแสดงในกรอบแนวคิดได้แสดงไว้ในภาพที่



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล

คำนิยามเชิงทฤษฎี ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคต้องความเชื่อ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived benefits) 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived barrier) (Rosenstock, 1974)

การพยาบาลทางไกล หมายถึง การพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ทั้งนี้ โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาลทางไกล (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล, 2564)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล หมายถึง กระบวนการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการส่งเสริมความเชื่อทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง 3) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านระบบหมอพร้อม Station ซึ่งสมัครร่วมบริการกับหมอพร้อม Station ใช้รหัสผ่านที่ได้ลงทะเบียน หมอพร้อม Station และผู้รับการพยาบาลทางไกลต้องยืนยันตัวตนด้วยบัตรประจำตัวประชาชน สามารถสังเกตอาการผ่านระบบภาพ และเสียงได้ตามเวลาจริง แอปพลิเคชันไลน์เป็นแอปพลิเคชัน ส่วนตัวของผู้วิจัยกับผู้ป่วย ใช้สำหรับส่งรูปภาพ วิดีโอ ข้อความแจ้งเตือน ข้อความให้ความรู้ต่าง ๆ หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลพบปัญหา ก่อนถึงวันนัดหมายการเยี่ยม สามารถปรึกษาผ่านทางระบบไลน์ได้ ส่วนโทรศัพท์มือถือใช้ติดตามอาการ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม

1.6.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมในที่นี้หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพ

คำนิยามเชิงทฤษฎี พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการ แสดงออกของบุคคลที่เกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค และค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก และกระทำการใด ๆ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีคงไว้ซึ่งภาวะ สุขภาพดีของตน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถวัดและประเมินได้ (Kasl & Cobb, 1966 as cited in Rosenstock, 1974)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือการกระทำ หรือวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดย ครอบคลุมพฤติกรรมด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และ 5) ด้านการ ใช้ยา ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจาก การทบทวนวรรณกรรม

1.6.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

คำนิยามเชิงทฤษฎี ความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับความดัน โลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และมีความดันโลหิตตัว ล่าง (Diastolic blood pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg (WHO] & [ISH], 2019)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจรักษา ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความ ดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาจากแพทย์ หลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/

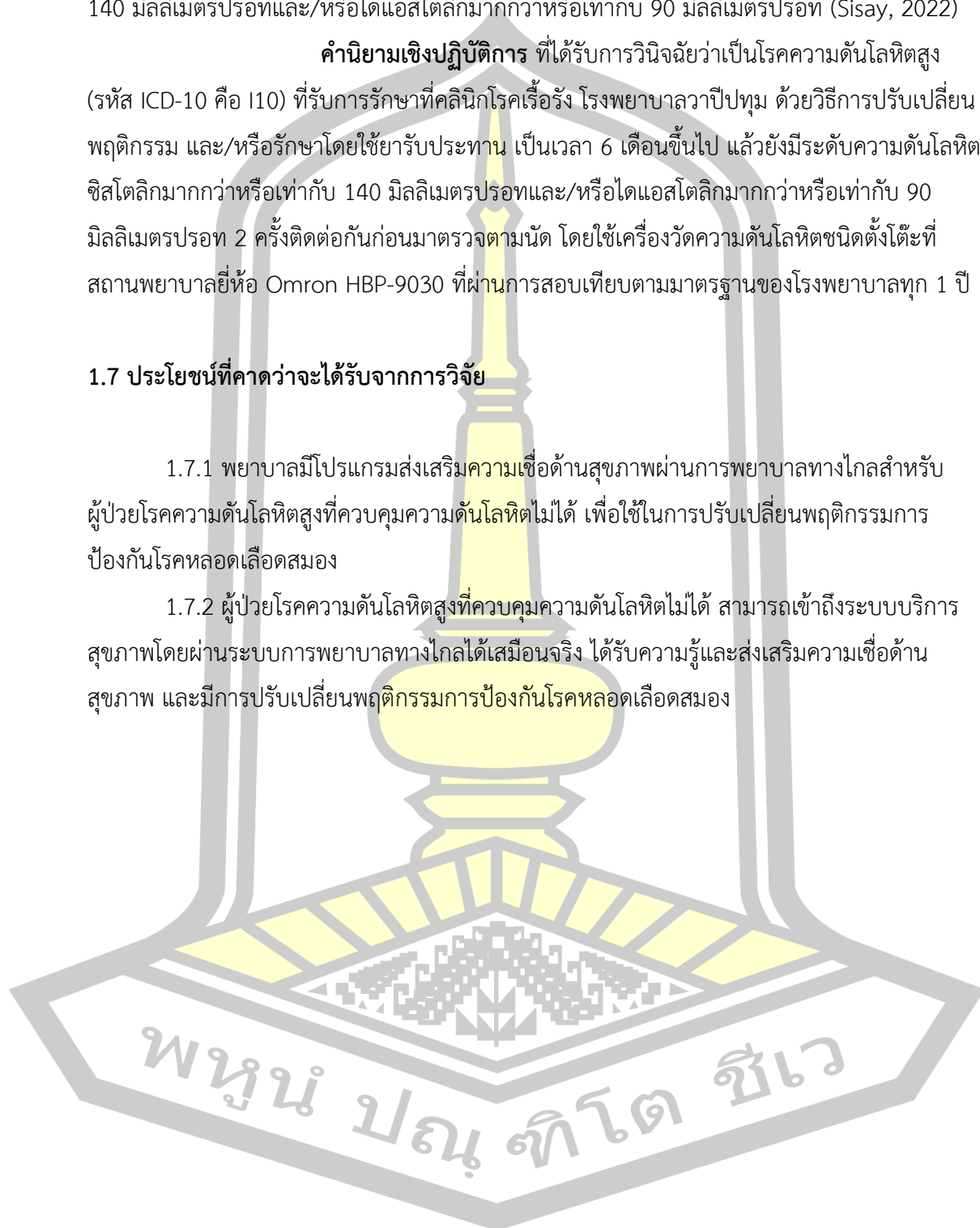
หรือรักษาโดยใช้ยา แล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ยังมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (Sisay, 2022)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (รหัส ICD-10 คือ I10) ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือรักษาโดยใช้ยารับประทาน เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป แล้วยังมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกันก่อนมาตรวจตามนัด โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะที่สถานพยาบาลยี่ห้อ Omron HBP-9030 ที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทุก 1 ปี

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1.7.1 พยาบาลมีโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.7.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยผ่านระบบการพยาบาลทางไกลได้เสมือนจริง ได้รับความรู้และส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา เอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยจำแนกเป็นหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.4 การพยาบาลทางไกล
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผู้วิจัยจะกล่าวถึงความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อาการและอาการแสดง ชนิดของความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เสนอเป็นลำดับ ดังนี้

2.1.1 โรคความดันโลหิตสูง

2.1.1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของความดันโลหิตสูงว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตเมื่อวัดค่าในสองวันที่ต่างกัน ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่อ่านได้ของทั้งสองวันคือ ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือค่าความดันโลหิตไดออลิกในทั้งสองวันคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย และหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น (WHO, 2021a)

สมาคมหัวใจของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ตรวจพบความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (American Heart Association, 2017)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงความดันในหลอดเลือดที่สูงขึ้น แพทย์วินิจฉัยว่าในภาวะปกติผู้ที่มีความดันเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หากปล่อยทิ้งไว้ให้อยู่ในระดับนั้นนาน ๆ อาจทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อม เช่น มีโอกาสเป็นโรคหัวใจตีบตัน 3-4 เท่า และโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน 7 เท่าของผู้ที่มีความดันปกติ และถ้าปล่อยทิ้งไว้ความดันจะเพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอทต่อปี (กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์, 2564)

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันวัดในสถานพยาบาล ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท วัดฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง ระดับความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท วัดที่บ้านระดับความดันโลหิต 135/85 มิลลิเมตรปรอท (Stergiou et al., 2021)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็น ภาวะที่ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สรุปความหมายของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ ตรวจวัดที่สถานพยาบาล พบภาวะที่ความดันในหลอดเลือดของผู้ป่วยสูงขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

หมายเหตุ: SBP = Systolic blood pressure ; DBP = Diastolic blood pressure

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562)

2.1.2 โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ว่าหมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอทหรือมากกว่า ซึ่งจะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้ ภาวะความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าตัวบน (Isolated systolic hypertension) หมายถึง ภาวะที่ร่างกาย มีระดับความดันโลหิตตัวบน 140 มม.ปรอทหรือมากกว่า แต่ระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่า 90 มม.ปรอท ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ (WHO, 2021a)

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตในบุคคลอายุมากกว่า 18 ปี โดยระดับความดันซิสโตลิก (SBP) เท่ากับหรือมากกว่า 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) เท่ากับหรือมากกว่า 90 มม.ปรอท ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้ (Unger et al., 2020)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง ความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาแบบเดิม มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สาเหตุจากขาดการดูแลหรือการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่มีการควบคุมและเป็นเงื่อนไขทางการแพทย์ที่ร้ายแรง (Erin, 2022)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Uncontrolled hypertension) หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจรักษา ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาจากแพทย์ หลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือรักษาโดยใช้ยา แล้วยังมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (Krakoff, 2014)

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน หลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือรักษาโดยใช้ยารับประทาน (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (รหัส ICD-10 คือ I10) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกัน หลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือรักษาโดยใช้ยารับประทาน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2.1.3 พยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูง

โดยปกติร่างกายมีระบบควบคุมปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ให้คงที่ ด้วยกลไกที่เรียกว่า Autoregulation เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดแดงจะหดตัวเพื่อรักษาความดันในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กหรือหลอดเลือดแดงส่วนปลายไม่ให้มากเกินไป อย่างไรก็ตาม เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจนเกินความสามารถของกลไกดังกล่าว จะเกิดการเพิ่มขึ้นของ Systemic vascular resistance ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กอย่างรวดเร็ว เกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด Plasma จะแทรกซึมเข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดง หลอดเลือดแดงจะตีบแคบลงจากภาวะ Fibrinoid necrosis ทำให้อวัยวะส่วนปลายขาดเลือด (Unger, 2020)

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งทางสรีรวิทยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การสร้างฮอโมนบางชนิดที่มีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมากผิดปกติ การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานานหรือมากผิดปกติ การหลั่งเรนินมากผิดปกติ ความอ้วน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อความดันโลหิต โดยการเพิ่มปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที และ/หรือเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

ความดันโลหิตของบุคคลจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และแรงต้านการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยความดันโลหิตคือ 1) ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) และ 2) ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย

การมีระดับความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัยหรือจากความล้มเหลวของกลไกการปรับชดเชยปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ได้แก่ ระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) ระบบเรนิน – แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin system) และระบบการทำงานของไต โดยมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. การกระตุ้นประสาทซิมพาธิกกระตุ้นให้ตัวรับแอลฟาที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว และกระตุ้นตัวรับเบต้าที่หัวใจ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้นจึงเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูง, 2562)

2. การลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียนทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลงซึ่งกระตุ้นระบบเรนิน – แองจิโอเทนซินทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายและแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอโมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนนอกซึ่งมีผลในการดูดซึมกลับของน้ำ และโซเดียมที่ไต ปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น (จรรยา บุญภัทรรักษา, 2560)

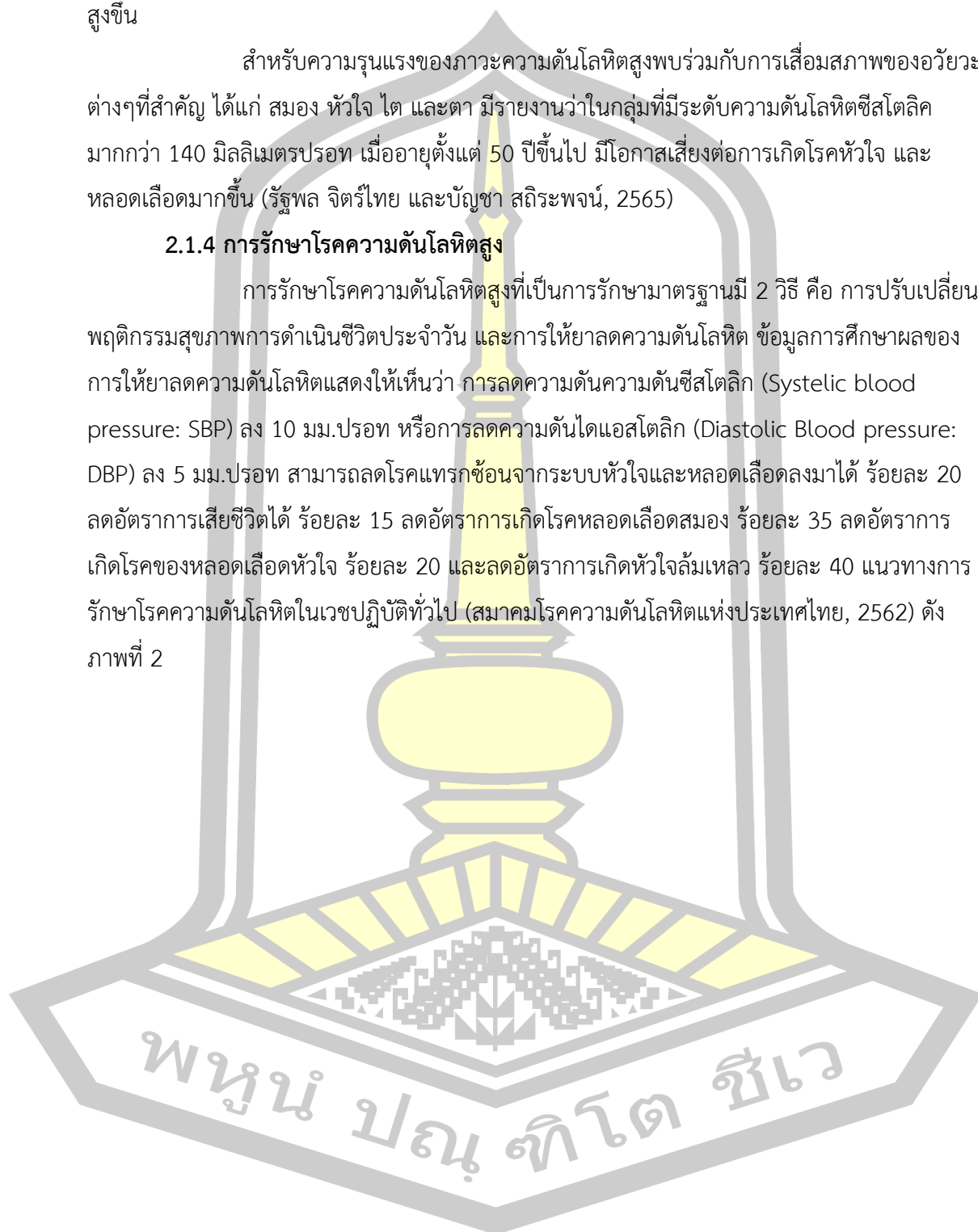
3. ต่อมใต้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอโมนแอนตี้ไดยูเรติกฮอโมน

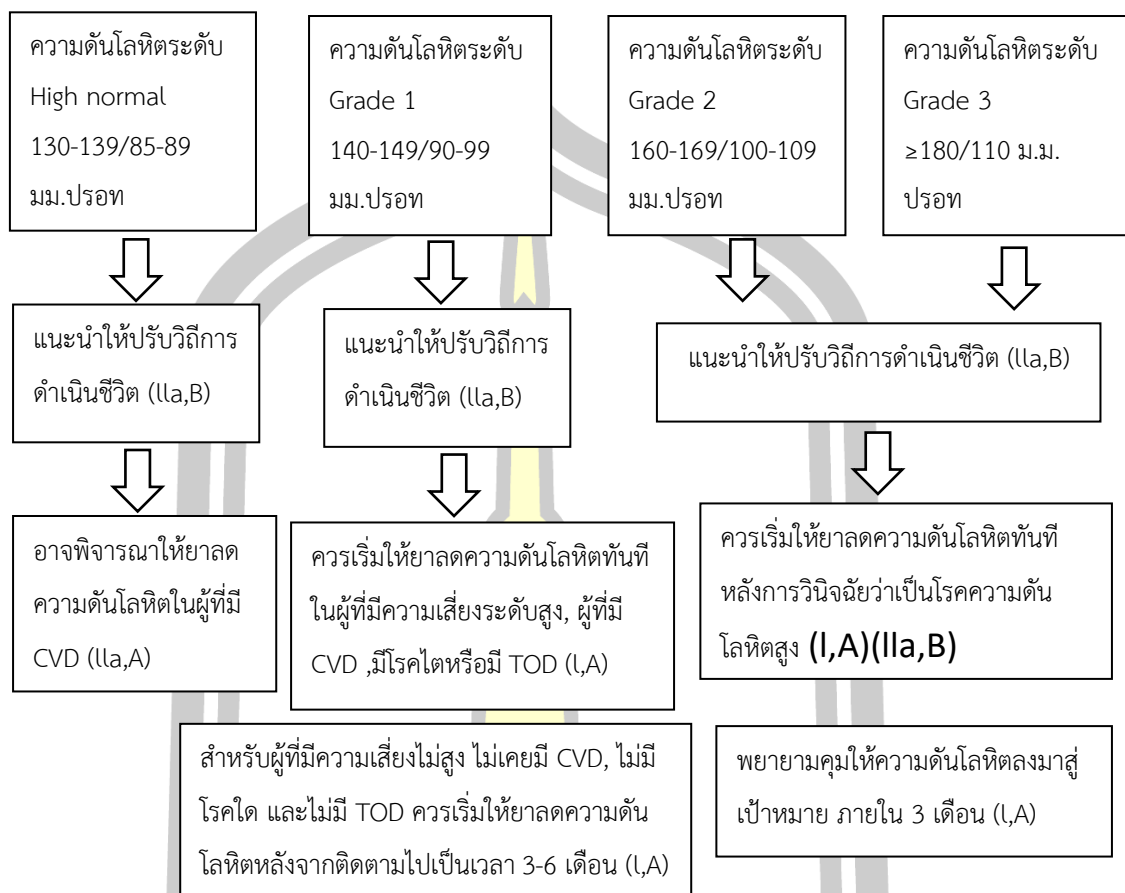
(Antidiuretic hormone) ยับยั้งการขับถ่ายปัสสาวะทำให้น้ำในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น

สำหรับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงพบร่วมกับการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา มีรายงานว่าในกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท เมื่ออายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดมากขึ้น (รัฐพล จิตรไทย และบัญชา สติระพจน์, 2565)

2.1.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่า การลดความดันซิสโตลิก (Systemic blood pressure: SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood pressure: DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคแทรกซ้อนจากระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตได้ ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 40 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในเวชปฏิบัติทั่วไป (สมาคมโรคความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2562) ดังภาพที่ 2





ภาพที่ 2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

CVD = Cardiovascular disease, TOD = Target organ damage

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย : 2562

กล่าวโดยสรุปว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มี 2 วิธี คือ การให้ยาลดความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน ในงานวิจัยนี้ใช้การปรับพฤติกรรมได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดบุหรี่ งดแอลกอฮอล์และการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคหลอดเลือดสมองได้ในที่สุด

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

หากไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ๆ ผู้ป่วยมักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ตามมา เช่น สมอง หัวใจ ประสาทตา ไต หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ เนื่องจากความดัน

โลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อมเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญนั้น ได้แก่

2.1.5.1 สมอ อาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก กลายเป็นโรคอัมพาต ครึ่งซีกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย บางรายถ้าเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคความจำเป็นเสื่อมสมาธิลดลง นอกจากนี้ ในรายที่มีหลอดเลือดฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว หรือในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันก็อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ซึม เพ้อ ซัก หรือหมดสติได้ ซึ่งเรียกว่า “Hypertensive encephalopathy” (อภิชัย คุณิพงษ์, 2560) โดยพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของ ความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยพบว่าผู้ชายที่มีความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่า หรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ประมาณ 4-6 เท่าของผู้ชาย ที่มีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ที่มีอายุใกล้เคียงกัน และจากการศึกษาในผู้ที่มีความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ระหว่าง 70-100 มิลลิเมตรปรอทพบว่า ความดันไดแอสโตลิกยิ่งต่ำลงความเสี่ยงยิ่งลดลง แต่ไม่พบค่าต่ำที่สุดของความดันไดแอสโตลิกที่การลดลงของความดันไม่สัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการควบคุมภาวะความดันโลหิตจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะยาว โดยความดันซิสโตลิกที่ลดลงเฉลี่ย 10 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ลดลงร้อยละ 34 และความดันไดแอสโตลิกที่ลดลงเฉลี่ย 5 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลดลง ร้อยละ 28 การควบคุมระดับความดันโลหิตนอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำได้อีกด้วย (สมาคมโรคความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2562)

2.1.5.2 หัวใจ จะทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบและแข็งทำให้เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งถ้าเป็นรุนแรงอาจเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดน้ำคั่งในร่างกายทำให้มีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง อาจตรวจพบหัวใจเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที และจังหวะไม่สม่ำเสมอจากหัวใจห้องบนเต้นแผ่นระรัว (สรุณา แก้วพิฑูลย์และคณะ, 2559)

2.1.5.3 ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้า ๆ ในระยะแรกหลอดเลือดจะตีบแต่ต่อมาอาจแตกมีเลือดออกที่ตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนถึงขั้นตาบอดได้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

2.1.5.4 ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งไตที่วายจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น กลายเป็นวงจรที่เลวร้าย (ณัฐภักษ์ นวลสีทองและธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย, 2560)

2.1.5.5 หลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หลอดเลือดแดงใหญ่ เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง และภาวะเลือดเซาะผนัง หลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ หลอดเลือดแดงส่วนที่มาเลี้ยง ขาและปลายเท้าอาจเกิดภาวะแข็งตัวและตีบได้ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ร่วมด้วย) ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ขาและปลายเท้าได้น้อย อาจเป็นตะคริวบ่อย หรือปวดน่องขณะเดินมาก ๆ หาก หลอดเลือดแดงเกิดการอุดตันก็อาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดจนกลายเป็นเนื้อตายเน่า (Gangrene) ได้ (สรญา แก้วพิบูลย์และคณะ, 2559)

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเกิดขึ้นรวดเร็วหรือรุนแรงเพียงใดนั้นจะขึ้นอยู่กับความ รุนแรงและระยะของโรค ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ก็อาจป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้หรือทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นลดความรุนแรงลงได้ ส่วนในรายที่เป็น เพียงเล็กน้อย หากปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็อาจใช้เวลานานถึง 7-10 ปี แต่ในราย ที่มีความดันสูงมาก ๆ ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็ว และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ภายใน ระยะเวลาเพียงไม่กี่ปี (ถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตภายใน 6-8 เดือน) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือ ดื่มแอลกอฮอล์จัด มีโรคอื่นร่วมด้วย (เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ) ก็อาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้เร็วยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมโรคเหล่านี้ควบคู่กันไป ด้วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมา โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญ พบบ่อย เกิด จากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อมเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบ ตันหรือแตก เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงโรค หลอดเลือดสมองในหัวข้อถัดไป ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและ สามารถปรับเปลี่ยนได้

2.1.6 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

หัวข้อนี้ประกอบด้วยความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง อาการ และอาการแสดง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เสนอเป็นลำดับ ดังนี้

2.1.6.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทที่บกพร่องและ

เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงและมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตกทำให้เกิดเลือดออกหรือภาวะเนื้อสมองตาย โดยมีอาการแสดงดังต่อไปนี้

- 1) อ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด
- 2) ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใดโดยเฉพาะถ้าเป็นแบบข้างเดียว
- 3) พูดตะกุกตะกักพูดไม่ชัดนึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดทันทีทันใด
- 4) ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน
- 5) เวียนศีรษะบ้านหมุนเดินลำบากหรือเป็นลมเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ ข้างต้น (WHO, 1988)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National institute of neurological disorder and stroke [NINDS]) ได้ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) คือ ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนเกิดการตีบ ตัน หรือมีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตกอย่างกะทันหัน ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดรอบเนื้อเยื่อสมองทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองขาดออกซิเจน และอาหารทำให้เซลล์สมองตาย (National institute of neurological disorders and stroke, 2017)

โรคหลอดเลือดสมอง คือ หลอดเลือดที่นำออกซิเจนและสารอาหารไปยังสมองตีบ หรือแตก ทำให้สมองบางส่วนไม่สามารถรับเลือด (และออกซิเจน) ที่ต้องการได้ ดังนั้นหลอดเลือดและเซลล์สมองจึงตาย (American Heart Association, 2017)

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค, 2565)

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้คือ การที่หลอดเลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนเกิดการตีบ ตันหรือแตกอย่างกะทันหันจากความดันโลหิตสูงนาน ๆ จากการควบคุมความดันไม่ได้ทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อมเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดรอบเนื้อเยื่อสมองทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองไม่ได้ สมองขาดออกซิเจนและอาหารทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายและเซลล์สมองตายในที่สุด

2.1.6.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Stroke Association [NSA], 2017) ได้จำแนกโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

- 1) โรคหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า 85% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเมื่อมีการอุดตัน

ของหลอดเลือดสมอง จะทำให้สมองส่วนที่เคยได้รับเลือดมาเลี้ยงเกิดการขาดเลือดส่งผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปรกติอาการทางสมองขึ้นอยู่กัขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด (สันติชัย ศรีปณิธาน, 2560) สาเหตุของหลอดเลือดตีบตันเกิดได้จาก โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากมีไขมันและหินปูนมาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้รูของทางเดินหลอดเลือดตีบแคบลงเรื่อย ๆ จนมีการอุดตันในที่สุด ความผิดปกติของหลอดเลือดนี้อาจเกิดกับหลอดเลือดในสมองเอง หรือหลอดเลือดใหญ่บริเวณคอที่ส่งมาเลี้ยงสมองการเกิดหลอดเลือดแข็งพบได้มากในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคต่าง ๆ ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราจัด โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (พิมพ์กานต์ หล่อวณิชย์และวสันต์ ลิมสุริยกานต์, 2564)

2) โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic stroke) มีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้มักจะทำให้มีลิ่มเลือดคือ เลือดที่จับตัวกันเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ่มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการอุดตันได้ (สันติชัย ศรีปณิธาน, 2560)

3) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โรคหลอดเลือดสมองที่มีฝีกขาดของหลอดเลือดและมีเลือดออก พบได้น้อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยพบเพียงร้อยละ 15 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แต่ผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดประมาณร้อยละ 40 เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งเกิดจากการแตกของเส้นเลือดในสมองที่โป่งพอง หรือเส้นเลือดในสมองเปราะบาง ทำให้เลือดภายในหลอดเลือดรั่วหรือซึมออกมา กระจายอยู่รอบๆเนื้อสมองเกิดการบวมของเซลล์สมองแรงดันในเนื้อสมองเพิ่มมากขึ้นทำให้เซลล์และเนื้อสมองได้รับบาดเจ็บสมองทำงานผิดปกติทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมีจำนวนมากหรือเลือดออกในก้านสมองผู้ป่วยอาจหมดสติ หรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (สมหวัง โจรณะ, 2563)

2.1.6.3 สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต มีสาเหตุสำคัญมาจาก 3 ประการ คือ

- 1) หลอดเลือดแดงในสมองเสื่อม หรือหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากการสะสมของไขมัน ที่ผนังชั้นในหลอดเลือดแดงเสื่อมจากการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไขมันสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (ปิยะนันท์ เต็มพร้อม, 2564)
- 2) หลอดเลือดแดงสมองอุดตันจากลิ่มเลือด หรือชิ้นส่วนของไขมันที่หลุด

ลอยมา ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคของลิ้นหัวใจ หรือภาวะหัวใจโต (ลิสสา กองเนิน, 2565)

3) หลอดเลือดแดงสมองแตก จากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรือควบคุมได้ไม่ดี หรือเส้นเลือดโป่งพอง เป็นต้น (พรชัย จุลเมตต์, 2565)

2.1.6.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่ง ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่

2.1.6.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

1) ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นอันดับแรกของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association, 2017) ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิต ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 17 เท่า (ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง ศิริราช, 2565) โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย (ดารารวรรณ รองเมืองและภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์, 2559)

2) เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับ อ้วนหรือน้ำหนักตัวมากซึ่ง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือด (สุพรรณิ เตรียมวิศิษฐ์และคณะ, 2562)

3) ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg% และ ระดับไขมันชนิดดีหรือ High density lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดีหรือ Low density lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100-130 mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกรัน (Plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด (สุรัตน์ บุญยีน, 2559)

4) ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยในคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เพศหญิงรอบเอวเกิน 32 นิ้ว (80 ซม.) ผู้ชายรอบเอวเกิน 36 นิ้ว (90 ซม.) (สรญา แก้วพิฑูลย์และคณะ, 2559)

5) โรคหัวใจ เช่น โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิด ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจ อาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้ มี

การศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิด Atrial fibrillation (AF) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2559)

6) Homocysteine สูง Homocysteine เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ใน กระแสเลือด ค่าปกติประมาณ 5-15 Micromoles per liter เนื่องจาก Homocysteine จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (Atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้ระดับ Homocysteine สูง ทำได้ โดยให้รับประทานอาหารที่มี Folic acid และหรือรับประทานวิตามินบี 6 และ 12 เสริม (วารสารณ์ คาร์ศและทศพร เอกปริชากุล, 2562)

7) บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่ยะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า (วินิตย์ หลงละเลิงและพันธ์ทิพย์ แดงทิพย์, 2563)

8) แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

9) โคเคน แอมเฟตามีน (Amphetamines) และเฮโรอีน สารเสพติดดังกล่าวเป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิตชีพจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย (พรภัทรา แสนเหลาและคณะ, 2564)

10) การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรง และผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานประเภททอดหรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียว และผลไม้ (พิทยา ธรรมวงศาและวงศา เล้าศิริวงศ์, 2561)

11) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ ภาวะเลือดหนืดข้น (พรภัทรา แสนเหลาและคณะ, 2564)

2.1.6.4.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

1) อายุ ที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนอายุ 65 ปีขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่าของคนที่ยุ่่น้อย (ชูชาติ กลิ่นสาครและสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563)

2) เพศชาย พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับผู้หญิงที่มีประวัติไข้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วพบว่าเพศหญิงมีโอกาเสียชีวิตสูงกว่าเพศชาย (รพีภัทร ชำนาญแพะและศุภกาญจน์ โอภาสรัตน์กร, 2564)

3) กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาตจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป (สุรียา หล้าก้าและศิริณีย์ อินทรหนองไผ่, 2560)

4) เชื้อชาติ คนผิวดำ (African American) พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) ประมาณ 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำมีภาวะอ้วน เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มากกว่าคนผิวขาว จึงมีโอกาสเกิดโรคนี้น่ากว่า (สุพรรณิ เตரியวิศิษฐ์และคณะ, 2562)

5) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack [TIA]) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 10 เท่า การรับประทานยาป้องกันเกล็ดเลือดจับกลุ่มกัน สามารถช่วยป้องกันโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, วินัส ลิฬหกุลและทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2561)

