



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วม  
ของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

The effectiveness of motivation and family participation program on  
self-care behavior for preventing stroke among community-dwelling  
hypertensive older adults

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์	หัวหน้าโครงการวิจัย
นายแพทย์ สมชาย ตริทิพย์สถิตย์	ผู้ร่วมวิจัย
นางฉวีวรรณ ชื่นชอบ	ผู้ร่วมวิจัย
นางจิตาภา จุฑาภูวดล	ผู้ร่วมวิจัย
นางสาวกนิษฐา ภู่พวง	ผู้ร่วมวิจัย

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้  
(เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ Sci.055/2561.....

สัญญาเลขที่ 74/2561.....

## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

The effectiveness of motivation and family participation program on self-care behavior for preventing stroke among community-dwelling hypertensive older adults

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์      หัวหน้าโครงการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เลขที่สัญญา 74/2561 ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัยทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี นอกจากนี้แล้วขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและกรุณาให้ข้อเสนอแนะในแก้ไข และให้แนวคิดต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลแสนสุข ตลอดจนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนที่ได้ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ตลอดจนบุคคลอื่น ๆ ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณ ไว้ ณ โอกาสนี้

คุณค่าและประโยชน์ใด ๆ ของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาต่อบุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

คณะผู้วิจัย

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัย จากมหาวิทยาลัยบูรพา ประเภทงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (The effectiveness of motivation and family participation program on self-care behavior for preventing stroke among community-dwelling hypertensive older adults) รหัสโครงการ ....Sci.055/2561..... / สัญญาเลขที่.....74/2561..... ได้รับงบประมาณรวมทั้งสิ้น 335,900 บาท (สามแสนสามหมื่นห้าพันเก้าร้อยบาทถ้วน) ระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 – วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2561

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงปลอดภัยจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง
2. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน และการให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และนักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องได้
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไปประยุกต์ใช้เป็นนโยบายสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงานซึ่งจะเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงกึ่งทดลองซ้ำเพื่อพยายามลดระยะเวลาของกิจกรรมโดยที่ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงยังคงเดิม
2. นักวิจัยสามารถนำผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้

## บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองนับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุได้แก่โรคความดันโลหิตสูง การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 50 ราย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นรายกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2) แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล 3) แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง 4) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว สื่อวีดิทัศน์โปสเตอร์ และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งได้ผ่านการหาความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ไปใช้ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้น แล้วยังควรพิจารณาเพื่อลดระยะเวลาของโปรแกรมลงทั้งนี้ยังคงผลการวิจัยเช่นเดิม

## Abstract

Stroke has been a major health problem in Thailand. Hypertension plays as a risk and important factor causing this disease. This two-group pre test and post test quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of motivation and family participation program on self-care behavior for stroke prevention among community-dwelling hypertensive older adults. Samples were 100 community-dwelling hypertensive older adults who are at risk of stroke. Simple random technique was used to assign them into experimental and control group equally. The experimental group received four weekly 2-hour sessions of The Motivation and Family Participation Program while the control, group received usual care. Instruments used in this study consisted of 1. Screening tools (Thai MMSE 2002, Bathel ADL Index, The Stroke Risk Behavior Assessment, Thai Geriatric Depression Scale), 2. Collecting Data Tools (The Demographic Data Questionnaire, Self care Behavior Scale for Stroke Prevention due to Hypertension with its reliability of .89), and 3. Experimental Tools (Plan of Motivation and Family Participation Program on Self-Care Behavior for Stroke Prevention, VDO, Posters, and Self Care Manual for Stroke Prevention due to Hypertension). Data were computed using SPSS by frequency, percentage, mean, standard deviation, and dependent and independent *t* test.

Findings revealed that after receiving the intervention, mean score of self care behavior of experimental group was significantly higher than that of before receiving intervention ( $t_{49} = 32.87, p < .01$ ). Moreover, after receiving the intervention, mean score of self care behavior of experimental group was significantly higher than that of the control group ( $t_{98} = 20.95, p < .01$ ).

Nurses and health professionals should launch this program for community-dwelling hypertensive older adults so to prevent them from stroke. Additionally, researchers should conduct research to decrease the duration of the program for better result.

## สารบัญเรื่อง

	หน้า
กิติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ข
สรุปผลการวิจัย	ข
ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์	ข
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญเรื่อง	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	4
ขอบเขตของโครงการวิจัย	5
สมมุติฐานการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย	5
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	6
โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ	11
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	22
ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจ	26
วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	39
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
ผลการวิจัย	45
อภิปราย/วิจารณ์ (Discussion)	48



## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บรรณานุกรม	53
รายงานการเงิน	60
ภาคผนวก	61

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 44

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง..... 47

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ  
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง..... 47

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทดลอง

หน้า

44

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูง คือ โรคที่มีระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (WHO-ISH, 2003) จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปมีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 37 มีอัตรามารับบริการผู้ป่วยในอัตราค่อนข้างสูงมากในปี 2551 พบในอัตรา 7,213 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายจากความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.8 ต่อประชากรแสนคน

ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงเป็นระยะเวลานานโดยที่ไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติ หรือควบคุมอาการของโรคที่ดีก็จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) ผลกระทบด้านร่างกายจะทำให้หลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัว ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกายถูกทำลาย นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้ผู้สูงอายุ รู้สึกเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย อาจทำให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) จากผลกระทบด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลต่อการแสดงบทบาทในสังคม ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาทเดิมในสังคม ลดลง นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนอาจมีผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัวในการดูแลให้การช่วยเหลือ และยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา (สุวิตา ธรรมวิถิ, 2545) สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลต้องเสียค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองค่ารักษาพยาบาลจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อราย ต่อครั้ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) นอกจากนี้ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีความดันโลหิตสูงจะเสียชีวิตจากเลือดออกในสมองได้สูงถึง 3 เท่า ของบุคคลวัยเดียวกัน และพบว่า ร้อยละ 50 เป็นอัมพาต เนื่องจาก เส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546) อ้างถึงใน กฤษณาพรทิพย์กาญจนเรชา และสำลี สาสีกุล, 2551) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องรับการรักษากัน เพื่อป้องกัน และลดความรุนแรงจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ จากรายงานพบอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 –

2556 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยใน ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2556 มีอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้น 1.4 เท่า ในปี พ.ศ. 2550 มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 255.85 และในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้น เป็น 366.81 และในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราผู้ป่วยเท่ากับ 352.30 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังนั้น สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ การที่มีภาวะความดัน โลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นไปได้เป็นอย่างดี ประสิทธิภาพสิ่งที่สำคัญที่สุดคือผู้สูงอายุต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนป้องกันภาวะทุพพลภาพในอนาคตได้ (ศราวรุช อยู่เกษม, 2550) พฤติกรรม ดังกล่าว คือ การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำซึ่งเกลือโซเดียมจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีระดับความดัน โลหิตสูงขึ้น การจำกัดการรับประทานเกลือประมาณ 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัม หรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2 – 8 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรค ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า บุคคลที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดง โคโรนารีดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีการหลั่งสาร Endorphins ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุข และเพิ่ม High Density Lipoproteins ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2548) พบว่า การออกกำลังกายชนิด aerobic อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ๆ (อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน) จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ถึง 4-9 มิลลิเมตรปรอท และยังพบว่าการลดน้ำหนัก ตัวลงทุก 10 กิโลกรัมของคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยลดระดับความดันโลหิต ซิสโตลิกได้ถึง 5 – 20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) และมีรายงานว่าหากผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็ยังสามารถช่วยลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยช่วยลดความดัน โลหิตจากเดิมลงมาเป็นปกติได้ถึงร้อยละ 41 (กวี เมฆประดับ, 2544)

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่มี พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต การพักผ่อนและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (สิรินาถ คำใจหนัก, 2548) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความรู้ความเข้าใจ ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุม น้ำหนักตัว (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) โดยผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการ จึงดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง (กษพร อ่อนอภัย, 2551) และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อันเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีต้องมีแรงจูงใจ และเนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนอกจาก ต้องเผชิญกับความเสื่อมตามวัย อาการจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งผลกระทบและภาวะ แทรกซ้อนจากโรค ซึ่งจะมีผลต่อตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัวโดยตรง เพราะครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญที่สุด

ในการสร้างเสริมสุขภาพ มีบทบาทโดยตรงในการดูแลส่งเสริมสุขภาพสมาชิกในครอบครัวทั้งในสภาวะที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยและเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Schepp, 1995) แม้ในสังคมปัจจุบันบริบทของครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน แต่ความเชื่อและค่านิยมของสังคมไทยเรื่องบุญคุณ ความกตัญญู และความรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวยังคงมีอยู่ ฉะนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัว ให้กำลังใจ ให้ความรู้ คำแนะนำ การกระตุ้นและการชี้แนะแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยรวมทั้งได้ร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1983 cited in Conner & Norman, 2005) เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกลไกของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม เพื่อให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าจะถ้าไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างก็จะส่งผลคุกคามต่อสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นการสื่อสารโดยทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง สามารถนำมาวิเคราะห์ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตน มีความกลัวหากยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง มีการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตนตามคำแนะนำนั้น ซึ่งเป็นการกระทำที่ได้จากการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และการรับรู้เชื่อมั่นในความสามารถของตน เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่งในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้หรือไม่ ทั้งนี้ สามารถสร้างความเชื่อมั่นได้โดยเลือกการกระทำได้โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูด จะเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้มีความเหมาะสม การสื่อสารเพื่อชักจูงให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรค โดยการนำเสนอข้อมูลและข่าวสารที่บอกให้ทราบถึงอันตราย หรือภาวะคุกคามต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งผลจากการได้รับข้อมูลดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดการจูงใจในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (Conner & Norman, 2005)

การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation) เป็นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลหรือมีส่วนรับผิดชอบในการดูแล มีส่วนในการกระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแล รวมทั้งมีส่วนร่วมในกระบวนการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) ซึ่งได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวไว้ 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ 2) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลและการรักษา 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ และ

4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นที่การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังไม่มีการศึกษาในส่วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังไม่มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาอีกด้วย (วาสนา มากผาสุก, 2551) และยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังขาดความรู้และยังไม่มีความเข้าใจในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (หัสยาพร มะโน, 2552) นอกจากนี้ ยังไม่ทราบถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และยังไม่ทราบว่าถ้าระดับความดันโลหิตสูงติดต่อกันเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) ดังนั้น การให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สำหรับการจัดโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยประยุกต์ ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Roger (1983 cited in Conner & Norman, 2005) และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของตนในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาศัยอยู่ในชุมชนเขตรับผิดชอบของเทศบาลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 50 ราย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 1 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 จนถึง กันยายน พ.ศ. 2561

## สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของ Roger (1983 cited in Conner & Norman, 2005) และ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรม เนื่องจากการวิจัยที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังไม่มีการศึกษาในส่วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งยังเห็นความสำคัญในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (วาสนา มากผาสุข, 2551) และยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังขาดความรู้และไม่ทราบถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และยังไม่ทราบว่าถ้าระดับความดันโลหิตสูงติดต่อกันเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายและการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงความสำคัญ สามารถประเมินอันตราย ได้รับความรุนแรงของโรค และรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหากยังคงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการเผชิญปัญหาโดยการสร้างเสริมการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย



## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
4. การมีส่วนร่วมของครอบครัว
5. ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ
6. โปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

### 1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (อรพิน เทิดอุดมธรรม, 2550)

#### การจำแนกระดับความดันโลหิตสูง

**ความดันโลหิตสูง** หมายถึง การที่มีความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee VII, 2003; WHO-ISH, 2003) สามารถจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. จำแนกตามระดับความดันโลหิต โดยอาศัยการแบ่งระดับความดันโลหิตตามอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดไว้ ดังนี้ (Joint National Committee VII, 2003)

1.1 ความดันโลหิตระดับปกติ ความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

1.2 ความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ ความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 120 – 139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในช่วง 80 – 89 มิลลิเมตรปรอท

1.3 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 140 – 159 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในช่วง 90 – 99 มิลลิเมตรปรอท

1.4 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

2. จำแนกตามความรุนแรงของความดันโลหิตสูงร่วมกับการถูกทำลายของอวัยวะต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

2.2 ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่าง ต่อไปนี้

2.2.1 เวเนทริเคิล (Ventricle) ซ้ายโต

2.2.2 หลอดเลือดแดงที่เรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน

2.2.3 มีอัลบูมิน (Albumin) ในปัสสาวะ และ/หรือครีอะตินิน (Creatinin) ในเลือดสูงกว่าปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 ตรวจพบว่า มีอวัยวะถูกทำลายเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูงและมีอาการแสดง ดังต่อไปนี้

2.3.1 มีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย

2.3.2 อัมพาตจากเลือดออกในสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic Attack) หรือภาวะสมองบวม

2.3.3 เรตินามีเลือดออก และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม (Papillo Edema)

2.3.4 ไตวาย ตรวจพบครีอะตินิน (Creatinin) มากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลอดเลือดมีการโป่งพองของหลอดเลือด (Dissecting Aneurysm) หรือมีอาการของหลอดเลือดอุดตัน

3. จำแนกตามสาเหตุ แบ่งได้ 2 ชนิด ดังนี้

3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential or Primary Hypertension) คือ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูงพบได้มากกว่าร้อยละ 90 – 95 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เชื่อว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด หรือมีไขมันสูง ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด

3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Isolate Systolic or Secondary Hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5 – 10 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุอาจเกิดจากการได้รับยา หรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคไต ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

#### อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลางมักจะไม่แสดงอาการ อาการที่พบได้มักอยู่ในระดับความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาหรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ อาการและอาการแสดงที่พบมี ดังนี้

