



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

The Effect of Educational and Social Support Program on Risk Behaviors for Stroke among Older People with Hypertension

ปานใจ กันยะมี, พย.ม. (Panjai Kanyamee, M.N.S.)*

ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, Ph.D. (Tassana Choowattanapakorn, Ph.D.)**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และทดสอบความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองด้วย Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบด้วยสถิติที่

ผลการวิจัย: 1) คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นั่นคือ หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และ 2) คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุป: โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีประโยชน์ในการป้องกันภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง / พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง / โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

Abstract

Purpose: To explore the effect of the education and social support program on risk behaviors for stroke among older people with hypertension.

Design: Quasi-experimental design.

Methods: The samples were elderly people aged 60 and above with hypertension living in Muang Municipal, Nan Province. A convenience sampling was used to recruit the subjects, 20 for each group. They were matched by gender, age, and duration of illness. The control group received conventional nursing care whereas the experimental group participated in the educational and social support program. Content validity of the instruments was examined by five experts. Data were collected using the risk behaviors for stroke questionnaire with its Cronbach's alpha coefficient of .84 Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and t-test.

Results: 1) The mean score of the risk behaviors for stroke of the experimental group after receiving the educational and social support program was significantly higher than that before receiving the program ($p < .01$). It means that after participating in the educational and social support program, elderly people with hypertension had less risky behaviors for stroke than before the program. 2) The mean score of the risk behaviors for stroke of the experimental group after receiving the educational and social support program was significantly higher than that of the control group ($p < .01$). It means that elderly people with hypertension participating in the educational and social support program had lower risk behaviors for stroke than those receiving conventional nursing care.



Conclusion: The findings suggested the effectiveness of the educational and social support program on reducing risk behaviors for stroke among elderly people with hypertension. They can benefit from this program to prevent stroke.

Keywords: Older people with hypertension/Risk behaviors for stroke/Educational and social support program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และพบมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในต่างประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามกลุ่มอาการของการเกิดโรคได้ 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) ซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 70 และกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 30 (นารามพร ประยูรวิวัฒน์, 2548; นิจศรี ชาญณรงค์, 2542) ในผู้สูงอายุพบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นไปในทางที่เสื่อมลง โดยค่าความดันโลหิตจะสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) จะสูงขึ้นตามอายุ แต่ความดันโลหิตตัวล่างจะไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2542) ซึ่งความดันโลหิตที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความเสี่ยงสูงถึง 3-17 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550; นารามพร ประยูรวิวัฒน์, 2548; สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Dahlof, 2007; Mancia, 2004; Pedelty & Gorelick, 2008; Seshadri et al., 2001) ในปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นจาก 814.66 เป็น 1,115.70 และ 1,415 คนต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็น 18.9, 24.5, 26.6 และ 34.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2548) ในประชากรไทยพบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 690 คนต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยปีละ 150,000 คน มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 61 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

โรงพยาบาลน่าน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 500 เตียง จากรายงานสถิติผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมระหว่างปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมากโดยสูงเป็นอันดับแรก และเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวน 1,518 ราย, 1,967 ราย และ 2,599 ราย ตามลำดับ และโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 457 ราย เป็น 566 ราย และ 577 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลน่าน, 2551) ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะสำคัญต่างๆ ในร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือดและตา เนื่องจากผนังหลอดเลือดแดงมีการหนาตัวขึ้น และขนาดของรูเล็กลงทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานได้ไม่เป็นปกติ



(พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2550) เกิดความพิการและหากการทำลายรุนแรงมากพอก็จะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ, 2550; Baranski, 2005; Koning et al., 2004; Mancia, 2004)

จากการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อน จำนวน 20 คน ในอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพียงร้อยละ 66 (กิ เมฆประดับ, 2544) ทั้งนี้ การศึกษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่อื่นๆ พบว่า ขาดความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระดับค่อนข้างมาก (ทรัพย์ทรงจอมพงษ์, 2546; สรัญญา พิจารย์, 2547; สุปรานี วงศ์ปาลี, 2550; ศุภวรรณ บ่อมจันทร์, 2551) และจากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของอำเภอลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน 188 คน พบว่า มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ร้อยละ 97.87 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในด้านการควบคุมอาหาร ร้อยละ 99.47 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในด้านการพักผ่อน ร้อยละ 89.89 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.60 ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในด้านการตรวจรักษาและด้านการมาตรวจตามนัด ร้อยละ 48.40 และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในด้านการสังเกตอาการผิดปกติและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 (สิรินาถ คำไจหนัก, 2548) และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ยังขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและยังไม่ทราบว่าการมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กชพร อ่อนอกัย, 2550)