ปัจจัยเสี่ยง/โรคร่วมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นำมาวัดผลกระทบต่อการศึกษาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Measure of impact) พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีค่า Attributable fraction among Population (AFp) สูงสุด หมายถึง โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด (พิษณุพร สายคำทอน, ฐิติพงษ์ ยิ่งยงและกฤษณะ สุภาวงศ์, 2559) ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะขาดเลือดนั้นเป็นภาวะที่พบเป็นส่วนใหญ่ (ประมาณ 75 เปอร์เซ็นต์) ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ขาดเลือดหรือมีการตีบแคบหรืออุดตัน มีความยากที่จะพยากรณ์เพราะอาจมีความแตกต่างกันมากในกรณีที่มีอาการค่อย ๆ มากขึ้น เราเรียกว่าเป็น Progressive stroke ส่วนในกลุ่มที่มีอาการคงที่แล้วไม่เปลี่ยนแปลง เรียกว่า Complete stroke อาการ (Clinical manifestation) (สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 2564)

สรุปปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ซึ่งป้องกันได้โดยการควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทร่วมกับการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การงดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมอาหารโดยเฉพาะอาหารหวาน เค็ม

ลดอาหารประเภททอดหรือมีไขมันมาก เน้นรับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียว และผลไม้ ควบคุมน้ำหนักไม่ให้น้ำหนักเกิน จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ในที่สุด

2.1.6.5 อาการ ความรุนแรงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

2.1.6.5.1 อาการของโรคหลอดเลือดสมองเป็นอาการทางระบบประสาท โดยจะมีอาการสอดคล้องกับบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ได้แก่

- 1) Anterior cerebral artery ถ้าอุดตันจะมีอาการขา เท้าอ่อนแรง โดยแขนเป็นน้อยกว่า เสียประสาทสัมผัสของขา เท้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (พรรณวลัย ผดุงวิชัยกุล, 2560)
- 2) Middle cerebral artery เมื่อตีบตันจะมีอาการอ่อนแรงที่ใบหน้า และแขนมากกว่าขา ขาและเสียประสาทรับรู้ของใบหน้าแขนและขาการสัมผัส ตาข้างหนึ่งมองไม่เห็น พูดไม่ได้ (วัชรินทร์ วงษ์โสภา, 2563)
- 3) Posterior cerebral artery เมื่ออุดตันจะมีอาการตามองไม่เห็น จำไม่ได้ อัมพาต ครึ่งซีกของร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขาผิดปกติ (นิยุดดา ทักษิณู, 2562)
- 4) Vertebral basilar artery เมื่ออุดตันจะเกิดวิงเวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นครึ่งเดียว พูดไม่ชัดอ่อนแรงไปแถบหนึ่ง ขาไปแถบหนึ่ง (นฤมล คงสาคร, 2562)
- 5) การตีบตันของหลอดเลือดแขนงเล็ก ๆ ทำให้สมองขาดเลือดเป็นหย่อม ๆ อาจทำให้มีอาการดังต่อไปนี้ เช่น เกิดการอ่อนแรงของใบหน้าแขน ขา หรืออาจมีอาการชาอย่างเดียวโดยไม่อ่อนแรง เดินเซ อ่อนแรงขามากกว่าแขน พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากเบี้ยว (พรรณวลัย ผดุงวิชัยกุล, 2560)

2.1.6.5.2 ความรุนแรงของอาการโรคหลอดเลือดสมอง อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้

- 1) อาการน้อย คือ กลุ่มของผู้ที่มีหลอดเลือดในสมองแตก หรือตีบตันซึ่งเป็นหลอดเลือดขนาดเล็กและยังไม่เกิดการทำลายของเซลล์สมองบริเวณนั้น โดยเป็นการขาดเลือดในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้เกิดอาการซึ่งอาจเป็นวินาที นาทีหรือชั่วโมง แต่ไม่นานเกิน 24 ชั่วโมงลักษณะอาการ คือกลืนเนื้ออ่อนแรงโดยจะเป็นที่แขนอย่างเดียว ขาอย่างเดียว หน้าและแขน การเคลื่อนไหวจะช้าลง มุมปากตกอมน้ำไว้ในปากไม่ได้ความจำเสื่อมชั่วคราว พูดไม่ชัด เพนตน (รพีภัทร ชำนาญเพาะและศุภกาญจน์ โอภาสรัตน์นกร, 2564)

2) อาการปานกลาง หรือ อัมพฤกษ์ในกลุ่มนี้ เซลล์สมองจะถูกทำลายบางส่วน ภายหลังการรักษา อาการอาจจะดีขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน 3-6 เดือน โดยอาการมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใด นอกจากอาการกลืนเนื้ออ่อนแรงแล้ว ผู้ป่วยยังจะสูญเสียการทรงตัว บางครั้งมี

อาการตามัวครึ่งตาหรือมืดไปข้างหนึ่ง สูญเสียความทรงจำและความสามารถในการคิดคำนวณ ดาน การตัดสินใจและมักมีสภาวะทางอารมณ์รวมด้วย เช่น ซึมเศร้า หรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ (ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรีและสินีนางู นาคศรี, 2564)

4) อาการรุนแรง หรืออัมพาต ในกลุ่มนี้เซลล์สมองจะถูกทำลาย อย่างถาวรเกิดอาการอ่อนแรงของ แขนและขา ขยับแขนหรือขาไม่ได้สูญเสียการทรงตัว พุดไม่ได้หรือ เปล่งเสียงออกมาจากลำคอไม่ได้กลืนน้ำหรืออาหารทำงานไม่เท่ากัน หนึ่งตาตก กลอกตาไม่ได้ กลืน อาหารลำบาก ปฏิกริยาตอบสนองชา สูญเสียความทรงจำ เพนต์น (รพีภัทร ชำนาญเพาะและศุภกา ภาณุจันท์ โอภาสรัตน์นกร, 2564)

2.1.6.5.3 อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่เราสามารถสังเกตได้หลักๆ มี 5 สัญญาณเตือนสำคัญ ดังนี้

1) ชาหรืออ่อนแรงใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน ทำให้มุมปาก ตก ปากเบี้ยว อมน้ำไม่อยู่ น้ำไหลออกจากมุมปาก (รพีภัทร ชำนาญเพาะและศุภกาภาณุจันท์ โอภาส รัตน์นกร, 2564)

2) ชาหรืออ่อนแรงที่แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน สูญเสียการ ทรงตัว (รักนิรันดร์ ตานันต์, 2561)

3) พุดไม่ชัด พุดไม่ออก สับสน นึกคำพุดไม่ออก (พิมพ์พร เจริญสุข และสุรีย จันทรมลิต, 2564)

4) การมองเห็นมีปัญหาฉับพลันอาจมองเห็นภาพซ้อน มองเห็น ภาพครึ่งเดียว ตาบอดหนึ่งหรือสองข้าง (รักนิรันดร์ ตานันต์, 2561)

5) มีอาการปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน (สมาคมหลอดเลือดสมอง ไทย, 2564) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของความดัน โลหิตที่สูงขึ้น โดยพบว่า ผู้ชายที่มีความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ ประมาณ 4 - 6 เท่าของผู้ชายที่มีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 160 มม.ปรอท ที่มีอายุใกล้เคียงกัน และจากการศึกษาในผู้ที่มีความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ระหว่าง 70 - 100 มม.ปรอท พบว่า ความดันไดแอสโตลิกยิ่งต่ำลง ความเสี่ยงยิ่งลดลงแต่ไม่พบค่าที่ ต่ำที่สุดของความดันไดแอสโตลิกที่การลดลงของความดันไม่สัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงใน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นการควบคุมภาวะความดันโลหิตจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไตในระยะยาว โดยความดันซิสโตลิก ที่ลดลงเฉลี่ย 10 มม.ปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือด สมองลดลง ร้อยละ 34 และความดันไดแอสโตลิกที่ลดลงเฉลี่ย 5 มม.ปรอท ทำให้ความเสี่ยงของโรค

หลอดเลือดสมองลดลง ร้อยละ 28 การควบคุมระดับความดันโลหิตนอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำได้อีกด้วย

ในปัจจุบันพบว่าการให้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะควบคุม ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นชนิดไม่เสียชีวิตถึงร้อยละ 31 และสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 34 แต่หากต้องการให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมกับการรักษาด้วยยา จะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังสามารถควบคุมความดันโลหิต ทำให้สามารถลดปริมาณการให้ยาควบคุมความดันโลหิตได้อีกด้วย

2.1.6.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

จากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมองไม่ว่าจะเป็นลักษณะการอุดตัน ตีบหรือ แตก ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์ประสาทสมองตายหรือหยุดทำงาน การเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวนับเป็นปัญหาที่สำคัญ ก่อให้เกิดความบกพร่อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้ (วารสาร คำนวณและทศพร เอกปริชากุล, 2562)

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 50 มีอาการกลืนลำบากซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการรับประทานอาหาร (Roje-Bedeković et al., 2020) นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของร่างกาย เช่น อาการอ่อนแรง อาการเกร็ง แขน และขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ชัก สูญเสียความรู้สึกสัมผัส การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติไป เป็นต้น (พิมพ์ เจริญสุขและสุรีย์ จันทโรโมลี, 2564)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความบกพร่องทางด้านร่างกายย่อมส่งผลถึงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ หรือพฤติกรรม เช่น อาการซึมเศร้า ความจำเสื่อม วิตกกังวล ภาวะอารมณ์ไม่ปกติเป็นแบบสองขั้ว (Bipolar disorder) ปฏิกริยาโต้ตอบรุนแรง (Catastrophic reaction) เป็นต้น สำหรับด้านสติปัญญาพบว่า ส่งผลให้กระบวนการคิด และการเข้าใจรับรู้ (Cognitive impairment) สูญเสียความบกพร่องในด้านความจำ ความนึกคิด เซวาร์ปัญญาในด้านต่าง ๆ ของสมองอีกด้วยซึ่งจะนำไปสู่โรคความจำเสื่อม (Dementia) ตามมา พบได้ประมาณร้อยละ 50 ถ้าเป็นในระยะยาวอาจจะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 10 (เจษฎา เขียนดวงจันทร์, 2558)

3) ผลกระทบทางด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง รู้สึกเป็นภาระกับครอบครัว (ณัฐวุฒิ บุญสนธิ, 2563)

4) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษาดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในระดับประเทศ โดยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย มีต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน การรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก 1,010.22 บาทต่อครั้ง และยังมีค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาทต่อคนต่อปีและความสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 162,664.97 บาทต่อคนต่อปี (ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, 2561)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เนื่องจากโดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย ซึ่งการเกิดความดันโลหิตสูงในระยะยาวจะทำลาย ทั้งโครงสร้างและการทำงานของหลอดเลือดโดยเฉพาะที่ผนังชั้นกลางและชั้นในสุดของผนังหลอดเลือดแดง (James et al., 1986) ซึ่งหากเกิดที่หลอดเลือดสมองจะทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนเกิดการตีบ ตัน หรือมีภาวะของหลอดเลือดในสมองแตกอย่างกะทันหัน ส่งผลให้มีการคั่งของเลือดรอบเนื้อเยื่อสมองทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงที่สมองขาดออกซิเจนและอาหารทำให้เซลล์สมองตาย ซึ่งมีความรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือมีความพิการต้องดูแลต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความบกพร่อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การใช้จ่ายควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นชนิดไม่เสียชีวิตถึงร้อยละ 31 และสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 34 แต่ยังมีผู้ป่วยอีกมากที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จากการใช้จ่ายเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ซึ่งจะทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ตามเกณฑ์ปกติได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผู้วิจัยจะกล่าวถึงความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนอเป็นลำดับ ดังนี้

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่เกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคและค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก และกระทำการใด ๆ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีของตน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถวัดและประเมินได้ (Kasl & Cobb, 1966 as cited in Rosenstock, 1974)

พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนแล้วสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและภาวะอ้วน (WHO, 2021b)

พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือเรียกว่าการบำบัด สามารถลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยและปานกลางได้ผล สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดได้ การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ยาต่อเนื่อง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง คือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมอย่าให้อ้วน การออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีการไหลเวียนโลหิตที่ดี การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายดี และยังช่วยลดความเครียด งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ถ้าพบปัจจัยเสี่ยงต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว ต้องมีการรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามหยุด ยาหรือปรับยาเองโดยเด็ดขาด เช่น ผู้มีปัญหา Atrial fibrillation หรือ Carotid artery disease ในกรณีที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันอยู่เดิมแล้ว แพทย์จะรักษาโดยการให้ รับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เช่น ยาด้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง รักษาความสะอาดของช่องปากไม่ให้เหงือกอักเสบ เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อ ลดอาหารเค็ม อาหารประเภทไขมันทุกชนิด รวมทั้งอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการลดความเสี่ยงและอันตรายต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการควบคุมรักษาปัจจัยเสี่ยงคือ ความดันโลหิตสูง โดยลดระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท วิธีการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ ออกกำลังกายสม่ำเสมอให้หนักปานกลางเช่น เดิน ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานอาหารเค็ม ควรรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ (Low fat diet) งดเครื่องดื่มประเภทเหล้า สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์ ทำจิตใจให้แจ่มใส หลีกเลี่ยงความเครียด พักผ่อนให้

เพียงพอ การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจคัดกรองหาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่เริ่มต้น (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

2.2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีแนวทางดังนี้

2.2.2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบ DASH Diet หรือ Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet เป็นหลักการบริโภคอาหาร เพื่อการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลสูง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ อย่างโพแทสเซียม แมกนีเซียม การปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ อาหารที่ส่งเสริมสุขภาพดี เพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเน้นที่ “การลดเกลือ เพิ่มผัก” เนื่องจากเป็นการปฏิบัติตัวสำคัญที่จะป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของโรคหลอดเลือดสมองอย่างไรก็ตาม ยังมีอาหารประเภทอื่นซึ่งส่งผลต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน ดังนั้น จึงควรมีการจัดการด้านอาหารอย่างครอบคลุม เพื่อป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง โดย

2.2.2.1.1 ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : [BMI])

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

หลังจากที่ประเมินค่าดัชนีมวลกายแล้วได้ค่าดัชนีมวลกาย นำไปสู่การแปลผลของดัชนีมวลกาย (ดังตารางที่ 1)

การแปลผลของดัชนีมวลกาย

BMI	อยู่ในเกณฑ์	ภาวะเสี่ยงต่อโรค
น้อยกว่า 18.50	น้ำหนักน้อย/ผอม	มากกว่าคนปกติ
ระหว่าง 18.5 – 22.90	ปกติ(สุขภาพดี)	เท่าคนปกติ
ระหว่าง 23 – 24.90	ท่วม/โรคอ้วนระดับ 1	อันตรายระดับ 1
ระหว่าง 25 – 29.90	อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2	อันตรายระดับ 2

ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565)

2.2.2.1.2 ประเมินพลังงานขั้นพื้นฐานที่ร่างกายต้องการ (Basal metabolic rate: [BMR]) หรือ อัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย “ขณะพักผ่อน” คือ เมื่อ

ร่างกายอยู่หนึ่ง ไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ เป็นขณะที่ระบบย่อยพักงาน ซึ่งเป็นพลังงานที่ถูกใช้ไปเพียงเพื่อรักษาระดับการมีชีวิต เช่น หัวใจเต้น ปอด ตับ กล้ามเนื้อ ผิวหนัง และ อื่น ๆ

สูตรการคำนวณ BMR ของ The Mifflin St Jeor Equation

$$\text{เพศชาย} = (10 \times \text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}) + (6.25 \times \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}) - (5 \times \text{อายุ}) + 5$$

$$\text{เพศหญิง} = (10 \times \text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}) + (6.25 \times \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}) - (5 \times \text{อายุ}) - 161$$

2.2.2.1.3 ประเมินพลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวัน (Total daily energy expenditure: [TDEE]) หมายถึงค่าพลังงานที่ร่างกายต้องการในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน ทั้งการเดิน วิ่ง นอน ทำงาน หรือว่าออกกำลังกาย ซึ่งในคนที่ไม่ค่อยขยับร่างกายจะต้องการใช้พลังงานในส่วนนี้น้อยกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ สำหรับคนที่จะควบคุมน้ำหนักจึงไม่ควรรับประทานเกินค่า TDEE ที่คำนวณได้ของบุคคลนั้น

$$\text{พลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวัน (TDEE)} = \text{BMR} \times \text{ตัวแปร}$$

2.2.2.1.4 ชนิดของอาหาร DASH จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการ

บริโภคอาหาร DASH สามารถลดระดับความดันโลหิตได้มากกว่าการบริโภคอาหารรูปแบบอื่น

รูปแบบการบริโภคอาหาร DASH นี้ เน้นการบริโภคอาหารหลักๆ คือ ผัก ผลไม้ ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ ไขมันไม่อิ่มตัว และเกลือแร่รวมไปถึงธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อปลา และสัตว์ปีกไม่มีหนัง (กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก, 2563) อาทิเช่น

1) ธัญพืช ควรรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี ข้าวฟ่าง ข้าวบาร์เลย์ ธัญพืชไม่ขัดสีเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน มีเส้นใยอาหาร วิตามินและแร่ธาตุชนิดต่าง ๆ (ชนาธิป สันติวงศ์, 2565)

2) ผัก ควรรับประทานผักสด เพราะเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียมและแมกนีเซียม ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต มีกากใยช่วยให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ ควรรับประทานผักใบเขียวและผักหลากสี สีสันตามฤดูกาล เช่น คื่นช่าย กวางตุ้ง บวบ หน่อไม้ฝรั่ง ข้าวโพด บร็อคโคลี่ ปวยเล้ง แครอท มะเขือม่วงและรวมถึงเห็ด หน่อไม้ หัวหอม หอมหัวใหญ่ มะเขือเทศ เครื่องเทศและสมุนไพรทุกชนิด (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย, 2562)

3) ผลไม้ควรรับประทานผลไม้สด เพราะเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียมและแมกนีเซียม รับประทานผลไม้ตามฤดูกาลและผลไม้หลากสี เช่น กล้วย ฝรั่ง แก้วมังกร ชมพู่มะละกอ ส้ม เลียงผลไม้กระป๋อง เนื่องจากมีน้ำตาล โซเดียม รวมทั้งมีสารกันเสีย วัตถุปรุงแต่งสี กลิ่น และรสชาติ (ภทพร บวรทิพย์และอภิชาติ ใจใหม่, 2562)

4) อาหารแคลเซียมสูง ควรรับประทานอาหารแคลเซียมสูงจากธรรมชาติ เช่น นมไขมันต่ำหรือ นมปราศจากไขมัน โยเกิร์ตไขมันต่ำ เต้าหู้ งาดำ งาขี้ม่อน ปลาตัวเล็ก

ปุ๊กตอย กุ้งแห้งตัวเล็ก กุ้งฝอย ปลาลิ้นหมา ใบชาพู่ ใบยอ ผักแพว เป็นต้น (อติพร สำราญบัวและเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, 2560)

5) เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ควรรับประทานปลา ไข่ เป็ด เลี้ยงเนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อแพะ เนื่องจากมีปริมาณคอเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง (ชวิศาสตร์ เลิศมงคลธีรกุลและคณะ, 2564)

6) ถั่วและเมล็ดพืช เป็นแหล่งโปรตีน ไขมันดี และแร่ธาตุ แมกนีเซียม ซึ่งมีส่วนช่วยลดความดันโลหิต แต่ต้องมีไขมันดีเป็นส่วนประกอบ เช่น ถั่วลิสง อัลมอนต์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ แมคคาเดเมีย เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง ต้องเลือกรสธรรมชาติ ไม่ปรุงรส และอบแทนการทอด (เสาวลักษณ์ มูลสารและเกษร สำเภาทอง, 2559)

7) ไขมัน ควรรับประทานไขมันดี เช่น ไขมันมะกอก ไขมันเมล็ดฟักทอง ไขมันดอกคำฝอย ไขมันอะโวคาโด ไขมันคาโนล่า ไขมันงาขี้ม่อน ไขมันรำข้าว ไขมันงา ไขมันถั่วลิสง เลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันมะพร้าว ไขมันปาล์ม กะทิ ไขมันจากสัตว์ ไขมันหมู ชีส เลี่ยงไขมันทรานส์ (Trans fatty acids) เช่น ครีม เทียม เนยเทียม (ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์ และคณะ, 2559)

8) น้ำตาล ลดใช้น้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน ของหวาน หรือรับประทานให้น้อยที่สุด (ภทพร บวรทิพย์และอภิชาติ ใจใหม่, 2562)

9) โซเดียม ควรบริโภคไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัม/วัน (เกลือ 2/3 ช้อนชา) โซเดียมมากเกินไปจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ไตต้องทำหน้าที่ขับโซเดียมออกจากร่างกายเพิ่มขึ้น (อติพร สำราญบัวและเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, 2560)

สรุปได้ว่า อาหารที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต คือ อาหารที่มีปริมาณเกลือ โซเดียมและอาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัวสูง การปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ อาหารที่ส่งเสริมสุขภาพดี เพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะเน้นที่อาหาร DASH หลักการคือ “การลดเกลือเพิ่มผัก” เนื่องจากเป็นการปฏิบัติตัวสำคัญที่จะป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายถือเป็นวิธีหนึ่งของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic intervention) ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยแบ่งเป็นสองชนิดหลักๆ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) และแบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise) (คุณัญญา มาสไตและคณะ, 2565)

2.2.2.2.1 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) การออกกำลังกายช่วยลดความดันโลหิตหรือป้องกันการเกิด Cardiovascular disease [CVD] ควรออกกำลังกาย

กายระดับปานกลางอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5-7 วัน วันละ 30 นาทีหรือออกกำลังกายในช่วงสั้น ๆ 10 นาที/3 ครั้ง/วัน และควรเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลางจะเป็นการออกกำลังงานชีพจรเต้น รอยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220-อายุในหน่วยปี) หรือ สามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื่องได้รวมสัปดาห์ละ 150 นาที (คุณัญญา มาสดีและคณะ, 2565)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือ ออกกำลังกายใช้กล้ามเนื้อขนาดใหญ่ หลาย ๆ มัดทำงานพร้อมกันหรือสลับกันอย่างต่อเนื่อง เช่น วิ่งเร็ว วิ่งเหยาะ เดินทางราบ ปั่นจักรยาน กระโดดเชือก วิ่งขึ้น-ลงบันได ว่ายน้ำหรือออกกำลังกายในน้ำ เต้นแอโรบิก เต้นรำ-ลีลาศ Step aerobic เป็นต้นและไม่ควรเว้นการออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน

การออกกำลังกายจะช่วยลดแรงต้านทานของหลอดเลือดสวนปลาย (Peripheral vascular resistance) ระดับของ Renin activity และ Norepinephrine ในกระแส เลือดลดต่ำลง แต่ระดับไขมันชนิด HDL จะเพิ่มขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพนั้นจะ ช่วยลดความดันซิสโตลิก (SBP) เฉลี่ย 4 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงเฉลี่ย 2.5 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย, 2562)

2.2.2.2 แบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise)

การออกกำลังกายแบบแรงต้านเป็นการออกกำลังกายแบบหนัก เป็นการส่งแรงให้กระจายไปสู่กล้ามเนื้อและกระดูก กระตุ้นให้เกิดการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อ และ กระดูกได้ ส่งผลให้มวลกระดูกของเราแข็งแรง ทำให้ลดภาวะกระดูกพรุนได้นั้นเองมีผลต่อการเพิ่ม มวลของกล้ามเนื้อทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานในขณะพัก (Resting metabolic rate) เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายแบบแรงต้านนั้น เป็นการออกกำลังกายทุกรูปแบบที่ใช้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกายออกแรงต้านกับน้ำหนักหรือแรงโน้มถ่วง ไม่ว่าจะเป็นน้ำหนักของตัวเอง ไปจนถึงน้ำหนักของ อุปกรณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่ดัมเบลไปจนถึงเครื่องเล่นฟิตเนสต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้มีแรงและกำลังในการออกกำลังกายและทำสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น

ในงานวิจัยนี้ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง โดยการเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน โยคะ และว่ายน้ำ อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 5-7 วัน ต่อสัปดาห์ โดยให้เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วขึ้นพอสมควร สามารถช่วยลดความดันโลหิตในค่า Systolic ได้ประมาณ 2-3 มิลลิเมตรปรอท ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกได้ (Stroke) ได้ถึงร้อยละ 14 (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2557)

ความหนักของการออกกำลังกาย ในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ควรปฏิบัติ 2 วิธี ดังนี้

1. ใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัวกำหนดความหนัก โดยผู้ที่ออกกำลังกายจะต้อง จับชีพจรเพื่อดูว่าอัตราการเต้นของหัวใจในขณะพัก หรือขณะที่ไม่ได้ออกกำลังกายเท่ากับกี่ครั้งต่อ นาที ภายหลังจากออกกำลังกาย ควรที่จะให้มีอัตราการเต้นของหัวใจ เร็วขึ้นจากขณะพักอีกประมาณ

30-40 ครั้ง/นาที่ เพื่อที่จะนำเกณฑ์นี้มาเพิ่ม หรือลดความหนักของกิจกรรมในการออกกำลังกายให้เหมาะสม

2. ใช้การพูดคุยเป็นตัวกำหนดความหนัก กล่าวคือ ในขณะที่ออกกำลังกาย หากสามารถที่จะพูดคุยกับเพื่อนที่ร่วมออกกำลังกายได้ มีการหายใจที่เร็วขึ้น แรงขึ้น และรู้สึกเหนื่อยนิด ๆ แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการพูดคุยระหว่างออกกำลังกาย ถ้าปฏิบัติได้ตามนี้ ถือว่าการออกกำลังกายที่ทำอยู่นั้นอยู่ในระดับที่พอดี (คุณัญญา มาสไตส์, 2565)

2.2.2.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียดและการผ่อนคลาย

เมื่อเราเกิดความเครียด ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมน ซึ่งจะช่วยให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และเลือดสูบฉีดมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหดเกร็งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การไหลเวียนเลือดช้าลงจึงทำให้เกิดความดันเลือดสูงขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2022)

การจัดการความเครียด (Stress coping) เป็นกลวิธีที่สำคัญในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการแสดงออกของบุคคลที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องเมื่อประเมินแล้วว่าเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าของความเครียดจะก่อให้เกิดผลลบหรือปัญหาเพื่อขจัดหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้น (ธันมพร ทองลง, 2561) แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ วิธีการมุ่งแก้ไขอารมณ์และวิธีการมุ่งแก้ไขปัญหา

1. พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ (Emotion – focused coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามที่จะจัดการอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาหรือสาเหตุลาราส เรียกวินี้ว่า “การบรรเทา” ซึ่งรวมถึงการที่บุคคลนั้นได้นำเอากลไกการป้องกันจิตทุกแบบ จัดเป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์พฤติกรรมประเภทนี้เป็นการกระทำให้รู้สึกว่ารันทราจจากสถานการณ์นั้นลดลง แต่ความจริงแล้วรันทราจนั้นไม่ได้ลดลง สถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมที่จัดว่าเป็นพฤติกรรมประเภทนี้ ได้แก่ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การพยายามลืม การแยกตนเอง การเพ้อฝัน การทำให้เป็นเรื่องเล็กการเลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี หรือโยนความผิดไปให้ผู้อื่น เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2563)

2. พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focus coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดโดยตรง ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการทางปัญญาในการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์โดยมุ่งที่ต้นเหตุของปัญหา ได้แก่ การเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดตามสภาพความเป็นจริง และหาหนทางแก้ไข หรือ การเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญความเครียดนั้น เป็นต้น (นันทน์ธิดา สิงหเดชวีระชัยและสรวรยา ธรรมอภิพล, 2564)

การผ่อนคลายที่ดีที่สุดคือ การนอน การนอนไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งของสภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งหากร่างกายได้รับการพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง จะทำให้ฮอร์โมนควบคุมความเครียดมีน้อยลง และส่งผลให้เกิดสภาวะความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น เพราะฉะนั้นควรให้ร่างกายได้นอนหลับพักผ่อนไม่น้อยกว่า 7-9 ชั่วโมงต่อคืน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในร่างกาย (จิตติมา ณรงค์ศักดิ์และคณะ, 2563)

2.2.2.4 พฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ

พฤติกรรมการงดบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองทั้งโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) โดยทำให้มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เพิ่มขึ้น 1.5 เท่าและพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เกินวันละ 40 มวน มีความเสี่ยงประมาณ 2 เท่าของผู้ที่สูบน้อยกว่าวันละ 10 มวน หลังจากหยุดสูบบุหรี่ 2 ปี และลดลงจนถึงระดับที่ไม่พบความแตกต่างกับผู้ที่ไม่เคยสูบ หลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้ว 4-5 ปีเนื่องจากความเสี่ยงที่ลดลงไม่เกี่ยวข้องกับอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 90.00 ของผู้ที่อยู่ท่ามกลางควันบุหรี่มีระดับนิโคตินในเลือดสูงกว่าปกติ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบเอง ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่จึงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (กาญจนา จิตติพรและคณะ, 2561)

พฤติกรรมการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มสุราก็จะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่ายกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกตินำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง การดื่มแอลกอฮอล์เกินกว่าปริมาณที่กำหนดตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ปริมาณที่กำหนด คือผู้ชายไม่ควรบริโภคแอลกอฮอล์เกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน ส่วนผู้หญิงและผู้น้ำหนักน้อยไม่ควรบริโภคแอลกอฮอล์เกิน 1 แก้วมาตรฐานต่อวัน โดย 1 แก้วมาตรฐานหมายถึง เบียร์ไม่เกิน 12 ออนซ์ หรือ 360 ซีซี/ไวน์ไม่เกิน 5 ออนซ์ หรือ 150/วิสกี้ไม่เกิน 1/2 ออนซ์ หรือ 45 ซีซี) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564)

การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะเนื้อสมองขาดเลือด และการดื่มสุราในปริมาณที่มากเป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 7.6 เท่า และในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุรา 17.09 เท่า เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติและโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นในการเกิดเส้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมอง (สายสุนี เจริญศิลป์, 2564)

พฤติกรรมการดื่มกาแฟเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เป็นผลมาจากคาเฟอีนและสารกลุ่มไดเทอร์พีน ซึ่งคาเฟอีนเพิ่มการทำงานของหัวใจและทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ ส่วนสารกลุ่มไดเทอร์พีนรบกวนระดับไขมันในเลือด การดื่มกาแฟปริมาณมากในคราวเดียว อาจทำให้เกิดใจสั้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นชั่วคราว กระสับกระส่าย และนอนไม่หลับ (Navarro et al., 2019)

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มชูกำลังเป็นเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน วัตถุประสงค์ของการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนส่วนมาก คือ ลดความง่วง กระตุ้นความคิด ลดความเหนื่อยล้า เพิ่มความกระปรี้กระเปร่าและกระฉับกระเฉง เป็นต้น การบริโภคเครื่องดื่มชูกำลังเกินขนาดหรือบริโภคติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดอันตรายได้ อาทิ เกิดอาการกระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องแบบตะคริว ใจสั้น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูงมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ชักและอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด (มัญญชญา มัลลิกานนท์และคณะ, 2563)

2.2.2.5 พฤติกรรมการรับประทานยา

พฤติกรรมการรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ญาติา เรียมริมมะตันและพงษ์ณัฐณสมบัติภูธร, 2561)