1. อาการปวดศีรษะข้างเดียว ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวมักพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าในคนปกติ มักจะปวดที่บริเวณท้ายทอย เกิดขึ้นในตอนเช้าและจะดีขึ้นหรือค่อย ๆ หายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง ต่อมาอาจมีคลื่นไส้ อาเจียน หรือตามัวร่วมด้วย

2. เวียนศีรษะ (Dizziness) มีนงงอาจจะเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะข้างต้นหรือไม่ก็ได้

3. เลือดกำเดาไหล (Epitaxis) พบได้ไม่บ่อยนัก ส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุของโรคในโพรงจมูก ก็มักพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่อาการจะหายไปเมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ

4. อาการเหนื่อยหอบขณะออกแรงหรือทำงานหนัก นอนราบไม่ได้ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว

### อันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องมีการควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต หากไม่ได้รับการรักษา คุณเองไม่ถูกต้องหรือขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติไม่ได้ และหากมีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ

1. หัวใจ ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักจากแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้น และถ้าภาวะนี้เกิดขึ้นต่อไปเส้นใยของกล้ามเนื้อก็จะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่สามารถทำงานได้อีก ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิมเกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก สมรรถภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจจะเสื่อมลงมากจนในที่สุดหัวใจทำงานไม่ไหวเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) หรือภาวะหัวใจวาย ทำให้มีอาการบวม หอบเหนื่อย ไอเป็นเลือด ถ้ารักษาไม่ทันทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจวายถึงร้อยละ 75

2. สมอง การที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง ชูขรุขระ หรือตีบแคบจะทำให้เลือดไหลผ่านไม่สะดวก ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจนเกิดมีบางส่วนของเนื้อสมองตาย สมองส่วนนั้นสูญเสียการทำงานไม่สามารถสั่งการให้แขนขามีการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ จึงเกิดเป็นอัมพาตครึ่งซีก พิการ บางรายมีหลอดเลือดสมองโป่งพองและแตก ทำให้เลือดออกในสมอง ทำลายเนื้อเยื่อสมองบริเวณข้างเคียง เกิดจากความดันโลหิตที่สูงอยู่นานทำให้มีแรงต้านทานในหลอดเลือดเกิดติดต่อกันเป็นเวลานาน เกิดการโป่งพองของผนังหลอดเลือดที่เรียกว่าเส้นเลือดโป่งพอง ทำให้หลอดเลือดเสียหายความยืดหยุ่นและแตกง่าย ถ้าเนื้อสมองส่วนใหญ่ถูกทำลายจะเกิดอาการหมดสติ (Coma) ทำให้เกิดอัมพาตหรือเสียชีวิตทันที เส้นเลือดในสมองแตกเป็นโรคแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้มากที่สุดในประเทศตะวันตก เส้นเลือดในสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงได้มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือดซึ่งเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือด พบว่าความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอุบัติการณ์เส้นเลือดในสมองแตก (Stroke) ได้ทุกชนิด

3. ไต เมื่อความดันโลหิตสูงมากและนานจากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในหนาแข็งรูหลอดเลือดตีบและแคบลง ชูขรุขระ เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหลอดเลือดในผู้สูงอายุพบว่าเลือดที่ผ่านไตลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และพบว่าขนาดของโกลเมอรูลาร์ ฟิเลทรชั่น เรท (Glomerular Filtration Rate, GFR) ลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสูงอายุ และมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มีการทำลายของโกลเมอรูลัส ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงและไตเสื่อมสภาพ อาจพบโปรตีนในปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย

4. ตา ในรายที่ความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือ หลอดเลือดฝอยตีบแคบอย่างรวดเร็ว และเมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงจะลดลง 1 ใน 3 เป็นผลมาจากการเสื่อมของอีลาสติกแลมินาร์ (Elastic Laminae) ทำให้ชั้นมีเดีย (Media) บางลงและเปราะ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) และ

มีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกในจอตาและประสาทตาบวม ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอภาพในตา มีการเปลี่ยนแปลงของจอตา การเปลี่ยนแปลงของเรตินา (Retina) ทำให้หลอดเลือดตีบลงเล็กน้อย หลอดเลือดดำตรงที่หลอดเลือดแดงผ่านจะถูกกด มีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโดยทั่วไปหรือเป็นเฉพาะบางแห่งมีการบวมของจอภาพนี้ย่นตำราร่วมด้วย

### ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุ มีรายละเอียด ดังนี้

1. อายุ ผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมตามวัย และเกิดการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Fetzer, 2001) โดยระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1 – 2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ในขณะที่ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.5 – 1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี (Swales, 1995)

2. เพศ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่า เพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน โดยเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 จะมีความดันโลหิตสูง เนื่องจาก ฮอร์โมนเพศหญิงมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของเรนินในกระแสเลือด ทำให้มีผลต่อการดูดกลับน้ำเข้าสู่ร่างกายมากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน (Olson & Warren, 2000)

3. การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Law, 1997) พบว่า การจำกัดการรับประทานเกลือประมาณ 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัมหรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2 – 8 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

4. ภาวะอ้วน กลไกของความดันโลหิตสูงในคนอ้วนมีความเกี่ยวข้องในเรื่องน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ซึ่งทำให้เพิ่มการซึมผ่านและปริมาณเลือดออกจากหัวใจ คนอ้วน ร้อยละ 50 จะมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistant) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง มีผลไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดซึมน้ำกลับของน้ำ และโซเดียม (Groer, 2001) และยัง พบว่าการลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัม ของคนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5 – 20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

5. ขาดการออกกำลังกาย บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้ร่างกายมีการหลั่งสาร endorphins ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุข และเพิ่ม High Density Lipoproteins (HDL) ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2548) พบว่าการออกกำลังกายชนิด aerobic อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ๆ (อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน) จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4 – 9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

6. บุหรี่ ในบุหรี่มีส่วนประกอบของสารนิโคติน ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน มีผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และทำให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีผลต่อการดำเนินของโรคด้วย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

7. แอลกอฮอล์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราในปริมาณมากเป็นประจำ จะทำให้เกิดโรคหัวใจอย่างรุนแรง (Linton & Lach, 2007) พบว่าการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 drinks/วัน ในผู้ชาย (Ethanol 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มิลลิลิตร) และไม่เกิน 1 drink/วัน ในผู้หญิงและคนน้ำหนักน้อย จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2 – 4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

### การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาความดันโลหิตสูง คือ การรักษาให้ความดันโลหิตมีค่าต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับอวัยวะสำคัญ คือ หัวใจ ตา ไต และสมอง แบ่งได้ 2 วิธี ดังนี้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา นั่นคือการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1.1 ลดน้ำหนัก โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะอ้วน หลีกเลี้ยง หรือลดการใช้เนย ไขมัน และน้ำมัน ในการปรุงอาหาร หลีกเลี้ยงอาหารทอด ให้รับประทานอาหารประเภท อบ นึ่ง ต้มแทน รับประทานอาหารประเภทผัก ถั่ว ผลไม้ ให้มากขึ้น หลีกเลี้ยงการดื่มสุรา ดื่มน้ำ กาแฟที่ไม่มีคาเฟอีน นมพร่องไขมัน และน้ำผลไม้ การลดน้ำหนักสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และยังพบว่า การลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัมของคนที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 5 – 20 มิลลิเมตรปรอท

1.2 จำกัดเกลือหรืออาหารรสเค็ม โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการบวม หลีกเลี้ยงอาหารประเภทของดองเค็ม เนื้อเค็ม ซุปกระป๋อง ใช้เครื่องเทศแทนเกลือ หรือผงชูรส รับประทานแต่อาหารว่างที่มีเครื่องหมาย "เกลือต่ำ" (Low Salt) หรือ "ปราศจากเกลือ" (Salt – Free) การรับประทานเกลือมาก จะทำให้ความดันโลหิตสูง และไตทำงานหนัก การจำกัดการรับประทานเกลือประมาณ 100 มิลลิโมลต่อวัน (โซเดียม 2.4 กรัมหรือโซเดียมคลอไรด์ 6 กรัม) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2 – 8 มิลลิเมตรปรอท

1.3 ออกกำลังกายให้พอเหมาะกับสภาพของร่างกาย อย่าออกกำลังกายมากเกินไป การเดินวันละ 20 – 30 นาที จะช่วยลดน้ำหนักได้ จะช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ลงได้ 4 – 9 มิลลิเมตรปรอท ช่วยทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และป้องกันโรคของหลอดเลือดได้ ก่อนเริ่มออกกำลังกายใด ๆ ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

1.4 งดหรือลดการดื่มสุรา การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ควรงด หรือดื่มปริมาณน้อย เช่น ในวันหนึ่ง ๆ ไม่ควรดื่มสุราเกิน 60 มิลลิลิตร เบียร์ 720 มิลลิลิตร ไวน์ 260 มิลลิลิตร

1.5 ผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากเป็นไปได้ พยายามเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้เครียด ทั้งที่ทำงาน และที่บ้าน พยายามตอบสนองอย่างมีสติ และนุ่มนวลต่อสภาวะเครียดที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือหลีกเลี่ยงได้

1.6 พักผ่อนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2. การรักษาโดยใช้ยา ผู้ป่วยจะได้รับยาลดความดันโลหิตสูงเมื่อการปฏิบัติตนโดยไม่ใช้ยาไม่สามารถ ภาวะความดันโลหิตสูงได้ หรือผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับการตรวจพบว่ามีความดัน โลหิตสูง ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตที่มีใช้ในปัจจุบันแทบทุกชนิดจะมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต ได้ใกล้เคียงกัน แต่แพทย์จะเลือกใช้ยาโดยอาศัยหลักดังต่อไปนี้

2.1 ยาชนิดนั้น ๆ มีหลักฐานการยืนยันทางการแพทย์ว่า สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้อย่างแน่นอน

2.2 ยาชนิดนั้น ๆ ควรจะเกิดประโยชน์ต่อโรคอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยอาจมีอยู่นอกจากโรคความดันโลหิต สูง เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจขาดเลือด โรคต่อมลูกหมากโต เป็นต้น

2.3 ยาชนิดนั้น ๆ ไม่ควรก่อผลเสียต่อโรคอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยอาจจะมีอยู่นอกจากโรคความดัน โลหิตสูง เช่น ไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าเดิม ไม่ทำให้เกิดโรคเกาต์กำเริบ ไม่ทำให้ การทำงานของไตเสื่อมลงกว่าเดิม เป็นต้น

2.4 ยาชนิดนั้น ๆ มีผลข้างเคียงน้อย และมีราคาที่เหมาะสม

## 2. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโลกและเป็นอันดับสามในประเทศ ที่กำลังพัฒนา เป็นโรคที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีอัตราการตายและอัตราการเกิดความพิการสูง เพราะเป็น ภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ในอนาคตเมื่อมีกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จะเป็นโรคที่เป็นภาระของประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น (จเร วิชาไทย และคณะ, 2552) เป็น โรคที่ทำให้เกิดความพิการ แขนขาอ่อนแรงหรือเสียความรู้สึก ความเข้าใจภาษา อาจมีปัญหาเรื่องการมองเห็นหรือ การได้ยิน ทำให้ผู้ป่วยพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นปัญหาแก่ญาติในการดูแล ซึ่งอาการจะมากหรือน้อยขึ้นกับพยาธิ สภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เป็นโรคที่ป้องกันได้ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และเมื่อเป็นแล้วการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการรักษาที่ถูกต้องอย่างทันที่ซึ่งสามารถลดอัตราการตายและการ เกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้มาก หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง ปลอดภัย คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อน เพิ่ม ศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้แม้ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ เน้นให้ญาติมีส่วนร่วม ในการดูแล ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และการป้องกันเป็นซ้ำ

### ความหมาย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีลักษณะที่เกิดขึ้นทันทีทันใดหรือค่อยเป็น ค่อยไป มีสาเหตุมาจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศสหรัฐอเมริกา รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (Linton, A.D. & Lach, H.W., 2007).