จากการศึกษาดังข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ขาดความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การตรวจรักษาและการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น ถ้ามีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้องและเหมาะสม ก็จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มีจุดเน้นในการป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีความรู้ ความเชื่อในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองว่าทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตในระดับที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหรือเกิดความพิการ ทุพพลภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นจะต้องมีการช่วยเหลือ สนับสนุนจากครอบครัว (เล็ก สมบัติ, 2549) ซึ่งการสนับสนุนจากผู้ที่ใกล้ชิดในด้านอารมณ์การประมาณค่าการได้รับข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร จากบุคคลในครอบครัวจะก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ เกิดความไว้วางใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเกิดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัว (House, 1981) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้



โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล โดยการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม การแจกคู่มือ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว และการติดตามทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจะเน้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่มีผลกระทบต่อชีวิตอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีประโยชน์ในการป้องกันภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป พักอาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน และได้รับการรักษา

ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป พักอาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองน่าน จังหวัดน่าน และได้รับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) มีผู้ดูแลหลักที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- 2) ไม่มีปัญหาในการได้ยิน และการสื่อสาร
- 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกชุมชนในเขตเทศบาลเมืองน่านจำนวน 2 ชุมชน โดยเป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) 20 คนแรกจากชุมชนที่ 1 โดยจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังจากชุมชนที่ 2 เข้าเป็นกลุ่มทดลอง โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) มาเป็นแนวคิดในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยมีขั้นตอน การรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีญาติผู้ดูแลเข้าร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มด้วย มีการแจกคู่มือเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีการให้ความรู้ทางหอ



กระจายข่าว และการติดตามทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ รัตนา ยอดพรหมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี (2549) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ คำตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน และคำตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (11 คะแนนขึ้นไป)

2.2 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ กวี เมฆประดับ (2544) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ คำตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน และคำตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (11 คะแนนขึ้นไป)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ชนิดและจำนวนของยา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ กวี เมฆประดับ (2544) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การรับประทานยาและการตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4

ระดับ คือ บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) คะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยทุกชนิดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แบบสอบถามทุกชุดนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ .86 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือคำนวณตามสูตร KR-20 เท่ากับ .91 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลน่าน เลขที่ นน. 00272/4016 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน 2554 โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลใน



กลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 20 คน

2. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลเวชกรรมสังคมและพยาบาลคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลอง (Pre test) และในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการเข้าร่วมวิจัย (Post test)

3. กลุ่มทดลองได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมตามโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลอง (Pre test) แล้วดำเนินกิจกรรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว และการติดตามทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยพบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแลจำนวน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 7 ในสัปดาห์ที่ 4-8 ได้รับฟังความรู้ทางหอกระจายข่าว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งหมด 10 ครั้ง และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง

4. ภายหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง (Post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 อายุเฉลี่ย 67.70 ปี ประกอบอาชีพงานบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 ลักษณะของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 อายุเฉลี่ย 56 ปี สถานภาพสมรส คู่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	69.60	4.56	19	-17.60	<.001
หลังการทดลอง	89.45	5.75	19		



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n=40)					
กลุ่มควบคุม	71.70	2.32	38	-1.83	.08
กลุ่มทดลอง	69.60	4.56			
หลังการทดลอง (n=40)					
กลุ่มควบคุม	74.65	4.85	38	8.79	<.001
กลุ่มทดลอง	89.45	5.75			

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1) นั่นคือ หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อย กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2) นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นั่นคือ หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้ทราบถึงผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิต ถ้าหากปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ได้เห็นถึงประโยชน์ และลดอุปสรรคของการปฏิบัติตัว ประกอบกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มทดลองได้รับจากบุคคลใกล้ชิดและมีความปรารถนาดี ซึ่งการแสดงออกของญาติผู้ดูแลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และยังมีผลต่อจิตใจของกลุ่มทดลองด้วยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ที่หลากหลาย และให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้กลุ่มทดลองไม่เกิดความเบื่อหน่าย มีความรู้สึกกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวในสังคมชนบทยังมีความ



เป็นครอบครัวขยายที่บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ดูแลซึ่งมีความใกล้ชิด ความผูกพัน จึงเป็นแรงเสริมให้บุคคลเกิดการกระทำพฤติกรรม (สุมิลสันติเวช, 2545) จึงเป็นวิธีที่นำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ บวกกับทัศนคติที่ดีของกลุ่มทดลองทำให้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก ลดพฤติกรรมในทางลบเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค (Becker, 1974) ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณาพรทิพย์กาญจนาเรา (2549) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางการให้ความรู้ทำให้กลุ่มทดลองได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เห็นถึงประโยชน์และลดอุปสรรคของการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นไปตามผลการศึกษาปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในระดับสูง และรับรู้อุปสรรคในการทำที่ต่ำสามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 29 (ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และรัตนศิริ ทาโต, 2556) นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ดูแล ซึ่งหากเกิดการเจ็บป่วยญาติผู้ดูแลมักเป็นผู้ดูแลหลักที่ต้องรับภาระในการดูแล ดังผลการศึกษาของอมรรวรรณ กวีภัทรนนท์ ธีระนุช ห่านรัตติย และปรียกมล รัชกุล (2556) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรีรัตน์ อินธา วิฑิตอาภา ตั้งคำวนิช และธีระยุทธ หยกกุล (2556) พบว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม สามารถนำไปใช้ปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น ผู้ที่มีบทบาทในชุมชน

เช่น พยาบาลเวชกรรมสังคม สามารถพัฒนาบทบาทของตนเองในการเป็นผู้ปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อาจเริ่มต้นจากชุมชนเล็กๆ และขยายผลต่อไปยังชุมชนอื่นๆ ได้

.....

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กชพร อ่อนอภัย. (2550). การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. มปท.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2551). รายงานประจำปี 2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กวี เมฆประดับ. (2544). ผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กฤษณาพร ทิพย์การจนเรขา. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ทรัพย์ทรง จอมพงษ์. (2546). ผลการส่งเสริม

สมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และคัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นารารพร ประยูรวิวัฒน์. (2548). Hypertensive emergencies acute stroke: The dilemma. ในศุภชัย ถนอมทรัพย์. (บรรณาธิการ), *New horizons in management of hypertension*. (หน้า 75-87) กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

นิจศรี ชาญณรงค์. (2542). แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ. ในวิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ), *Clinical practice guideline ทางอายุรกรรม*, (หน้า 180-194) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิดี พับลิเคชั่น.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2542). ความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ. *สารศิริราช*, 51, 997-1006.

ปาริชาติ พัยคมรักษ์ และรัตนศิริ ทาโต. (2556). ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(3), 81-92.

พีระ บุรณกิจเจริญ. (2550). *Guideline ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.



- รัตนา ยอดพรหมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี. (2549). รายงานการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.
- เล็ก สมบัติ. (2549). รายงานการวิจัยเรื่อง ภาพการณ์ดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: กองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศรีรัตน์ อินตา, วิธิตาภา ตั้งคำวานิช และธีระยุทธ หยกอุบล. (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และเป้าหมายทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการเสื่อมของไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 25(2), 95-107.
- ศุภวรรณ ป้อมจันทร์. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลน่าน. (2551). สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. มปท.
- สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. (2548). ปฏิทินสาธารณสุข. มปท.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สรัญญา พิจารีย์. (2547). การสนับสนุนจากพยาบาลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิรินาถ คำใจหนัก. (2548). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุปราณี วงศ์ปาลี. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (2550). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุวิมล สันติเวช. (2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมรรรณ กวีภัทรนนท์, ธีระนุช ห่านิรติคัย และปรีกษ์มล รัชกุล. (2556). โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 25(1), 93-105.
- อรุณี ศรีนวล. (2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ



ดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของ
ประชากรกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัด
กาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

Baranski, J. (2005). Increasing stroke awareness.
Health and Medical Complete, 39(2), 40.
Becker, M.H. (1974). The health belief model
and sick role behavior. *Health Education
Monographs*, 2, 409-419.
Dahlof, B. (2007). Prevention of stroke in
patients with hypertension. *The American
Journal of Cardiology*, 100(3A), 17J-24J.
House, J.S. (1981). *Work stress and social
support*. New Jersey: Prentice Hall.
Koning, J.S., Klazinga, N.S., Koudstaal, P.J., Prins,
A., Dippel, D.W.J., Heeringa, J. et al. (2004).
Quality of care in stroke prevention:

Results of an audit study among general
practitioners. *Preventive Medicine*, 38,
129-136.

Mancia, G. (2004). Prevention and treatment of
stroke in patients with hypertension.
Clinical Therapeutics, 26(5), 631-648.
Pedelty, L. & Gorelick, P. (2008). Management
of hypertension and cerebrovascular
disease in the elderly. *The American
Journal of Medicine*, 121, s23-s31.
Seshadri, S., Wolf, P.A., Beiser, A., Vason, R.S.,
Wilson, P.W.F., Kase, C. et al. (2001).
Elevated midlife blood pressure increases
stroke risk in elderly persons. *Archives of
Internal Medicine*, 161, 2343-2350.
Strong, K., Mathers, C., & Bonita, R. (2009).
Prevention stroke: Saving lives around the
world. *The Lancet Neurology*, 6(2), 182-187.