2.2.2.5.1 หลักการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- 1) ต้องอ่านฉลากหรือคำแนะนำอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีใช้ ขนาดที่ใช้และระยะเวลาที่ใช้เพื่อความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดของยา (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564)
- 2) ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เขียนไว้บนฉลาก หรือที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำอย่างเคร่งครัด ไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง (ญาติา เรียมริมมะตันและพงษ์ณัฐณสมบัติภูธร, 2561)
- 3) ไม่ควรใช้ยาที่ไม่มีฉลากปิดหรือฉลากเลอะเลือน เพราะอาจรับประทานยาผิดได้ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564)
- 4) ควรหยุดยาทุกครั้งเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีผื่นขึ้นตามตัว ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการรุนแรงรีบปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทันที (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564)
- 5) ก่อนใช้ยาควรตรวจดูวันหมดอายุของยาและดูสภาพของยาว่ายังมี

คุณภาพที่ไม่เสื่อมคุณภาพ โดยดูจากลักษณะทางกายภาพเบื้องต้น หากลักษณะเปลี่ยนไปควรทิ้งทันที (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564)

6) เมื่อใช้ยาเสร็จแล้วควรเก็บเป็นที่ ไม่วางปนกับอาหารหรือของใช้อื่น ๆ ยาแต่ละชนิดต้องมีฉลากเรียบร้อย สามารถอ่านได้ชัดเจน ก่อนใช้ยาต้องศึกษาคำเตือน ข้อห้ามของยา ให้เข้าใจก่อน การอ่านฉลากควรทำ 3 ครั้ง คือ หนึ่งเมื่อหยิบยาออกมา สองขณะใช้ยาและสามเมื่อเก็บยา ที่สำคัญอย่าหยิบยาเกินที่มีติด เพราะจะไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ (ญาติา เจริมริมมะตัน และพงษ์ณัฐวัฒน์ สมบัติภูธร, 2561)

7) หากต้องพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่นควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้ (ปราณี ทัดศรีและยุภาพร นาคกลิ่ง, 2561)

8) ในกรณีที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำลงอย่างฉับพลัน โดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำในท่ายืน เมื่อเกิดอาการหน้ามืดเป็นลม ควรยกขาสูงกว่าศีรษะ เวลาเปลี่ยนท่าจากท่านอนหรือท่านยืน ควรเคลื่อนไหวช้า ๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน ๆ โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564)

9) ควรระมัดระวังในการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรในเวลา 1-2 ชั่วโมงหลังรับประทานยาอาจมีอาการง่วงซึมได้ (วินัดดา ตรุณถนอมและคณะ, 2562)

10) หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิตอาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้ และเมื่อเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์ไม่ควรซื้อยารับประทานเองเพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงได้ (ชนกนันท์ แสนสุนนท์และกฤษฎกันทร สุวรรณพันธ์, 2565)

จากการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ใช้รูปแบบการบริโภคอาหาร DASH ลดเกลือเพิ่มผัก 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ระดับปานกลาง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาทีหรือออกกำลังกายในช่วงสั้นๆ 10 นาที/3 ครั้ง/วัน และออกกำลังกายจนชีพจรเต้นรอยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ 3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ควรเลิกสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ชายไม่ควรบริโภคแอลกอฮอล์เกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน ส่วนผู้หญิงและผู้น้ำหนักน้อยไม่ควรบริโภคแอลกอฮอล์เกิน 1 แก้วมาตรฐานต่อวัน งดการใช้สารเสพติด เช่น ฝิ่น ยา 4) พฤติกรรมการจัดการความเครียดโดยวิธีการมุ่งแก้ไขปัญหา และวิธีการมุ่งแก้ไขอารมณ์ และ 5) พฤติกรรมการใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย การปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

2.2.3 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักวิจัยได้พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้

2.2.3.1 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดย สุวิตรา สร้างนา (2557) ลักษณะแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำวัน ปฏิบัติบางวัน และไม่ปฏิบัติเลย คะแนนเรียงลำดับเป็น 3, 2, 1 จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามนี้ทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีการของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

2.2.3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยวีณา จำเริญบุญ (2560) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ลักษณะแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย คะแนนเรียงลำดับเป็น 3, 2, 1 จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามนี้ทดสอบค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity Index: [CVI]) เท่ากับ 0.90 ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.73

2.2.3.3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดย ทิตาวดี สิงห์โค (2563) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3 ด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ คะแนนเรียงลำดับเป็น 3, 2, 1 จำนวน 20 ข้อ ค่า CVI = 1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

2.2.3.4 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดย ดวงธิดา โสตาพรหม (2563) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาการ การจัดการกับ ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย คะแนนเรียงลำดับเป็น 4, 3, 2, 1 จำนวน 22 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้องของรายข้อคำถาม เท่ากับ 0.67-1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73

2.2.3.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ (2564) เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การจัดการ ความเครียด การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่ การมาพบแพทย์ และการรับประทานยา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย คะแนนเรียงลำดับเป็น 4, 3, 2, 1 จำนวน 26 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้องของรายข้อคำถาม เท่ากับ 0.67-1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73

2.2.3.6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพิชชานันท์ สงวนสุข (2564) เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนเรียงลำดับเป็น 3, 2, 1 จำนวน 31 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้องของรายข้อคำถาม เท่ากับ 0.87 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

2.2.3.7 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสายสุณี เจริญศิลป์ (2564) เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 6 ด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาพบแพทย์ตามนัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย คะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 จำนวน 24 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.850

2.2.4 แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาในการลงบันทึกครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานยา 2) ด้านการจัดการความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านการงดบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) ด้านการใช้ยา และแบบบันทึกการใช้ยา นัยยาคงเหลือ (วันชัย พันศรีและคณะ, 2562) โดยให้ผู้ป่วยบันทึกหรือครอบครัวบันทึกให้แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยทราบผลการปฏิบัติตัวของตนเองและสามารถวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

สรุปได้ว่าส่วนใหญ่มีการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม 3-5 ด้านได้แก่ ด้านการรับประทานยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การงดบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งและ ไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งผู้วิจัยจะนำแบบประเมินมาพัฒนาต่อเพื่อใช้เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในงานวิจัยต่อไป

งานวิจัยที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเน้นกระบวนการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วย จากนั้นส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม Station ไลน์และโทรศัพท์มือถือ โดยการส่งข้อความเตือน การสอน สอบถามอาการ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ภายใต้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ผู้วิจัยจะกล่าวถึงความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เสนอเป็นลำดับดังนี้

2.3.1 ความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock (1974) ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการทำงานชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น

Kasl & Cobb (1966) ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตัวบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นก็ย่อมที่จะต้องจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกับบุคคลที่ไม่เจ็บป่วยออกไปนั้นก็ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคอาการและการรักษา การรับรู้ถึง ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ ประกอบกับความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพหมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของบุคคลที่จะยอมรับหรือรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ว่าสามารถส่งผลต่ออาการเจ็บป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตัวป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย

2.3.2 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่

2.3.2.1 ด้านส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน

ฮอชบาน (Hochbaum, 1958) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ (Rosenstock, 1974)

สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคล Rosenstock ได้เสนอวิธีการพัฒนา ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ 2 วิธี คือ วิธีการสอน (Teaching techniques) และวิธีการปรับพฤติกรรม (Behaviors modification techniques) วิธีการสอนมีจุดมุ่งหมาย เพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการเรียนรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของบุคคลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal Influence) และการใช้อิทธิพลของกลุ่ม (Group influence) มาเป็นส่วนประกอบของการสอน

2.3.2.1.1 ระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ระดับบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
- 2) ระดับกลุ่ม เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
- 3) ระดับชุมชน เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคม และสิ่งแวดล้อม

ในทางเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และพฤติกรรมของบุคคล

2.3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป แจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) สรุปผลการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสามารถอธิบาย หรือทำนาย

พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

2.3.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits)

หมายถึง การบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

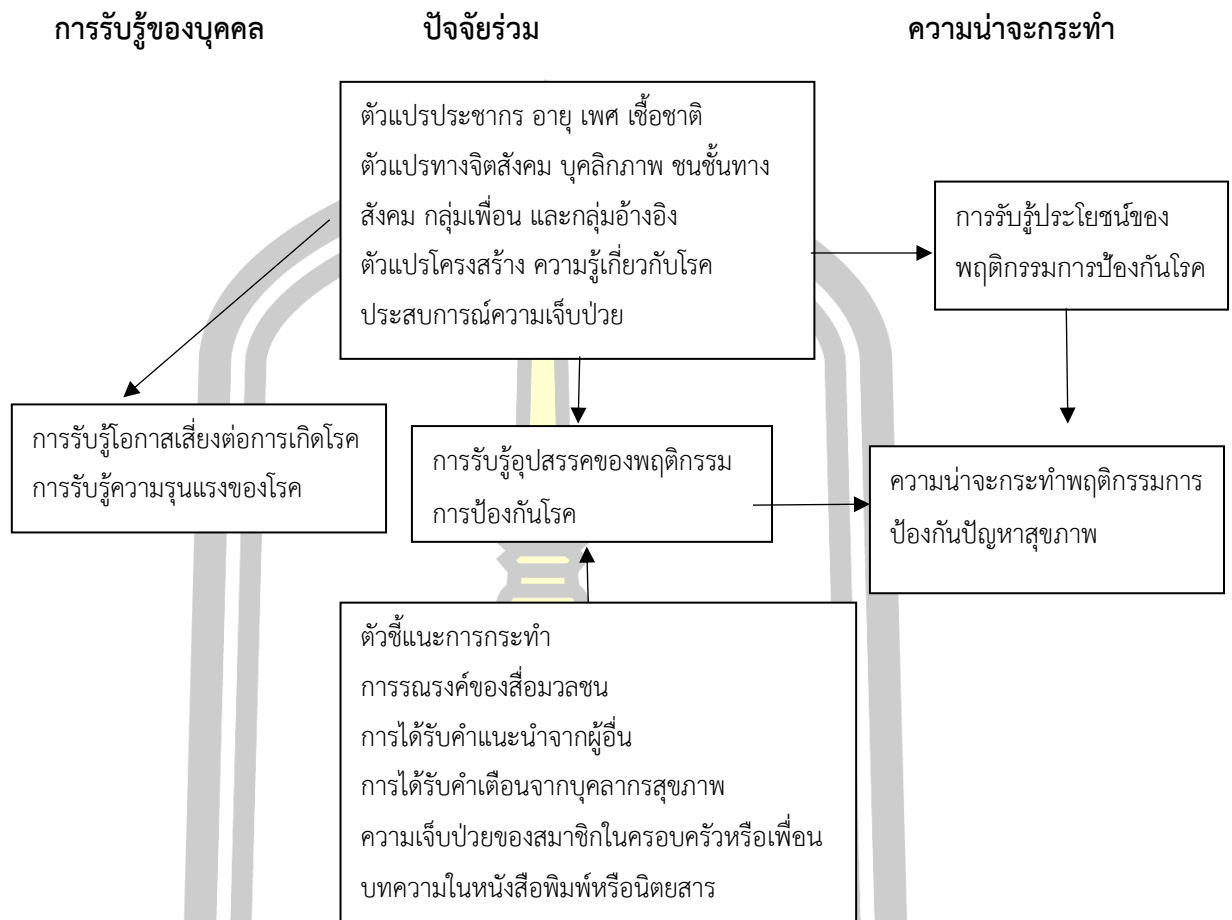
2.3.2.4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barriers)

หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความล้าชวย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระซึ่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

2.3.3 ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock (1974) กล่าวว่าบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่อเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ตามความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อธิบายไว้ ดังนี้





ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค

ที่มา: Rosenstock (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs Vol. 2 No. 4.

งานวิจัยฉบับนี้นำแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock มาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยร่วมกับผู้ป่วยในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงระดับใด พฤติกรรมเสี่ยงใด 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งเสริมให้รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เน้นถึงผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมรวมทั้งครอบครัว ชุมชน และยกตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดความพิการ เสียชีวิต 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรค แนะนำพฤติกรรมที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ผ่านการบอกเล่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 แนวคิดการพยาบาลทางไกล (Telenursing)

สภาการพยาบาลมีนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการพยาบาลทุกระดับที่ให้การพยาบาลแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความตระหนักในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประชาชนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้ ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการการพยาบาลทางไกล เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สภาการพยาบาลจึงออกประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ในราชกิจจานุเบกษา ดังนี้

2.4.1 ความหมายของการพยาบาลทางไกล

การพยาบาลทางไกล (Telenursing) ตามประกาศของสภาการพยาบาล (2564) หมายถึง การพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัย ภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ โดยนาระบบดิจิทัล มาให้บริการทั้งนี้ โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาลทางไกล (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล, 2564)

2.4.2 องค์ประกอบในการให้การพยาบาลทางไกล มีดังต่อไปนี้

2.4.2.1 ระบบดิจิทัล (เทคโนโลยีที่ใช้วิธีการนำสัญลักษณ์ศูนย์และหนึ่งหรือสัญลักษณ์อื่น) ที่นำมาใช้ในการพยาบาลทางไกล สามารถสื่อสารระหว่างผู้ให้การพยาบาลทางไกล และผู้รับการพยาบาลทางไกลอย่างชัดเจน

2.4.2.2 ระบบทะเบียนและการบันทึกประวัติผู้รับการพยาบาลทางไกลและข้อมูล การพยาบาลทางไกล

2.4.2.3 ระบบการบันทึกข้อมูล เสียง/ภาพ หรือวิดีโอ ระหว่างการพยาบาลทางไกล โดยต้องรักษาความลับของผู้รับการพยาบาลทางไกล ที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2562 หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.4.2.4 ยื่นแบบคำขอบริการเพิ่มเติมการบริการ การพยาบาลทางไกลต่อสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.4.3 ช่องทางที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ดังนี้

2.4.3.1 การโทรศัพท์มือถือผ่านเบอร์โทรศัพท์มือถือที่หน่วยงานจัดให้ หรือ

โทรศัพท์มือถือผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้สื่อสารสามารถได้ยินน้ำเสียง อารมณ์ ผ่านทางอุปกรณ์เคลื่อนที่ (Poreddi et al., 2020) และพยาบาลจะประเมินอาการของผู้ป่วยได้ แต่ไม่เห็นสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย

2.4.3.2 การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีทั้งระบบส่วนตัวและระบบ Line OA (LINE official account) ซึ่งจะเป็นแบบทางการ มีการให้รหัสผู้เข้ารับบริการ จัดกลุ่มผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ มีระบบตอบข้อความทั้งแบบอัตโนมัติ และแบบตอบด้วยบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ พยาบาล และผู้ป่วยจะได้ข้อมูลผ่านตัวอักษร รูปภาพ และ VDO call นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถส่งข้อมูล และลิงค์การดูแลตนเองให้ผู้ป่วยดูได้ตามความเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง และได้รับการตอบสนองที่รวดเร็ว (Heo, Jung, & Lee, 2021) แต่ควรนัดเวลาที่แน่ชัดในการติดตามอาการ เพื่อให้การโต้ตอบข้อความมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.4.3.3 VDO call เป็นวิธีการที่ทั้งพยาบาล และผู้ป่วยสามารถเห็นสีหน้า ท่าทางของกันและกัน สามารถสอนสาธิตการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งที่นิยม ใช้กันมักจะเป็นแอปพลิเคชัน Skype, Line และ FaceTime เป็นต้น ทั้งนี้หากแอปพลิเคชันหรือ โปรแกรมมีความซับซ้อนในการใช้งาน หรือใช้งาน ได้ยาก อาจทำให้ต้องใช้เวลาเรียนรู้ (Kord et al., 2022)

2.4.4 ข้อดีของช่องทางการติดต่อสื่อสาร

2.4.4.1 เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและไว้วางใจ ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล แม้จะแยกกันตัว แต่ก็รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่จากพยาบาล (Kord et al., 2022)

2.4.4.2 ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ลดความแออัด ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีจะสามารถแยกกักตัวที่บ้านได้จนครบกำหนดอย่างปลอดภัย (Das, Panigrahi, & Swain, 2022)

2.4.4.3 พยาบาลสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย ทำให้ลดโอกาส ในการติดเชื้อระหว่างกันและประหยัดเวลาในการเดินทาง (Kord et al., 2022)

ข้อจำกัดของช่องทางการติดต่อสื่อสาร

1. สัญญาณอินเทอร์เน็ตในบางพื้นที่อาจไม่เสถียร หรือโทรศัพท์มือถือมีปัญหาทำให้การสื่อสารกับพยาบาลสะดุด ไม่ต่อเนื่อง หรือได้รับข้อมูลผิดพลาด

2. ความสามารถในการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่แบบดิจิทัลหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับบริการแต่ละคนไม่เหมือนกัน จึงอาจทำให้เกิดความรู้สึกยากลำบากและเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร (Kord et al., 2022)

2.4.5 แนวทางปฏิบัติการให้การพยาบาลทางไกล

2.4.5.1 ต้องมีการยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกลและผู้รับบริการพยาบาลทางไกล ภายใต้มาตรฐานสารสนเทศของสถานพยาบาลนั้น

2.4.5.2 ประเมินผู้รับบริการพยาบาลทางไกลโดยการทบทวนจากประวัติสุขภาพเดิมและประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มเติม

2.4.5.3 วิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาล โดยประเมินอาการและความรุนแรง ความเสี่ยง ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพและเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลประกาศ

2.4.5.4 วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.4.5.5 บันทึกการพยาบาลทางไกลที่ให้แก่ผู้รับบริการพยาบาลทางไกล

2.4.5.6 ประเมินผลการให้การพยาบาลทางไกล

2.4.5.7 ประสานการส่งต่อเมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้รับบริการพยาบาลทางไกลควรไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับอาการหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการพยาบาลทางไกล

2.4.6 ลักษณะงานเฉพาะและข้อควรระวัง ดังนี้

การพยาบาลทางไกล (Telenursing) เป็นการขยายขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (Telenursing communications technology) เข้าช่วยเพื่อขยายการพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลหรือในถิ่นทุรกันดาร ผ่านช่องทางการสื่อสารทั้งหลายทั้งในรูปแบบของเสียง ภาพ และสัญญาณเพื่อประหยัดเวลา ระยะทางและค่าใช้จ่ายและทำให้สามารถจัดบริการให้ประชาชนจำนวนมากขึ้น (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องแนวทางการพยาบาลทางไกล, 2564) ซึ่งมี

2.4.6.1 การพยาบาลทางไกลเริ่มขึ้นมานานในสหรัฐอเมริกาและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีความสะดวกสบายของผู้รับบริการที่อยู่บ้านตนเอง การบริการเข้าถึงผู้ป่วยด้วยการใช้โทรศัพท์มือถือเป็นเครื่องมือหลัก โดยเฉพาะในการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนห่างไกล ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องเป็นผู้ที่กระตือรือร้นและรับผิดชอบในการดูแลรักษาเช่นเดียวกับพยาบาลที่อยู่ห่างไกลและไม่เห็นหน้ากัน

2.4.6.2 การพยาบาลทางไกลจัดบริการผ่านศูนย์ (Telenursing center) และหน่วยบริการพยาบาลเคลื่อนที่ (Mobile unit) ไปยังบ้านผู้ป่วย (Patient home) ซึ่งอยู่ห่างไกลโดยไม่พบหน้ากัน ดังนั้นจึงต้องอนุญาตผู้ป่วยมีอุปกรณ์เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ในบ้าน เช่น

เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะวัดระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องช่วยหายใจและเครื่องมืออื่น ๆ เท่าที่จำเป็น และบ้านผู้ป่วยควรมีอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้

2.4.6.3 ผู้ป่วยสามารถติดต่อพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพของตนและรับฟังคำแนะนำหรือวิธีปฏิบัติจากพยาบาลที่อยู่ประจำศูนย์พยาบาลอาจให้ข้อแนะนำ ตัวอย่าง วิธีการพยาบาลผ่านทางอินเทอร์เน็ตโดยให้ผู้ป่วยดาวน์โหลดวิดีโอซึ่งแสดงวิธีการพยาบาลไปดูเพื่อปฏิบัติตามนั้นได้

2.4.6.4 ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยทางไกลขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังเช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคเมเร็งด้วยเพราะผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติตนเองขณะที่พยาบาลจะรับผิดชอบในการเอาใจใส่ ติดตามไต่ถามอย่างสม่ำเสมอเช่นกัน

2.4.6.5 การพยาบาลทางไกลสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพโดยรวมของประเทศไทยได้อย่างมาก โดยช่วยให้ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศเข้าถึงการบริการสุขภาพโดยสะดวกและจำนวนเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเพราะทำให้จำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลสั้นลง ลดการกลับมารักษาซ้ำ ช่วยมารดาที่มีบุตรพิการสามารถเลี้ยงดูทารกได้ที่บ้านและหญิงตั้งครรภ์เป็นพิษสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้ จึงกล่าวได้ว่าการพยาบาลทางไกลโดยใช้โทรศัพท์มือถือสามารถช่วยให้งานการดูแลสุขภาพ ที่บ้าน (Home health care) มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.4.7 สำหรับระบบการบริการสุขภาพทางไกลในโรงพยาบาลวาปีปทุม

2.4.7.1 มีการใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม ใช้ในการออกใบรับรองโควิด 19 ตรวจสอบผลการฉีดวัคซีนของผู้รับบริการ รายงานผลตรวจ ATK ส่งใบรับรองสุขภาพดิจิทัล ประวัติการรักษา ประวัติการตรวจสุขภาพ ประเมินภาวะสุขภาพความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงภาวะโภชนาการ ค้นหาหน่วยบริการ และอ่านข่าวสาร

2.4.7.2 Telemedicine มาใช้ในผู้ป่วย Fast tract โดยติดตั้งเครื่องมือบนรถฉุกเฉิน ใช้กรณีเร่งด่วนเพื่อติดต่อกับโรงพยาบาลมหาสารคามในการให้คำปรึกษา ดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ

2.4.7.3 แอปพลิเคชันบริการสุขภาพทางไกล เขต 7 เป็นการให้บริการทางไกล ผ่านระบบ Zoom Video Conference มีช่องผู้ให้บริการเป็นเภสัชกร แพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญสุขภาพด้านอื่นๆ การใช้งาน Zoom สำหรับผู้ให้บริการนั้นจำเป็นต้องใช้งานผ่านการ Sign In เข้าสู่ระบบ Zoom Account และใช้งานผ่านอุปกรณ์ Computer PC หรือ Notebook เท่านั้นจึงจะสามารถ Record Video Conference ได้หากใช้ใน Smartphone หรือ Tablet จะไม่มี Function Record ให้ใช้งานสามารถใช้งานต่อเนื่อง 40 นาที หากไม่เพียงพอต้องหยุดและเริ่มใหม่และผู้รับบริการต้องเดินทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกครั้งที่ได้รับบริการ

การบริการทางไกลที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาลยังไม่มีระบบบริการที่ชัดเจน บางระบบไม่
 เหมาะกับสถานการณ์โควิด-19 เนื่องจากผู้มารับบริการต้องเดินทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ระดับตำบลทุกครั้งที่ได้รับบริการทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้
 ระบบหมอพร้อม Station เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ ช่วยประหยัดเวลา ลดงานซ้ำ
 ซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้รับบริการและเหมาะสมกับสถานการณ์โควิด -19

2.4.8 การพยาบาลทางไกลผ่านระบบหมอพร้อม Station มีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

2.4.8.1 ขั้นตอนการขอใช้บริการระบบหมอพร้อม Station สำหรับผู้ดูแลระบบ
 (Administrator)

2.4.8.1.1 กำหนดผู้ดูแลระบบ (Administrator) ประจำบริการ มีหน้าที่
 ดังต่อไปนี้

- 1) ตรวจสอบข้อมูล ยืนยัน อนุมัติและยกเลิกการอนุมัติ ที่
 ลงทะเบียนเขารวมระบบหมอพร้อม Station ภายในจังหวัด หรือหน่วยบริการภายใต้กำกับดูแล
- 2) เข้าถึงข้อมูลการบันทึกผลงานบริการรายสาขา
- 3) แก้ไขข้อมูลแต่ละแห่งภายหลังการอนุมัติ

2.4.8.1.2 ขั้นตอนการขอใช้บริการระบบหมอพร้อม Station สำหรับผู้ดูแล
 ระบบ (Admin)

1) ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม “แบบคำขอใช้บริการระบบหมอพร้อม
 Station” จากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน [https://spd.moph.go.th/new_bps/
 mohpromptstation](https://spd.moph.go.th/new_bps/mohpromptstation)

2) กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มในครบถ้วนและลงนามผู้ขอใช้
 บริการ โดยผู้บริหารของหน่วยงาน

3) ส่งไฟล์เอกสารแบบคำขอใช้บริการระบบหมอพร้อม Station
 มาที่อีเมล mohpromptstation@moph.go.th ระบุรายละเอียดข้อความ ดังนี้ “เรื่อง ขอส่งแบบคำ
 ขอใช้บริการ Mohprompt Station สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด...จังหวัด....และรหัสหน่วยบริการ 5
 หลัก”

4) รอการตอบกลับทางอีเมล เพื่อรับชื่อผู้ใช้งาน/รหัสผ่าน
 สำหรับเข้าใช้งานระบบหมอพร้อม Station

2.4.8.1.3 ข้อตกลงระบบการรักษาความลับ

ข้อตกลงการรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลผู้
 ได้รับใบอนุญาตฯ ให้สัญญาตกลงจะรักษาความลับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการอาทิ รายการ
 และ/หรือรายละเอียด และ/หรือภาพ และ/หรือข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพของ

บุคคล ตาม พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่น เพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้” และประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323 บัญญัติไว้ว่า “ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความหรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

2.4.8.1.4 วิธีใช้งานระบบหมอพร้อม Station

1) ผู้ใช้งาน (แพทย์/เจ้าหน้าที่) ทำการลงทะเบียนและมีรหัสบัญชีผู้ใช้งานแล้วทั้งนี้เพื่อความสะดวก แนะนำเปิดใช้งานโปรแกรมที่ให้บริการของทางโรงพยาบาล Hosxp ไปพร้อมกัน

2) ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) คือ ต้องมีบัตรประชาชนหรือสูติบัตร และระบบหมอพร้อมเวอร์ชันล่าสุด รวมถึงผู้รับบริการมาพบแพทย์หรือได้รับการติดต่อจากโรงพยาบาล (ครั้งแรก) เพื่อทำความเข้าใจระบบและสมัครใจเข้าร่วมใช้งาน

2.4.8.1.5 ขั้นตอนการใช้งานมีดังนี้

- 1) เปิดหน้าจอระบบหมอพร้อม Station กรอก User name และ Password เข้าสู่ระบบ
- 2) สร้างตารางนัดหมาย ผู้ป่วยในระบบการนัดหมาย เพิ่มนัดหมายผู้มารับบริการ
- 3) ผู้รับบริการอนุญาตการเข้าถึงกล้องและเสียง เปิดใช้บริการเมื่อได้รับการแจ้งเตือน
- 4) เมื่อสิ้นสุดการบริการ ผู้ให้บริการบันทึกนัดหมายรอบต่อไปกับ ผู้รับบริการ และบันทึกในระบบหมอพร้อม Station

2.4.9 ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ

2.4.9.1 ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

2.4.9.2 ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม

2.4.9.3 ปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วย

2.4.9.4 มอบประสบการณ์การรักษาที่เหนือกว่าให้กับผู้ป่วย

2.4.9.5 ช่วยให้ผู้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลที่ปลอดภัย ทันเวลาและมีคุณภาพสูงขึ้น

2.4.9.6 รองรับแนวทางและแนวทางการดูแลใหม่ ๆ เพื่อให้การจัดส่งด้านการดูแลสุขภาพมีราคาไม่แพง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.4.9.7 ทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพและช่วยเพิ่มเส้นทางการดูแลสุขภาพ

โดยสรุปแล้วสุขภาพดิจิทัล คือ การดูแลสุขภาพโดยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้เกิดประโยชน์สูงสุด การใช้เทคโนโลยีที่ดีขึ้นสามารถช่วยผู้ให้บริการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพเพื่อประชาชน ช่วยให้ผู้คนมีชีวิตที่มี สุขภาพดีขึ้น ด้วยการควบคุมที่ดีขึ้น เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญได้ดีขึ้น ทั้งการเชื่อมต่อที่ปลอดภัยกับแพทย์ ผู้รักษา ใบบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์หรือ Telenursing ต่างเป็นความก้าวหน้าในการเชื่อมโยงประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ขอบเขตกว้าง ๆ ของสุขภาพดิจิทัล รวมถึงนวัตกรรมต่าง ๆ เช่น สุขภาพเคลื่อนที่ (mHealth) เทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านสุขภาพ (IT), อุปกรณ์สวมใส่, Telenursing และการดูแลทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย รายบุคคล เป็นต้น (WHO, 2019)

การนำระบบดิจิทัลมาให้บริการสุขภาพดิจิทัล มีความสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์โรคโควิด 19 และสถานการณ์ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ตามปกติ เป็นการให้บริการทางไกลผ่านช่องทางการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชันไลน์ แอปพลิเคชันพร้อม DMS telemedicine แอปพลิเคชันบริการสุขภาพทางไกล เขต 7 วีดีโอคอล ข้อดีของช่องทางการติดต่อสื่อสาร คือ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ลดความแออัด ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วย ทำให้ลดโอกาสในการติดเชื้อระหว่างกัน และประหยัดเวลาในการเดินทาง (Kord et al., 2022)

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยใช้ระบบพยาบาลทางไกลสื่อสารผ่านระบบพร้อม Station แอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์มือถือ โดยการส่งข้อความเตือน การสอน สอบถามอาการ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

วรุฒิ พัฒนโภครัตนา (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดไม่ได้ จำนวน 76 ราย กิจกรรมประกอบด้วยกระบวนการกลุ่ม จัดอบรมให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบด้านบวก การบรรยาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยุภาพร นาคกลิ่งและปราณี ทัดศรี (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90-180/99 มิลลิเมตรปรอทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 28 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยการประชุมกลุ่ม การให้ความรู้ การฝึกทักษะประกอบอาหาร การฝึกออกกำลังกาย การใช้ตัวแบบด้านบวก การกระตุ้นเตือนและการเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลอง ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พันทิพพา บุญเศษ และลัษวิ ปิยะบัณฑิตกุล (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ระยะเวลา 10 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ด้วยการบรรยาย โดยใช้สไลด์ โปสเตอร์ ภาพพลิก แผ่นพับ และคู่มือความรู้ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กฤษฎิพงษ์ ทิพย์ล้อย และปณณณิน เชื้อนเพ็ชร์ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ One-

group intervention study กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) > 10 %, ระดับไขมันในเลือด (LDL) > 120 mg/dL หรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีค่าความดันโลหิต > 140 /90 มิลลิเมตรปรอท 3 ครั้งสุดท้าย หรือ > 160 /90 ครั้งเดียว, มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) > 20 %ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม ให้ความรู้โดยการบรรยายเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับนำเสนอสื่อประกอบการสอน เอกสาร แผ่นพับ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนูยศรี (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุ 40-65 ปี ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การแบ่งกลุ่มการบรรยาย ประกอบสื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์ และเกม การสาธิตการรับประทานอาหาร การรับประทานยา ด้วยการเล่นเกมและการฝึกปฏิบัติการเดินเร็ว ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ และการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความดันซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปรีดี ยศดา, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุลและมุกดา หนูยศรี (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีประจักษ์ จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาทักษะการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงไม่แตกต่างกัน