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นภาวะรบกวนหน้าที่การทำงานของสมอง ซึ่งเป็นแบบบางส่วนหรือทั้งสมอง ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการคงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง จนกระทั่งเป็นสาเหตุไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง (Markus, 2003)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS]) ได้ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่าโดยความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรืออย่างถาวรก็ได้ (NINDS, 2009)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง “เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง” (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

### ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ ดังนี้ คือ 1) สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (TIA) 2) สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทรานเกิน 24 ชั่วโมงแต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (Reversible Ischemic Neurologic Deficit [RIND]) 3) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่แล้ว (Complete Stroke) และ 4) โรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง (Stroke in Evolution; Progressive Stroke) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (TIA) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทเฉียบพลัน เนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5 – 10 นาที และหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง มักมีสาเหตุมาจากการมีสิ่งอุดตัน (Emboli) หลุดลอยออกไปจากหัวใจและหลอดเลือดไปอุดตันของหลอดเลือดสมอง หรือเกิดจากหลอดเลือดที่ตีบตัน (Thrombosis) ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณสมองไม่เพียงพอ และเวลาต่อมาอาจมีการไหลของเลือดผ่านหลอดเลือดที่ตีบแคบนั้นได้ (CDC, 2004) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวสามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่มอาการใหญ่ตามหลอดเลือดที่เกิดพยาธิสภาพ คือ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เนื่องจาก หลอดเลือดแคโรทิด (Carotid TIA) และภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เนื่องจาก หลอดเลือดเวทโทโรบาซิลลา (Vertebrobasilar TIA) โดยมีอาการและอาการแสดง (Markus, 2003) ดังนี้

2. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เนื่องจาก หลอดเลือดแคโรทิด (Carotid TIA) ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขา และหน้าอ่อนแรงหรือชา ด้านตรงข้ามกับรอยโรคของสมอง มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษา หรือความเข้าใจภาษา (Aphasia) (ในกรณีสมองซีกซ้าย หรือซีกเด่นเสีย) ไม่สนใจ หรือละเลยร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรค (ในกรณีสมองซีกขวา หรือซีกด้อยเสีย) และมีอาการทางสายตา เช่น ตาบอดชั่วคราว (Amaurosis Fugax) หรือตามองไม่เห็นครึ่งซีก (Homonymous hemianopsia)

2.1 ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเนื่องจากหลอดเลือดเวทโทโรบาซิลลา (Vertebrobasilar TIA) ผู้ป่วยจะมีอาการเวียนศีรษะ (Vertigo) คลื่นไส้อาเจียน ตามองไม่เห็นครึ่งซีก (Homonymous Hemianopsia) มีความผิดปกติของการกลอกตา ตากระตุก (Nystagmus) มองเห็นภาพซ้อน เดินเซ (Ataxia) พูดลำบาก (Dysarthria) มีอาการอ่อนแรงหรือชาของแขน ขา อาจจะเป็นซีกเดียวหรือทั้ง 2 ข้างก็ได้

นอกจากนี้ อาจพบความผิดปกติของก้านสมองและสมองเล็ก

2.2 สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมง แต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (RIND) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีอาการผิดปกติปรากฏอยู่นานประมาณ 24 – 72 ชั่วโมง หรืออาจถึง 1 สัปดาห์ แล้วจะกลับมาเป็นปกติใหม่ อาการขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพสาเหตุไม่แน่ชัด อาจเกิดจากการควบคุมการไหลเวียนโลหิตผิดปกติชั่วคราว ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดเป็นบริเวณเล็ก ๆ ในส่วนเนื้อสมองที่อยู่ลึกลงไป ภาวการณ์นี้อาจเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า

2.3 โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่แล้ว (Complete Stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างคงที่ โดยไม่แย่ไปกว่าเดิม อาการของโรคอยู่ตัวแล้ว (Stable Stroke) ไม่มีการบวมเพิ่มขึ้นของสมองรอบรอยโรค นั้น เป็นระยะที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่

2.4 โรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง (Stroke in Evolution; Progressive Stroke) หมายถึง ความผิดปกติทางระบบประสาทที่อาการดำเนินไปเรื่อย ๆ หลังจากสังเกตอาการได้ระยะหนึ่งแล้ว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดเลือด (Infraction) กลไกที่เชื่อว่าเป็นไปได้มาก คือ มีการอุดตันของเส้นเลือดมากขึ้นเรื่อย ๆ หรือถ้าเป็นกรณีที่หลอดเลือดแตก อาจเกิดจากการแตกซ้ำ

### อุบัติการณ์

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี พ.ศ. 2548 ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีละเกือบ 6 ล้านราย หรือประมาณร้อยละ 2 ของผู้เสียชีวิตทุกสาเหตุ เฉลี่ยตายนาทีละ 11 ราย ถ้าเป็นโรคนี้แล้วรอดชีวิตก็จะหลงเหลือความพิการอยู่ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าว จำนวน 242,023 ราย และมีกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคดังกล่าวอีกประมาณ 10 ล้านคน

โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง ทั้งนี้ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้นั้น ประมาณ 690 คน ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิตปีละ 50,000 – 60,000 ราย และมีผู้ป่วยประมาณ ปีละ 250,000 ราย ส่วนมากพบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ มีปัจจัยเสี่ยง คือ ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็มจัด นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

**ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง** (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

#### 1. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และกรรมพันธุ์

1.1 อายุ พบว่า อายุที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือด เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่า ของคนที่อายุน้อย (Mackay & Mensah, 2004)

1.2 เพศ เพศชายเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับหญิงที่มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น (Rosamond et al., 2008) และถ้าเป็นหลอดเลือดสมองแล้วเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าเพศชาย



1.3 เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำ (African American) เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำอ้วน เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว (Mackay & Mensah, 2004; Barbara W. & Deborah T., 2007)

1.4 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป (Liao et al., 1997; Nicolaou et al., 2000)

1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่าผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนประมาณ ร้อยละ 4 – 7 จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในปีแรก (Burn et al., 1994; Hankey & Warlow, 1999; Hardie et al., 2004) ฮาร์โต และคณะ (2004) ได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน จำนวน 328 ราย ในเมืองเพิร์ท ประเทศออสเตรเลีย เป็นเวลา 10 ปี พบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสัมพันธ์ เป็น 6 เท่า ของประชากรทั่วไป โดย 1 เดือนแรกมีความเสี่ยงสัมพันธ์ในการกลับเป็นซ้ำสูงถึง ร้อยละ 41 (Hardie et al., 1994)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ยาบางชนิด ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

2.1 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association, 2008) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็น ประมาณ 4 – 6 เท่า เนื่องจาก ภาวะความดันโลหิตทำให้หลอดเลือดที่เลี้ยงสมองเสียความยืดหยุ่นและอาจตีบแคบก่อให้เกิดการโป่งพอง เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอีกและอาจทำให้หลอดเลือดบางส่วนเกิดการแตกได้ (Kaplan, 2002)

2.2 เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 – 3 เท่า ของคนที่ไม่เป็น เนื่องจาก ผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.3 ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และระดับไขมันดีหรือ High Density Lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนไขมันชนิดไม่ดีหรือ Low Density Lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100 – 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกอน (Plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือดทำให้ผนังเส้นเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจึงไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด วิธีลดไขมันชนิดไม่ดีและเพิ่มไขมันชนิดดีทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันลดลง เพิ่มผักและผลไม้มากขึ้น (ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.4 ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายและเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ร้อยละ 11 (Mackay & Mensah, 2004) โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุงมีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้น จึงควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index หรือ BMI) ไม่ควรเกิน 23 kg/m<sup>2</sup> โดยคำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลัง 2 หรือรอบเอวไม่ควรเกิน 32 นิ้ว ในเพศหญิง และ 36 นิ้ว ในเพศชาย

2.5 โรคหัวใจ เช่น หัวใจล้มเหลว โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจอาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรคหัวใจชนิด Atrial Fibrillation มีโอกาสเสี่ยงเป็น 5 เท่า ของคนที่ไม่เป็น (ปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์, 2548)

2.6 Homocystein สูง Homocystein เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือด ค่าปกติ ประมาณ 5 – 15 มิลลิโมลต่อลิตร เนื่องจาก Homocystein จะทำให้ผนังหลอดเลือดชั้นในหนาตัวขึ้น (Atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้ระดับ Homocystein สูงทำได้โดยการให้รับประทานอาหารที่มี Folic Acid และหรือรับประทานวิตามินบี 6 และ 12 เสริม

2.7 บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนนอกไซตีในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ประมาณ 1.5 – 2 เท่า (ปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์, 2548; Rosamond et al., 2008)

2.8 แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะ หรือเลือดออกง่ายกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง (Mackay & Mensah, 2004)

2.9 โคเคน แอมเฟตามีน (Amphetamines) และเฮโรอีน เป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันมากขึ้น ซึ่พจรเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

2.10 การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานใช้แรงและผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารประเภททอดหรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักในเขียวและผลไม้ (Mackay & Mensah, 2004)

2.11 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ได้รับความดันโลหิตสูง ยาคุมกำเนิด ยาพวกสเตียรอยด์ ภาวะเลือดหนืดขึ้น (Rosamond et al., 2008)

### สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

โรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง มีความผิดปกติซึ่งมี 2 ชนิด คือ 1) หลอดเลือดสมองอุดตัน และ 2) หลอดเลือดสมองแตก ทำให้สมองหยุดทำงานไปอย่างเฉียบพลันจากการที่สมองไม่มีเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออกแทรกทับในเนื้อสมอง

#### 1. โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ซึ่งเกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ

##### 1.1 การอุดตันของหลอดเลือดจากการเสื่อมหรือการแข็งตัวของหลอดเลือด

เป็นสาเหตุของหลอดเลือดอุดตันที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น สูงอายุ ความดันเลือดสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ หรือไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงอย่างเดียวหรือหลายอย่างในคนเดียวก็ได้

**1.2 ก้อนเลือดจากหัวใจ หรือตะกอนเลือดจากผนังหลอดเลือดแดงที่คอด้านหน้าหลุดเข้าสู่อดตันหลอดเลือดในสมอง** สาเหตุของก้อนเลือดจากหัวใจหลุดเข้าสู่สมอง มักเกิดในคนที่มีการเต้นหัวใจไม่สม่ำเสมอ ชนิดหัวใจห้องซ้ายบนเต้นพริ้ว (Atrial Fibrillation หรือ AF) การเต้นของหัวใจที่บีบตัวไม่พร้อมกันทั้งห้อง ทำให้มีเลือดค้างในห้องหัวใจ เลือดจะเกิดการแข็งตัวเป็นก้อนเลือดขนาดใหญ่บ้างเล็กบ้าง ในวันที่เกิดอาการ เกิดจากก้อนเลือดหลุดออกไปที่หัวใจห้องซ้ายล่างแล้วออกต่อไปที่หลอดเลือดแดงใหญ่ และหลุดเข้าไปในสมอง เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กกว่าก้อนเลือด ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง นอกจากนี้ ตะกอนเลือดที่อยู่ผิวของ Plaque ในผนังหลอดเลือดใหญ่ที่คอสามารถหลุดเข้าไปติดในหลอดเลือดสมองจากแรงของเลือดที่ไหลเร็วกว่าปกติ บริเวณที่หลอดเลือดคอตีบทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองได้เช่นกัน

**1.3 ความดันเลือดลดลงมาก จนไปเลี้ยงสมองไม่ทัน เป็นสาเหตุที่พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด** สาเหตุของความดันเลือดที่ลดลง มีดังนี้

1.3.1 หัวใจหยุดเต้นจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองหรือเรียกว่า Heart Attack เมื่อกู้ชีพมาได้ หลังจากหัวใจหยุดทำงานไปนานทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เมื่อหัวใจกลับมาเต้นใหม่ แต่สมองขาดเลือดนานเกินไป ก็ไม่สามารถกลับมาทำงานใหม่ได้

1.3.2 ความดันเลือดตกมากในผู้ป่วยติดเชื้อเข้ากระแสเลือดที่เรียกว่าภาวะช็อค (Shock)

1.3.3 การกินยาลดความดันเกินขนาด ทำให้ความดันเลือดต่ำจนไม่สามารถเลี้ยงสมองได้พอ

1.3.4 ความดันต่ำจากการเปลี่ยนท่า จากท่านอนหรือนั่งเป็นทำยืนเร็วเกินไป มักพบในคนสูงอายุที่กินยาลดความอ้วน หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานาน และมีการเสื่อมของประสาทส่วนปลายร่วมด้วย

## 2. หลอดเลือดในสมองแตก แบ่งได้เป็น 2 ชนิด

**2.1 เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral Hemorrhage หรือ ICH)** เกิดจากหลอดเลือดขนาดเล็กมากเท่าเส้นผมหรือเล็กกว่า เกิดการโป่งพอง หรือผนังหลอดเลือดเองเปราะบางจากอายุที่มาก เกิดการแตกทำให้เลือดออกในเนื้อสมองขนาดเท่าเม็ดถั่วจนอาจจะใหญ่เท่าผลส้มลูกใหญ่ได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดอาการ อัมพฤกษ์ อัมพาต ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนหรือหมดสติได้ ในรายที่ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ สาเหตุที่พบ ได้แก่

2.1.1 ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ คนสูงอายุ มีความดันสูงมานาน เบาหวาน ดื่มเหล้าเบียร์มาก เครียดมาก

2.1.2 ผู้ป่วยสูงอายุและมีผนังหลอดเลือดเปราะ (Amyloid Angiopathy)

2.1.3 ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดพิการแต่กำเนิด ซึ่งมีหลอดเลือดขดไปมาจำนวนมากและขนาดใหญ่กว่าปกติ (Arteriovenous Malformation หรือ AVM)

**2.2 เลือดออกที่ผิวสมอง (Subarachnoid Hemorrhage หรือ SAH)** เกิดจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ฐานสมอง ซึ่งมีขนาดประมาณไส้ปากกาลูกสูบถึงขนาดหลอดดูดกาแฟขนาดเล็ก เกิดการโป่งพองและค่อย ๆ โตขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดบางมากแล้วแตกออก เลือดที่ออกมักมีจำนวนมากและกระจายไปทั่วผิวสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะมาก อาเจียน ถ้าเป็นมากอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ สาเหตุที่พบ ได้แก่

2.2.1 ผู้ป่วยที่มีผนังหลอดเลือดใหญ่ที่ฐานสมองไม่แข็งแรงร่วมกับมีความดันโลหิตสูงมานาน ความดันสูงนี้จะค่อย ๆ ดันให้ผนังหลอดเลือดโตเป็นกระเปาะโตขึ้นเรื่อย ๆ ผนังหลอดเลือดบางลงเรื่อย ๆ และในที่สุดก็จะแตกออก

2.2.2 หลอดเลือดพิการแต่กำเนิดที่มีจำนวนมาก ขดไปมาและขนาดใหญ่กว่าปกติ (AVM) บริเวณผิวสมอง ซึ่งเป็นตั้งแต่กำเนิด เมื่อโตขึ้นจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและแตกได้ในที่สุด

### พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันจากสาเหตุต่าง ๆ มีผลทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ซึ่งโดยปกติในวัยผู้ใหญ่สมองจะต้องการเลือดไปเลี้ยง ประมาณ 50 – 55 มิลลิลิตร/100 กรัม สมอง/นาที หรือ ประมาณ 750 – 1000 มิลลิลิตร/นาที เมื่อปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ในระยะแรกร่างกายจะมีการปรับตัว โดยมีการไหลเวียนของเลือดไปตามหลอดเลือดที่เชื่อมประสานหรืออาจมีการสกัดกั้นออกซิเจนจากเลือดมากขึ้น แต่ถ้าปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงมากจนเหลือเพียง 20 มิลลิลิตร/100 กรัม สมอง/นาที เป็นเวลานาน 15 – 30 นาที จะเริ่มมีความผิดปกติของคลื่นสมองเกิดขึ้นและเมื่อปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเหลือ 10 – 15 มิลลิลิตร/100 กรัม สมอง/นาที จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในเซลล์สมอง เนื่องมาจาก ขบวนการแลกเปลี่ยนโซเดียมและโปแตสเซียมในเซลล์สมองถูกรบกวนทำให้เกิดการบวมภายในเซลล์สมองขึ้น ถ้า ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยกว่า 10 มิลลิลิตร/100 กรัม สมอง/นาที จะเกิดขบวนการเผาผลาญอาหารแบบไม่ใช้ออกซิเจนในเซลล์สมอง เป็นเหตุให้มีการคั่งของกรดแลคติกและเซลล์สมองจะถูกทำลายอย่างถาวรหรือเกิดการตายของเนื้อสมอง ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการแตกเลือดในสมอง แบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีเลือดออกในเนื้อ สมองและกลุ่มที่มีการแตกเลือดในช่องอะแรคนอยด์ โดยกลุ่มที่มีการแตกเลือดในเนื้อสมองนั้นก้อนเลือดจะไปกินที่ใน สมองเกิดการทำลายของเนื้อสมองและก้อนเลือดยังไปกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง ซึ่งอาจทำให้น้ำไขสันหลังระบาย ไม่สะดวก เกิดการคั่งของน้ำไขสันหลังหรือเกิดสมองบวมจากภาวะสมองขาดเลือดจากก้อนเลือดที่ไปกดทับในที่สุด ความดันในกระโหลกศีรษะจะสูงขึ้น ความดันนี้ยังไปกดหลอดเลือดในสมองทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และเกิดภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดสมองบวมมากขึ้น นอกจากนี้ ความดันดังกล่าวยังไปกดหลอดเลือดดำ ภายในสมอง ทำให้มีการคั่งของหลอดเลือดดำยังผลให้สมองที่บวมยิ่งบวมมากขึ้น สำหรับกลุ่มที่แตกเลือดในช่องใต้ เยื่ออะแรคนอยด์ เลือดจะผสมกับน้ำไขสันหลัง ซึ่งเมื่อเม็ดเลือดมีการสลายจะเกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองขึ้น และเกิดผังผืดในช่องเยื่ออะแรคนอยด์ตามมา ทำให้การระบายน้ำไขสันหลังเสียไป เกิดการคั่งของน้ำไขสันหลังขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความดันในกระโหลกศีรษะสูงร่วมกับมีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมองอย่างรุนแรง ซึ่งผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนผู้ที่รอดชีวิตก็มักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ เนื่องจาก มีการตายของ เนื้อสมองเกิดขึ้น

### อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่ของตนเอง ถ้าสมองส่วนใดก็ตามขาดเลือดไปเลี้ยงจากการที่หลอดเลือดอุดตัน หรือมีเลือดออกคั่งในสมองทำให้สมองส่วนนั้น ๆ หยุดการทำงานไป ทำให้เกิดอาการตามส่วนของสมองที่เกิด ปัญหา สมองมีส่วนต่าง ๆ ที่สำคัญ ดังนี้

#### 1. สมองใหญ่ (Cerebrum) อยู่ด้านบนสุดและมีขนาดใหญ่สุด แบ่งได้เป็น 5 ส่วน

1.1 สมองใหญ่ส่วนหน้า (Frontal Lobe) ทำหน้าที่สั่งให้ร่างกายเคลื่อนไหวโดยสมองข้างขวา สั่งให้ร่างกายซีกซ้ายเคลื่อนไหว และสมองข้างซ้ายสั่งให้ร่างกายซีกขวาเคลื่อนไหว ถ้าสมองส่วนนี้หรือเส้นประสาท ที่ส่งต่อเนืองไปยังร่างกายเสียหายหรือหยุดทำงาน ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงด้านตรงข้ามรวมทั้งใบหน้าด้าน

ตรงข้ามจะเบี้ยวไปด้วย ถ้าเป็นมาก ขยับไม่ได้เลย เรียกว่า อัมพาตครึ่งซีก ถ้าพอขยับหรือยกแขนขาได้ เรียกว่า อัมพฤกษ์ นอกจากนี้ มีส่วนของการสั่งให้พูด (Broca Area) อยู่ด้านล่างของสมองส่วนหน้าข้างซ้าย (เป็นสมองข้างที่เด่นซึ่งในคนมักเป็นข้างซ้าย) ถ้าสมองส่วนนี้เสียไปผู้ป่วยพูดไม่ได้หรือถ้าเป็นไม่มาก ผู้ป่วยอาจพูดได้บ้างคำและพูดต่อเป็นประโยคไม่ได้

**1.2 สมองใหญ่ส่วนข้าง (Parietal Lobe)** มีหน้าที่รับรู้การสัมผัส การเจ็บร้อนเย็น จากร่างกาย ซีกด้านตรงข้าม ถ้าผิดปกติจะมีการขาดด้านตรงข้ามกับสมองที่มีปัญหา

**1.3 สมองใหญ่ส่วนขมับ (Temporal Lobe)** มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับความจำ แต่มีส่วนที่สำคัญจุดหนึ่งทำหน้าที่แปลเสียงที่ได้ยิน เป็นภาษาและต้องอยู่ในสมองข้างที่เด่น (ข้างซ้าย) ถ้าสมองส่วนนี้เสีย ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจเสียงที่ได้ยินว่าแปลว่าอะไร ทั้งที่เป็นภาษาไทยที่เคยรู้มาก่อน

**1.4 สมองใหญ่ส่วนท้ายทอย (Occipital Lobe)** มีหน้าที่สำคัญคือการรับภาพที่ส่งมาทางตา ถ้าสมองส่วนนี้เสีย ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นครึ่งซีกของลานสายตาของแต่ละตา ถ้าทดสอบโดยการปิดตา เมื่อเปิดตาพร้อมกันสองข้างผู้ป่วยจะมองไม่เห็นครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับสมองที่เสีย

**1.5 สมองใหญ่ส่วนใน (Insular Lobe)** มีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมประสาทอัตโนมัติ ไม่มีความสำคัญในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง

**2. แกนสมอง (Brain Stem)** เป็นส่วนของสมองที่สายใยประสาทจากสมองลงมาไขสันหลังและจากไขสันหลังขึ้นไปยังสมอง และควบคุมการทำงานของเส้นประสาทสมอง จำนวน 12 คู่ นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่ประสานการทรงตัวกับสมองเล็ก ถ้ามีความผิดปกติ มีการอ่อนแรงของแขนขา การชา เห็นภาพซ้อน พูดไม่ชัด เดินเซ กินแล้วอิ่ม เวียนศีรษะบ้านหมุน ถ้าเป็นมากอาจหมดสติโดยไม่รู้ตัว

**3. สมองเล็ก (Cerebellum)** อยู่ด้านหลังสุดทำหน้าที่ประสานสมองส่วนต่าง ๆ ทำงานสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว ถ้าสมองส่วนนี้เสียการทำงานที่ จะทำให้มีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน เดินเซ ทรงตัวไม่ได้ พูดไม่ชัด แต่ไม่มีอาการอ่อนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการเดียวหรือหลาย ๆ อาการรวมกันได้ เช่น บางคนมีอ่อนแรงอย่างเดียว ซาคครึ่งซีกอย่างเดียว บางคนอาจจะมีการอ่อนแรงครึ่งซีก ร่วมกับพูดไม่ชัด รับประทานอาหารลำบาก และเดินเซ ผู้ป่วยที่มีอาการมากมักเกิดจากหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่อุดตัน หรือมีเลือดออกในสมองขนาดใหญ่ (ใหญ่กว่าลูกปิงปอง) ผู้ป่วยที่มีเลือดออกที่ผิวสมองมักมีอาการปวดหัวรุนแรงและซึมลง โดยที่ไม่มีอาการอ่อนแรงก็ได้ ไม่มีอะไรมาเตือนก่อนล่วงหน้า

### การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่

1. อายุ ถ้าอายุน้อยกว่า 40 ปี การฟื้นฟูได้ผลดีร้อยละ 80 ถ้าอายุมากกว่า 70 ปี การฟื้นฟูได้ผลเพียงร้อยละ 42
2. ร่างกายด้านที่อัมพาต พบว่า กลุ่มที่เป็นอัมพาตซีกซ้ายจะฟื้นฟูได้ดีกว่า เนื่องจาก ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
3. ตำแหน่งที่เป็น เช่น ถ้าเป็นที่ Frontal Lobe การพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจาก ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า (Depression) และไม่มีแรงจูงใจ (Motivation)

4. ชนิดของโรค ผู้ป่วยที่เกิดจากสาเหตุ Embolism พยากรณ์โรคจะดีกว่า Thrombosis เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอายุน้อย และสภาพหลอดเลือดทั่วไปของสมองยังดีกว่า บริเวณที่เนื้อสมองขาดเลือดน้อยกว่า จะมีพยากรณ์โรคที่ดี
5. อาการเกร็ง (Spasticity) ถ้ามีอาการเกร็งมากพยากรณ์โรคไม่ดี
6. อาการเดินเซ (Ataxia) จะทำให้ฝึกเดินลำบากเป็นอัมพาตครึ่งซีกทั้งสองข้าง (Bilateral Hemiplegia) แสดงว่ามีพยาธิสภาพทั้งสองข้างของซีกสมองพยากรณ์โรคไม่ดี
7. หหมดสตินานเกิน 72 ชั่วโมง พยากรณ์โรคไม่ดี
8. สภาพร่างกายทั่วไป เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
9. Organic brain Syndrome ถ้ามีอาการเสื่อมของสมองร่วมด้วยทำให้ไม่สามารถเรียนรู้หรือจำสิ่งที่ฝึกไม่ได้
10. Repeated Stroke ถ้าเป็นซ้ำอีก การพยากรณ์โรคไม่ดี
11. Recovery Rate ถ้ามีการฟื้นของกำลังกล้ามเนื้อเร็ว พบว่า ถ้ามีกำลังกล้ามเนื้อแขนภายใน 15 วัน ผู้ป่วยมักจะมีกำลังแขนฟื้นเป็นปกติ ผู้ป่วยมักจะไม่ดีขึ้นหลัง 6 เดือนไปแล้ว ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาฟื้นฟูสภาพในระยะ 6 เดือนแรก โอกาสที่จะฟื้นฟูสภาพจะทำได้ยาก เนื่องจาก มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมากด้วย เช่น ข้อต่อต่าง ๆ ยึดติด
12. ภาษา ส่วนใหญ่จะฟื้นภายใน 3 เดือน อาจนานถึง 6 เดือน หรือมากกว่านั้น ถ้ายังไม่มี การฟื้นและ ไม่ได้รับการฟื้นฟูภายใน 6 เดือน จะฟื้นฟูได้ยาก

## การรักษา

หลักการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

1. การแก้ไขความผิดปกติทางพลศาสตร์การไหลเวียนเลือด ได้แก่ การให้ยารักษาโรคหัวใจ เช่น ดิจิทาลิสหรือยารักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Antiarrhythmic) ในรายที่มีการทำงานของหัวใจล้มเหลวหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ หลักการ คือ ต้องการให้ Cerebral Blood Flow (CBF) เพียงพอและไม่มากหรือน้อยเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดผลร้ายทั้งสองกรณี เช่น ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือเกิดสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น
2. การแก้ไขความผิดปกติของกระแสเลือด ได้แก่ การเพิ่ม CBF โดยลดความหนืดของเลือด ลดฮีมาโตคริต เพิ่มความสามารถในการกรองผ่านของเม็ดเลือดแดง ลดการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด และให้ยาละลายไฟบริน เป็นต้น
3. การแก้ไขความผิดปกติทางเมตาบอลิก ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีวิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด การควบคุมความดันเลือดไม่ให้สูงหรือต่ำเกินไป การให้ยาที่ทำให้ CBF คงที่เหมือนปกติ การแก้ไขภาวะขาดสารอาหาร ขาดออกซิเจน ซึ่อก ใช้ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป เป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกที่สำคัญยิ่งกว่าการให้ยาหรือการรักษาโดยกรรมวิธีบางอย่างที่ยังให้ผลไม่แน่นอน
4. การรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงมักจะเกิดตามมาภายหลังที่หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน ภาวะสมองบวมน้ำเกิดขึ้นเร็วช้าไม่เท่ากัน โดยปกติจะเกิดภายหลังโรคหลอดเลือดสมองราว 2 – 7 วัน เกิดมากที่สุดในวันวันที่ 4 สำหรับรายที่มีเลือดออกในสมองหรือการอุดตัน

ของทางเดินน้ำไขสันหลัง อาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้อย่างรวดเร็ว มีผลทำให้เกิด Brain Herniation ได้อย่างรวดเร็ว ภาวะสมองบวมที่เกิดภายหลังหลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกเรียกว่า ischemic brain edema การให้ยาลดสมองบวม เช่น Mannitol ยาขับปัสสาวะหรือสเตียรอยด์ไม่มีประโยชน์และไม่เปลี่ยนแปลงพยากรณ์โรคแต่อย่างใด ช้ำร้ายผู้ป่วยบางรายยังเกิดผลแทรกซ้อนต่าง ๆ จากยาดังกล่าวด้วยในปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงมาก ๆ และมี Brain Herniation นั้น มีการพยากรณ์โรคเลวมากและมักเสียชีวิตเกือบทั้งหมด การรักษาโดยการผ่าตัดทำ Craniectomy ขนาดกว้างเพื่อให้เนื้อสมองทะลักออกมาและไม่กดลงบนก้านสมอง (Brainstem) สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้บางรายถ้าทำการผ่าตัดได้ทันเวลาที่แต่ไม่สามารถแก้ไขความพิการที่มีอยู่ได้

ในกรณีที่มีเลือดออกในซีรีเบลลัม (Cerebellar Hematoma) การผ่าตัดเอาก่อนเลือดออกเป็นสิ่งที่ต้องรีบทำโดยเร็ว ส่วนผู้ป่วยที่เนื้อสมองส่วนซีรีเบลลัม (Cerebellar Infarction) ที่เกิด Obstructive Hydrocephalus การผ่าตัดใส่ Shunt อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้

### 3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

Mason (1992) ได้กล่าวไว้ว่า โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษา คือ การควบคุมความดันโลหิตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง โดยอาจเป็นการรักษาด้วยการใช้ยาและโดยการไม่ใช้ยา

Kochar and Daniel (2001) ได้กล่าวไว้ว่า การควบคุมหรือการรักษาต้องสะดวก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และบุคคลส่วนใหญ่ต้องสามารถปฏิบัติตามได้

การรักษาในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา

1. การรักษาด้วยการใช้ยา จุดประสงค์หลักในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยไม่ขัดต่อการดำรงชีวิต ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2546) ปัจจุบันการเลือกใช้ยารักษาความดันโลหิตจะเลือกตามลักษณะของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต อาการข้างเคียง และฐานะของผู้ป่วยด้วย ปัจจุบันยารักษาความดันโลหิตที่ใช้ทั่ว ๆ ไปแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

- 1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เป็นยากลุ่มแรกที่นิยมใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประสิทธิผลและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น Hydrochlorothiazide, Furosemide เป็นต้น
- 1.2 ยาด้านเบต้า (Beta Blocker) เช่น Propanolol, Metoprolol เป็นต้น
- 1.3 ยาด้านแอลฟา (Alpha blocker) เช่น Prazosin เป็นต้น
- 1.4 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) เช่น Captopril, Enalapril เป็นต้น
- 1.5 ยาด้านแคลเซียม (Calcium Channel Blocker) เช่น Verapamil, Nifedipine เป็นต้น
- 1.6 ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (Angiotensin – II Receptor Antagonists) เช่น Losartan, Valsartan เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมียาอีกกลุ่มอื่น ๆ ที่นำมาใช้ในการรักษา เช่น ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) มีฤทธิ์

ในการขยายหลอดเลือดส่วนปลาย ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Hydralazine, Minoxidil เป็นต้น

2. การรักษาโดยการไม่ใช้ยา เป็นวิธีการในปัจจุบัน Houston (1996 อ้างถึงใน รุ่งรารธรรม พันธุ์จักร, 2549) เสนอว่าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดอ่อนควรใช้วิธีการรักษาโดยการไม่ใช้ยาก่อนการรักษาด้วยการใช้ยา โดยผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ดังนี้

2.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก หรือการลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่มีรสชาติจัดเกินไป อาหารรสเค็ม จะเพิ่มปริมาณของเกลือโซเดียม ในร่างกายปริมาณของแร่โซเดียมจะเป็นตัวเพิ่มความดันโลหิตสูง จึงควรสร้างความเคยชิน ให้กับตัวเองโดยการฝึก รับประทานอาหารที่มีรสไม่จัด โดยเฉพาะรสเค็ม หรือรับประทานเกลือโซเดียมคลอไรด์ไม่เกินวันละ 10 – 20 กรัม หรือ 1 ช้อนชา โดยเกลือนั้นมีในอาหาร และเครื่องดื่มต่าง ๆ ถึงแม้ว่าจะมีบางรายงานกล่าวถึง การรับประทาน เกลือน้อยลง อาจไม่เกิดประโยชน์ แต่ส่วนใหญ่ยังสรุปว่า การลดปริมาณเกลือในอาหารบริโภค ยังมีผลโดยตรงกับ การลดระดับความดันโลหิต (JNC VII, 2003) อาหารเส้นใยสูงที่มีโปรแตสเซียมสูงก็เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นกัน โดยเฉพาะอาหารที่มีรสเปรี้ยว และอาหารประเภท ถั่ว ข้าวโอ๊ต ผลไม้ และผัก สามารถทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง พบว่า Total Cholesterol (TC) ลดลงร้อยละ 9.9 ของ Triglyceride (TG) ลดลงร้อยละ 7.7 และ High Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.0 ระดับความดันโลหิตลดลง ระดับ Systolic ลดลง 9.0 มิลลิเมตรปรอท และระดับ Diastolic ลดลง 8.0 มิลลิเมตรปรอท ผลสรุปว่า มีการ ลดลงของ Lipoprotein Metabolism สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ ( JNC VII, 2003) ส่วนการลดน้ำหนัก ประสิทธิภาพของการลดน้ำหนักได้ผลดีในกลุ่ม Mild และ Severe Hypertension น้ำหนักที่ลดลงเป็นผลมาจาก การจำกัดพลังงาน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึม มีบทบาทสำคัญในระบบความดันโลหิต เป้าหมายในเรื่องนี้ ก็คือ บุคคลที่มีประวัติในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรจะลดน้ำหนักลง 15 เปอร์เซ็นต์ (JNC VII, 2003)

2.2 การผ่อนคลายความเครียด ภาวะเครียดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาการหดหู่ ก็มีบทบาทเช่นเดียวกัน การใช้เทคนิคการคลายเครียดในการรักษาผู้ป่วยเป็นรูปแบบการรักษาที่ใช้ เพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าการรักษาโดยคลายเครียด มีการศึกษาหลายกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีเพียงเล็กน้อย การศึกษาในอเมริกา พบว่า การรักษาโดยคลายเครียดภายใน 3 เดือน มีผลต่อระดับ Systolic และ Diastolic ลดลง ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจำเป็นต้องเผชิญภาวะเครียดเป็นประจำและบ่อยครั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อเกิดความเครียดบ่อย ๆ และนาน ๆ ยิ่งจะเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้น ควรหลีกเลี่ยงได้เมื่อเกิด ความเครียดซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การนั่งสมาธิ การได้พักผ่อนในวันหยุด ต่าง ๆ เช่น การท่องเที่ยว การได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งที่ชอบและพึงพอใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการใช้ เวลาว่างโดยการนอนหลับ 6 – 8 ชั่วโมง สามารถลดความดันโลหิตได้

2.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายชนิดแบบไม่พึ่งออกซิเจน (Aerobic) จะทำให้เส้นเลือด ขยายตัว ดังนั้น หลังการออกกำลังกาย จึงทำให้ความดันโลหิตสูง และผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผล ทำให้ชีพจรในขณะที่พักลดลงด้วย โดยผ่านทางกลไกของระบบประสาทซิมพาเทติกและฮอโมนชนิดโปสตาแกรนดิน ซึ่งมีผลต่อปฏิกิริยาของฮอโมนเรนิน ทำให้ปริมาณพลาสมาลดลง ส่งผลให้ความหนืดของพลาสมาลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงของกลไกของบาโรรีเซพเตอร์ การออกกำลังกายชนิด Aerobic อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นวิธีการ ปฏิบัติในการลดความดันโลหิตที่ดีวิธีหนึ่ง



การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุลดลง เป็นการเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลประเภท HDL-C และลดประเภท LDL-C การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที ซึ่งพลังงานที่ใช้ใน 3 นาทีแรก จะใช้จากน้ำตาล ร้อยละ 60 และจากไขมัน ร้อยละ 40 นาที ที่ 20 ร่างกายจะใช้พลังงานจากน้ำตาล ร้อยละ 50 และจากไขมัน ร้อยละ 50 หลังจากนั้นที่ 30 ไขมันจะถูกเผาผลาญมากขึ้นเป็น ร้อยละ 60 ระหว่างการออกกำลังกายแบบ Aerobic ชนิด Isotonic เช่น การวิ่งเบา ๆ การเดินเร็ว การว่ายน้ำ ความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกจะสูงขึ้นตามปริมาณ Cardiac Output และอัตราการเต้นของหัวใจ เมื่อพักความดันโลหิตจะกลับสู่ปกติ ในผู้ที่ออกกำลังกายชนิดนี้อย่างสม่ำเสมอ ความดันโลหิตในระยะพักมักจะต่ำกว่าปกติเล็กน้อย และต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายโดยเฉลี่ยในผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายแอโรบิคบ่อย ระดับของความดันโลหิตจะลดลงกว่าพวกที่ออกกำลังกายน้อยกว่า

2.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้มีความสอดคล้องกับภาวะของโรค คือ การควบคุมอาหารโดยการรับประทานอาหารรสเค็ม ลดอาหารหวาน และอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่มีเส้นใยมากขึ้น ร่วมกับการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ผลดี และมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อจะได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ดังการศึกษาของ บุญศรี นุเกตุ (2541) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ รักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 60 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การดูแลตัวเองทั่วไป การควบคุมอาหาร การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค และการใช้ยาอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง

#### 4. การมีส่วนร่วมของครอบครัว

##### ความหมายการมีส่วนร่วม

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ส่วน” และ “ร่วม” ซึ่งเมื่อรวมคำแล้วมีความหมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ด้วยกัน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในที่แห่งเดียวกัน เช่น “อยู่ร่วมบ้านเดียวกัน” 2) การนึกคิดอย่างเดียวกัน คือ “ร่วมคิดและร่วมใจ” 3) การพร้อมช่วยเหลือกัน หรือ “ร่วมมือ” และ 4) การมีส่วนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เช่น “ร่วมสามัคคี” ซึ่งความหมายดังกล่าวนี้ สรุปได้ว่า “การมีส่วนร่วม” มีมิติที่สำคัญ 3 มิติ คือ 1) ด้านสถานที่ โดยมีส่วนร่วมและรวมในที่แห่งเดียวกัน 2) ด้านความคิด คือมีส่วนร่วมในการคิดและมีใจที่จะกระทำร่วมกัน และ 3) ด้านการกระทำ โดยร่วมมือทำกิจกรรมอันหนึ่งอันเดียวกัน

การมีส่วนร่วม (Participation) ตามความหมายพจนานุกรมภาษาอังกฤษฉบับลองแมน (Summers, 1995, อ้างใน ปรียา แก้วพิมล, 2546) หมายถึง การกระทำโดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

การมีส่วนร่วม หมายถึง การยินยอมหรือการสนับสนุนให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนงาน เพื่อที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลง วิธีปฏิบัติต่าง ๆ เป็นไปโดยสะดวกยิ่งขึ้นผลผลิตเพิ่มมากขึ้น (Deines, 1981, อ้างถึงใน สุดาพร ว่องไววิทย์, 2539)

บราวน์ลี (Brownlea, 1987, อ้างถึงใน สิริพร เกษไชย, 2547) ได้ให้ความหมายของ การมีส่วนร่วมว่า การเข้าไปเกี่ยวข้องโดยได้รับอนุญาตให้มีส่วนในกระบวนการตัดสินใจ การประเมินผล หรือการเป็นบุคคลผู้ได้รับการปรึกษาหารือเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546) ได้ให้ความหมายของคำว่า “การมีส่วนร่วม” หมายถึง การเข้าไปได้รับอำนาจที่จะคิดจะทำมากขึ้น ไม่ว่าในเรื่องการเมืองหรืออำนาจในการตัดสินใจที่จะดำเนินการใด ๆ Henson (1997) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเหมือนกับการพึ่งพากัน เป็นการกระทำเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กัน ในรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์สำหรับผู้รับและผู้ให้ ซึ่งผู้รับจะได้รับการสนับสนุน กระตุ้นให้กำลังใจ ให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมกระทำในกิจกรรมหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และทำให้วิธีปฏิบัติต่าง ๆ เป็นไปโดยสะดวกยิ่งขึ้น โดยการค้นหาปัญหา การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา การเลือกดำเนินกิจกรรมการดูแลเพื่อให้เกิดประโยชน์ และในการติดตามประเมินผลกิจกรรมหรือเหตุการณ์นั้น ๆ โดยมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ทศนคติ และวัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชน (Schepp, 1995; Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

### ความหมายของครอบครัว

โดยทั่วไปนั้น หมายถึง ผู้อยู่ร่วมครัวเรือน คือ สามี ภรรยาและบุตร (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) เน้นความหมายที่แสดงถึงคนที่อยู่ร่วมครัวเรือนแต่คณะอนุกรรมการครอบครัว ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (สายสุรีย์ จุติกุล, 2539) ได้กำหนดความหมายของครอบครัวเนื่องในปีครอบครัวสากล ปี พ.ศ. 2533 ว่า “ครอบครัว” คือ กลุ่มบุคคล ที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางเศรษฐกิจและมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายและสายเลือด ซึ่งเป็นความหมายให้แสดงให้เห็นมิติของหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่าโครงสร้างของครอบครัวในเรื่องสถานที่และกลุ่มบุคคลแต่เพียงประการเดียว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิตโดยรวมกันเป็นกลุ่ม บุคคล มีความสัมพันธ์ ตามบทบาทหน้าที่ มีความผูกพันกัน และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง เป็นสถาบันเบื้องต้นที่ได้มีการอบรมหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล เป็นแหล่งอนุรักษ์และถ่ายทอดวัฒนธรรมจากชนรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นต่อ ๆ ไปด้วย เป็นแหล่งให้การช่วยเหลือทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ (วิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2545)

Burgess et al. (cited in Friedman, 1992) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลมาอยู่รวมกันหรือไม่ก็ตาม สมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคมและครอบครัวจะมีวัฒนธรรมในการปฏิบัติร่วมกัน เน้นลักษณะของความสัมพันธ์ในครอบครัวและมีวัฒนธรรมเรื่องหนึ่งเรื่องใดคล้ายกัน ไม่ใช่เป็นเพียงการได้อยู่ร่วมครัวเรือนเดียวกัน

ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใดอย่างหนึ่งโดยไม่จำเป็นจะต้องเกี่ยวข้องกับพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย แต่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และกลุ่มเหล่านั้นพิจารณาตนเองร่วมกันว่าเป็นครอบครัว (Whall, 1986, as cited in Friedman & Bowden, 2003)