ปัฐยาวัชร ปรากฏผลและจิริยา อินทนา (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมบีบเตือนภัยทางไกล Stroke ต่อความตระหนักรู้ ความรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการ

ทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 26 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยการประชุมกลุ่มให้ความรู้ ฝึกทักษะ และติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้ และทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 66 ราย วัดก่อนหลังทดลอง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมทางโทรศัพท์มือถือ ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, ไพฑูรย์ วุฒิโสและเมวดี ศรีมงคล (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลังกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 60 ปี กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยบรรยายและผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็น ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มือถือ ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรกร วิชัยโยและคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสามชัยจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยบรรยายด้วย ประกอบภาพและสื่อวิดีโอ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ต่ออุปสรรค ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดจากเลือกการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุปราณี พรหมสุพันธ์และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วกก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 65-80 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ โรคใดโรคหนึ่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาการศึกษา 6 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมโรคหลอดเลือดสมอง รู้ทันป้องกันได้ กิจกรรมล้อมรั้วบ้านต้านโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมร่วมใจคนในบ้านต่อต้านโรคหลอดเลือดสมองและกิจกรรมครอบครัวไร้โรคอัมพฤกษ์อัมพาต ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Jahani, Shakerinejad, Karami, & Haghizadeh (2015) ศึกษาผลของการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน AHWAZ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 110 คนอายุระหว่าง 15 ถึง 60 ปี ระยะเวลา 16 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม การบรรยาย การฝึกอบรม การโทรศัพท์มือถือติดตามผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Khorsandi, Fekrizadeh, & Roozbahani (2017) ศึกษาการสำรวจผลของการศึกษาโดยใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วกก่อนและหลัง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อายุ 60-65 ปี กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การให้ดูภาพยนตร์การศึกษา และการอภิปรายกลุ่มผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค อาการแทรกซ้อนของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพยาบาลทางไกล

ณาดยา โสนน้อย และคณะ (2565) ศึกษาผลของการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามผู้ป่วย CABG ด้วยโปรแกรม Telenursing หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 2 และ

สัปดาห์ที่ 4 และกลุ่มทดลองมีการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ระดับเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด

Young Man Kima et al. (2023) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในการใช้การพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ศึกษาจากงานวิจัย 7 เรื่อง ใช้การติดตามทางโทรศัพท์มือถือ ทั้ง 7 เรื่อง ระยะเวลาสั้นที่สุด 30 นาที และมากที่สุด 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ผลของการพยาบาลทางไกลได้ผลดีต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างจากการดูแลตามปกติ ส่วนอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำและการไปแผนกฉุกเฉินในกลุ่มพยาบาลทางไกลต่ำกว่ากลุ่มที่ดูแลตามปกติ

Bingham et al. (2021) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในการใช้ Telenursing ติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ศึกษาจากงานวิจัย 13 เรื่อง พบว่ามีการใช้ Telenursing ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การส่งข้อความอย่างเดียว 3 เรื่อง การใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟน 5 เรื่องและใช้หลาย ๆ วิธี 5 เรื่อง ระยะเวลาสั้นที่สุด 3 เดือน และมากที่สุด 12 เดือนเช่น การเยี่ยมบ้าน การใช้เครื่องติดตามระดับความดันโลหิต การส่งข้อความแจ้งเตือน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มือถือและการโทรศัพท์มือถือเพื่อการสอนและติดตาม กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ผ่าน mHealth เช่น ให้ผู้ป่วยรายงานสุขภาพตนเองความดันโลหิต การบันทึกเกี่ยวกับสุขภาพ มีการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาและการสังเกตภาวะแทรกซ้อน มีการให้ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันเพื่อรับข้อมูลต่าง ๆ มีการสอบถามและสอนทางโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ผลลัพธ์จากการใช้ Telenursing พบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น การติดตามการรับประทานยา ผ่าน eHealth และ Telenursing ได้ผลดีกับการติดตามจำนวนยาที่เหลือ และจำนวนวันที่ผู้ป่วยใช้ยา

Schorr et al. (2021) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการใช้ mhealth เพื่อป้องกันกันความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ศึกษาจากงานวิจัย 26 เรื่อง พบว่ามี การใช้ mhealth ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ใช้การส่งข้อความอย่างเดียว 9 เรื่อง การใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟน 9 เรื่องและใช้หลาย ๆ วิธี 15 เรื่อง ระยะเวลาสั้นที่สุด 45 นาที และมากที่สุด 12 เดือน เช่น ใช้การส่งข้อความ ใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟน อุปกรณ์สวมเพื่อการสื่อสาร เช่น นาฬิกา ใช้เว็บไซต์ และการโทรศัพท์มือถือเพื่อการสอนและติดตาม กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ผ่าน mhealth เช่น ให้ผู้ป่วยรายงานสุขภาพตนเอง น้ำหนัก ความดันโลหิต การบันทึกเกี่ยวกับสุขภาพ มีการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการสังเกตภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ เป็นต้น มีการเตือนผ่านข้อความ มีการให้ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันเพื่อรับข้อมูลต่าง ๆ มีการสอบถามและสอนทางโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ผลลัพธ์จากการใช้ mHealth พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการใช้ อุปกรณ์ mHealth เป็นเรื่องง่าย และมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพผ่าน mHealth

Patomella, Eriksson, Guidetti, & Asaba (2019) ใช้ mHealth เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในเรื่อง การออกกำลังกาย การสร้างนิสัยในการรับประทานอาหาร การลดความเครียด มีการประชุมกลุ่มออนไลน์และส่งข้อความและดาวนโหลดโปรแกรมการติดตามสุขภาพ ศึกษาในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวจำนวน 6 คน ใช้เวลาศึกษา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ 4 คน ควบคุมน้ำหนักได้ 1 คน หยุดสูบบุหรี่ 5 คน ลดไขมันได้ 1 คน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 5 คน เมื่อติดตาม 1 ปี พบว่า ควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเป็น 5 คน ควบคุมน้ำหนักได้ 2 คน ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายลดลงเหลือ 3 คน

Cicolini et al. (2014) ใช้โปรแกรมที่มีพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการดูแลสุขภาพโดยใช้การเตือนผ่านอีเมลล์และโทรศัพท์มือถือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโปรแกรมประกอบด้วยทำให้ความรู้และการปฏิบัติตัวสุขภาพในชีวิตประจำวัน ใช้เวลาการศึกษา 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง ได้แก่ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่ ลดการรับประทานผลไม้ และเพิ่มการออกกำลังกาย และพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง Rehman et al. (2017) ได้สังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัย 12 เรื่อง พบว่า ใช้ mhealth ผ่านเว็บไซต์ อีเมลล์ โทรศัพท์มือถือ การส่งข้อความ และการส่งสัญญาณผ่านบลูทูธเพื่อส่งข้อมูลความดันโลหิตและการรับประทานยา เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาดูแลสุขภาพผ่าน mhealth ช่วยความดันโลหิต 11 เรื่อง มี 1 เรื่องที่ศึกษาเรื่องการรับประทานยาและพบว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาสม่ำเสมอ และมี 1 เรื่องที่ศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพ แต่ใช้การส่งข้อความอย่างเดียว และศึกษาใน 17 สัปดาห์พบว่าความรู้ไม่เพิ่มขึ้น

Tam et al. (2021) ได้สังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพผ่านการส่งข้อความต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาสังเคราะห์วรรณกรรม 20 เรื่อง การดูแลสุขภาพผ่านการส่งข้อความ มีการให้รายงานความดันโลหิตติดตามการรับประทานยา เปลี่ยนเวลานัด โดยส่งข้อความและให้ตอบกลับวันละ 1 ครั้งจนถึงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพผ่านการส่งข้อความสามารถช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้แต่ไม่ลดความดันไดแอสโตลิกและเสนอแนะว่าเรื่องต่อไปควรศึกษาเรื่องส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตร่วมด้วย

สรุปการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดเสื่อม เนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่าย การรักษาโดยการเข้าร่วมกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด

สมอง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร DASH Diet ลดอาหารเค็ม เพิ่มผัก พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที 5-7 วันต่อสัปดาห์ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด แบบมุ่งลดอารมณ์และแบบมุ่งแก้ปัญหา พฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต

สำหรับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพส่วนใหญ่ใช้การให้ความรู้ การบรรยาย และผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็น มีการบรรยายเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับนำเสนอสื่อประกอบการสอน เอกสาร แผ่นพับ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกทักษะการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งต้องให้ผู้ป่วยและญาติมารวมกลุ่มทำกิจกรรมซึ่งไม่เหมาะสมกับสถานการณ์โควิด 19 จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการนำการพยาบาลทางไกลมาใช้และมีผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ร่วมกับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพจัดทำเป็นโปรแกรม

ผู้วิจัยสรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ในการวิจัยดังนี้

1. ได้คำจำกัดความของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อนำมาใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมาอย่างน้อย 6 เดือน และมีความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกันก่อนมาตรวจตามนัด
2. ต้องมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มี 5 ด้าน ได้แก่
 - 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด 4) ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และ 5) ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือประเมิน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. ได้ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกันของวรกร วิชัยโย และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
4. นำความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดการพยาบาลทางไกลจากการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม Station แอปพลิเคชันไลน์ และโทรศัพท์มือถือ ส่งข้อความเตือน การสอน สอบถามอาการ

การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทีมสุขภาพเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำและชี้แนะในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ

5. ได้แนวการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม Station มาเป็นส่วนหนึ่งของการ
6. พยาบาลที่สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพและติดตามผู้ป่วยได้ในเวลาจริง
7. ได้แนวทางการให้การพยาบาลผ่าน mHealth โดยใช้ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์และ โทรศัพท์มือถือ
8. ได้ระยะเวลาที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง หลังการได้รับโปรแกรม คือ 8 สัปดาห์ ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองและเกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี
9. เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมายังมีจุดอ่อน ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองไม่ใช้การสุ่ม ผู้วิจัยจึงได้ปรับรูปแบบการวิจัยเป็นแบบทดลอง มีการวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



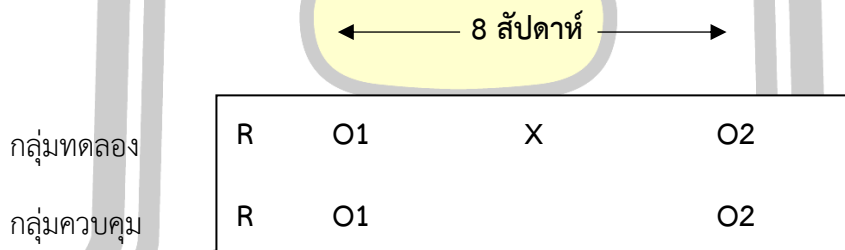
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 การออกแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (The Pretest-posttest experimental design) (Polit and Beck, 2019) กลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลและกลุ่มควบคุม (Control group) เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามแผนการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 4 แบบแผนการวิจัย

- R = การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- O1 = การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- X = โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล
- O2 = การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล
ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รหัส ICD 10 คือ I10 ที่มีความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (American Heart Association, 2020) อย่างน้อย 2 ครั้งล่าสุด สูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูง, 2562) ตามลักษณะที่กำหนด ดังนี้

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (รหัส ICD-10 คือ I10) ที่รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ/หรือรักษาโดยใช้ยารับประทาน เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป แล้วยังมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกันก่อนถึงวันนัด

3.2.2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

1. เพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้
2. มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สำหรับผู้สูงอายุใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม 14 ข้อ ที่คะแนน 14 - 19 คะแนนสมรรถภาพทางสมองอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (คะแนนเต็ม 56 คะแนน) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม และโรคหัวใจ

4. มีโทรศัพท์มือถือเคลื่อนที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ต ระบบคอมพิวเตอร์ Station และแอปพลิเคชันไลน์

5. มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
- 3.2.2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างออก (Exclusion criteria)
1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ
 2. ขณะทำการวิจัยผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่สามารถมาร่วมโครงการ
 3. ความดันโลหิตในวันที่มาตรวจตามนัด น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ปรอท

3.2.2.3 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G* Power ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากงานวิจัยของวรกร วิชัยโย และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน มาคำนวณหาขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size: ES) โดยใช้สูตรของ Cohen (1988) ได้ค่า ES เท่ากับ 1.401 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) .05 ใช้การทดสอบทางเดียว (One-tailed-test) อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .95 ได้กลุ่มละ 12 คน เพื่อป้องกันป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง (Attrition rate) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2019) รวมเป็น 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน

3.2.2.4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้กรอบของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มาตรวจตามนัดในเวลา 3 เดือน มีจำนวนทั้งหมด 60 คน ดำเนินการสุ่มอย่างง่าย

3.2.2.4.1 ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย 2 กลุ่ม ๆ จากรายชื่อของผู้ป่วยที่ใส่ในกล่อง ได้กลุ่มละ 15 คน

3.2.2.4.2 ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายอีกครั้ง เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการพยาบาลทางไกลเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ในโปรแกรม ประกอบด้วย

1.1 คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วยแผนการดำเนินงานและกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย

1.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วย: คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) เพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

1) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมประกอบด้วย การชมวีดิทัศน์เรื่องความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สรุบบ่งชี้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงระดับใด

2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่พิการหรือเสียชีวิต

3) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือประกอบด้วย แผนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง สื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โปสเตอร์เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแผ่นพับเรื่องอาหารของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564)

4) ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการตามโปรแกรม ระยะดำเนินการ 8 สัปดาห์

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะที่สถานพยาบาลยี่ห้อ Omron HBP-9030 ที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทุก 1 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้กับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติหรือบุคคลในครอบครัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่

ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้ำหนักและส่วนสูง ระดับความดันโลหิต อาการผิดปกติในรอบ 1 เดือน และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบบสอบถามประกอบด้วยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดปริมาณความถี่ในการปฏิบัติ การตอบคำถามคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ให้มีคะแนนเรียงลำดับเป็น 5, 4, 3, 2, 1 โดยให้ผู้ตอบตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ 6-7 วัน/สัปดาห์	ให้ 5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่ หรือ 4-5 วัน/สัปดาห์	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือ 2-3 วัน/สัปดาห์	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง หรือ 1 วัน/สัปดาห์	ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย ใน 1 สัปดาห์	ให้ 1 คะแนน

ข้อความด้านลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ 6-7 วัน/สัปดาห์	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่ หรือ 4-5 วัน/สัปดาห์	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือ 2-3 วัน/สัปดาห์	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง หรือ 1 วัน/สัปดาห์	ให้ 4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย ใน 1 สัปดาห์	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน

พิจารณาจากการแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลความหมาย โดยการแบ่งช่วงคะแนน เป็น 5 ช่วง เท่า ๆ กัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของ คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงระดับปานกลาง และระดับต่ำน้อย

หลักเกณฑ์ของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับสูง

2.34 - 3.67 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

1.00 - 2.33 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการพยาบาลทางไกล ที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประสาท 1 ท่าน
- 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน
- 3) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน
- 4) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 1 ท่าน
- 5) พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน

3.5.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

3.5.1.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือสำหรับผู้ป่วย และคู่มือสำหรับพยาบาล นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.5.1.2 การตรวจหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือสำหรับผู้ป่วย และคู่มือสำหรับพยาบาล ซึ่งผ่านการพิจารณา

จากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบ เพื่อตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องน้อย

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องน้อย

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องมาก

จากนั้นจึงนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่ามากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2019) โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือสำหรับผู้ป่วยและคู่มือสำหรับพยาบาล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93, .94 และ .96 ตามลำดับ

3.5.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ค่ามากกว่า 0.80 ขึ้นไป งานวิจัยฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .83 เมื่อพิจารณารายด้านดังนี้ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้สารเสพติดและด้านการรับประทานยา ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .89, .73, .72 และ .74 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือใหม่คือ $\geq .70$ (Polit & Beck, 2019)

3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการนำเสนอเค้าโครงงานวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคามเพื่อพิจารณาจากนั้นคำนี้ถึง

1.ความเป็นเอกสิทธิ์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทีละคน จากนั้นแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและเซ็นลงนามในแบบฟอร์มคำยินยอม ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็น

รหัสแทนชื่อ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม เป็นค่าสถิติเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เก็บข้อมูลของผู้ป่วยในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัส และเก็บไปไฟล์อิเล็กทรอนิกส์โดยบีบอัดและใส่รหัส

2. การลดความเสี่ยง และเพิ่มประโยชน์ ผู้วิจัยตรวจสอบลำดับการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการตามปกติ การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ขณะเก็บข้อมูลหาความรู้สึกอดีตหรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากรู้สึกไม่สุขสบาย หรือเกิดภาวะผิดปกติ จะได้รับการดูแลให้การรักษาพยาบาลโดยให้พักก่อน วัดสัญญาณชีพ ถ้าพบอาการผิดปกติจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทันที และอธิบายถึงประโยชน์ของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีอันตรายใด ๆ กับผู้ป่วย

3. หลักความยุติธรรม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือก และคัดออกชัดเจน มีการสุ่มผู้ป่วยเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาปีปทุม ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับทราบว่ามีกรทำวิจัยและในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พยาบาลประจำคลินิกได้แนะนำให้ผู้วิจัยรู้จักกับผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยตามวิธีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยสังเขป แจ้งสิทธิ์ของผู้ป่วยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเอง ไม่มีการบังคับใด ๆ และอธิบายให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะ

ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อถ้าต้องการซึ่งจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ หากผู้ป่วยให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.5 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกตามลำดับ ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย โดยการสอบถามผู้ป่วยและจากระบบคอมพิวเตอร์ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.6 เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และให้ตอบแบบสอบถามในข้อที่ยังไม่ครบถ้วน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม

2. ระยะเวลาดำเนินการวิจัยในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

2.1 **กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล ดังนี้

2.1.1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง พูดคุยซักถามอาการทั่วไป (10 นาที) ประเมินสภาวะร่างกายโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ (15 นาที) ซี่งแรง วัดอุณหภูมิ วิธีการ ระยะเวลา และขั้นตอนดำเนินการวิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเข้าใจ เมื่อชี้แจงรายละเอียดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (20 นาที) ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลตามปกติที่หน่วยงานจัดให้ ได้แก่ ผู้ป่วยมาตามนัด ยื่นบัตรที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงเตรียมใบนำทาง ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ เข้าตรวจห้องตรวจ พบแพทย์ให้ข้อมูลเรื่องโรค พบเภสัชกรให้ข้อมูลเรื่องการใช้ยา พบพยาบาลให้ความรู้แนะนำการปฏิบัติตัว และให้ใบนัดมารับยาต่อเนื่อง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและนัดหมาย วันเวลากับกลุ่มควบคุมครั้งต่อไป สัปดาห์ที่ 8 (วันพฤหัสบดี)

2.1.2 สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 7 ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะดูแลตัวเองที่บ้าน กินยาต่อเนื่อง เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลก่อนนัด

2.1.3 สัปดาห์ที่ 8 (วันพฤหัสบดี) เมื่อถึงวันนัดผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มควบคุม แจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณ

2.1.4 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ให้กับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

และรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้

2.1.5 หลังจากเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มเสร็จแล้ว เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการมอบคู่มือคู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ให้ผู้ป่วยคนละ 1 เล่มและให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 **กลุ่มทดลอง** (ขั้นตอนการบริการ ตามการพยาบาลปกติ) กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล ผ่านช่องทางในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมด้วยระบบหมอฟร้อม Station แอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์มือถือ ดังนี้

2.2.1 ระบบหมอฟร้อม Station (version: 1.2.5) เป็นระบบสำหรับการพยาบาลทางไกลของโรงพยาบาล ซึ่งสมัครร่วมบริการกับระบบหมอฟร้อม Station มีแบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วมระบบหมอฟร้อม Station สำหรับโรงพยาบาลที่ให้ความยินยอมตกลงรักษาข้อมูลที่เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล ลงนามโดยผู้ไต่ถามคำขอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล อย่างถูกต้อง ก่อนเข้าใช้งานต้องใช้รหัสยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกลใช้รหัสผ่านที่ได้ลงทะเบียนระบบหมอฟร้อม Station และผู้รับการพยาบาลทางไกลต้องยืนยันตัวตนด้วยบัตรประจำตัวประชาชน ซึ่งโรงพยาบาลวาปีปทุมมีเจ้าหน้าที่ 7 คนที่ผ่านการรับรองการเข้าใช้งานโดยผู้อำนวยการ และผ่านการตอบรับให้ใช้งานได้จากระบบหมอฟร้อม Station มีรหัสผ่านเฉพาะคน การใช้งานใช้ส่งข้อความเตือนจากระบบ เมื่อผู้วิจัยส่งสัญญาณการเยี่ยม ผู้ป่วยสามารถกดรับสัญญาณ เปิดลำโพง และกล้อง เพื่อสามารถรับการเยี่ยมเพื่อให้การพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ประเมินอาการผู้ป่วยจากการซักถาม และจากการสังเกตอาการผ่านระบบภาพ และเสียงของระบบการพยาบาลทางไกลได้ตามเวลาจริง

2.2.2 แอปพลิเคชันไลน์ เป็นแอปพลิเคชันส่วนตัวของผู้วิจัยกับผู้ป่วย ใช้สำหรับส่งรูปภาพ วิดีโอ ข้อความแจ้งเตือน ข้อความให้ความรู้ต่าง ๆ หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลพบปัญหา ก่อนถึงวันนัดหมายการเยี่ยม สามารถปรึกษาผ่านทางระบบไลน์ได้

2.2.3 โทรศัพท์มือถือ เป็นการโทรศัพท์มือถือติดตามอาการ หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลพบปัญหา ก่อนถึงวันนัดหมายการเยี่ยม สามารถปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์มือถือได้หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลพบปัญหา ก่อนถึงวันนัดหมายการเยี่ยม

รายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล มีดังนี้

กิจกรรม/สัปดาห์	โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล
<p>ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 วันพฤหัสบดี ความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง</p>	<p>ขณะรอตรวจที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (ผู้ป่วยรับขั้นตอนการบริการ ตามการพยาบาลปกติ) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สร้างสัมพันธภาพโดยกล่าวทักทายและแนะนำตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง พูดคุยซักถามอาการทั่วไป แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการ และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองลงลายมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ถ้าเป็นผู้สูงอายุผู้วิจัยใช้แอปประเมินภาวะสมองเสื่อมของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 14 ข้อ คัดเข้าด้วยคะแนน 14-19 คะแนน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ประเมินสัญญาณชีพ (ใช้เวลา 15 นาที)</p> <p>ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดกลุ่มตัวอย่างว่าได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลผ่านระบบหมอพร้อม Station แอปพลิเคชันไลน์ และโทรศัพท์มือถือ ผู้วิจัยตรวจสอบและติดตั้งโปรแกรมให้ผู้ป่วย โดยใส่หมายเลขบัตรประชาชนผู้ป่วย และวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วยผ่านหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ลงทะเบียนไว้กับทางโรงพยาบาล พร้อมทั้งทดสอบระบบ ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเรื่องการใช้งานระบบหมอพร้อม Station แจ้งขั้นตอน รายละเอียดและการเตรียมตัวเพื่อรับการติดตามโดยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล</p> <p>(Pre test) จากนั้นให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ใช้เวลา 30 นาที) แจกคู่มือผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประเมินความเครียด และทำแบบคำถามท้ายบท (ผู้ป่วยต้องทำแบบคำถามได้ร้อยละ 80 ถ้าไม่ได้สอนความรู้และให้ทำแบบคำถามใหม่จนกว่าจะผ่าน) ก่อนนัดครั้งต่อไป (ใช้เวลา 45 – 60 นาที)</p> <p>หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา นัดหมายครั้งต่อไป สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 วันศุกร์ โดยนัดผ่านระบบหมอพร้อม Station เพื่อให้ส่งข้อความเตือนไปหาผู้ป่วยวันศุกร์ตามเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก</p>

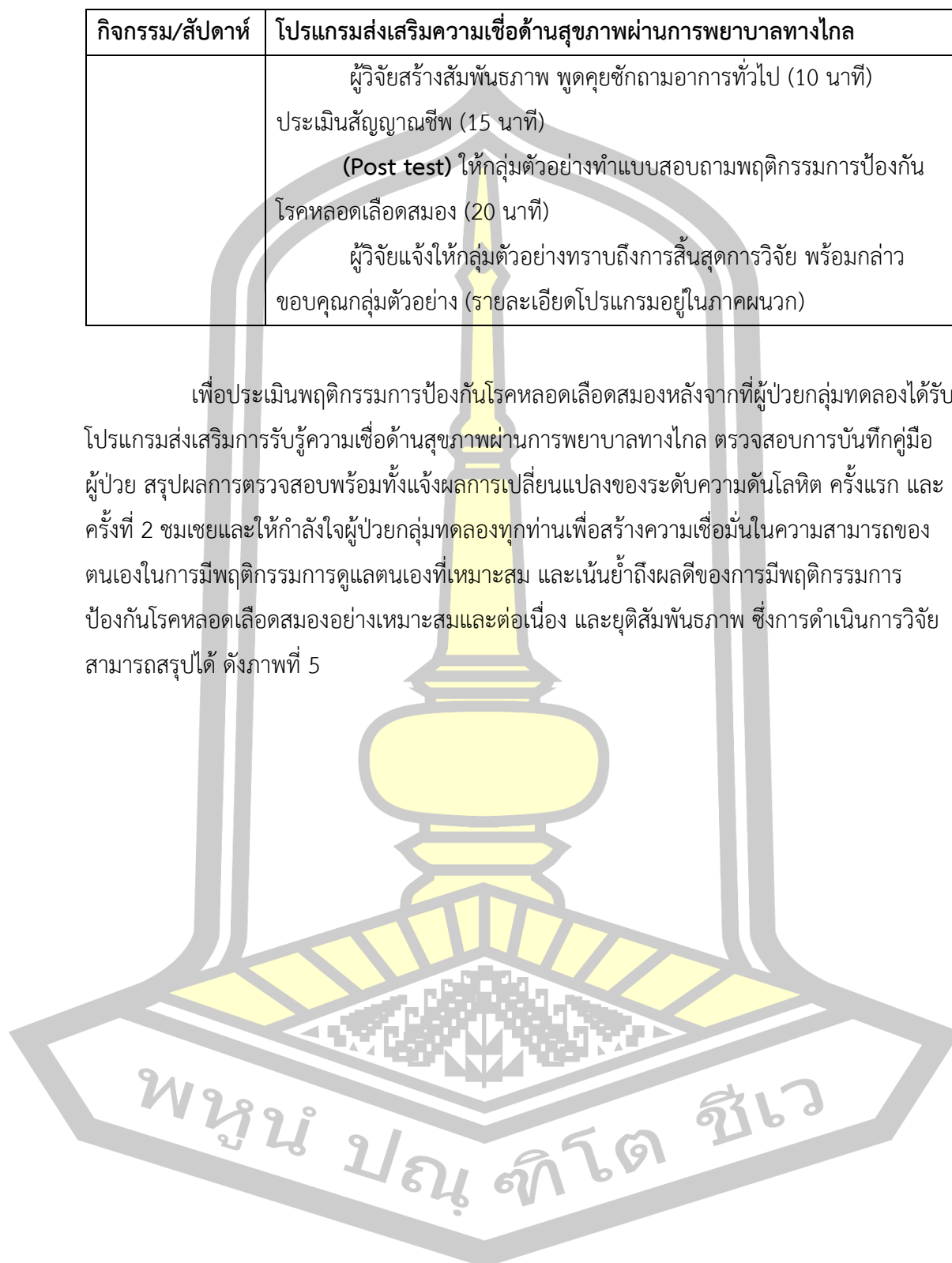
กิจกรรม/สัปดาห์	โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล
<p>ครั้งที่ 2 (ออนไลน์) สัปดาห์ที่ 1 วันศุกร์ -ความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดสมอง</p>	<p>ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยผ่านระบบหมอพร้อม Station ตามนัดหมาย โดยส่ง สัญญาการเยี่ยม ให้ผู้ป่วยกรรับสัญญาณ เปิดลำโพง และกล้อง รับการเยี่ยม เพื่อให้การพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ประเมินอาการผู้ป่วยจากการ ซักถาม และจากการสังเกตอาการผ่านระบบภาพ และเสียงของระบบการ พยาบาลทางไกลได้แบบตามเวลาจริงซักถาม ทบทวนความรู้เรื่องความดัน โลหิตสูงจากการพูดคุยครั้งก่อน ระดับความรุนแรงของความดันโลหิต รายบุคคล ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เน้นโรค หลอดเลือดสมอง สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความหมาย อาการ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมองทั้งที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปรับเปลี่ยนได้ เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยซักถาม และทำแบบคำถามท้ายบท (ผู้ป่วยต้องทำแบบคำถามได้ร้อยละ 80 ถ้าไม่ได้สอนความรู้และให้ทำแบบคำถามใหม่จนกว่าจะผ่าน) ผู้วิจัยส่งรูปภาพ วิดีโอเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ข้อความเรื่องโรคหลอดเลือด สมองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (ใช้เวลา 45 นาที) หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา นัดหมายครั้งต่อไป สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3</p>
<p>ครั้งที่ 3 (ออนไลน์) -ส่งเสริมการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคหลอดเลือด สมอง</p>	<p>ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยผ่านระบบหมอพร้อม Station ตามนัดหมาย โดยส่ง สัญญาการเยี่ยม ให้ผู้ป่วยกรรับสัญญาณ เปิดลำโพง และกล้อง รับการเยี่ยม เพื่อให้การพยาบาลทางไกล - ทบทวนความรู้จากการพูดคุยครั้งก่อน เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการและ อาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ป่วยสำรวจพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำกับพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์ปัญหารายบุคคล ประเมินความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในส่วนที่เป็นปัญหา ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถ ปรับเปลี่ยนได้ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงระดับใด กำหนดเป้าหมาย ร่วมกับผู้ป่วย พูดคุยเรื่องผลการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง จากแบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือด</p>

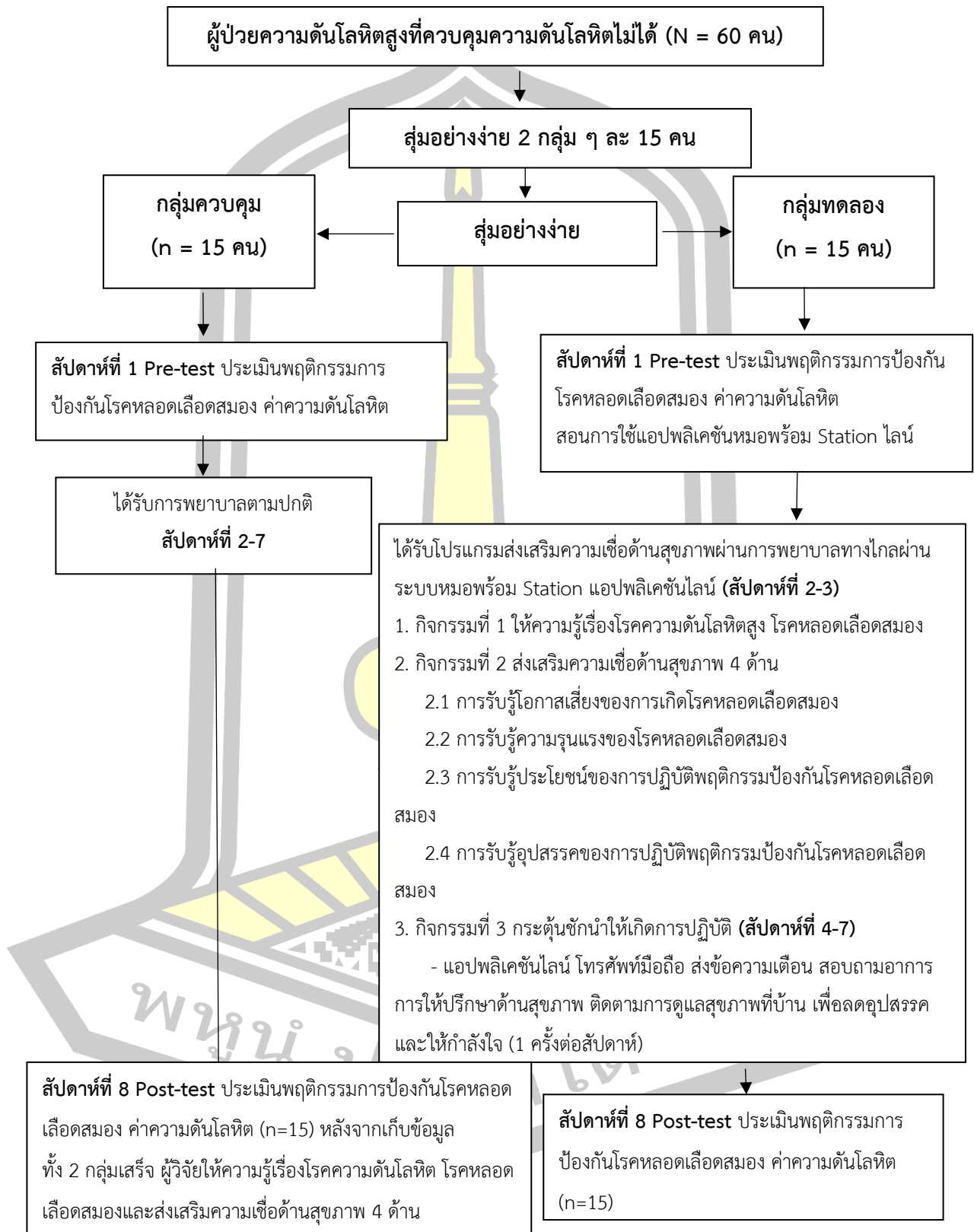
กิจกรรม/สัปดาห์	โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล
	เลือดสมอง (อัมพฤกษ์อัมพาต) ด้วยตนเอง โดยใช้แอปพลิเคชัน ชื่อว่า Thai CV Risk calculator ให้ผู้ป่วยระบุความเสี่ยงของตนเองในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และบอกความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
-ส่งเสริมการรับรู้ ความรุนแรงของ โรคหลอดเลือด สมอง	<p>ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ว่าส่งผล กระทบในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการ ของอัมพฤกษ์อัมพาตเดินไม่ได้ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้หากต้องนอนติดต่อกันเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดแผลกด ทับ ข้อติดแข็งและปอดอักเสบ 3) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดผลกระทบโดยรวมต่อครอบครัวและผู้ดูแลทั้งด้านเศรษฐกิจ ร่างกายและ จิตใจ พร้อมยกตัวอย่างผู้ป่วยที่พิการหรือเสียชีวิต เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ใช้เวลา 30 นาที)</p> <p>ผู้วิจัยและผู้ป่วยส่งรูปภาพ วิดีโอ แบบทดสอบท้ายบทเรียนผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ (ผู้ป่วยต้องทำแบบคำถามได้ร้อยละ 80 ถ้าไม่ได้สอนความรู้และให้ทำ แบบคำถามใหม่จนกว่าจะผ่าน)</p> <p>หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กล่าวขอบคุณและนัดหมายครั้ง ต่อไปอีกสัปดาห์ที่ 3</p>
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้ ประโยชน์ และ ส่งเสริมการรับรู้ อุปสรรคของ พฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือด	<p>ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยผ่านระบบหมอพร้อม Station ตามนัดหมาย โดยส่ง สัญญาณการเยี่ยม ให้ผู้ป่วยกดรับสัญญาณ เปิดลำโพง และกล้อง รับการเยี่ยม เพื่อให้การพยาบาลทางไกล</p> <p>ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ โดยผ่านกิจกรรม ชมวิดีโอทัศน์ “แนะนำการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” และการให้ข้อมูล การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์และพยาบาลและการใช้ยาที่ถูกต้องมีส่วนทำให้การรักษาได้ผลมาก ขึ้น 2) การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อย่าง น้อยครั้งละ 30 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) การลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไขมันสูงและอาหาร หมักต้องช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4)การควบคุมอารมณ์ไม่ให้</p>

กิจกรรม/สัปดาห์	โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล
	<p>หญิงหัดโมโหง่าย ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5) การงดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>การรับรู้อุปสรรค ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา โดยผ่านกิจกรรมการประเมินอุปสรรคที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการอุปสรรคโดยการให้ความรู้ ประกอบด้วย 1) เพื่อนบ้านชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ 2) ไม่มีคนพาไปพบแพทย์ตามนัด 3) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยากเนื่องจากมีภาระงานอื่นๆ มากในแต่ละวัน 4) การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเป็นความเคยชินจนเป็นนิสัยปรับเปลี่ยนได้ยาก 5) การจัดการกับความเครียดเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากมีปัญหาให้คิดหรือต้องแก้ไข ทำแบบสอบถามท้ายบท (ผู้ป่วยต้องทำแบบคำถามได้ร้อยละ 80 ถ้าไม่ได้สอนความรู้และให้ทำแบบคำถามใหม่จนกว่าจะผ่าน)</p> <p>กำหนดวันนัดครั้งต่อไป ติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา (30 นาที)</p>
<p>ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4-7</p>	<p>การติดตามเยี่ยมหลังการทดลองผ่านแอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์มือถือ</p> <p>การติดตามทางโทรศัพท์มือถือ 1 ครั้ง/สัปดาห์ (ใช้เวลา 5-10 นาที) พร้อมติดตามค่าความดันโลหิต (วัดที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน) ทบทวนความรู้ตามคู่มือเน้นย้ำประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นเตือนการปรับพฤติกรรม ประเมินจัดการอุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หาแนวทางแก้ไขเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจ</p> <p>หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา</p> <p>สัปดาห์ที่ 8 นัดครั้งต่อไปที่โรงพยาบาล</p>
<p>สัปดาห์ที่ 8</p>	<p>ขั้นตอนการติดตามประเมินและสรุปผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล</p>

กิจกรรม/สัปดาห์	โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล
	<p>ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป (10 นาที)</p> <p>ประเมินสัญญาณชีพ (15 นาที)</p> <p>(Post test) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (20 นาที)</p> <p>ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง (รายละเอียดโปรแกรมอยู่ในภาคผนวก)</p>

เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังจากที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล ตรวจสอบการบันทึกคู่มือผู้ป่วย สรุปผลการตรวจสอบพร้อมทั้งแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต ครั้งแรก และครั้งที่ 2 ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกท่านเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และเน้นย้ำถึงผลดีของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และยุติสัมพันธภาพ ซึ่งการดำเนินการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังภาพที่ 5





ภาพที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.8.1 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Present) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Stand Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3.8.2 ทดสอบการแจกแจงข้อมูลอายุ รายได้ รอบเอว คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยสถิติ Shapiro wilk test พบว่าข้อมูลทุกตัวมีการแจกแจงปกติ

3.8.3 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic)

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย
- 4.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 4.3 ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 4.4 อภิปรายผล

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน ผลวิจัยสรุปได้ดังนี้

กลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.20 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 40.00 และรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 8,733.33 บาท

สำหรับกลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 57.87 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.66 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.70 และรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 14,359.99 บาท

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องลักษณะทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันในทุกด้าน ($p > .05$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		ค่าสถิติ	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					2.40 ^a	.12
ชาย	10	66.67	10	66.67		
หญิง	5	33.33	5	33.33		
อายุ (ปี)					.43 ^t	.68
37 - 59	9	60.00	9	60.00		
60 - 75	6	40.00	6	40.00		
$\bar{X} \pm SD$	58.20 \pm 10.71		57.93 \pm 10.41		.95 ^t	.12
Median	66		56.80			
Min-Max	37 - 75		36 - 71			
สถานภาพการสมรส					.81 ^a	.43
โสด	2	13.33	1	6.67		
คู่	12	80.00	13	86.66		
หม้าย/หย่า/แยก	1	6.67	1	6.67		
ระดับการศึกษา					.76 ^a	.46
ประถมศึกษา	1	6.67	3	20.00		
มัธยมศึกษา/ปวส.	9	60.00	7	46.67		
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	33.33	5	33.33		
อาชีพ					.72 ^b	.49
เกษตรกร	2	13.33	2	13.33		
รับจ้าง	3	20.00	7	46.70		
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	4	26.67	5	33.30		
รับราชการ/ ข้าราชการบำนาญ	6	40.00	1	6.77		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					1.42 ^a	.18
< 5,000	7	23.30	5	16.70		
5,001 – 10,000	4	13.30	4	13.30		
10,001 – 15,000	1	3.30	1	3.30		
15,001 ขึ้นไป	3	10.00	5	16.70		
$\bar{X} \pm SD$	8,733.33 ±		15,066.67 ± 14,359.99		1.49 ^t	.14
Min-Max	5,933.76 (4,000 - 20,000)		(3,000 - 50,000)			
Median	4,000		5,000			

หมายเหตุ: a = Chi- Square test, b = Fisher's Exact test , t = t-test for independent sample

4.1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีญาติสายตรงมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 86.70 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.33 ปี ประวัติสูบบุหรี่หรือใกล้ชิดกับคนที่สูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 40.00 ประวัติดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ยังดื่มอยู่ ร้อยละ 53.40 รอบเอว 93.33 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.34 กก/ม² ระดับความดันโลหิต ส่วนใหญ่อยู่ระดับ 1 โดยมี SBP เฉลี่ย 146.60 มิลลิเมตรปรอท DBP 92.47 มิลลิเมตรปรอท และคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง ถึงเสี่ยงมาก ร้อยละ 53.40

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีญาติสายตรงมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 80.00 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.07 ปี ประวัติสูบบุหรี่หรือใกล้ชิดกับคนที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 53.33 ประวัติดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ยังดื่มอยู่ ร้อยละ 46.70 รอบเอว 86.40 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.59 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ระดับความดันโลหิต ส่วนใหญ่อยู่ระดับ 1 โดยมี SBP เฉลี่ย 148.93 มิลลิเมตรปรอท DBP 93.20 มิลลิเมตรปรอท และคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อย ร้อยละ 46.70 ผู้วิจัยได้ทดสอบความเท่าเทียม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ญาติสายตรง)					.67 ^a	1.00
ไม่มี	2	13.30	3	20.00		
มี	13	86.70	12	80.00		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง					.16 ^a	.09
$\bar{X} \pm SD$	7.33 \pm 1.37		7.07 \pm 1.40			
Min-Max	(1 - 20)		(2 - 25)			
ประวัติการสูบบุหรี่					1.50 ^a	.47
ไม่เคยสูบ	7	46.70	5	33.30		
เคยสูบ	6	40.00	8	53.30		
ยังสูบบุหรี่	2	13.30	2	13.30		
ประวัติดื่มสุรา					.94 ^a	.63
ไม่ดื่ม	5	33.30	4	26.70		
เคยดื่ม	2	13.30	4	26.70		
ยังดื่มอยู่	8	53.40	7	46.60		
รอบเอว					117.50 ^t	.29
ปกติ	4	26.70	8	53.30		
เกินเกณฑ์ (ชาย > 90 และหญิง > 80 เซนติเมตร)	11	73.30	7	46.70		
$\bar{X} \pm SD$	93.33 \pm 11.35		86.40 \pm 9.25		1.69 ^t	.11
Min-Max	(78 - 109)		(72 - 107)			
Median	90.93		88.80			

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ดัชนีมวลกาย (BMI)					0.19 ^b	1.00
ต่ำกว่าเกณฑ์	1	6.70	1	6.70		
เกณฑ์ปกติ	4	26.70	3	20.00		
โรคอ้วน	10	66.70	11	73.40		
$\bar{X} \pm SD$	25.34 \pm 4.84		25.59 \pm 4.66		1.49 ^t	.88
Min-Max	(49-103)		(47-89)			
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต						
ซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	146.60 \pm 6.29		148.93 \pm 9.31		-69 ^t	.50
Min-Max	(140 - 163)		(140 - 164)			
ไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	92.47 \pm 3.66		93.20 \pm 4.53		-47 ^t	.65
Min-Max	(90 - 100)		(90 - 104)			
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง					7.29 ^a	.12
1. ไม่เสี่ยง	2	13.30	2	13.30		
2. เสี่ยงน้อย	5	33.30	7	46.70		
3. เสี่ยงปานกลาง ถึงเสี่ยงมาก	8	53.40	6	40.00		

หมายเหตุ: a = Chi- Square test, b = Fisher's Exact test, t = t-test for independent sample

4.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.60 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.46 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.01 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 1.80 ด้านการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองเท่ากับ 1.52 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 1.37 ด้านการจัดการความเครียด ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.42 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.13 ด้านการใช้

สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.88 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.76 และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.71 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 3.68

ส่วนในกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองมีคาเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.67 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.51 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.19 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.17 ด้านการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองเท่ากับ 1.45 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 1.90 ด้านการจัดการความเครียด ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.73 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.52 ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.19 หลังการทดลองคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 4.03 และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.65 หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.53 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
กลุ่มควบคุม (n=15)				
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	2.60	.54	2.46	.522
- ด้านการรับประทานอาหาร	2.01	.44	1.80	.19
- ด้านการออกกำลังกาย	1.52	1.19	1.37	1.01
- ด้านการจัดการความเครียด	2.42	.69	2.13	.69
- ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	2.88	1.05	2.76	.80
- ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต	3.71	.65	3.68	.56
กลุ่มทดลอง (n=15)				
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	2.67	.26	3.51	.54
- ด้านการรับประทานอาหาร	2.19	.62	3.17	.86
- ด้านการออกกำลังกาย	1.45	.83	1.90	1.25
- ด้านการจัดการความเครียด	2.73	.78	3.52	1.08
- ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	3.19	.48	4.03	.92
- ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต	3.65	.61	4.53	.47

4.3 ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

4.3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.01$)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองในกลุ่มทดลองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้สารเสพติด หรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและด้านการรับประทานอาหารหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนรายด้านอื่น ๆ ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ค่าสถิติ	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กลุ่มควบคุม (n=15)						
พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	2.60	.54	2.46	.522	-2.77	.03*
- ด้านการรับประทานอาหาร	2.01	.44	1.80	.19	-1.91	.03*
- ด้านการออกกำลังกาย	1.52	1.19	1.37	1.01	-.21	.11
- ด้านการจัดการความเครียด	2.42	.69	2.13	.69	-1.82	.08
- ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	2.88	1.05	2.76	.80	-1.00	.08
- ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต	3.71	.65	3.68	.56	-1.42	.06
กลุ่มทดลอง (n=15)						
พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	2.67	.26	3.51	.54	5.01	.01*
- ด้านการรับประทานอาหาร	2.19	.62	3.17	.86	7.84	.01*
- ด้านการออกกำลังกาย	1.45	.83	1.90	1.25	3.49	.01*
- ด้านการจัดการความเครียด	2.73	.78	3.52	1.08	3.86	.01*
- ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	3.19	.48	4.03	.92	2.61	.01*
- ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต	3.65	.61	4.53	.47	3.64	.01*

* $p < .05$

4.3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยรวม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรค

หลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองสูงโดยรวมกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.94$)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		ค่าสถิติ	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนการทดลอง						
พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	2.60	.54	2.67	.26	1.91	.07
- ด้านการรับประทานอาหาร	2.01	.44	2.19	.62	.76	.12
- ด้านการออกกำลังกาย	1.52	1.19	1.45	.83	.17	.24
- ด้านการจัดการความเครียด	2.42	.69	2.73	.78	1.07	.08
- ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	2.88	1.05	3.19	.48	1.03	.08
- ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต	3.71	.65	3.65	.61	.23	.20
หลังการทดลอง						
พฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	2.46	.522	3.51	.54	7.94	.01*
- ด้านการรับประทานอาหาร	1.80	.19	3.17	.86	5.39	.01*
- ด้านการออกกำลังกาย	1.37	1.01	1.90	1.25	1.14	.08
- ด้านการจัดการความเครียด	2.13	.69	3.52	1.08	5.55	.01*
- ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	2.76	.80	4.03	.92	4.58	.01*
- ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต	3.68	.56	4.53	.47	5.61	.01*

* $p < .05$

4.4 อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามการทดสอบทางสถิติและสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สนับสนุนกับสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 2 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สนับสนุนกับสมมติฐานที่ 2

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรายด้านเฉพาะในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิตหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการออกกำลังกายถึงแม้ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผลการวิจัยในกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทุกด้านมีแนวโน้มลดลงและพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและด้านการรับประทานอาหารน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น หลังจากได้รับโปรแกรมสอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ (Perceived) เกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อของบุคคล ส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตน การรับรู้ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายได้ด้วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits) และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) พบว่ากระบวนการเหล่านี้ทำให้บุคคลมีการรับรู้ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค สำหรับแนวคิดการพยาบาลทางไกลเป็นวิธีการที่ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านระบบหมอพร้อม Station แอปพลิเคชันไลน์ และโทรศัพท์มือถือ โดยการส่งข้อความเตือน การสอน สอบถามอาการ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพพูดคุยซักถาม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาการของโรคความดันโลหิตสูง ผลเสียต่ออวัยวะสำคัญในร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนคือโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน: BEFAST ให้ผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยง ติดตามโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผู้ป่วยพูดแสดงความคิดเห็น ดังนี้ “คิดว่าเกิดจากสายเลือด กรรมพันธุ์ค่ะ” จำนวน 5 ราย “โรคความดันโลหิตสูงทำให้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนทั่วไป” จำนวน 10 ราย “เพศชายเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง” จำนวน 8 ราย “ถ้าคุณความดันไม่ดี มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น” จำนวน 15 ราย “การกินเค็ม ทำให้ความดันสูง มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง” จำนวน 5 ราย “ไม่แน่ใจว่าเสี่ยงมากแค่ไหน” 1 ราย “คิดว่าอายุ เพศ ประวัติครอบครัว ความดันสูง ไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย ดื่มแอลกอฮอล์ เครียด กินกาแฟทำให้ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” จำนวน 4 ราย “ค่าความเสี่ยงอีก 10 ปี เสี่ยง 15.62% เป็นเสี่ยงมากน่ากลัว ทำไงดี” จำนวน 1 ราย “ทำแบบประเมินแล้วเสี่ยงสูง 30% เสี่ยงมาก ทำไงต่อดี” จำนวน 1 ราย “ผมเสี่ยงเป็น 6.1 เท่าของคนอายุเท่ากันเลยเหรอ เอาไงต่อ” “มีอาการมาเป็นปี ฟังมาเจอปีที่แล้ว” “ปวดหัว ปวดคอ ปวดไหล่ ปวดมือมีนชา แต่ไม่ไปโรงพยาบาลทิ้งไว้เป็นปี เกือบเส้นเลือดแตก” “บางวันกลืนลำบาก แค้นข้าว เหมือนมีอะไรติดคอ” จากคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สนใจที่จะหาวิธีป้องกันการเกิดโรค ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่อ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองต่อร่างกาย ทำให้มีอาการกลืนลำบาก แขน ขาอ่อนแรงครึ่งซีก เกร็งแขน ขา พูดไม่ได้ ซัก สูญเสียความรู้สึกสัมผัส การมองเห็น การได้ยินผิดปกติไป และเสียชีวิต เป็นต้น ต่อจิตใจทำให้มีอาการซึมเศร้า ความจำเสื่อม วิดกกังวล ภาวะอารมณ์ไม่ปกติ บกพร่องในด้านความจำ ความนึกคิด เขาวนปัญญา ความจำเสื่อม เป็นต้น ต่อครอบครัวและสังคมทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับ

ครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวอาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย และรู้สึกมีภาระในการดูแล ผู้ป่วยไม่สามารถไปมาหาสู่เพื่อน ญาติ และเข้าสังคมได้ และต่อเศรษฐกิจทำให้ไม่สามารถทำงานได้ และคนในครอบครัวไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ทำให้สูญเสียรายได้ มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น การที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะทำให้หาวิธีป้องกันไม่ให้ตัวเองเกิดโรค

การใช้สื่อการเรียนรู้ที่เป็นรูปภาพ วิดีทัศน์ ยังช่วยให้กระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยสมบูรณ์มากขึ้น การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ ซึ่งมีผู้ป่วยบางรายได้พูดคุยแสดงความคิดเห็น ดังนี้ “เห็นคนข้างบ้าน ปากเบี้ยว น้ำลายไหล ติดเตียง ลูกหลานต้องลาออกมาดูแล ยากคัก” “แต่ก่อนเคยดูแลพี่สาวป่วยหลอดเลือดสมอง นอนติดเตียง ลำบากคัก ยานเป็นคือเพื่อน” “โรคนี้น่ากลัวมากค่ะ เป็นภัยเงียบ” “กลัว ไม่อยากเป็น ทำไง” “ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต” “บางคนมีแผลเน่าใหญ่ จากนอนนาน” “ต้องมีคนดูแล เสียเวลา” “บางคนเป็นแล้วตายกะมี” “เสียเงินเสียทอง ซื้อหลายแนว เปลืองคัก” จากคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ทราบว่าคุณผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ทราบผลกระทบของการเกิดโรค ต้องการหาวิธีป้องกันไม่ให้ตนเองเป็นโรค ผู้วิจัยจึงได้ส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เน้นพฤติกรรม 5 ด้าน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และด้านการใช้ยาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยบางรายได้พูดคุยแสดงความคิดเห็น ดังนี้ “จะลดปัจจัยการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มชา กาแฟ ความเครียด และการบริโภคอาหารเค็ม ไขมันสูง” “ลดปัจจัยเสี่ยงลดระดับความดันโลหิต เลี่ยงเบาหวาน ไขมันสูง และเพิ่มออกกำลังกาย” “ลดปริมาณการกินอาหารเค็มลง” “กำลังปรับพฤติกรรมกิน เพื่อลดความเสี่ยงค่ะ” “ออกกำลังกายโดยการเดิน เดินจมน้ำเหงื่อออก” “เพิ่มเวลาการเดินนานขึ้น เพิ่มการขึ้นลงบันได” และนำไปสู่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้การพยาบาลทางไกลโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด และการใช้ยา ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา โดยผ่านกิจกรรมการประเมินอุปสรรคที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการอุปสรรค จึงมีผลให้ผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งมีผู้ป่วยบางรายได้พูดคุยแสดงความคิดเห็น ดังนี้ “พฤติกรรมส่วนตัว ชี้เกียจออกกำลังกาย” จะกำจัดอุปสรรคโดยจัดสรรเวลาออกกำลังกายให้ได้ กลัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง “ถ้ามีเพื่อนชวนกินเหล้า ก็อยากกินด้วย เลยหลีกเลี่ยงไม่ไปหาเพื่อน” “งดกาแฟไม่ได้ มันปวดหัว พยายามลดอยู่” “งดเค็มไม่ได้ ไม่ได้ทำอาหารเอง” “เพื่อนชวนกินส้มตำทุกวันเลย รู้ว่าเค็มแต่เลี่ยงไม่ได้” “สัปดาห์ตามเวลา” “ยังทานอาหารไขมันสูง” “นอนไม่ตรงเวลา” “ทานของหวานบ่อยครั้ง” “ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะรักษาทันไหม ต้องทำยังไง”

จากการบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ทราบปัญหาของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับประทานอาหาร แนะนำลดปริมาณเครื่องปรุง และแบ่งอาหารก่อนปรุง ด้านการออกกำลังกาย เน้นให้จัดสรรเวลาการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที หรือจนรู้สึกเหนื่อยแต่สามารถพูดคุยได้ ด้านการจัดการกับความเครียด เน้นการจัดการความเครียด การพักผ่อนผ่อนคลาย ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เน้นการหลีกเลี่ยง การลดปริมาณ และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต เน้นการรับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามขาดยา ห้ามปรับยาเอง

จากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล เป็นการส่งเสริมการรับรู้เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และจากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น มีงานวิจัยที่สนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้เช่น งานวิจัยของชินชม สมพล และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นทุกด้าน ได้แก่ การฝึกทักษะการจัดการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย งานวิจัยของปิยรัตน์ ชลสินธ์และคณะ (2558: 64) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตต่อความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปริมาณโซเดียมที่ได้รับ และระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ Patomella, Eriksson, Guidetti and Asaba (2019) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง: ความเป็นไปได้ของโครงการที่สนับสนุนโดย mHealth สำหรับผู้ที่เป็นโรคสมองขาดเลือดชั่วคราวพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การลดความเครียดเพิ่มขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิต ควบคุมน้ำหนักได้ หยุดสูบบุหรี่ได้ และลดไขมันเพิ่มขึ้น และงานวิจัยของ Cicolini et al. (2014) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเตือนความจำทางอีเมลที่นำโดยพยาบาลในการลดความเสี่ยงในการ

ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลเป็นระบบที่เข้าถึงง่าย เป็นการสื่อสารสองทางทั้งภาพและเสียง ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจง่าย ปฏิบัติตามได้ สามารถเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าเพิ่มขึ้นทุกด้าน การให้บริการสุขภาพแบบวิถีใหม่ News Normal เป็นสิ่งที่ท้าทายของพยาบาล เพราะต้องมีความคิดใหม่กล้าเปลี่ยนแปลงแต่การดูแลที่มีคุณภาพไม่เปลี่ยนแปลง การใช้เทคโนโลยีช่วยให้การติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องสะดวกสบายมากขึ้น การดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลโดยใช้รูปแบบพยาบาลทางไกลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และท้าทายในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยได้สรุปผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย ตามลำดับดังนี้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลผ่านระบบหมอพร้อม Station แอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์มือถือ โดยการส่งข้อความเตือน การสอน สอบถามอาการ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน ใช้เวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และ 2) คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนที่ 2 เครื่องมือในสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความเที่ยงเท่ากับ .83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent t-test และ Paired t-test

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

5.1.1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.01$)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้

สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.1.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.94$)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อให้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ต่อไปในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล ด้านการบริหาร และด้านทำการวิจัย สรุปได้ดังนี้

5.3.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมที่นำไปใช้ในคลินิกความดันโลหิตสูง ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น และช่วยให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกด้านแต่ยังมีคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นพยาบาลควรหาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ด้านนี้ เพื่อให้มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เช่น เพิ่มการกระตุ้นเตือนและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด

5.3.2 ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลไปเป็นตัวอย่างนวัตกรรมใหม่ให้กับนักศึกษา และแนะนำให้นักศึกษานำแนวทางในการนำทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และการพยาบาลทางไกลไป

ใช้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

5.3.3. ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการนำเสนอส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลไปใช้ในหน่วยงาน โดยสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และสถานที่ เพื่อให้มีการใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

5.3.4 ด้านการทำวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลา 2 เดือน ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น แต่มีผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำวิจัยโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อ และปรับปรุงวิธีการติดตาม เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และขยายเวลาในการติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับพฤติกรรมทุกด้านให้สูงขึ้น



บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การประเมินภาวะสมองเสื่อม 14 ข้อคำถาม.
<https://www.healthcheckup.in.th/self-test/8>
- กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์. (2564). ความดันโลหิตสูงคืออะไร.
<https://xn--12c8b3afcz5g8i.com/knowledge/detail/26/data.html>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2563
 (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล). กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ เงินดี, อนุกุล มะโนทน, ทวีวรรณ ศรีสุขคำและเทียนทอง ต๊ะแก้ว. (2564). ประสิทธิผล
 ของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
 หลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุข
 ศึกษา, 44(2), 171-186.
- กฤษติพงษ์ ทิพย์ล้อยและณญณิน เชื้อนเพ็ชร. (2562). ประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้
 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
 อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร, 11(2), 19-24.
- กัญจณีนิชา เรืองชัยวิสุข, อภิญญา วงศ์พิริโยธยาและนริสา วงศ์พนารักษ์ (2564). ปัจจัยทำนาย
 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร
 พยาบาลสภาวิชาชีพ, 14(ฉ.1), 213-225.
- กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ. (2564). รายงานประจำปี 2564. สำนักพิมพ์
 อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานผลการทบทวนผลกระทบของ COVID-19 ต่อ
 ระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Vol. ตุลาคม).
- กาญจนาพร ยอดภีระ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอด
 เลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้.
 วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 1(2), 17-27.
- ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุลและมุกดา หนูศรี. (2560). ผลของโปรแกรมพัฒนา
 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. ผลของ
 โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัด
 กาญจนบุรี, 35(3), 129-137.

- จรรยา บุญภัทรรักษา. (2560). How to Lower Sodium Intake in Congestive Heart Failure Patients การลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารโภชนบำบัด, 25(1), 12-17.
- เจษฎา เขียนดวงจันทร์. (2558). โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Poststroke Dementia). *J Thai Stroke Soc: Volume 14 (3)*, 146-152. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/view/172361/123730>
- ชนกันันท์ แสนสุนนท์และกฤษกันทร สุวรรณพันธ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(3), 124-137.
- ชนาธิป สันติวงศ์. (2565). DASH Diet : อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1), 101-111.
- ชิดชนก มยุรภักดิ์และจอม สุวรรณโน. (2563). ความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยด้านเพศ อายุ และระดับความดันโลหิตกับภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับรักษาในสถานบริการระดับปฐมภูมิ. วารสารสภาการพยาบาล, 35(2), 132-148.
- ชูชาติ กลิ่นสาครและสุยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2(2), 66-72.
- ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุลและ พัชรพร เกิดมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31 (พิเศษ), 58-73.
- ณัฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสุขศึกษา, 4(1), 62-75.
- ณัชชา เจริญสรพรกิจ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือนกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *PCFM*, 3(3), 46-58.
- ณัฐดนัย สดคมขำ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(2), 25-36.
- ณัฐวุฒิ บุญสนธิ, ประทุม สร้อยยงค์และจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว. พยาบาลสาร, 47(2), 262-273.

- ดวงธิดา โสภภาพรและศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 32(2), 98-111.
- ชนัมพร ทองลอง. (2561). แหล่งความเครียด และพฤติกรรมการจัดการความเครียดของชาวบ้านวัยกลางคนในชุมชนชนบท จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 21(1), 89-95.
- นวพร วุฒิชธรรม. (2562). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 46(4), 173-182.
- นันทน์นิชา สิงห์เดชวิระชัยและสวรรยา ธรรมอภิพล. (2564). การศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดด้วยกิจกรรมนันทนาการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองกระทุ่ม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารสังคมศาสตร์, 10(2), 44-51.
- นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล, 34(3), 15-29.
- ปราณี ทัดศรีและยุภาพร นาคกลิ้ง. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง : เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 29(2), 157-169.
- ประทีน นาคชื่น, ประจัญ กิ่งมิ่งแส, กฤตติกา แสนโฆชน์และธนกฤต ทูริสุทธิ์. (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. วารสารมหาจุฬานาครธรรม์, 6(1), 390-410.
- ปิยพร ศรีพนมเขติ. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัย และพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(1), 121-132.
- ปิยะนุช จิตตานุ์, อารมณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, วิชัย อาหรับ, พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์ และณัฐ วอลเตอร์. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 41(2), 13-25.
- ปรารณา วัชรานุรักษ์และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1), 217-233.
- ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Telenursing). (2564, 10 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 33 ง, หน้า 49-51.

- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2557). การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วารสารแพทยนาวิ, 41(1), 33-43.
- พอใจ พลพิมพ์. (2564). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความรู้ และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเชียงใหม่. วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ, 2(3), 167-175.
- พิทยา ธรรมวงศาและวงศา เล้าหศิริวงศ์.(2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 34(3), 119-132.
- พิมพ์กานต์ หล่อพาณิชย์และวสันต์ ลิมสุริยกานต์. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกในสมอง ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ได้รับ rtPA ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *TUH Journal online Volume*, 6(1), 12-20.
- พิมพ์พร เจริญสุขและสุรีย์ จันทรมโนลี. (2564). โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเหตุผลของโรคหลอดเลือด สมองในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 27(1), 69-83.
- พิษณุพร สายคำทอน, สิริหญิง ทิพศรีราช, ขวัญใจ ใจแสน, ฐิติพงษ์ ยิ่งยงและกฤษณะ สุภาวงศ์. (2559). ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสาธารณสุข ล้านนา, 12(2), 44-53.
- พันทิพพา บุญเศษและลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในกลุ่มเสี่ยงสูงตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(2), 28-41.
- ภัทราวดี แซ่ลี, ภัทราวดี ศรีรัตนโชติ, สหรัฐ กันยะมี, สุชาสินี สุขสะอาด, อนุกรมล ผดาเวชและ ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองใน ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชน. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*, 3(2), 106-118.
- ยุทธนา ชนะพันธ์และดารีวรรณ เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(2) 109-119.
- ยุภาพร นาคกลิ่งและปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถ ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ได้. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(1), 27-35.
- รพีภัทร ชำนาญเพาะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์และทิพมาส ชินวงศ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40(1), 140-153.

รพีภัทร ชำนาญเพาะและศุภกัญญา โอภาสรัตน์นากร. (2564). ความต่างกันของเพศกับความเสี่ยง การเกิดโรคเป็นซ้ำในระยะเวลา 1 ปี: การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และชนิดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดกลุ่มผู้ใหญ่อายุน้อยเพศหญิงและชาย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32(1), 59-75.

รักนรินทร์ ตานัน, จริยาวัตร คมพยัคฆ์และอรพินท์ สีขาว. (2561). ความตระหนักรู้ในการจัดการ อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสาร มฉก. วิชาการ, 22(43-44), 13-24.

รัฐพล จิตรไทยและบัญชา สติระพจน์. (2565). ยาขับปัสสาวะ tolvaptan ในการรักษาโรคหัวใจ ล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 28(2), 5-15.

วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมักร, สิริพร ชัยทองและศิริชา โศตรบุตดา. (2564). ผลของโปรแกรมการ ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพ, 14(2), 25-35.

วรวุฒิ พัฒนโภครัตนา. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสาร วิชาการแพทย์เขต 11, 29, 145-153.

วรารณณ์ คำรศและทศพร เอกปรีชากุล. (2562). โรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต. *Cerebrovascular disease, risk factors, and quality of life:A systematic review*, 1(5), 473-487.

วินัดดา ตรุณถนอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์และปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ์. (2562). ความร่วมมือและ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในตำบลห้วยม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร, 11, 19-27.

ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. (2561). สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรค หลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย ปีที่ 11, 26-39.

ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช. (2565, 7 มีนาคม). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/center/sirirajstrokecenter/TH/StrokeContent/content/people/risk-factor.aspx>

- สถาบันประสาทวิทยา. (2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. บริษัทณาเพรส จำกัด. ราชกิจจานุเบกษา, 3, 49-50.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562.
- สิตาพร ถุงคำ, ชุติกร ดานยุทธศิลป์และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดแพร่. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 13(3), 65-79.
- สุพรรณิ เตรียมวิศิษฎ์, วิไลวรรณ จงรัชชัฏย์, วรรัช วัชรศักดิ์ศิลป์, รุจี รัตนเสถียร, สัณวาลย์ สายสุวรรณ, ศิริพร ใจวังและปติพร ใจเย็น. (2562). ระบาดวิทยา คุณลักษณะ และปัจจัยทำนายโรคหลอดเลือดสมองแตก. เชียงใหม่เวชสาร, 159-173.
- สุรัตน์ บุญยืน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาลี อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 6(3), 257-266.
- สุรียา หล้าก่าและศิริานีย์ อินทรหนองไผ่. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(2), 85-94.
- เสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธารวาส. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(1), 15-29.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2563). โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง. *North eastern Thai Journal of Neurosciences*, 14(3), 55-72.
- สมหวัง โรจนะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(2), 205-221.
- เสาวลักษณ์ มูลสารและเกษร สำเภาทอง. (2559). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 11, 87-98.
- สันติชัย ศรีปนิธาน. (2560). Acute stroke treated with intravenous thrombolytic drug in Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 25(2), 1-12.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). อัตราป่วย ตายด้วยโรคไม่ติดต่อ

[http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-](http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020)

[detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020](http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.

อติพร สำราญบัวและเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2560). พฤติกรรมสุขภาพทางเลือกที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 23(2), 121-130.

อณัญญา ลาลุนและไพฑูรย์ วุฒิส. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล, 70(2), 27-36.

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, พุทธิญา โอซารส, บุษกร โลหารชุน, อุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล, วิไล คุปต์นิติศัยกุล และสุประวีณ์ โอภาเฉลิมพันธ์. (2562). ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก. วารสารกรมการแพทย์, 44(5) 167-173.

อุษา พงษ์เลาหพันธ์, ศุภร วงศ์ทัตญญและกฤษมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. (2552). กิจกรรมการพยาบาลและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. *Rama Nurs J*, 221-232.

Abman, S. H., Hansmann, G., Archer, S. L., Ivy, D. D., Adatia, I., Chung, W. K., Hanna, B. D., Rosenzweig, E. B., Raj, J. U., Cornfield, D., Stenmark, K. R., Steinhorn, R., Thébaud, B., Fineman, J. R., Kuehne, T., Feinstein, J. A., Friedberg, M. K., Earing, M., Barst, R. J., Keller, R. L., ... American Heart Association Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and the American Thoracic Society (2015). Pediatric Pulmonary Hypertension: Guidelines From the American Heart Association and American Thoracic Society. *Circulation*, 132(21), 2037–2099. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000329>

Becker, M.H. (1974) The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs, 2, 324- 508.

- Bingham, J. M., Black, M., Anderson, E. J., Li, Y., Toselli, N., Fox, S., Martin, J. R., Axon, D. R., & Silva-Almodóvar, A. (2021). Impact of Telenursing Interventions on Medication Adherence for Patients With Type 2 Diabetes, Hypertension, and/or Dyslipidemia: A Systematic Review. *The Annals of pharmacotherapy*, 55(5), 637–649.
- Campbell, N. R. C., Burnens, M. P., Whelton, P. K., Angell, S. Y., Jaffe, M. G., Cohn, J., Brito, A. E., Irazola, V., Brettler, J. W., Roccella, E. J., Figueredo, J. I. M., Rosende, A., & Pedro Ordunez. (2022). 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: Policy implications for the region of the Americas. *HEALTH POLICY*, 9, 1-10.
- Das, H., Panigrahi, S., & Swain, D. (2022). Telenursing-an emerging concept in reducing COVID-19 hospital occupancy. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 9(1), 414.
- Erin J. Hill. (2022). What is Uncontrolled Hypertension?
<https://www.thehealthboard.com/what-is-uncontrolled-hypertension.htm>
- Heizelman R. J. (2022). Telehealth and Hypertension Management. *Primary care*, 49(4), 621–629. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.05.003>
- Heo, H., Lee, K., Jung, E., & Lee, H. (2021). Developing the First Telenursing Service for COVID-19 Patients: The Experience of South Korea. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6885-6901.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18136885>
- James C. G., Gregory W A., Joseph P B., Scott E K., Eng H. L., Ralph L S., Lawrence KS. W., & Arthur L. D. (1986) *Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*. Saunders.
- Krakoff, L. R., Gillespie, R. L., Ferdinand, K. C., Fergus, I. V., Akinboboye, O., Williams, K. A., Walsh, M. N., Bairey Merz, C. N., & Pepine, C. J. (2014). 2014 Hypertension Recommendations From the Eighth Joint National Committee Panel Members Raise Concerns for Elderly Black and Female Populations. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(4), 394-402.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.06.014>
- Kiliç, B., Biermans, M. C. J., Rutten, F. H., Deinum, J., Spiering, W., van der Wel, M. C.,

- de Grauw, W. J. C., Bots, M. L., & Hollander, M. (2023). Stepwise treatment of uncontrolled HyperTensioN (Stepwise-HTN): Study design of a cluster randomised controlled trial in primary care. *Contemporary clinical trials*, 126, 107062. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.107062>
- Kord, Z., Fereidouni, Z., Mirzaee, M. S., Alizadeh, Z., Behnammoghadam, M., Rezaei, M., Abdi, N., Delfani, F., & Zaj, P. (2021). Telenursing home care and COVID-19: a qualitative study. *BMJ supportive & palliative care*, 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003001>
- Navarro, A. M., Martinez-Gonzalez, M. A., Gea, A., Ramallal, R., Ruiz-Canela, M., & Toledo, E. (2019). Coffee consumption and risk of hypertension in the SUN Project. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 38(1), 389–397. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.12.009>
- Patomella, A. H., Farias L., Eriksson C., Guidetti S, & Asaba E. (2021). Engagement in Everyday Activities for Prevention of Stroke: Feasibility of an mhealth-Supported Program for People with TIA. *Healthcare (Basel)*, 9(8).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 463-490.
- Poreddi, V., Kathyayani, B. V., Hatti, N. M., Reddemma, K., Narayana Manjunatha, N. K. C., & Math, S. B. (2020). NIMHANS-telenursing practice guidelines-2020. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Vijayalakshmi-Poreddi/publication/3474_10173_NIMHANS_Telenursing_Practice_Guidelines_2020/links/5fdaf6c945851553a0c24189/NIM_HANS-Telenursing-Practice-Guidelines-2020.pdf
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs Winter 2(4)*, 328-335.
- Swati Sakhuja, Calvin L. Colvin, Oluwasegun P. Akinyelure, Byron C. Jaeger, Kathryn Foti, Suzanne Oparil, Shakia T. Hardy & Paul Muntner. (2021). Reasons for Uncontrolled Blood Pressure Among US Adults: Data From the US National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension*, 78, 1567– 1576. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.17590>
- Shigekawa, E., Fix, M., Corbett, G., Roby, D. H., & Coffman, J. (2018). The Current State

Of Telenursing Evidence: A Rapid Review. *Health Affairs (Project Hope)*, 37(12), 1975–1982.

shibi satheesh. (2019). *Benefits of M health App that you need to know*. Retrieved from <https://yourstory.com/mystory/benefits-of-m-health-app-that-you-need-to-know-5kzzliyni/amp>

Stergiou, G. S., Palatini, P., Parati, G., O'Brien, E., Januszewicz, A., Lurbe, E., Persu, A., Mancia, G., Kreutz, R., Council, o. b. o. t. E. S. o. H., Monitoring, t. E. S. o. H. W. G. o. B. P., & Card. (2021). 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*, 39(7), 1293-1302.

Thakkar, J., Kurup, R., Laba, T. L., Santo, K., Thiagalingam, A., Rodgers, A., Woodward, M., Redfern, J., & Chow, C. K. (2016). Mobile Telenursingnursingphone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 340–349.

Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, R. D., Williams, B., & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension (Dallas, Tex. : 1979)*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>

Wajngarten, M., & Silva, G. S. (2019). Hypertension and stroke: update on treatment. *European Cardiology Review*, 14(2), 111.

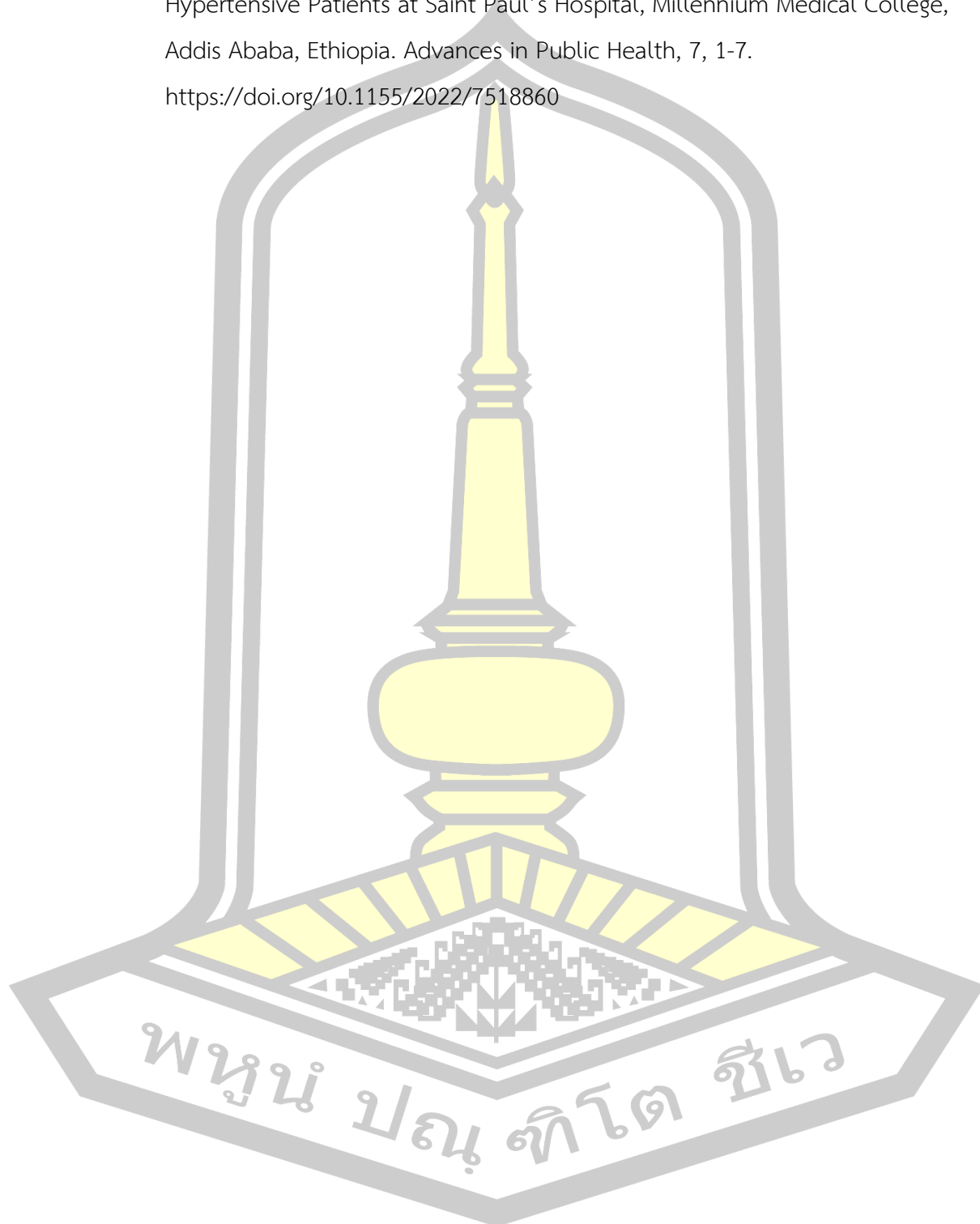
Wang, T. J., & Vasan, R. S. (2005). Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*, 112(11), 1651–1662. Retrieved From <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.104.490599>

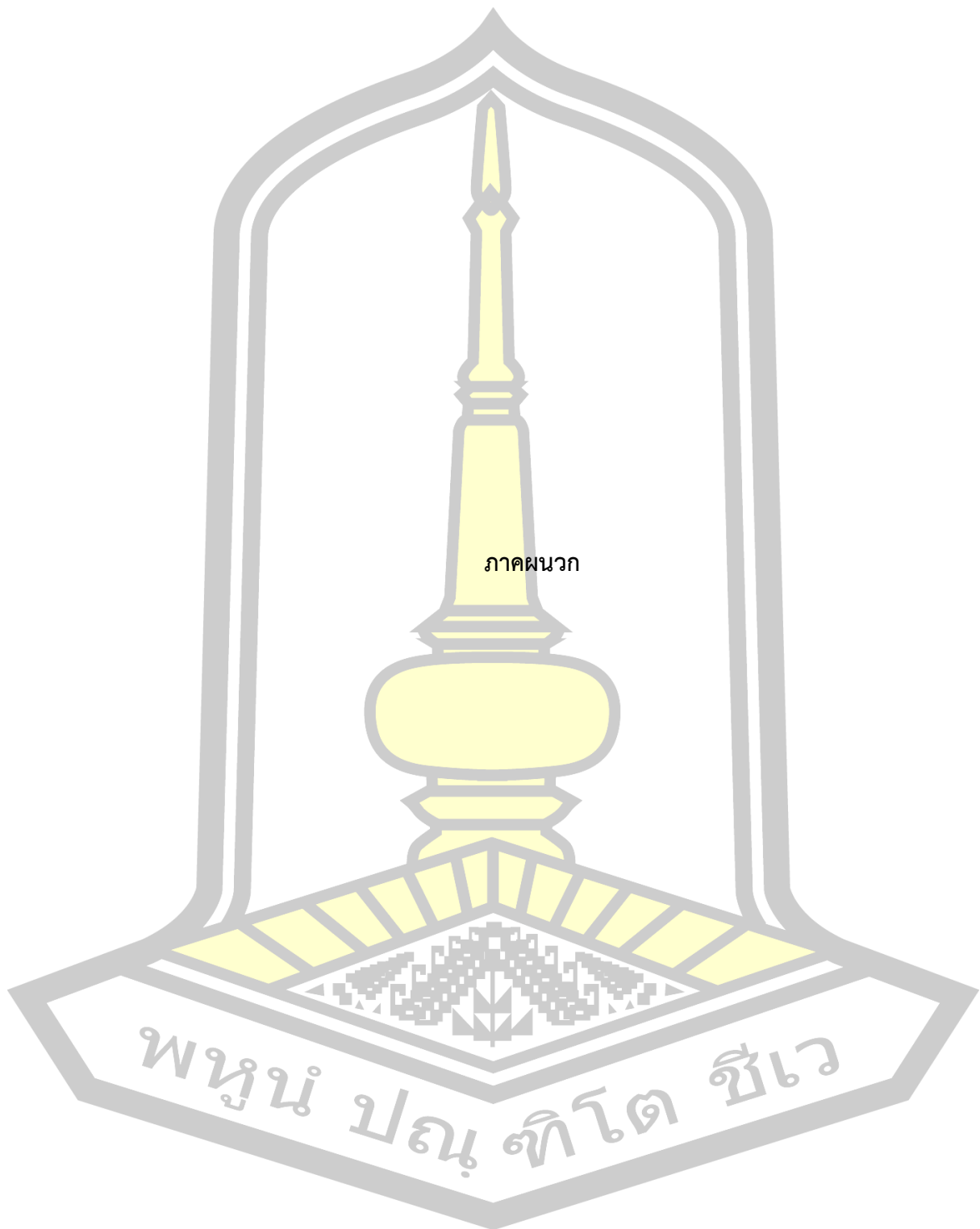
World Health Organization. (1988). The World Health Organization MONICA Project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): a major international collaboration. WHO MONICA Project Principal Investigators. *J Clin Epidemiol*, 41(2), 105-114.

World Health Organization [WHO]. (2022, 24 March 2022). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

Yemisrach Sisay, Hana Abera, Tolesa Diriba Biratu, & Tesfaye Girma Legesse. (2022)

Uncontrolled Hypertension and Behavioral Risk Factors among Adult Hypertensive Patients at Saint Paul's Hospital, Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia. *Advances in Public Health*, 7, 1-7.
<https://doi.org/10.1155/2022/7518860>





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



แบบสอบถามงานวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

คำชี้แจง

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถามถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ผลการศึกษาจะไม่มี การพลาดพิง และผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 33 ข้อ



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () ที่หน้าข้อความตามความเป็นจริงในแต่ละข้อ และกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนดให้

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพการสมรส
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่สำเร็จการศึกษา
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา (ปวช.)
() 4. อนุปริญญา/ปวส. () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกรรม () 3. รับจ้าง
() 4. ค้าขาย/ทำธุรกิจ () 5. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
() 6. อื่น ๆ ระบุ
6. รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน
() 1. ไม่มีรายได้ () 2. มีรายได้เฉลี่ยบาทต่อเดือน
7. ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว (ญาติสายตรง) () 1. มี โปรดระบุ.....
() 2. ไม่มี
8. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี
9. ทานสูบบุหรี่หรือใกล้ชิดกับคนที่สูบบุหรี่
() 1. ไม่เคยสูบ/ไม่ใกล้ชิดกับคนที่สูบบุหรี่
() 2. เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว
() 3. ยังสูบบุหรี่อยู่/ใกล้ชิดกับคนที่สูบบุหรี่
10. ทานดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือไม่
() 1. ไม่เคยดื่ม
() 2. เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ดื่มมา.....ปี
() 3. เคยดื่ม และปัจจุบันยังดื่มอยู่ ดื่มมา.....ปี ในปริมาณความถี่ ครั้ง/สัปดาห์
11. น้ำหนัก..... กิโลกรัม สว่นสูง.....เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย (BMI) = รอบเอว เซนติเมตร
ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

12. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

- ปวดศีรษะมาก () ไม่เคย () บางครั้ง () บ่อยครั้ง
- มึน/เวียนศีรษะ () ไม่เคย () บางครั้ง () บ่อยครั้ง
- ตาพร่ามัว () ไม่เคย () บางครั้ง () บ่อยครั้ง
- จุกแน่นหน้าอก () ไม่เคย () บางครั้ง () บ่อยครั้ง
- บวม () ไม่เคย () บางครั้ง () บ่อยครั้ง

13. ท่านคิดว่าท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากน้อยเพียงใด

- () 1. ไม่เสี่ยง
- () 2. เสี่ยงน้อย
- () 3. เสี่ยงปานกลาง
- () 4. เสี่ยงมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด แล้วเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมายดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ 6-7 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่ หรือ 4-5 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือ 2-3 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง หรือ 1 วัน/สัปดาห์
- ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย ใน 1 สัปดาห์

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ด้านการรับประทานอาหาร					
1.1 ท่านจำกัดอาหารรสเค็ม โดยการลดปริมาณเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา เกลือ ปลาร้า ผงชูรส ผงปรุงรส เป็นต้น					
1.2 ท่านใช้สมุนไพรในการเพิ่มรสชาติอาหารแทนความเค็ม เช่น กระเทียม หอม ผักชี น้ำมะนาว และพริก เป็นต้น					
1.3 ท่านรับประทานข้าวกล้อง ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ข้าวซ้อมมือ					

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
ข้าวไม่ขัดสี เป็นต้น					
1.4 ท่านรับประทานอาหารธัญพืช เช่น ข้าวโพด ถั่วเขียว ถั่วแดง งา เมล็ดทานตะวัน เป็นต้น					
1.5 ท่านรับประทานผัก และผลไม้สด รสไม่หวาน					
1.6 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ หมูเนื้อแดง เป็นต้น					
1.7 ท่านรับประทานของหวาน หรือน้ำหวาน					
1.8 ท่านใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง ในการปรุงอาหาร					
1.9 ท่านดื่มนมไขมันต่ำหรือโยเกิร์ตธรรมชาติ ไขมันต่ำ					
1.10 ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น ก๋วยเตี๋ยวทอด หมูทอด ปลาทอด ไช้เจียว เป็นต้น					
2. ด้านการออกกำลังกาย					
2.1 ท่านมีการอบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที และต่อด้วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 10 นาที ก่อนออกกำลังกาย					
2.2 ท่านเลือกการออกกำลังกายแบบ Aerobic (แอโรบิค) เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือว่ายน้ำ					
2.3 ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละ 30 นาที					
2.4 ขณะที่ออกกำลังกาย ท่านจะพักเมื่อมีอาการเหนื่อยมากผิดปกติ ไม่สามารถพูดคุยได้					
3. ด้านการจัดการกับความเครียด					
3.1 ท่านรู้สึกเครียดท่านจะใช้วิธีการอยู่คนเดียวไม่คุยกับใคร					
3.2 ท่านมีวิธีการจัดการความเครียดโดยการค้นหาสาเหตุ และแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เครียด					
3.3 เมื่อท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูก					

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
ต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น					
3.4 เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุย ระบายกับคนใกล้ชิด					
3.5 เมื่อมีความเครียดท่านเข้ากิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ร่วมงานในชุมชน					
3.6 ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อย วันละ 7-9 ชั่วโมง					
4. ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ					
4.1 ท่านสูบบุหรี่ หรืออยู่ในที่ ๆ มีคนสูบบุหรี่					
4.2 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
4.3 ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง วันละ 2 ขวด					
4.4 ท่านดื่มกาแฟใส่น้ำตาลและครีมเทียม					
4.5 ท่านนำกัญชามาใช้ในการปรุงอาหาร					
5. ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต					
5.1 ท่านลดหรือเพิ่มขนาดของยาด้วยตนเอง					
5.2 ท่านบด เคี้ยว หรือหักเม็ดยาเอง โดยที่แพทย์หรือ เภสัชกรไม่ได้สั่ง					
5.3 ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์ เภสัช กร และ/หรือพยาบาลอย่างเคร่งครัด					
5.4 ท่านลืมรับประทานยา					
5.5 ท่านหลีกเลี่ยงการเก็บยาบริเวณที่มีความร้อน มี แสงแดด และเปียกชื้น					
5.6 ท่านแกะเม็ดยาหลาย ๆ ชนิดออกจากแผงยา และเก็บ ใส่ซองรวมกัน					
5.7 ท่านรับประทานยาครบทุกชนิด					
5.8 ท่านหยุดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติ					



3

การนัดหมายผู้เข้ารับบริการ (นัดผู้ป่วย)

The dashboard displays three line charts for ATK Positive result (1,771), ATK Other result (4), and ATK Negative result (33,828). Below the charts, a summary box shows 35,603 total ATKAI results, with 4.67% Positive, 0.01% Other, and 95.01% Negative. A sidebar menu is visible on the left.

Callouts and actions:

- 1. คลิก "ระบบนัดหมาย" (Click "Appointment System")
- 2. คลิก "ข้อมูลการนัดหมาย" (Click "Appointment Information")
- 3. คลิก "เพิ่ม" (Click "Add")
- 4. กดเลือกชื่อประชาชนและเตียง (Select citizen name and bed)
- 5. กรอกข้อมูลนัดหมายโดยละเอียด (Enter appointment details)
- 6. คลิก "บันทึก" (Click "Save")
- 7. สามารถพิมพ์ใบนัดได้ (Can print appointment slip)

4

ระบบหน้าห้องตรวจ (ห้องตรวจแพทย์)

The dashboard shows three line charts for ATK Positive result (1,782), ATK Other result (4), and ATK Negative result (34,231). A summary box below shows 36,016 total ATKAI results, with 4.95% Positive, 0.01% Other, and 95.04% Negative. A sidebar menu is on the left.

Callouts and actions:

- 1. คลิก "ข้อมูลรับการรักษา" (Click "Treatment Information")
- 2. ระบบนำร่องตรวจ (Treatment navigation system)
- 3. ข้อมูลรับการรักษา (Treatment information)
- 4. Export ส่งตรวจ Telemed (Export to Telemed)

2. หากมีหมายเลขถูกต้อง ข้อมูลจะแสดงจำนวนผู้โทรมาถูกต่อลง ให้คลิก "บันทึกประวัติ..."