ครอบครัว คือ หน่วยทางสังคมที่เป็นการรวมกลุ่มของมนุษย์ที่มีการเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิตความเป็นญาติ ความผูกพันทางใจหรือทางกฎหมาย (International Classification for Nursing Practice อ้างใน วิลาวัลย์ เสนารัตน์, 2545)

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง หน่วยทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมของบุคคล บทบาทของครอบครัวต่อสมาชิกที่เจ็บป่วย หรือการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา และหน่วยกลุ่มบุคคลผู้ต้องการการพยาบาล

กล่าวโดยสรุปว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน อาจเกี่ยวพันกันทางสายเลือดหรือไม่ก็ได้ อาจเกี่ยวพันกันทางกฎหมาย หรือมีความสัมพันธ์กันทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน รวมทั้งสามารถพึ่งพากันได้ ได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร เครือญาติ อื่น ๆ และกลุ่มเหล่านั้นยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

#### **ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว**

จากการทบทวนเอกสารวิชาการได้มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวไว้หลายความหมาย ดังต่อไปนี้

Friedman (1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน ดูแลช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย

Friedman, Bowden, & Jones (2003) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งที่ได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติโดยสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรม 6 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ (Family Efforts at Health Promotion) การมีส่วนร่วมดูแลในระบอบที่เกิิดอาการ (Family Appraisal of Symptoms) การมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care Seeking ) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย (Referral and Obtaining Care) การมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อการเจ็บป่วย (Acute Response to Illness by Client and Family) และมีส่วนร่วมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพ (Adaptation to Illness and Recovery)

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) สอดคล้องกับนโยบายด้านการบริการสุขภาพปัจจุบันซึ่งเปลี่ยนจุดเน้นจากการดูแลเฉพาะผู้ป่วยอย่างเดียวมาเป็นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น กระตุ้นให้เกิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

## การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp (1995) มีรายละเอียด ดังนี้

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลของสมาชิกครอบครัวเกิดจาก เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วย ก็จะเปลี่ยนไป ซึ่งความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ใหม่ หรือมีความไม่ชัดเจนในการปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของคนแปลกหน้า รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในบทบาทการดูแลนี้จะเป็นสาเหตุนำไปสู่ความไม่แน่ใจ ความวิตกกังวล ความเครียด และความไม่พอใจ ทำให้สมาชิกครอบครัวต่อต้านและทำทุกวิถีทางที่จะคงไว้ซึ่งบทบาทของความ เป็นญาติผู้ดูแลโดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระทำอะไรก็ตามที่กระทำกับผู้ป่วย และไม่ว่าจะเป็นการกระทำจากใครทำเมื่อไร พวกเขาก็จะพยายามเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระทำหรือการดูแลทั้งหมด ซึ่งส่วนมากบุคลากรไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ และจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเมื่อก่อนมักจะไม่ได้ให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แต่ปัจจุบันมีการยอมรับและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นและการที่สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง สมาชิกครอบครัวเกิดความพึงพอใจ เป็นผลดีต่อการเรียนรู้ในการดูแลและเกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดีตลอดจนถึง การดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านด้วย ซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (Participation in Routine Care) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมทำหน้าที่ การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นประจำ โดยการเป็นผู้กระทำกิจกรรม การดูแลเองจนเสร็จหรือเป็นผู้ช่วยในขั้นตอนการดูแล กิจกรรมนี้ ได้แก่ 1) การช่วยเหลือรวมทั้งการอยู่ด้วยขณะที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เช่น การวัดไข้ การวัดความดันโลหิต การตรวจร่างกาย เป็นต้น 2) กิจกรรมการอาบน้ำ 3) การพอกอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล 4) กิจกรรมการให้ผู้ป่วยรับประทานยา 5) กิจกรรมการป้อนหรือการช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร 6) กิจกรรมการเปลี่ยนหรือช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า 7) กิจกรรมการเปลี่ยนที่นอนและผ้าปูที่นอน 8) กิจกรรมการช่วยเหลือในกิจกรรมพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น เมื่อผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

2. การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลและการรักษา (Participation in Technical Care) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้ช่วยในขั้นตอนการดูแลกิจกรรม ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญด้านพยาบาลและการรักษา ได้แก่ ช่วยเหลือผู้ป่วยและได้อยู่ด้วยในกระบวนการให้กิจกรรมที่ทำโดยแพทย์หรือพยาบาล เช่น การเริ่มให้สารน้ำทางหลอดเลือด การเจาะเลือดตรวจ เป็นต้น การได้ไปกับผู้ป่วยในกรณีที่ต้องนำผู้ป่วยไปรับการตรวจที่แผนกอื่น เช่น การตรวจพิเศษต่าง ๆ การเอกซเรย์ การได้ปลอบใจผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ

3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ (Participation in Information Sharing) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีโอกาสดูและรับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยการ

ได้รับการอธิบายจากแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่จะกระทำกับผู้ป่วย การได้รับแจ้งหรือได้รับข้อมูลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา การมีส่วนร่วมในการซักถามเกี่ยวกับการตรวจพิเศษหรือการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับสภาพหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล (Participation in Decision Making) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมโดยเป็นผู้ตัดสินใจหรือเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเมื่อมีสถานการณ์ที่ต้องทำการตัดสินใจในดูแลหรือการรักษา ดังนี้ คือ การเลือกพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจเมื่อต้องมีการตรวจพิเศษหรือการรักษาผู้ป่วย การได้สอบถามก่อนที่จะอนุญาตให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ปลุกผู้ป่วยขณะหลับอยู่ การที่สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลได้เป็นคนแรกที่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา การตัดสินใจในการช่วยเหลือหรือดูแลในกิจกรรมที่สามารถทำได้

จากการศึกษาผลงานวิจัยมีนักวิจัยหลายท่านได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schep (1995) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง ต้องได้รับการช่วยเหลือ การดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และทางการพยาบาลร่วมกับครอบครัวรวมถึงการตัดสินใจในการดูแล ดังการศึกษาของรุจิ รัตนเสถียร (2550) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม พบว่า สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมการดูแลที่ได้ปฏิบัติแตกต่างจากความปรารถนาที่จะปฏิบัติ และพยาบาลในแผนกผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีความปรารถนาที่จะให้สมาชิกครอบครัวได้ทำกิจกรรมการดูแลที่ได้ปฏิบัติแตกต่างจากการได้ให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ประคอง อินทรสมบัติ ( 2539) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้สูงอายุที่รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุและญาติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 60 คู่ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลร่วมกับการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุกของผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นไป เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งของผู้ป่วยและของครอบครัว ดังนั้น ทางโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุนับว่าเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการพึ่งพาในระดับสูง ดังนั้น เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ครอบครัวดูแล การดูแลทั้งจากพยาบาลและจากสมาชิกของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ

## 5. ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจ

ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1975 โดย Roger (1983 cited in Conner & Norman, 2005) ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคามและขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่ม หรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล องค์ประกอบของทฤษฎีสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived Probability)
3. การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy)

ต่อมาในปี 1983 ได้มีการเพิ่มตัวองค์ประกอบตัวที่ 4 คือ การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจึงมีเนื้อหา ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคามจะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น
3. การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์การตอบสนอง เป็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

4. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) (Bandura, 1977) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถตนเองซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อมั่นสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติก็ไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ ดังนั้น การเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย

ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละคนซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่บุคคลที่มีความรู้สึกกว่าตนเองไม่สามารถทำได้ หรือขาดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองจะทำสำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่าง ๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้น จุดเด่นของทฤษฎีนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างการลดน้ำหนัก โดยวิธีการออกกำลังกาย และควบคุมการบริโภคอาหาร ถ้าต้องการสร้างแรงจูงใจให้ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจาก ทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการลดน้ำหนัก เช่น ค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้น จำเป็นต้องสร้างมาตรวัดค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดี

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในทฤษฎี การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความเชื่อมั่นผลลัพธ์ของการตอบสนองมีความสัมพันธ์ระหว่างกันมาก โดยทั่ว ๆ ไป การยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ความ

สัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ มีดังนี้ 1) ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามสูงด้วย จะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำสูงขึ้น 2) แต่ในกรณีความสามารถในการปฏิบัติตามสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำน้อย การตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะน้อยลงไปด้วย

โรเจอร์จึงได้นำ 4 องค์ประกอบ ข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ ดังนี้

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย ตัวองค์ประกอบ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
  2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย องค์ประกอบ การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
- กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ข้อนี้ จะได้รับอิทธิพลจาก แหล่งข้อมูลข่าวสารดังนี้คือสิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล (บุคลิกและประสบการณ์) ทำให้เกิดความตั้งใจจะปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติ ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจเชื่อว่า แรงจูงใจจะสูงสุด เมื่อ
1. บุคคลเห็นว่าอันตรายที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง
  2. บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น
  3. การตอบสนองที่เหมาะสมนั้น เป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้
  4. บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้
  5. ผลดีที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเล็กน้อยมาก
  6. ราคาค่าใช้จ่ายเพื่อการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นมีเพียงเล็กน้อย

### เปรียบเทียบทฤษฎีสร้างแรงจูงใจกับรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ

1. ความเหมือนกัน
  - 1.1 ทั้งสองอยู่ในกลุ่มของทฤษฎีความคาดหวังและค่านิยม
  - 1.2 องค์ประกอบการรับรู้ความรุนแรงของโรคในทฤษฎีสร้างแรงจูงใจจะเหมือนกับการรับรู้ความรุนแรงของรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ โดยรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพเชื่อว่าความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ ในขณะที่ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจให้ความสำคัญสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์น้อยกว่า และเชื่อว่าแรงกระตุ้นทางอารมณ์มีผลทางอ้อมต่อความรุนแรงของโรค
  - 1.3 องค์ประกอบด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งสองโมเดลเหมือน เพียงแต่รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพได้รวมความเสี่ยงต่อโรคโดยทั่วไป เข้าไปด้วยไม่ใช่เฉพาะความรุนแรงของโรคที่ศึกษาเท่านั้น
  - 1.4 องค์ประกอบการรับรู้ประสิทธิภาพของการตอบสนอง และค่าใช้จ่ายในการตอบสนองนั้น เหมือนกับองค์ประกอบการรับรู้ผลประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค
  - 1.5 ความเหมือนกันตัวสุดท้าย คือ องค์ประกอบในทั้งสองทฤษฎีนั้น ใช้อัตนัยตัดสิน (ความเชื่อของบุคคล) มากกว่าความเป็นจริงขององค์ประกอบนั้น
2. ความแตกต่าง
  - 2.1 จุดกำเนิดของรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพเพื่อคาดเดาพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจกำเนิดมาเพื่ออธิบายผลของการใช้การสื่อสารปลุกเร้าความกลัวที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
  - 2.2 ระเบียบวิธีวิจัยของทฤษฎีสร้างแรงจูงใจใช้ทดสอบในการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งเน้นที่

ตัวแปรและเทคนิคที่สามารถเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม นั่นคือ ค้นหาตัวแปรที่สามารถเปลี่ยนความเชื่อทางสุขภาพและพฤติกรรม ส่วนงานวิจัยที่ใช้รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ มักจะเป็นการสำรวจย้อนหลัง หรือไปข้างหน้าเพื่อตรวจสอบความสามารถของโมเดลในการคาดเดาพฤติกรรม

2.3 องค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ นั้น มีพฤติกรรมเป็นเงื่อนไขและองค์ประกอบเป็นตัวคาดเดา ในขณะที่ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจจะจัดองค์ประกอบเหล่านี้ เป็น 2 มิติ คือ

2.3.1 การตอบสนองที่ไม่เหมาะสมและการตอบสนองที่เหมาะสม

2.3.2 ปัจจัยที่เพิ่มและปัจจัยที่ลดโอกาสของแต่ละการตอบสนอง ในส่วนนี้ โมเดลของทฤษฎีสร้างแรงจูงใจได้ช่วยแก้ไขจุดอ่อนของรูปแบบความเชื่อทางสุขภาพที่ว่าเป็นเพียงการนำตัวแปรมาจัดเรียงกันไว้เท่านั้น

ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจมีองค์ประกอบเฉพาะต่างจากของโมเดลความเชื่อทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในขณะที่รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ จะตอบปัญหาของการเกิดอารมณ์กลัวไม่ได้ แต่ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจแสดงให้เห็นว่าอารมณ์กลัวจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไม่ใช่โดยตรง แต่เป็นทางอ้อมโดยการไปมีผลต่อความเชื่อในเรื่องความรุนแรง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจมีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคจะกระทำดีที่สุดเมื่อ

- 1) บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง หรือเสี่ยงต่ออันตราย นั้น
- 2) เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตราย นั้น
- 3) บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์ และ
- 4) ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย และอุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีต่ำ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ronald and Nick (1995) ได้ศึกษาปัจจัยในการทำนายความตั้งใจที่จะลดอาหารประเภทไขมัน และพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจของชาวออสเตรเลีย การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยการสำรวจความตั้งใจในการลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 800 คน โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เขียนรายงานพฤติกรรมป้องกันตนเอง พบว่า การประเมินองค์ประกอบในการประเมินการเผชิญปัญหาในเรื่องการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมลดอาหารประเภทไขมันของกลุ่มตัวอย่าง แต่ตัวแปรเกี่ยวกับการประเมินอันตรายในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการลดอาหารประเภทไขมันจากการศึกษาคั้งนี้ สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคหัวใจมีส่วนกระตุ้นประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ และการศึกษาของชนิษฐา ทองหยอด (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดมจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล จำนวน 96 คน จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองถึงการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง และการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