4. คลิก "ส่งการ"

7. คลิก "Telemed" เพื่อวิดีโอคอล

8. แพร่การยกข้อมูลผู้ตรวจ

11. เมื่อกรอกข้อมูล จักรจะวิ่งเสร็จ คลิก "เพิ่ม"

10. คลิก "Capture" เพื่อบันทึกเป็นหลักฐาน

9. ขัณฑ์สถานะ เป็น "ตรวจแล้ว"

12. คลิก "บันทึก"

13. ตรวจสอบเสร็จเรียบร้อย 1 เคส

14. สถานะเปลี่ยนเป็น "ตรวจแล้ว"

เสร็จสิ้น

วิธีการใช้งานสำหรับเข้ารับบริการ (ผู้ป่วย)

1. ใ้บริการโทรเข้าจากหมอพร้อม

2. รับสาย

อนุญาตการเข้าถึง กล้องและเสียง



คู่มือการสอนสำหรับพยาบาลเรื่องโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับขั้นตอนส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2 การสอนเพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล

กิจกรรมที่ 2.1 ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2.2 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2.3 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2.4 การส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 3 : การติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความเชื่อด้านสุขภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 2 ครั้งติดต่อกันก่อนมาตรวจตามนัด

โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะที่สถานพยาบาลยี่ห้อ Omron HBP-9030 ที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทุก 1 ปี

สถานที่

1. แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. ผ่านระบบหมอพร้อม Station แอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์มือถือ

ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผู้ดำเนินการ

ปัทมาพร ชนะมาร นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

อุปกรณ์และสื่อ

1. คู่มือการสอนสำหรับพยาบาล เรื่องโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. คู่มือสำหรับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และแบบบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน


กิจกรรมที่ 1 แผนการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและประเมินผล
1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดง และระดับความรุนแรงของ ความดันโลหิตสูง	“ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่หลอดเลือดมีแรงต้านต่อการไหลของเลือดมากกว่าปกติ กล่าวคือมีความดันโลหิต เมื่อวัดค่าในสองวันที่ต่างกัน ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่อ่านได้ของทั้งสองวัน คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	สอนความรู้เรื่อง ความหมายของ ความดันโลหิตสูง	บอก ความหมาย ของความดันโลหิตสูง	-คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า 4	5 นาที	บอกความหมายของ ความดันโลหิตสูงได้ ถูกต้อง
อาการและอาการแสดง และระดับความรุนแรงของ ความดันโลหิตสูง	สองวันที่ต่างกัน ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่อ่านได้ของทั้งสองวัน คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	สอนความรู้เรื่อง อาการและอาการแสดงของความดันโลหิตสูง	บอกอาการ และอาการแสดงของ ความดันโลหิตสูง	คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า 5	10 นาที	บอกอาการและอาการแสดงเมื่อเป็นโรค ความดันโลหิตสูงได้
ความดันโลหิตสูง	สองวันที่ต่างกัน ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่อ่านได้ของทั้งสองวัน คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง	สอนระดับความรุนแรงของความ	บอกระดับ ความรุนแรง	คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความ	10 นาที	บอกระดับ ความรุนแรง

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>มากกว่า หรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท”</p> <p>อาการและอาการแสดง</p> <p>1) ปวดศีรษะ 2) ปวดศีรษะแบบไมเกรน (migraine) หรือปวดศีรษะข้างเดียว 3) เลือดกำเดาไหล 4) อาการอื่น ๆ ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ใจสั่น หลอดเลือดแดงในตา เสื่อม ตามัว ตาบอด อาจชักหมดสติ เป็น อัมพาต และอาจ เสียชีวิตได้</p> <p>ระดับความรุนแรง</p> <p>ของความดันโลหิตสูง</p> <p>มี 4 ระดับ คือ ช่วงบน (มม.ปรอท)/ความดัน ช่วงล่าง (มม.ปรอท) 1) ระดับปกติ ความดัน < 120 และ < 80</p> <p>2) ความดันโลหิตปกติ ที่ค่อนข้างสูง ความดัน 120-129 และ < 80</p> <p>3) ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 1 ความดัน 130-139 และ/หรือ 80-89</p> <p>4) ความดันโลหิตสูง</p>	<p>ดันโลหิตสูง</p>	<p>ของความดันโลหิตสูงของตนเอง และบันทึกระดับความรุนแรงในคู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพหน้า 6</p> <p>บอกรวาทะกซ้อนที่ เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้</p>	<p>เชื่อด้านสุขภาพหน้า 6</p> <p>คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพหน้า 7</p>	<p>15 นาที</p>	<p>ของความดันโลหิตตนเอง ได้ถูกต้อง และบันทึกไว้ในคู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อ ด้านสุขภาพหน้า 6 ได้ ถูกต้อง ผู้ป่วยตอบ รวาทะกซ้อนที่ เกิดจากการควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ถูกต้องทั้ง อวัยวะและโรคที่เกิดแต่ ละอวัยวะ</p>

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>ระดับที่ 2 \geq 140 และ/หรือ \geq 90 ความดันโลหิตของท่าน คือ/.....อยู่ในระดับปกติ, 1, 2, 3</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หากไม่ได้รับการรักษาหรือปล่อยให้ความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อมเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญนั้น ได้แก่</p> <p>สมอง เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์หรืออัมพาต)</p> <p>หัวใจ หลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด</p> <p>ตา เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาประสาทตาเสื่อมตามัวจนถึงขั้นตาบอด</p> <p>ไต หลอดเลือดแดงแข็ง เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>สอนความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้</p>	<p>ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>		10 นาที	<p>ความสนใจ การซักถาม การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>


วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและประเมินผล
	- ทบทวนความรู้ เปิดโอกาสให้ซักถาม แนะนำถ้ามีปัญหา ติดต่อผู้วิจัยได้ ตลอดเวลา กล่าวขอบคุณและนัดหมาย ครั้งต่อไปอีกสัปดาห์ที่ 2	- ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถาม ปัญหา ข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อซักถามต่างๆ และนัดหมายครั้งต่อไป				
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเรื่อง ความหมาย อาการ ปัจจัยเสี่ยงของโรค หลอดเลือดสมอง	- ทบทวนความรู้จากการพูดคุยครั้งก่อน เรื่องความดันโลหิตสูง เน้นระดับความรุนแรงของความดันโลหิต รายบุคคล ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เน้นโรคหลอดเลือดสมอง	ทบทวนความรู้ เรื่องโรค ความรุนแรง ค่าความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อน	บอกความรู้ เรื่องโรค ความรุนแรง ค่าความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อน	คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า 1-7	5 นาที	ความสนใจ การซักถาม การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
	โรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทย พบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน ปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อประชากรแสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย (อัตรา	บรรยายให้เห็นสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย	บอก สถานการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า 9	10 นาที	ความสนใจ การซักถาม การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>ตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) กรมควบคุมโรค ประมาณการ ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมอง 1 คน</p> <p>โรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต</p> <p>เป็นโรคทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการทันทีทันใดและเป็นเหตุให้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนานและมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยดังกล่าวมีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตตลอดจนภาวะเศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง ทำให้เซลล์สมองขาด</p>	<p>สอนความรู้เรื่อง ความหมาย อาการของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ให้ดู VDO เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยง อาการ ความรุนแรง</p>	<p>บอก ความหมาย อาการ โรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>ดู VDO เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยง อาการ ความรุนแรง</p>	<p>คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า 8-10</p> <p>-สื่อ VDO เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยง อาการ ความรุนแรง QR code</p>  <p>คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ</p>	<p>10 นาที</p>	<p>บอก ความหมาย อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้ถูกต้อง -การสังเกตความสนใจ ตั้งใจฟัง</p>

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>ออกซิเจน ส่งผลให้ เซลล์สมองตาย</p> <p>ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>1.โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน เกิดจากหลอดเลือดแข็งหรือมีลิ้มเลือดมาอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p>2. โรคหลอดเลือดสมองแตก สาเหตุหลักเกิดจากความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดในสมองโป่งพองจนแตก มีเลือดออกมาคั่งและทำลายเนื้อสมองในบริเวณนั้น</p> <p>อาการของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>1. ชาหรืออ่อนแรง ใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน ทำให้มุมปากตก ปากเบี้ยว อมน้ำไม่อยู่ น้ำไหลออกจากมุมปาก</p> <p>2. ชาหรืออ่อนแรงที่แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน สูญเสียการทรงตัว ผู้ป่วยจะเกิดอาการอ่อนแรงหรือขาอย่างเฉียบพลันบริเวณ หน้า แขนหรือขา โดยส่วนใหญ่แล้ว</p>	<p>สอนความรู้เรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>บอกอาการของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>คู่มือผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า 11</p>	<p>15 นาที</p>	<p>ตอบ 5 สัญญาณเตือนสำคัญโรคหลอดเลือดสมองได้</p>



วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>อาการจะเกิดกับร่างกายแค่ด้านเดียว</p> <p>3. พุดไม่ชัด พุดไม่ออก สับสน นึกคำพุดไม่ออกผู้ป่วยจะรู้สึกสับสน มึนงง พุดไม่ชัด หรือมีปัญหาในการทำ ความเข้าใจสิ่งที่คนอื่น พุด</p> <p>4. การมองเห็นมี ปัญหาฉับพลัน อาจมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพครึ่งเดียว ตาบอดหนึ่งหรือสองข้าง</p> <p>5. เวียนศีรษะ/ปวดศีรษะ อาการรุนแรงแบบเฉียบพลัน มักจะพบร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น ปัญหาด้านการเดินเซ การทรงตัว ผิดปกติ หรือซีมลง มีนศีรษะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้</p> <p>1. อายุ ความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 2. เพศชาย มี</p>	<p>สอนความรู้เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปรับเปลี่ยนได้</p>	<p>บอกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปรับเปลี่ยนได้</p>		10 นาที	<p>ผู้ป่วยบอกความเสี่ยงของตนเอง และตอบปัจจัยเสี่ยงของตนเองได้ พร้อม</p>

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>โอกาสเสี่ยงภาวะ หญิงร้อยละ 44-47 3. สมองตีบหรือแตก กลายเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต ในรายที่ หลอดเลือดฝอยใน สมองส่วนสำคัญแตกมี ประวัติโรคหลอดเลือด ในครอบครัว 4. มี ประวัติเคยเป็น โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือด สมองมาก่อน</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงที่ ปรับเปลี่ยนได้</p> <p>1. ความดันโลหิตสูง มี ความเสี่ยงมากกว่าคน ปกติ 3-17 เท่า เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่สุดของการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง ควร ควบคุมความดันโลหิต ให้น้อยกว่า 140/90 mmHg และในผู้ที่อายุ มากกว่า 60 ปี ควร ควบคุมความดันโลหิต ให้น้อยกว่า 150/90 mmHg</p> <p>2. การขาดการออกกำลังกาย กำลังกาย ควรออก กำลังกายอย่างน้อยวัน ละ 30 - 40 นาที เป็น จำนวน 3 - 4 ครั้ง/</p>					<p>ตอบปัจจัย เสี่ยง แบ่งเป็น ปรับเปลี่ยน ได้ และไม่ได้</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและประเมินผล
	<p>สัปดาห์</p> <p>3. การสูบบุหรี่จัด ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มเป็น 2 เท่า แอลกอฮอล์ การดื่มสุร่าจะทำให้ หลอดเลือดเปราะหรือ เลือดออกง่าย กระตุ้น ให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจ ห้องล่างผิดปกติ</p> <p>นำไปสู่การอุดตันของ หลอดเลือดสมอง</p> <p>4. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติด ภาวะเครียด ได้รับ ฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิดยา สเตียรอยด์ ภาวะเลือดหนืด</p> <p>ชั้น</p> <p>การรักษาโรคความดัน โลหิตสูงที่เป็นการ รักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ</p> <p>1.การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพการ ดำเนินชีวิต ประจำวัน</p> <p>2.การให้ยาลดความดัน โลหิต</p>	<p>ให้ประเมิน ความเครียด</p>	<p>บอกระดับ ความเครียด ของตนเอง</p>	<p>-แบบประเมิน ความเครียด</p> 	<p>5 นาที</p>	<p>บอกระดับ ความเครียด ของตนเอง ได้</p>
<p>3. ส่งเสริมการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหลอดเลือด สมอง</p>	<p>-ประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือด สมอง (อัมพฤกษ์</p>	<p>สอนประเมินความ เสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือด สมอง</p>	<p>บอกความ เสี่ยงของการ เกิดโรคหลอดเลือด สมอง</p>	<p>-แบบประเมิน ความเสี่ยงของ การเกิดโรค หลอดเลือด</p>	<p>10 นาที</p>	<p>-ระบุความ เสี่ยงของ ตนเองใน การเกิดโรค</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและประเมินผล
	<p>อัมพาต) ทำด้วยตนเอง โดยใช้แอปพลิเคชัน ชื่อว่า Thai CV Risk calculator</p> <p>ท่านคิดว่าท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ 0 เสี่ยง 0 ไม่เสี่ยง 0 ไม่แน่ใจ การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต) สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยใช้แอปพลิเคชัน Thai CV Risk calculator</p> <p>ให้ดู VDO ในระบบแอปพลิเคชันไลน์ แล้วซักถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยว่ามีอย่างน้อยแค่ไหนอย่างไร ปรับเปลี่ยนได้..... ปรับเปลี่ยนไม่ได้.....</p>	<p>สอนแอปพลิเคชันประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์อัมพาต)</p>	<p>ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>สมอง</p>  <p>-สื่อ VDO เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยง อาการ ความรุนแรง</p> 	10 นาที	<p>หลอดเลือดสมอง</p> <p>-รับรู้สาเหตุที่ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>-บอกความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้</p> <p>-ตอบแบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคได้ 4 ข้อ ใน 5 ข้อ</p>
4.ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	<p>ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>- ผลกระทบทางด้าน</p>	<p>ให้ความรู้เรื่องผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>บอกผลกระทบของโรคหลอดเลือด</p>	<p>คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า</p>	5 นาที	<p>1.การสังเกตความสนใจ</p> <p>2. การ</p>

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>ร่างกาย กลืนลำบาก อาการอ่อนแรง อาการ เกร็ง แขน และขาอ่อน แรงครึ่งซีก พุดไม่ได้ กลืนลำบาก ชัก สูญเสียความรู้สึกสัมผัส การมองเห็นและการได้ ยินผิดปกติไป เป็นต้น</p> <p>- ผลกระทบทางด้าน จิตใจ ซึมเศร้า ความจำเสื่อม ภาวะ ซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะอารมณ์ไม่ปกติ เป็นแบบสองชั้น ปฏิกิริยาโต้ตอบรุนแรง บกพร่องในด้าน ความจำ ความนึกคิด เขavnปัญญา ความจำ เสื่อม</p> <p>ผลกระทบทางด้าน สังคม สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับสังคม ครอบครัวเปลี่ยนแปลง ไป และมีบทบาททาง สังคมเพื่อนและสังคม การทำงานลดลงตาม ไปด้วย</p> <p>- ผลกระทบทางด้าน เศรษฐกิจ สูญเสีย รายได้ ค่าใช้จ่ายในการ ดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น อย่างเนื่อง สูญเสีย ทรัพยากรทั้งด้าน</p>	<p>-เปิดโอกาสให้ ซักถาม แลกเปลี่ยนความรู้ ตอบข้อซักถาม</p>	<p>เลือดสมอง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ</p>	<p>17 -รูปภาพแสดง ผู้ป่วยพิการ ติด เตียง แผลกด ทับ หน้า 19</p>		<p>ซักถาม</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและประเมินผล
	บุคคล และมูลค่าทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล - ทบทวนความรู้ เปิดโอกาสให้ซักถาม แนะนำถ้ามีปัญหา ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กล่าวขอบคุณและนัดหมายครั้งต่อไปอีกสัปดาห์ที่ 3	-ให้ทำแบบสอบถามการรับรู้ท้ายบท -เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยตอบข้อซักถามต่างๆ และนัดหมายครั้งต่อไป	ตอบแบบสอบถาม ซักถามคำถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้	คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า 20	10 นาที	ตอบคำถาม ผู้วิจัยได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ
5.ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค	พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ การจัดการความเครียด และการใช้ยา 1.ด้านการรับประทานอาหาร “การลดเกลือเพิ่มผัก” อาหารที่ควรรับประทานได้แก่ 1.1 ธัญพืช ควรรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี เป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน มีเส้นใยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุชนิดต่าง ๆ เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพด ลูกเดือย	ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ การจัดการความเครียดและการใช้ยา - แนะนำให้บันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	บอก พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5 ด้าน	คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หน้า 21 แบบประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : [BMI])  ลดความดันง่ายๆ ด้วย DASH DIET www.youtube.com/watch?v=Gzmgv2B20Og 	30 นาที	1.สังเกตความสนใจ 2. การซักถาม 3. การแสดงความคิดเห็น 4. สามารถตอบคำถาม ผู้วิจัยได้ถูกต้อง ทั้ง 5 ข้อ

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>1.2 ผัก ควรรับประทานผักสด เพราะเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โฟเลตซีเลียมและแมกนีเซียม ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต เช่น คื่นฉ่าย กวางตุ้ง บวบกขะอม และสมุนไพรทุกชนิด</p> <p>1.3 ผลไม้ ควรรับประทานผลไม้สด เพราะเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โฟเลตซีเลียมและแมกนีเซียม เช่น กล้วยฝรั่ง แก้วมังกร ชมพู่มะละกอ ส้ม</p> <p>1.4 อาหารแคลเซียมสูง ควรรับประทานอาหารแคลเซียมสูงจากธรรมชาติ เช่น นม ไขมันต่ำหรือไขมันปราศจากไขมัน โยเกิร์ตไขมันต่ำ เต้าหู้ งาดำ</p> <p>1.5 เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ควรรับประทานปลา ไข่ เบ็ด เลียงเนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื่องจากมีปริมาณคอเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง</p>					

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>1.6 ถั่วและเมล็ดพืช เป็นแหล่งโปรตีน ไขมันดี และแร่ธาตุ แมกนีเซียม ซึ่งมีส่วน ช่วยลดความดันโลหิต เช่น ถั่วลิสง อัลมอนต์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ เมล็ดทานตะวัน เมล็ด ฟักทอง</p> <p>1.7 น้ำมัน ควร รับประทานไขมันดี เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดฟักทอง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา</p> <p>1.8 น้ำตาล ลดเสียง น้ำตาล เครื่องดื่มรส หวาน ของหวาน หรือ รับประทานให้น้อย ที่สุด</p> <p>1.9 โซเดียม บริโภคไม่ เกิน 1,500 มิลลิกรัม/วัน (เกลือ 2/3 ช้อนชา) โซเดียมมากเกินไปจะทำให้ เพิ่มความดันโลหิต เพิ่มขึ้น</p> <p>2. ด้านการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอให้ หนักปานกลาง ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่ง การปั่นจักรยาน เล่น โยคะ และว่ายน้ำ อย่างน้อย 30 นาที 5-</p>					

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>7 วันต่อสัปดาห์ สามารถลดอันตราย จากการเกิดโรคหลอด เลือดสมอง ควรเริ่ม ออกกำลังกายแต่น้อย และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่ ต้องห้ามสำหรับผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกาย ที่รุนแรง การออกกำลังกาย ที่ต้องออกแรง ควรเริ่มโดยการฝึกกลม ฝึกหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ 5-10 ครั้ง เพื่อช่วย ให้ไม่กลั้นหายใจเวลา ออกกำลังกาย</p> <p>3. ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง</p> <p>๑</p> <p>3.1 การสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่และ หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควัน บุหรี่จึงเป็นวิธีหนึ่ง ที่สามารถลดภาวะเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอด เลือดสมองได้ นิโคติน ในบุหรี่ทำให้หัวใจเต้น เร็ว เพิ่มโอกาสการเกิด เลือดออกในสมองได้ ทำให้เกิดโรคหลอด เลือดสมอง</p> <p>3.2 การดื่มเครื่องดื่ม</p>					

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>แอลกอฮอล์ ทำให้ หลอดเลือดเปราะหรือ เลือดออกง่าย กระตุ้น ให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจ ห้องล่างผิดปกตินำไปสู่ การอุดตันของหลอดเลือด สมอง และ กระตุ้นให้เกิดความดัน โลหิตสูง และทำให้ เลือดแข็งตัวผิดปกติ การไหลเวียนของเลือด ไปสู่สมอง การลด เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์จะลด ความเสี่ยงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งภาวะเลือดออกใน สมอง</p> <p>3.3 การดื่มกาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง มี สารคาเฟอีนเพิ่มการ ทำงานของหัวใจและ ทำให้หลอดเลือดหดตัว จึงทำให้ความดันโลหิต เพิ่มขึ้นได้ การบริโภค เครื่องดื่มชูกำลังเกิน ขนาดหรือบริโภค ติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดอันตราย ได้ อาทิ เกิดอาการ กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ปวด</p>					

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>ห้องแบบตะคริว ใจสั้น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูงมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ชักและอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด ดังนั้นจึงควรงดการดื่มกาแฟและเครื่องดื่มชูกำลัง</p> <p>4. การจัดการ</p> <p>ความเครียดและการผ่อนคลาย โดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหา แต่จัดการกับอารมณ์ของตนเอง ให้รู้สึกดีขึ้น เช่น ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น การผ่อนคลายที่ดีที่สุด คือ การนอน การนอนไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งของสภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งหากร่างกายได้รับการพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง จะทำให้ฮอร์โมนควบคุมความเครียดมีน้อยลง และส่งผลให้เกิดสภาวะความดันโลหิตสูงได้ง่ายขึ้น เพราะฉะนั้นควรให้ร่างกายได้นอนหลับพักผ่อนไม่น้อยกว่า 7-</p>					

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>9 ชั่วโมงต่อคืนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในร่างกาย</p> <p>5. ด้านการเฝ้าระวัง การรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาด้วยตนเอง ไม่บด เคี้ยว หรือหักเม็ดยาเอง รวมถึงไม่เก็บยาในที่ที่ร้อนจัดหรือที่อับชื้น</p> <p>ช่วยให้ยามีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง FAST</p> <p>มี 4 สัญญาณเตือนสำคัญ ดังนี้</p> <p>F = Face ใบหน้ามีอาการหน้าชา ปากเบี้ยว มุมปากตก กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก</p> <p>A = Arm แขน ขา อ่อนแรง เดินเซ ทรงตัวลำบาก</p> <p>S = Speech การพูด มีลักษณะพูดไม่ออก ล้นแข็ง หรือพูดไม่ชัดอย่างทันทีทันใด</p>					

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรม ผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและ ประเมินผล
	<p>T = Time รู้เวลาที่เริ่มมีอาการ คือรู้ว่าเริ่มมีอาการเป็นเวลาเท่าไรนับจากที่มีอาการผิดปกติ หรือนับจากเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปกติเป็นครั้งสุดท้าย และรีบไปโรงพยาบาลทันที เพื่อการตรวจและวินิจฉัยภายใน 4.5 ชม. จะช่วยลดความพิการและอัตราการตายได้</p> <p>- ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหาข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อซักถามต่างๆ และนัดหมายครั้งต่อไป</p>					
<p>6.ส่งเสริมการรับรู้ อุปสรรคของการ ปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือด ตีบตัน</p>	<p>- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น</p> <p>- แนะนำแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดตีบตันในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ การจัดการความเครียดและการใช้ยา ที่สอดคล้องกับการ</p>	<p>-เปิดโอกาสให้ซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ตอบข้อซักถาม</p>	<p>ซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>	<p>แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดตีบตัน</p>	<p>15 นาที</p>	<p>1.สังเกต ความสนใจ 2. การซักถาม 3. การแสดงความคิดเห็น 4. สามารถตอบคำถามผู้วิจัยได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและประเมินผล
	ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้กำลังใจ กล่าวขอบคุณและนัดหมายครั้งต่อไปอีก สัปดาห์ที่ 4, 5, 6, 7 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง					

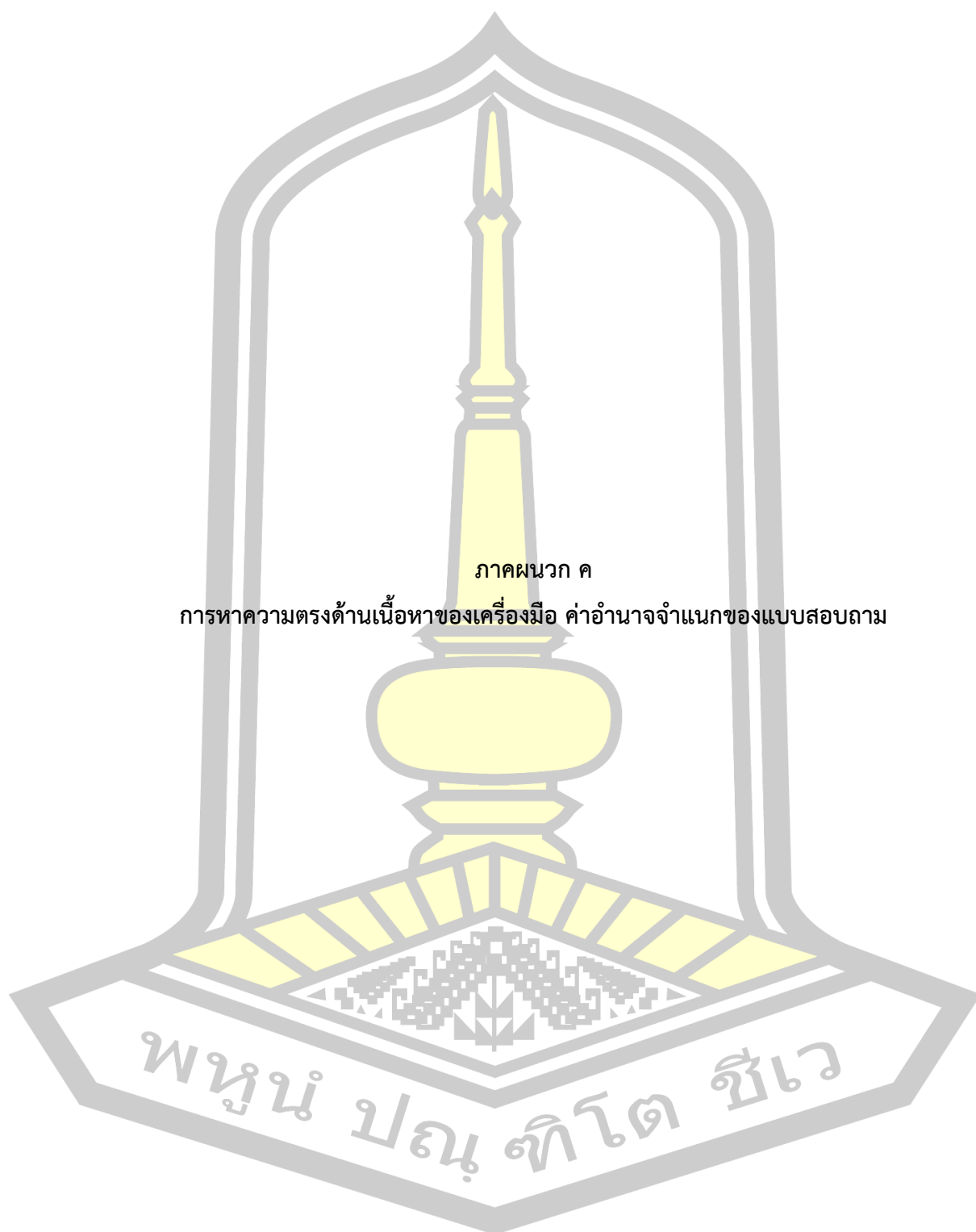
สัปดาห์ที่ 4 - สัปดาห์ที่ 7 การติดตามกระตุ้น ส่งข้อความเตือน สอบถามอาการ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 4, 5, 6 และ 7 (ระยะเวลา 5-10 นาที/ครั้ง)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. ร่วมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หาแนวทางปฏิบัติ พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กิจกรรมการติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์	คำถาม/คำกล่าว (ผู้วิจัย)	แนวคำตอบ (ผู้ป่วย)	คำกล่าว คำแนะนำเพิ่มเติม (ผู้วิจัย)
การสร้างสัมพันธภาพ	สวัสดีค่ะ.....ดิฉัน..... ขอบคุณมากนะคะที่ให้ติดตามทางโทรศัพท์	สวัสดี	
การทบทวนปัญหา	สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้างคะ	คงเดิม/ดีขึ้น	ให้กำลังใจ/ชมเชย ให้กำลังใจ

กิจกรรมการติดตาม กระตุ้นเตือนทาง โทรศัพท์	คำถาม/คำถาม (ผู้วิจัย)	แนวคำตอบ (ผู้ป่วย)	คำถาม คำแนะนำ เพิ่มเติม (ผู้วิจัย)
ส่งเสริมการปฏิบัติ พฤติกรรมที่ เหมาะสม	-จากการบันทึกแบบ บันทึกการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือด สมอง คุณมีการปฏิบัติ ตัวอย่างไรบ้างคะ แล้ว การปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเกิดโรค หลอดเลือดสมอง รบกวนการดำเนินชีวิต คุณไหมคะ อย่างไร -คุณต้องการคำแนะนำ เพิ่มเติมหรือเปล่าคะ	ลดเค็มพอทำได้ ถ้า สงสัยจะถามใหม่	เรื่อง.....การ ปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมให้ เหมาะสมในแบบบันทึกการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง จะช่วย ควบคุมความดันโลหิต ไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือด สมอง ครอบครัวและคนที่ รักเราจะได้ไม่เป็นห่วง ขอ เป็นกำลังใจให้นะคะ เริ่มทำ ดีกว่าไม่ทำ ทำแล้วจะค่อย ๆ ดีขึ้น ด้วยความเป็นห่วง สุขภาพนะคะ
สรุป/นัดหมาย	วันนี้เราได้คุย เรื่อง..... แล้วจะ โทรมาอีก 1 สัปดาห์ คุณสะดวกวันเวลาไหน คะ พยายามจะโทรมา ในวันที่..... เวลา..... ขอขอบคุณ คะ(ครั้งสุดท้ายนัดเพื่อ ประเมินผล)	เรื่อง..... ได้ ครับ/คะ สวัสดี	



ภาคผนวก ค

การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

พหุบัณฑิตยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระดับความตรงเชิงเนื้อหา

การหาดัชนีความเที่ยงตรงรายข้อ (Item content validity ; I-CVI)

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย: แบบสอบถามผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

1. ด้านการรับประทานอาหาร จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน ในทุกข้อของแบบสอบถาม 10 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9 และ 1.10 คำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 10/10 = 1$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงข้อความเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 1, 3, 5 และ ข้อ 9

2. ด้านการออกกำลังกาย จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 1 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 2.2 คำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 5.6/7 = 0.8$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 2.1 และ ข้อ 2.5

3. ด้านการจัดการกับความเครียด จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน ในทุกข้อของแบบสอบถามทั้ง 6 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, และ 3.6 คำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 6/6 = 1$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 3.2

4. การใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 2 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 4.1 และ 4.4 คำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 3.6/4 = 0.9$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

5. การรับประทานยา จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 4 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 5.1, 5.3, 5.4 และ 5.7 คำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 7.2/8 = 0.9$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 5.1, 5.2, 5.7 และ 5.8

สรุปแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยภาพรวมทุกด้าน จำนวน 35 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน ในด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียด ข้อ 1

และข้อ 3 ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และด้านการรับประทานยา ดังนั้นคำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 32.4/35 = 0.93$

2. คู่มือสำหรับผู้ป่วย: คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 4 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 2, 3, 4 และ 5 คำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 6.7/7 = 0.96$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 1, 6 และข้อ 7

2. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อจะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 9 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8 และ 9 คำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 9.8/10 = 0.98$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 1, 6 และข้อ 7

3. ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 7 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 1,2,3 (3.1, 3.2, 3.3, 3.4) และ 4

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็น 3-4 คะแนน จำนวน 4 ท่าน

สรุปคู่มือสำหรับผู้ป่วยภาพรวมทุกด้าน จำนวน 29 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน ในด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ข้อ 2, 3, 4 และ 5 ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8 และ 9 ด้านส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ 1,2,3 (3.1, 3.2, 3.3, 3.4) และ 4 ยกเว้นพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นคำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 29.1/31 = 0.94$

3. คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกล สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 7 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 2, 3, 4 และ 5 คำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 8.6/9 = 0.96$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 1 และข้อ 6

2. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 19 ข้อจะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 19 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18 และ 19 คำนวณค่า

CVI ได้ดังนี้ $CVI = 19/19 = 1$ โดยผู้วิจัยต้องตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัดหรือนำข้อความนั้นมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 1, 6 และข้อ 7

3. การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน 7 ข้อ ได้แก่ ในข้อ 1,2,3 (3.1, 3.2, 3.3, 3.4) และ 4

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็น 3-4 คะแนน จำนวน 4 ท่าน

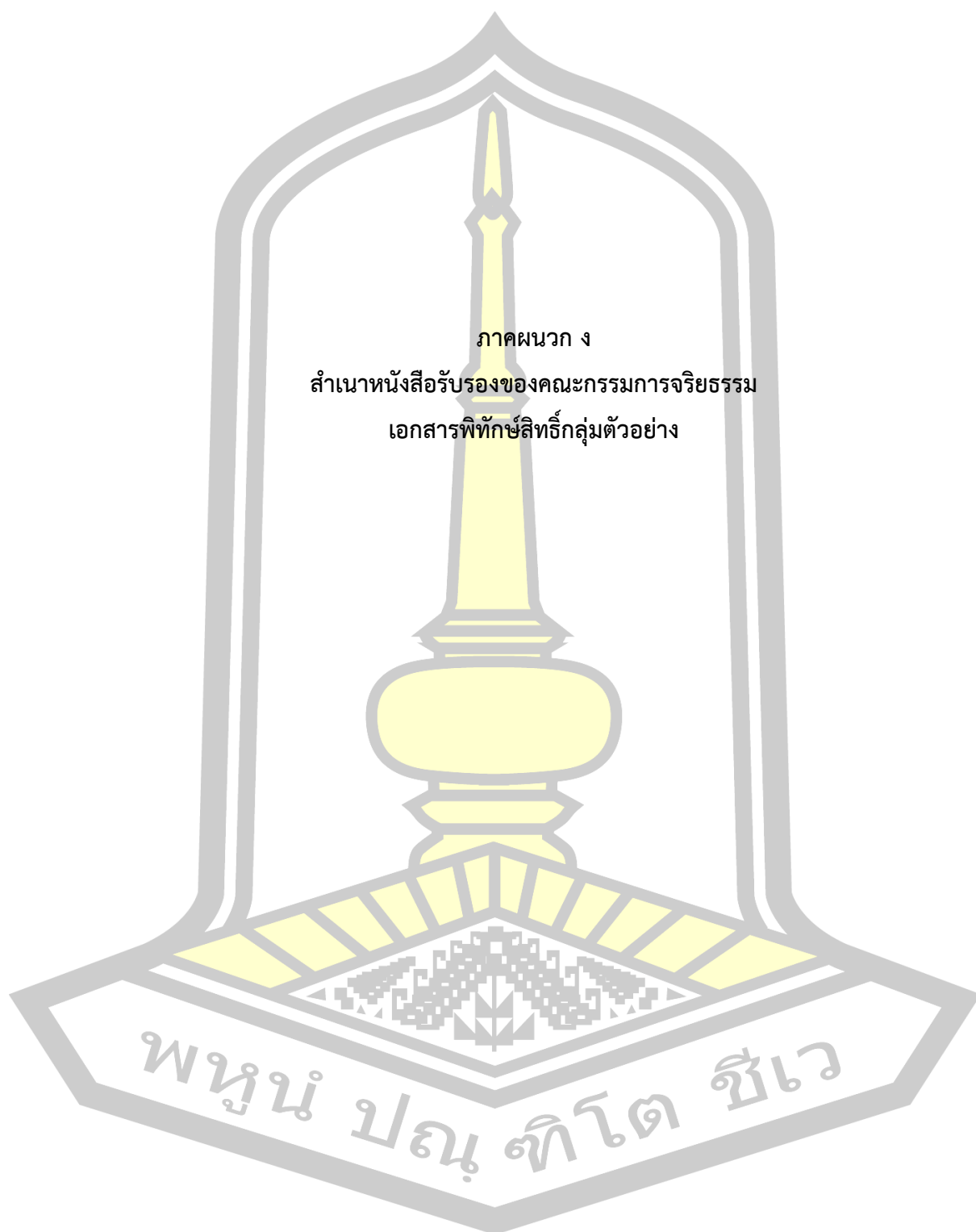
สรุปคู่มือสำหรับพยาบาลภาพรวมทุกด้าน จำนวน 47 ข้อ จะเห็นว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็น 3-4 คะแนน ในด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ข้อ 2, 3, 4 และ 5 ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8 และ 9 ด้านส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อ 1,2,3 (3.1, 3.2, 3.3, 3.4) และ 4 ยกเว้นพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นคำนวณค่า CVI ได้ดังนี้ $CVI = 45.2/47 = 0.96$



ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

รายการ	ค่าอำนาจ จำแนก
1. ด้านการรับประทานอาหาร	
1.1 ท่านจำกัดอาหารรสเค็ม โดยการลดปริมาณเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา เกลือ ปลาร้า ผงชูรส ผงปรุงรส เป็นต้น	.75
1.2 ท่านใช้สมุนไพรในการเพิ่มรสชาติอาหารแทนความเค็ม เช่น กระเทียม หอม ผักชี น้ำมะนาว และพริก เป็นต้น	.68
1.3 ท่านรับประทานข้าวกล้อง ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ข้าวซ้อมมือ ข้าวไม่ขัดสี เป็นต้น	.67
1.4 ท่านรับประทานอาหารธัญพืช เช่น ข้าวโพด ถั่วเขียว ถั่วแดง งา เมล็ดทานตะวัน เป็นต้น	.78
1.5 ท่านรับประทานผัก และผลไม้สด รสไม่หวาน	.67
1.6 ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ หมูเนื้อแดง เป็นต้น	.58
1.7 ท่านรับประทานของหวาน หรือน้ำหวาน	.76
1.8 ท่านใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง ในการปรุงอาหาร	.64
1.9 ท่านดื่มนมไขมันต่ำหรือโยเกิร์ตธรรมชาติ ไขมันต่ำ	.75
1.10 ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น ก๋วยทอด หมูทอด ปลาทอด ไข่เจียว เป็นต้น	.68
2. ด้านการออกกำลังกาย	
2.1 ท่านมีการอบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที และต่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 10 นาที ก่อนออกกำลังกาย	.68
2.2 ท่านเลือกการออกกำลังกายแบบ Aerobic (แอโรบิค) เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือว่ายน้ำ	.78
2.3 ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละ 30 นาที	.64
2.4 ขณะที่ออกกำลังกาย ท่านจะพักเมื่อมีอาการเหนื่อยมากผิดปกติ ไม่สามารถพูดคุยได้	.68
3. ด้านการจัดการกับความเครียด	
3.1 ท่านรู้สึกเครียดท่านจะใช้วิธีการอยู่คนเดียวไม่คุยกับใคร	.80

รายการ	ค่าอำนาจ จำแนก
3.2 ท่านมีวิธีการจัดการความเครียดโดยการค้นหาสาเหตุ และแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ ให้เครียด	.78
3.3 เมื่อท่านมีความเครียด ท่านมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น ร้องเพลง ดู โทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น	.68
3.4 เมื่อท่านรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุยระบายกับคนใกล้ชิด	.75
3.5 เมื่อมีความเครียดท่านเข้ากิจกรรมในสังคม เช่น ไปวัด ร่วมงานในชุมชน	.64
3.6 ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อย วันละ 7-9 ชั่วโมง	.80
4. ด้านการใช้สารเสพติดหรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ	
4.1 ท่านสูบบุหรี่ หรืออยู่ในที่ ๆ มีคนสูบบุหรี่	.78
4.2 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	.74
4.3 ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง วันละ 2 ขวด	.68
4.4 ท่านดื่มกาแฟใส่น้ำตาลและครีมเทียม	.64
4.5 ท่านนำกัญชามาใช้ในการปรุงอาหาร	.78
5. ด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต	
5.1 ท่านลดหรือเพิ่มขนาดของยาด้วยตนเอง	.75
5.2 ท่านบด เคี้ยว หรือหักเม็ดยาเอง โดยที่แพทย์หรือเภสัชกรไม่ได้สั่ง	.68
5.3 ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์ เภสัชกร และ/หรือพยาบาล อย่างเคร่งครัด	.80
5.4 ท่านลืมรับประทานยา	.64
5.5 ท่านหลีกเลี่ยงการเก็บยาบริเวณที่มีความร้อน มีแสงแดด และเปียกชื้น	.68
5.6 ท่านแกะเม็ดยาหลาย ๆ ชนิดออกจากแผงยา และเก็บใส่ซองรวมกัน	.64
5.7 ท่านรับประทานยาครบทุกชนิด	.78
5.8 ท่านหยุดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติ	.78





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 020-409/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Effects of Health Belief Promotion Program Using Telenursing on Stroke Prevention Behaviors in Uncontrolled Hypertensive Patients.

ผู้วิจัย : นางปัทมาพร ชนธการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตำบลหนองแต้ว อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 30 มกราคม 2566

วันหมดอายุ : 29 มกราคม 2567

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

ภาคี สิบงคง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นกัษกรหญิงราตรี สว่างจิตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พินัย การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ในพินัยฯ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นาย/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางปวีณาพร ชนมมาร เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง
"ผลกระทบของมลพิษทางอากาศต่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล" โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับ
ที่รักและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติตามและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่
ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย, รวมถึงแนวทางการป้องกันและบรรเทา
หากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอนแนบแสดงความยินยอมโดยตลอด
 อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

แสดงตนการรับรองจากผู้วิจัยที่ตรงกับวิชาที่ผู้สมัครศึกษาไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือชื่อของส่วนตัว
เป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะการวิจัยเพื่อประโยชน์ทาง
วิชาการเท่านั้น

"ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ" และข้าพเจ้าสามารถ
ถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าพิจารณา โครงการไม่มีผลกระทบและไม่เป็นเชิงลบใดๆ ต่อการศึกษาดังกล่าว
ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมโดยตลอดแล้วจึงขอทำหนังสือไว้ ณ. ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....อาสา (กรณีใช้ตัวอย่างไม่จริงที่อาสาสมัครส่ง)
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความยินยอม
(นางวี ปวีณาพร ชนมมาร)
วันที่.....



4081 4/9
ECMS/01-05.05 Update 2021

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานะฝึกสอนแบบสหวิทยา

เขียน ผู้สอนแบบสหวิทยาทุกท่าน

เมื่อครั้งที่ข้าพเจ้า นายวิชาพร ขนอมพร มีสิทธิในฐานะ สหวิทยาสมาชิกในหลักสูตรปริญญาตรี สาขาวิชาภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ภายใต้นามการวิจัย เรื่อง "ผลกระทบของสื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี" โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาผลกระทบของสื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้จะเกี่ยวข้องกับหัวข้อผู้วิจัย หน่วยงาน และการศึกษา

1. คำขวัญผู้วิจัย การส่งเสริมสหราชอาณาจักรผ่านการพัฒนาภาษาทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความสัมพันธ์กับสื่อสังคมออนไลน์
2. คำขวัญผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการเรียนรู้แบบสหวิทยาการเพื่อเป็นประโยชน์ของสื่อสังคมออนไลน์ผู้วิจัยที่มีความสัมพันธ์กับสื่อสังคมออนไลน์ โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนาในทางไปรษณีย์ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. คำขวัญผู้วิจัย นำสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ในผู้วิจัยในสื่อสังคมออนไลน์

หากท่านสนใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านส่งเอกสารแบบสหวิทยาในประเด็น พฤติกรรมการบริโภคของสื่อสังคมออนไลน์ของข้าพเจ้าตาม รายละเอียด 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านประชากรจำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคของสื่อสังคมออนไลน์จำนวน 25 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และจะส่งแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยไปเป็นสื่อสังคม

หากท่านรู้สึกเสียใจ หรือรู้สึกไม่สบายใจกับเอกสาร ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านี้ก็ได้ รวมถึงท่านมีสิทธิถอนการตอบการวิจัยโดยที่ไม่ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า หากท่านไม่เข้าร่วมวิจัยหรือขอถอนการตอบการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับทราบรางวัลในเชิงคุณวุฒิของสหวิทยา ในภาคสหวิทยาสมาชิกผู้วิจัยจะจัดพื้นที่ในการตอบแบบสหวิทยาที่กินสิทธิ์ส่วนของการผู้วิจัยอื่น หากมีสิทธิในการตอบแบบสหวิทยา หากท่านรู้สึกไม่สบายใจหรือมีข้อสงสัยใดๆ กรุณาติดต่อผู้วิจัยที่ปรึกษาและขอคำแนะนำที่ปรึกษาได้ ๆ และที่จำเป็นกับข้อมูลการวิจัย เช่น สาขาของสื่อ แบบสหวิทยาผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมด และดำเนินการวิจัยและจะดำเนินการกับข้อมูลผู้วิจัย และจะดำเนินการกับข้อมูลผู้วิจัยที่ดำเนินการวิจัย เพื่อให้ความช่วยเหลือที่จำเป็นที่สุด โดยผู้วิจัยจะดำเนินการดำเนินการอื่น

ข้อมูลจากการตอบแบบสหวิทยาของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชนเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการนำข้อมูลผู้วิจัยที่วิเคราะห์แล้วส่งคืนแก่ผู้วิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่าย ใดๆ


การวิจัยครั้งนี้จะไม่ได้รับผลกระทบและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลในการตอบแบบสหวิทยาของทุกท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชนเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการนำข้อมูลผู้วิจัยที่วิเคราะห์แล้วส่งคืนแก่ผู้วิจัย "การวิจัยที่นำข้อมูลไม่ได้เปิดเผยต่อสาธารณชนและไม่เสียค่าใช้จ่าย ใดๆทั้งสิ้น"

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อผู้วิจัย (นายวิชาพร ขนอมพร มีสิทธิในฐานะ สหวิทยาสมาชิกในหลักสูตรปริญญาตรี สาขาวิชาภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์ 089-8434510)

หากท่านมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อผู้วิจัยที่ปรึกษาหรือติดต่อทางราชการที่ห้องประสานงานร่วมเข้าร่วมการวิจัย "คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและสนับสนุนการวิจัย" โทร. 043-750016 เบอร์โทรภายใน 1755

ขอขอบคุณและอำนาจ
วิชาพร ขนอมพร
(นายวิชาพร ขนอมพร)
ผู้วิจัย





คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 ตำบลขามเือง อำเภอกันทรวิชัย
 จังหวัดมหาสารคาม 44150

1662
 22, 0 พ. 66
 09.10 น.

ที่ ฮว 0605 11/ 99๙

16 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม


ด้วยนางปัทมาพร ชนธมาร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริยโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ทั้งนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 020-409/2566 เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2566 เรียบร้อยแล้วนั้น

ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางปัทมาพร ชนธมาร เก็บข้อมูลเพื่อประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยการตอบและให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 34 ข้อ จำนวน 30 คน ซึ่งจะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวในระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน 2566 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

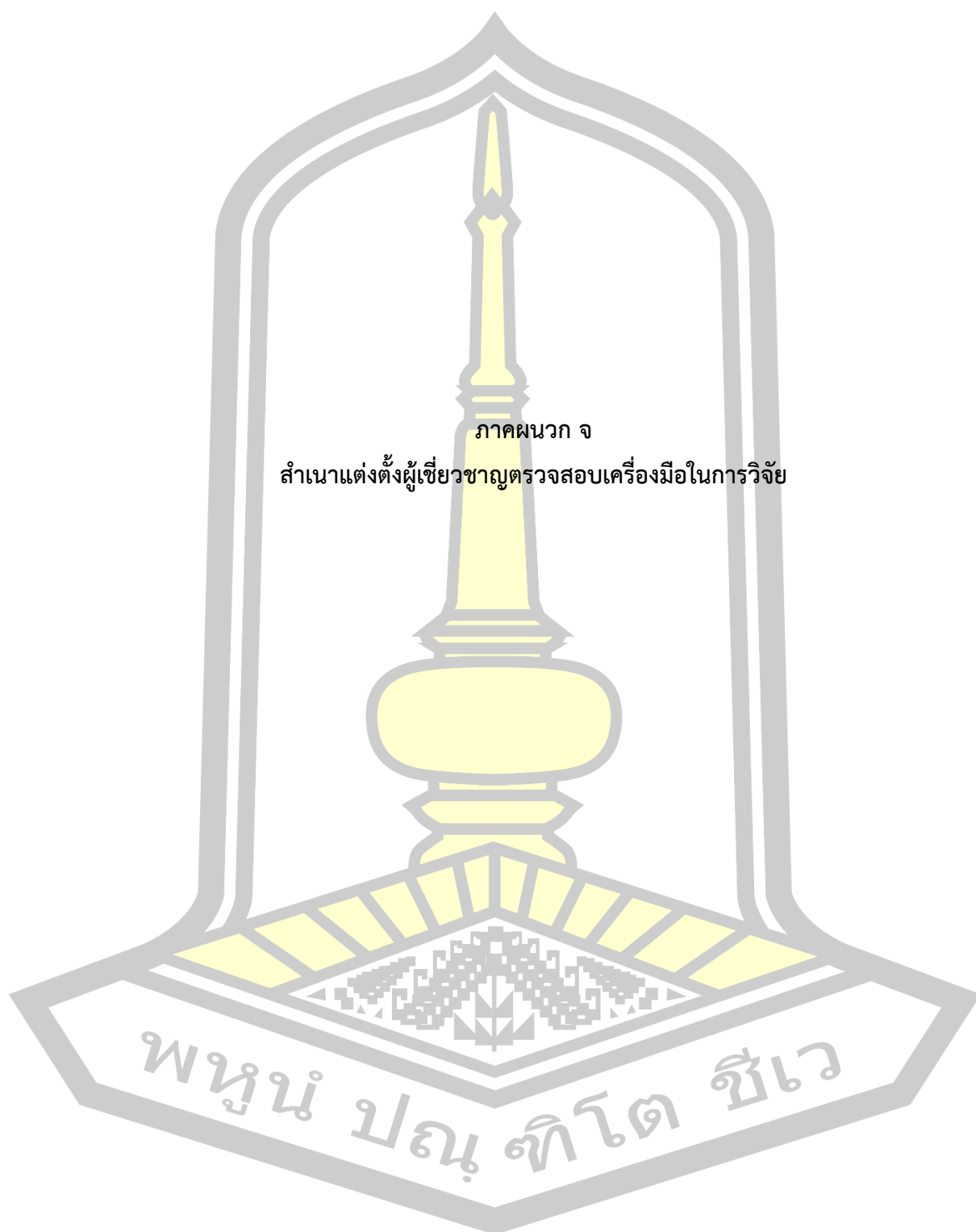
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
 ขอแสดงความยินดี
 มีข้อความอื่น ๆ เพิ่มเติม.....


 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรรม ก้าวหน้าไกล)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์


 (นางประพนธ์ สุนทรปภาวิศา)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม

สำนักงานสุขภาพ
 โทรศัพท์/โทรสาร 063-754357



ภาคผนวก จ

สำเนาแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

พหุบัณฑิตยาลัย

ที่ อว 0605.11/1491



คณะกรรมการศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
จังหวัดมหาสารคาม 44150

14 กันยายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม

ด้วย นางปัทมาพร ชนธมวาร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วังศ์พิริโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์แพทย์หญิงบงกชกร ญาณประสงค์ อาจารย์แพทย์ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ใ้รขเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยหาความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 3) คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แสนสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานสายการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

สายการที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วังศ์พิริโยธา โทร. 080-4013636

จีอีอีดี นางปัทมาพร ชนธมวาร โทร. 089 8434510 email: 63010485006@msu.ac.th

ที่ อว 0605.11/1๒๙๓



คณะกรรมการ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
เลขที่รับ 008835
วันที่ 3 พ.ย. 2565
เวลา

๒๗ ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สำนักงานแพทย์
เลขที่รับ 6
วันที่ ๗ พ.ย. ๒๕
เวลา

เนื่องด้วย นางปัทมาพร ชนะมาร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้" ซึ่งอยู่ในขั้นตอนของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามงานวิจัย 2) คู่มือสำหรับพยาบาล 3) คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วย และ 4) แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม เพื่อให้การดำเนินการวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญ อาจารย์แพทย์หญิงกนกพร เตมีย์เจริญถาวร นายแพทย์ชำนาญการ อายุรศาสตร์สาขาระบาดวิทยา บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการจัดส่งเครื่องมือการวิจัยให้กับผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ผอ.รพ.กาฬสินธุ์
 เพื่อประโยชน์
 เพื่อประโยชน์
 เพื่อประโยชน์
- อรดีกานนท์
Smt
๓ พ.ย. ๒๕

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร ๐๘๓-๗๕๔๓๕๗ 3 พ.ย. 2565
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริยโยธา โทร. 080-4013636
ชื่อนิสิต นางปัทมาพร ชนะมาร โทร. 089 8434510 email: 63010485006 @msu.ac.th

(นายสุนทร อธิวัฒน์พงศ์)
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



ที่ ฮว 0605.11/1A63

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

14 กันยายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นางปัทมาพร ชนะมาร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์จึงเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยหาความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ

- 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 3) คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แदनสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา โทร. 080-4013636

จีนนิสิต นางปัทมาพร ชนะมาร โทร. 089 8434510 email: 63010485006@ms.ac.th

ที่ อว 0605.11/ 1A5A



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลสามร้อย อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒ กันยายน 2565

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นางปัทมาพร ขนมนาร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มะสิวรรณ ศิลารัตน์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์จึงเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยหากความตรงตามเนื้อหาและการหาคำศัพท์มีความตรงตามเนื้อหา มีดังนี้

- 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
- 3) คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต มนต์สิแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธยา โทร. 080-0013636

ซี/นิสิต นางปัทมาพร ขนมนาร โทร. 089 8434310 email: 63010485006 @msu.ac.th



ที่ อว 0605.11/1485

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลบึงเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

14 กันยายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วย นางปัทมาพร ชนธมมาร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นางเบญจพร เองวานิช หัวหน้าหอผู้ป่วย อายุรกรรมระบบประสาท บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้คณะพยาบาลศาสตร์จึงเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยหาความตรงตามเนื้อหาและการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ

- 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

- 3) คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

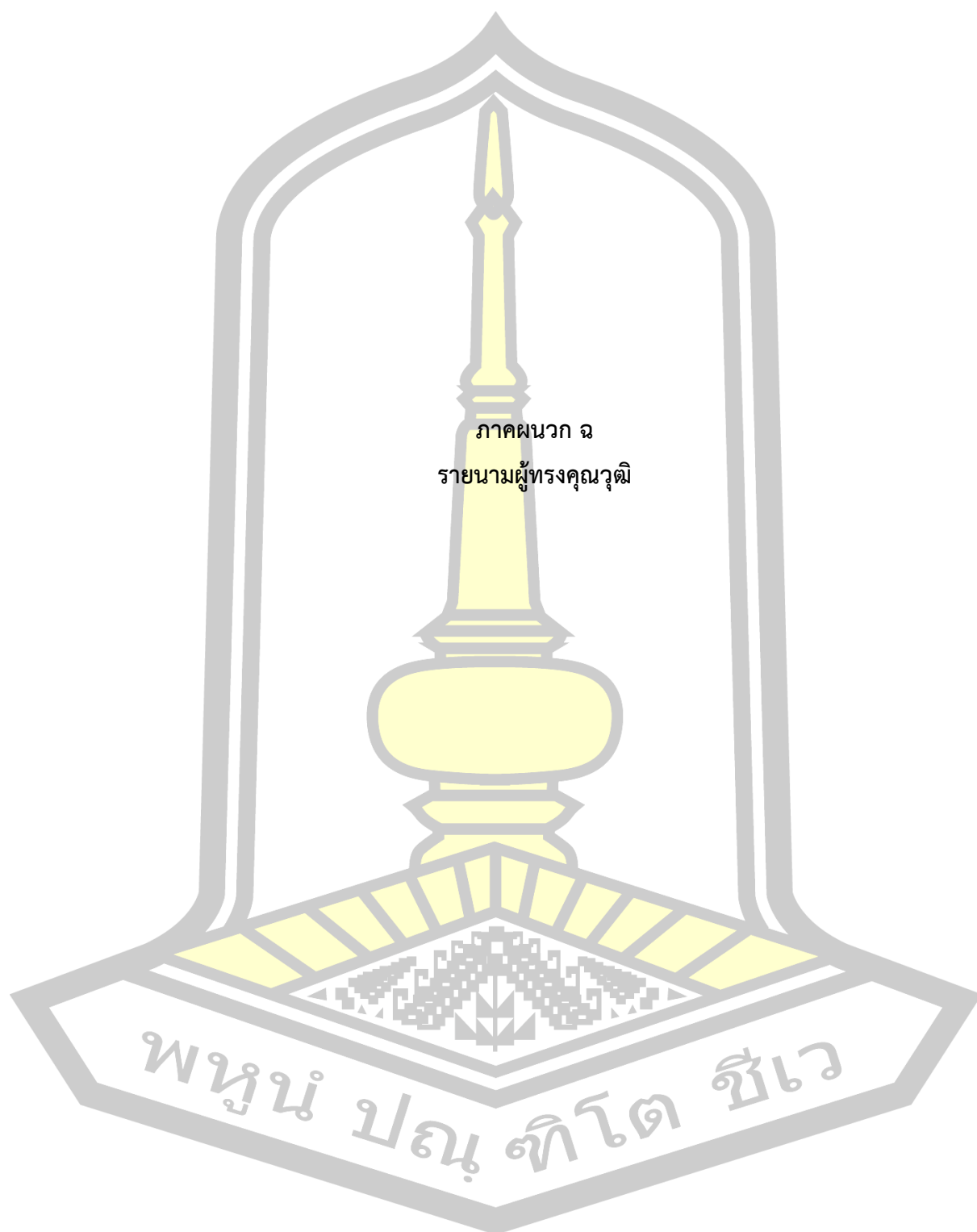
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

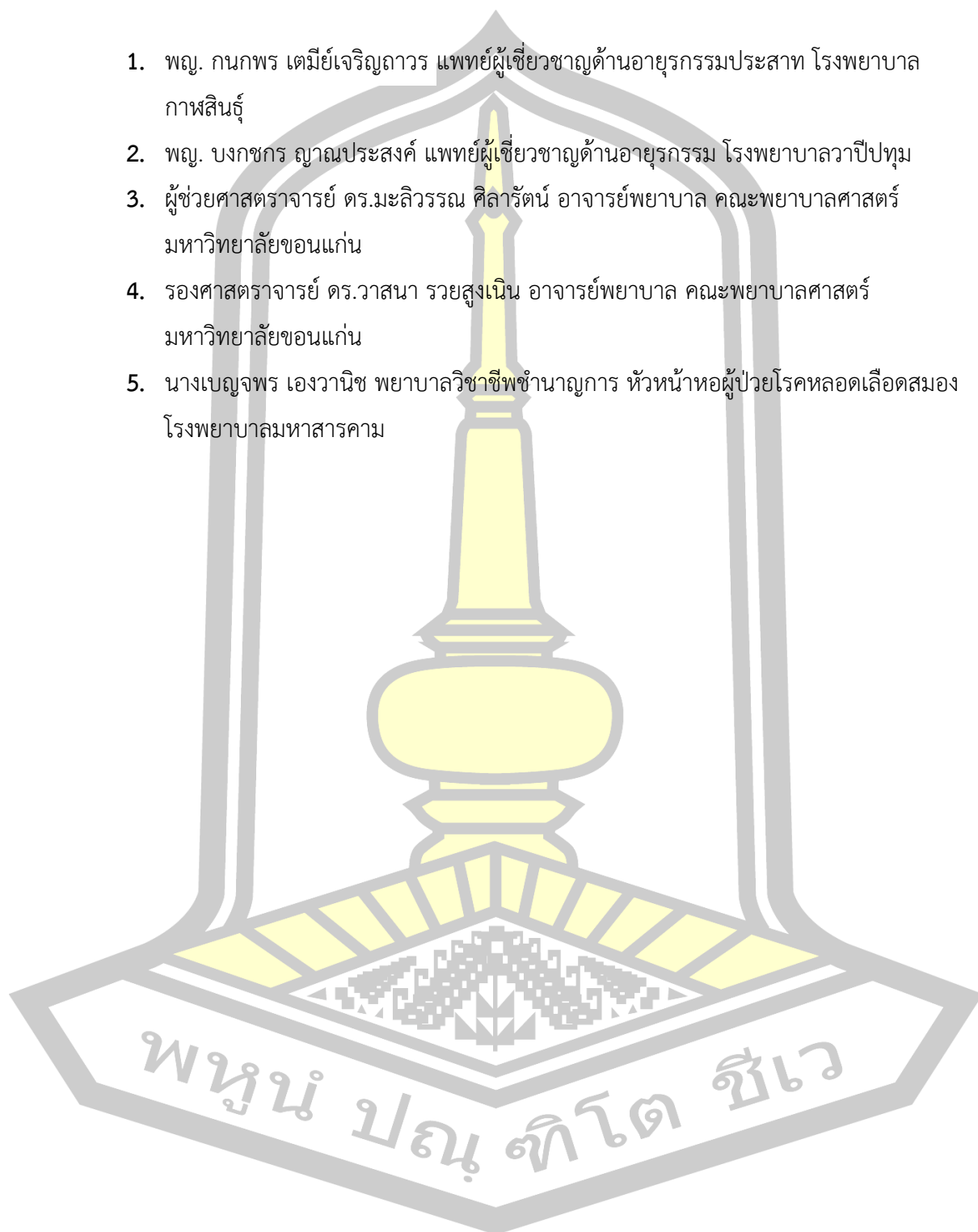
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริยโยธา โทร. 080-4013636

ชื่อนิสิต นางปัทมาพร ชนธมมาร โทร. 089 8634510 email: 63010485006 @msu.ac.th



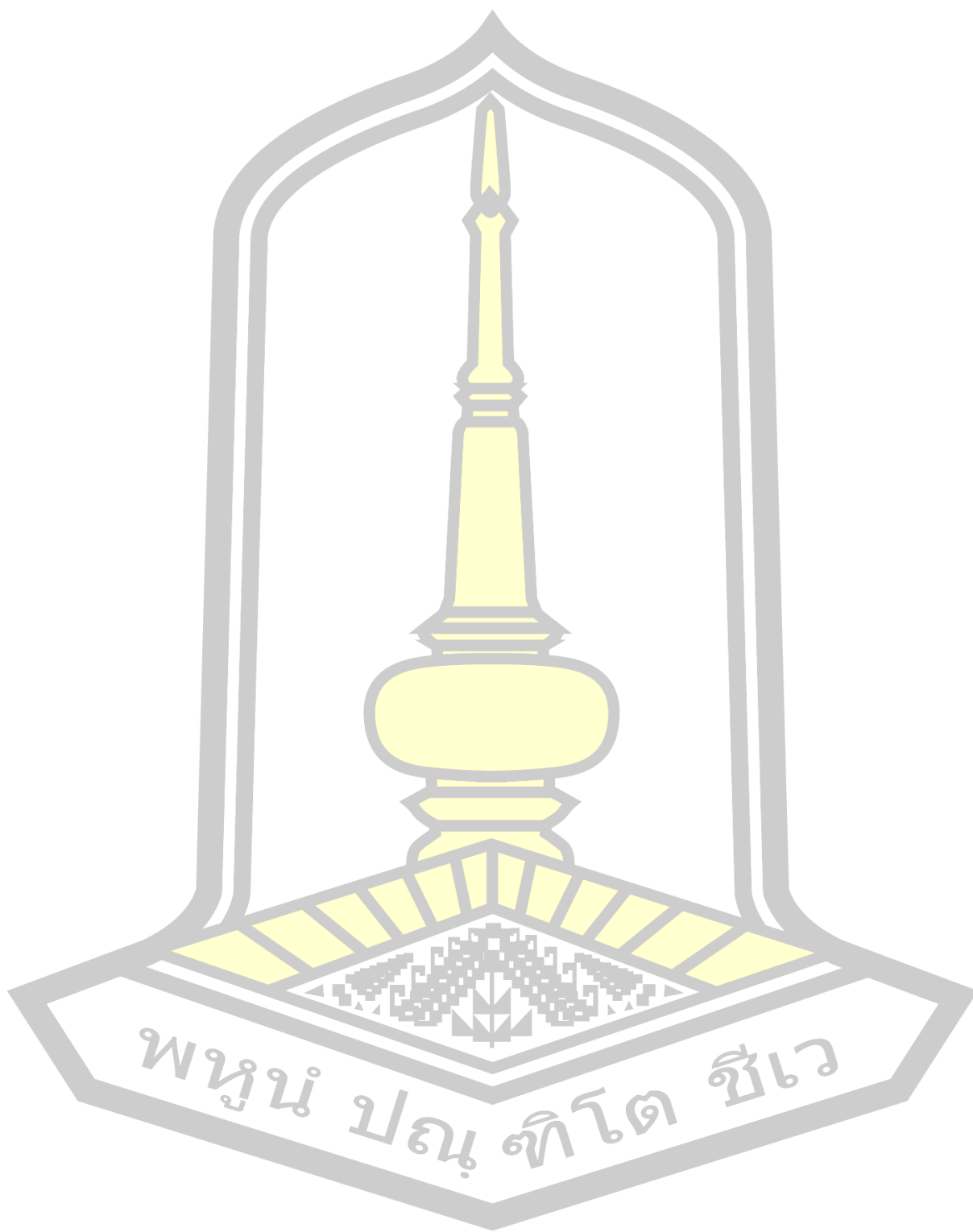
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. พญ. กนกพร เตมีย์เจริญถาวร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. พญ. บงกชกร ญาณประสงค์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลวาปีปทุม
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มะลิวรรณ ศิลารัตน์ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. นางเบญจพร เองวานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาสารคาม



บรรณานุกรม





พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางปัทมาพร ชนะมาร
วันเกิด	21 กรกฎาคม พ.ศ. 2515
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2537 พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม พ.ศ. 2544 การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2563 ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม พ.ศ. 2566 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

พจนัน ปณฺ ทิโต ชีเว