## 6. โปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Vulnerability) ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Self-Efficacy) ในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ได้นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยมีกิจกรรม 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (Participation in Routine Care) 2) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาลและการรักษา (Participation in Technical Care) 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ (Participation in Information Sharing) และ 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล (Participation in Decision Making)

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** กิจกรรมด้านการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้วิจัยเพื่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Vulnerability) ซึ่งมีรายละเอียดในการปฏิบัติ ดังนี้ (ใช้เวลา 45-60 นาที) ให้ครอบครัวพูดคุยกับผู้วิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครอบครัวนำเสนอในสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อเห็นว่าปฏิบัติได้เหมาะสม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดย

1.1 ครอบครัวร่วมพูดคุยกับพยาบาลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ครอบครัวนำเสนอในสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลกล่าวชมเชยเมื่อเห็นว่าครอบครัวปฏิบัติได้เหมาะสม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ อธิบายจนครอบครัวเข้าใจและสรุปเป็นข้อตกลงร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อไป ซึ่งเนื้อหาในการสนทนามีขอบเขตครอบคลุมเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการผ่อนคลายความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการสนทนาเป็นไปตามความสนใจของครอบครัวและตามสถานการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละราย

1.2 ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ห่างไกล อัมพฤกษ์ อัมพาต” ประกอบด้วย 7 ตอน มีเนื้อหาและรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 เรื่อง “ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 5 นาที 27 วินาที เนื้อหาประกอบด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารรสเค็ม

ตอนที่ 2 เรื่อง “การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 6 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง อาหาร ขบเคี้ยว ฯลฯ และแนะนำการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานผักผลไม้ ลดเค็ม ก่อนปรุงร อาหารควรชิมก่อนทุกครั้ง

ตอนที่ 3 เรื่อง “สัญญาณเตือนภัย” ใช้เวลา 4 นาที เนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น รับประทานอาหารรสเค็ม การไม่ออกกำลังกาย ฯลฯ อาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 4 เรื่อง “เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว” ใช้เวลา 4 นาที 18 วินาที เนื้อหา ประกอบด้วย ผลที่เกิดจากการไม่ดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุท่านหนึ่งทำให้เกิด อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 5 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” ใช้เวลา 6 นาที 18 วินาที เนื้อหา ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทาน อาหาร การเลือกซื้ออาหาร เป็นต้น

ตอนที่ 6 เรื่อง “เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 7 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การตรวจสุขภาพเป็นประจำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 7 เรื่อง “เทคนิคการบริหาร 14 ท่า” ใช้เวลา 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การออก กกำลังกายประกอบคำบรรยาย ที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

เมื่อเสร็จสิ้นการให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ พยาบาลเปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามข้อสงสัย พุดคุยในประเด็นที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแล หลังจากนั้นพยาบาลและครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไขและสรุปเป็นข้อปฏิบัติในการดูแลร่วมกัน

1.3 ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวโดยการใช้การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงและมีประสบการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว โดยให้ผู้สูงอายุตัวแบบได้เล่า ประสบการณ์ของตนเองในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง การมีพฤติกรรมในการดูแล ตนเองที่ไม่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารรสเค็ม การรับประทาน อาหารไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีน้ำหนักตัวมากขึ้น รวมทั้งการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มี อาการของโรคหลอดเลือดสมอง แขน - ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับผู้สูงอายุตัวแบบ พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญจากการร่วมกันวิเคราะห์ โดยเน้นย้ำ ในเรื่องโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

เหตุผลเชิงทฤษฎี เนื่องจาก วิทยุใหญ่จะเกิดการเรียนรู้ได้ดีหากสิ่งนั้นตรงกับความสนใจที่มีอยู่ ความ ต้องการ และประสบการณ์ที่ผ่านมา นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การได้รับคำตอบจากข้อสงสัย ตลอดจน การได้เสนอความคิดเห็นทำให้ครอบครัวรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ลดความเครียด คลายความวิตกกังวล และเกิดความพึงพอใจ ซึ่งเป็นผลดีต่อพฤติกรรมการดูแล และการพัฒนาทักษะการดูแล

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวในวันแรก ของสัปดาห์ที่ 1 และหลังจากดำเนินการทดลองไปแล้วอีกสองสัปดาห์คือวันแรกของสัปดาห์ ที่ 3 ใช้เวลาในการสนทนาแต่ละครั้ง ประมาณ 45 – 60 นาที

**กิจกรรมที่ 2** การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

2.1 การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับอาหารและน้ำ ตามภาวะสุขภาพและแผนการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย โดยครอบครัวเป็นผู้ลงมือปฏิบัติให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีกากใยประมาณวันละ 25 – 30 กรัม และจัดให้ผู้สูงอายุได้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1000 – 1500 มิลลิลิตร (Hulme et al., 2004) โดยกระตุ้นให้ดื่มน้ำ 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) หลังตื่นนอนตอนเช้าหรือก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง ดื่มน้ำหลังอาหาร 1 แก้ว ทุกมื้อ และกระตุ้นให้ดื่มน้ำระหว่างมื้อ หรือจิบเป็นพัก ๆ หรือดื่มน้ำทันที เมื่อกระหายอีก 250 – 500 มิลลิลิตร (Hinrich & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994; RNAO, 2002) โดยผู้วิจัยประสานงานกับทางหน่วยงาน เพื่อจัดหาภาชนะที่มีสเกลบอกปริมาตรไว้ให้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน อาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย หลักการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนัก การเลือกซื้ออาหาร ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์อาหารในประเด็นของความเหมาะสม อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และให้ผู้สูงอายุได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและอาหารในท้องถิ่น

2.2 การช่วยเหลือผู้สูงอายุออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการ ออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง แนะนำให้ครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนขณะผู้สูงอายุ ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 นี้ดำเนินการต่อเนื่องทุกวันตั้งแต่วันแรกของสัปดาห์ ที่ 1 จนถึงวันสุดท้ายของการทดลอง คือ วันสุดท้ายของสัปดาห์ ที่ 4

**กิจกรรมที่ 3** การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นใน ผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติ ดังนี้ (ใช้เวลา 30 นาที)

3.1 ให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว ลงบันทึก ในแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

3.2 ตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเอง สรุปผลการตรวจสอบพร้อมทั้งแจ้งผลการเปลี่ยนแปลง ของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว เปรียบเทียบกับครั้งแรก

3.3 ให้ความรู้โดยการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี สุขภาพดี มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

3.4 ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุตัวแบบ และร่วมกันวิเคราะห์ เกี่ยวกับผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดัน

โลหิตสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม

#### กิจกรรมที่ 4 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์หรือแผนการพยาบาล ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยแพทย์และพยาบาลเป็นผู้อธิบายรายละเอียด ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวจนเข้าใจ แล้วให้ครอบครัวเป็นคนตัดสินใจเลือกการดูแล กิจกรรมที่ 4 นี้ สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละราย

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

**กลุ่มตัวอย่าง** ที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษา ด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี
3. ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินได้จากแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) WHO-ISH (2003) และ JNC VII (2003) เกณฑ์ในการพิจารณา คือ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อในแต่ละด้านครบ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการผ่อนคลายความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ถือว่ามีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น หรือโรคที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากแพทย์เจ้าของไข้
5. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ ซึ่งประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002: Mini-Mental State Examination-Thai 2002) ที่แปลและพัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

- 5.1 ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก – เขียนไม่ได้)  $\geq 14$  คะแนน
- 5.2 ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา  $\geq 17$  คะแนนจาก 30 คะแนน
- 5.3 ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา  $\geq 22$  คะแนน จาก 30 คะแนน
6. สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) โดยคัดเลือกผู้ที่มีคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป
7. ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) ได้คะแนนอยู่ในระหว่าง 0 – 12 คะแนน
8. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน
9. มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน เป็นบุคคลที่สมาชิกครอบครัวระบุว่ามิมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีให้ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
10. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และยินดีให้ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องย้ายไปรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบที่เป็นข้อห้ามของการเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุปฏิเสธหรือขอยุติการวิจัย

#### การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (power analysis)

โปรแกรม G power 3.1.9.2

#### การเลือกและการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมไว้ก่อนจนครบ จำนวน 50 ราย เพื่อหลีกเลี่ยงประเด็นเรื่องการปนเปื้อน (Contaminate) ของสิ่งทดลอง

2. หลังจากดำเนินการกับกลุ่มควบคุมครบ 50 ราย เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จากรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของเทศบาลเมืองแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกจับคู่ตัวแปรที่สำคัญ (Matched Pair) กับกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยเลือกคุณสมบัติด้านเพศ ระดับการศึกษา อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต โดยให้มีความแตกต่างของความดันซิสโตลิกไม่เกิน 10 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกแตกต่างกันไม่เกิน 10 มิลลิเมตรปรอท จนครบ 50 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาจากแบบทดสอบ MMSE โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ได้ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยง (Validity and Reliability) พบว่า แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี แบบทดสอบนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีจุดตัด (Cut-Off Point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

- 1) ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)  $\geq 14$  คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน
- 2) ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา  $\geq 17$  คะแนนจาก 30 คะแนน
- 3) ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา  $\geq 22$  คะแนน จาก 30 คะแนน

1.2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของ Collin et al. (1988) ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาขึ้นโดย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย โดยได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับทุพพลภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .79 โดยได้แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังนี้

0-4	คะแนน	หมายถึง	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
5-8	คะแนน	หมายถึง	ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
9-12	คะแนน	หมายถึง	ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง
12-21	คะแนน	หมายถึง	ช่วยเหลือตนเองได้ดี

1.3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) WHO-ISH (2003) และ JNC VII (2003) แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการผ่อนคลายความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวนด้านละ 3 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้

2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ในแต่ละด้านครบทั้ง 4 ด้าน ถือว่ามีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

1.4 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบวัดนี้ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 ราย ทั่วประเทศไทย อายุระหว่าง 60 – 70 ปี เป็นชาย 121 ราย และหญิง 154 ราย แล้วไปหาค่าความเที่ยงด้วยสูตร KR – 20 ได้ค่าความเที่ยงในผู้สูงอายุเพศหญิง เท่ากับ .94 และผู้สูงอายุเพศชาย เท่ากับ .91 ค่าความเที่ยงรวม .93 แบบวัดนี้มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง จิตใจและสังคม โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มาตรฐานแบบถูกผิด การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน ซึ่งระดับคะแนนที่ใช้เป็นเกณฑ์วัดระดับภาวะซึมเศร้า มีดังต่อไปนี้

0 – 12	คะแนน	หมายถึง ปกติ
13 – 18	คะแนน	หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย
19 – 24	คะแนน	หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง
25 – 30	คะแนน	หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและให้เลือกตอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัว ภาวะความรับผิดชอบ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่น ๆ ข้อมูลส่วนนี้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) WHO-ISH (2003) และ JNC VII (2003) มีข้อคำถาม ทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ

(Rating Scale) ตามความถี่ของการปฏิบัติ โดยให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน ตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คำถามที่มีความหมายทางบวก	คำถามที่มีความหมายทางบวก
ปฏิบัติ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 0 คะแนน
ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 0 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว สื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์ และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แผนการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งที่กำหนดรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้วิจัยร่วมกับครอบครัว มีระยะเวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดของรูปแบบการดูแลที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในกิจกรรมการดูแล 4 ด้าน ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ 1) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับพยาบาลมีการปฏิบัติในวันแรก ของสัปดาห์ ที่ 1 และวันแรกของสัปดาห์ ที่ 3 ของการดำเนินการ 2) กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวัน ใช้เวลา 45 – 60 นาที มีการปฏิบัติทุกวันอย่างต่อเนื่องจนครบ 4 สัปดาห์ 3) กิจกรรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในกิจกรรมการพยาบาลปฏิบัติติดต่อกันทุกวันอย่างต่อเนื่องไปจนครบ 4 สัปดาห์ 4) กิจกรรมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการร่วมตัดสินใจ ปฏิบัติเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละรายและจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาหรือแผนการพยาบาล แพทย์ และพยาบาลจะเป็นผู้อธิบายรายละเอียด และให้ข้อมูลจนครอบครัวเข้าใจ แล้วให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกการรักษาพยาบาล แผนการสร้างแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ เป้าหมาย ระยะเวลา สถานที่ดำเนินการ สื่อ/อุปกรณ์ประกอบกิจกรรม วัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์ของการ ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมและเหตุผลเชิงทฤษฎี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต” ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากสื่อ วีดิทัศน์เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต สำหรับผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง” ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข และสื่อวีดิทัศน์ชุด เทคนิค การบริหารกาย 14 ท่า จัดทำโดยศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ เนื้อหา มีความสอดคล้องตาม แนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจของ Rogers (1983 cited in Conner & Norman, 2005) และมีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแล ตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจะนำมาเป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวสลับกับการบรรยาย สื่อวีดิทัศน์นี้ ประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้ 1) ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต 2) การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต 3) เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต 4) สัญญาณเตือนภัย 5) ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และ 6) เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว โดยผู้วิจัยนำมาตัดต่อเข้าด้วยกันแล้วเรียบเรียง ใหม่ เพื่อให้การดำเนินเนื้อหาเรื่องเป็นไปตามลำดับโดยเรียงเนื้อเรื่อง ดังนี้

ตอนที่ 1 เรื่อง “ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 5.27 นาที เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคความดัน โลหิตสูง อาการของโรคหลอดเลือดสมอง



ตอนที่ 2 เรื่อง “การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 6 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหาร การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารรสหวานจัด

ตอนที่ 3 เรื่อง “สัญญาณเตือนภัย” ใช้เวลา 4 นาที เนื้อหาเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การผ่อนคลายความเครียด และการออกกำลังกาย ทำให้มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 4 เรื่อง “เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว” ใช้เวลา 4.18 นาที เนื้อหาประกอบด้วย ผลที่เกิดจากการไม่ดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุท่านหนึ่งทำให้เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสม

ตอนที่ 5 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” ใช้เวลา 6.18 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มเพิ่มในอาหาร เน้นการรับประทานผักและผลไม้

ตอนที่ 6 เรื่อง “เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 7 นาที เนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำเสนอพฤติกรรมรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การผ่อนคลายความเครียด และการออกกำลังกาย

ตอนที่ 7 เรื่อง “เทคนิคการบริหาร 14 ท่า” ใช้เวลา 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การออกกำลังกาย ประกอบคำบรรยาย ที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.3 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “กลัวทำไมกับอัมพฤกษ์อัมพาต ถ้าเราฉลาดในการป้องกัน” เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983 cited in Conner & Norman, 2005) ร่วมกับการศึกษาจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นสื่อให้ความรู้และใช้เป็นเอกสารให้ผู้สูงอายุทบทวนด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจดจำและเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้เริ่มต้นปฏิบัติและกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.4 โปสเตอร์ ที่ผู้วิจัยนำมาจากสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 แผ่น เพื่อใช้เป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ มีรายละเอียด ดังนี้

1) โรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของตัวเลขความดันโลหิต สาเหตุของความดันโลหิต อาการ ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูง การป้องกัน และวิธีการดูแลตนเอง

2) อยู่กับความดัน (โลหิตสูง) อย่างมีความสุข เนื้อหาประกอบด้วย สิ่งสำคัญในการอยู่กับความดันโลหิตสูงอย่างมีความสุขและปลอดภัย การป้องกันและวิธีการดูแลตนเอง อาหารลดความดันโลหิต ปริมาณเกลือในอาหาร

3) ควรรู้...สู้ภัย “ความดันโลหิตสูง” เนื้อหาประกอบด้วย ค่าปกติของความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง การตรวจหาภาวะความดันโลหิตสูง

4) ความดันโลหิตสูง...ขาดกรเจียบใกล้ตัว เนื้อหาประกอบด้วย อาการของความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือการรับประทานยา การควบคุมความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการดูแลรักษาความดันโลหิตสูง

5) ดูแลตัวเองอย่างไร ให้ปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย การตรวจวัดความดันโลหิต การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายและการรับประทานยา

3.5 แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาในการลงบันทึกครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการผ่อนคลายความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกหรือครอบครัวบันทึกให้ แบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุทราบผลการปฏิบัติตัวของตนเองและสามารถวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งสิ้น 5 ราย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ 1.0 และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความเป็นไปได้ในการใช้เครื่องมือ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขรับรองการวิจัยที่ ๙๒/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑ หมดอายุใบรับรอง ๒๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒

### การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการและขั้นดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อพยาบาลและเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และรายละเอียดในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้กับเทศบาลเมืองแสนสุข

#### 2. **ขั้นดำเนินการทดลอง (4 สัปดาห์)**

##### 2.1 **กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล ดังนี้

2.1.1 วันแรกของสัปดาห์ ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและครอบครัว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลา และขั้นตอนดำเนินการวิจัยให้ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและครอบครัวเข้าใจ เมื่อชี้แจงรายละเอียดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กล่าวขอบคุณและนัดหมายครั้งต่อไปอีกในวันสุดท้ายของสัปดาห์ ที่ 4 (ใช้เวลา 45 – 60 นาที)

2.1.2 สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลตามปกติที่หน่วยงานจัดให้ ได้แก่ การรับการรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำต่าง ๆ การให้ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งในรูปแบบการดูแลนี้ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการดูแลบางกิจกรรม เช่น กิจกรรมประจำวันต่าง ๆ และกิจกรรมการช่วยเหลือในการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งหากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือมีเหตุผลในการละเว้นการปฏิบัติในกิจกรรมเหล่านี้ พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ส่วนในเรื่อง กิจกรรมที่ต้องใช้ความชำนาญหรือกิจกรรมการพยาบาล นั้น ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลจากพยาบาล และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างพยาบาลกับสมาชิกผู้ดูแล รวมถึงกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้น สมาชิกผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย (ใช้เวลา 4 สัปดาห์)

2.1.3 วันสุดท้ายของสัปดาห์ ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินผลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมได้ตระหนักถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและมอบคู่มือในการดูแลตนเอง เรื่อง กลัวทำไมกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ถ้าเราฉลาดในการป้องกัน ให้กับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมเหมือนที่จะอธิบายให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวกลุ่มทดลอง จนผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุมเข้าใจ และเมื่อเข้าใจแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและพูดคุยเพื่อยุติความสัมพันธ์ (ใช้เวลา 45 – 60 นาที)

## 2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล ดังนี้

2.2.1 วันที่ 1 ของสัปดาห์ ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ด้วยและให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย ตลอดจนถึงการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินและระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย ในครั้งนี้ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัวเข้าใจ หลังจากนั้นสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองลงลายมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ทำการพิมพ์ลายนิ้วมือและให้ครอบครัวลงลายมือเพื่อเป็นพยานในการเข้าร่วมการวิจัย (ใช้เวลา 45 – 60 นาที)

2.2.2 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปจากการใช้แบบสอบถามและข้อมูลจากรายงานประวัติผู้ป่วย แล้วประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ต่อจากนั้นในวันที่ 2 ของสัปดาห์ ที่ 1 ดำเนินการตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยของเชปปี้ (Schepp, 1995)

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน คือ 1) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัว และผู้วิจัย 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ให้เป็นประจำ 3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติและญาติปฏิบัติ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** กิจกรรมด้านการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและผู้วิจัย เพื่อเน้นย้ำเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายละเอียดในการปฏิบัติ ดังนี้ (ใช้เวลา 45 – 60 นาที)

1.1 ครอบครัวร่วมพูดคุยกับผู้วิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครอบครัวนำเสนอในสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อเห็นว่าครอบครัวปฏิบัติได้เหมาะสม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ อธิบายจนครอบครัวเข้าใจและสรุปเป็นข้อตกลงร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองต่อไป ซึ่งเนื้อหาในการสนทนามีขอบเขตครอบคลุมเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการผ่อนคลายความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการสนทนาเป็นไปตามความสนใจของครอบครัว และตามสถานการณ์ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในแต่ละราย

1.2 ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัวโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 7 ตอน มีเนื้อหาและรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 เรื่อง “ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 5.27 นาที เนื้อหาประกอบด้วย อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่นการไม่ออกกำลังกายการรับประทานอาหารรสเค็ม

ตอนที่ 2 เรื่อง “การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 6 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง อาหารขบเคี้ยว ฯลฯ และแนะนำการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารผักผลไม้ ลดเค็ม ก่อนปรุงอาหารควรชิมก่อนทุกครั้ง

ตอนที่ 3 เรื่อง “สัญญาณเตือนภัย” ใช้เวลา 4 นาที เนื้อหาประกอบด้วยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น รับประทานอาหารรสเค็ม การไม่ออกกำลังกาย ฯลฯ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 4 เรื่อง “เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว” ใช้เวลา 4.18 นาที เนื้อหาประกอบด้วยผลที่เกิดจากการไม่ดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุท่านหนึ่งทำให้เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 5 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” ใช้เวลา 6.18 นาที เนื้อหาประกอบด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร เป็นต้น

ตอนที่ 6 เรื่อง “เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” ใช้เวลา 7 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การตรวจสุขภาพเป็นประจำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 7 เรื่อง “เทคนิคการบริหาร 14 ท่า” ใช้เวลา 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การออกกำลังกาย ประกอบคำบรรยายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวในวันแรก ของสัปดาห์ ที่ 1 และหลังจากดำเนินการทดลองไปแล้วอีกสองสัปดาห์ คือ วันแรกของสัปดาห์ ที่ 3 ใช้เวลาในการสนทนาแต่ละครั้ง ประมาณ 45 – 60 นาที

**กิจกรรมที่ 2** กิจกรรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันโดยครอบครัว เป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ดังนี้ (ใช้เวลา 45 – 60 นาที)

2.1 การช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มทดลองให้ได้รับอาหารและน้ำ ตามภาวะสุขภาพและแผนการรักษาของแพทย์ในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองแต่ละราย โดยครอบครัวเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับอาหารที่มีกากใยประมาณวันละ 25 – 30 กรัม และจัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1000 – 1500 มิลลิลิตร (Hulme et al., 2004) โดยกระตุ้นให้ดื่ม 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) หลังตื่นนอนตอนเช้าหรือก่อนอาหาร เข้าครึ่งชั่วโมง ดื่มหลังอาหาร 1 แก้ว ทุกมื้อและกระตุ้นให้ดื่มระหว่างมื้อ หรือจิบเป็นพัก ๆ หรือดื่มน้ำที่เมื่อกระหายอีก 250 – 500 มิลลิลิตร โดยผู้วิจัยประสานงานกับทางหน่วยงานเพื่อจัดหาภาชนะที่มีสเกลบอกปริมาตรไว้ให้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย หลักการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเลือกซื้ออาหาร ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัว ร่วมกันวิเคราะห์อาหารในประเด็นของความเหมาะสม อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและอาหารในท้องถิ่น

2.2 การช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มทดลองออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง แนะนำให้ครอบครัว

อยู่เป็นเพื่อนขณะผู้สูงอายุกลุ่มทดลองออกกำลังกายหรือออกกำลังกายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 นี้ดำเนินการต่อเนื่องทุกวันตั้งแต่วันแรกของสัปดาห์ ที่ 1 จนถึงวันสุดท้ายของการทดลอง คือ วันสุดท้ายของสัปดาห์ ที่ 4

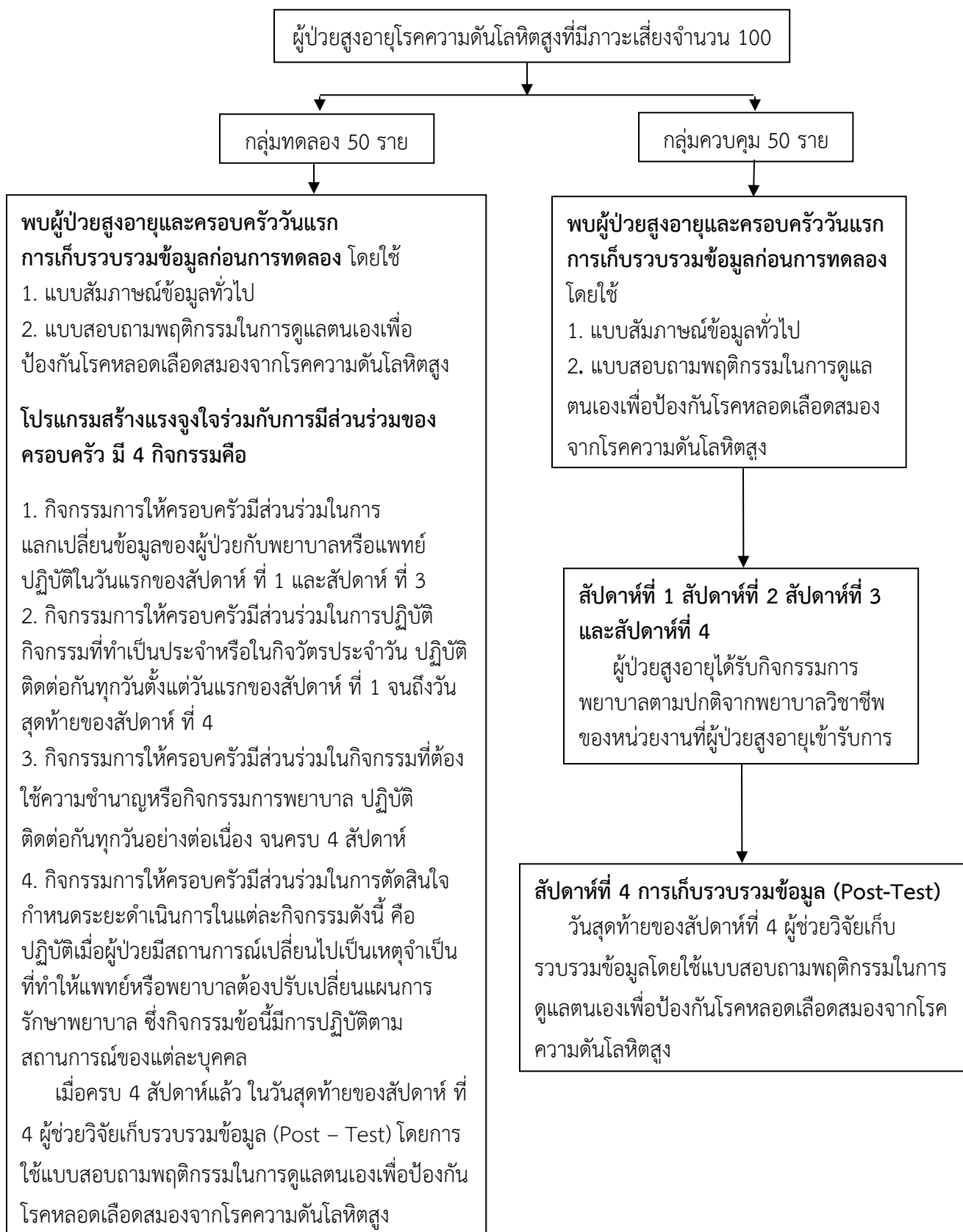
**กิจกรรมที่ 3** การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติ ดังนี้ (ใช้เวลา 30 นาที)

3.1 ให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว ลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

3.2 ตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเอง สรุปผลการตรวจสอบพร้อมทั้งแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว เปรียบเทียบกับครั้งแรก

**กิจกรรมที่ 4** การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์หรือแผนการพยาบาล ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยแพทย์และผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายรายละเอียด ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวจนเข้าใจ แล้วให้ครอบครัวเป็นคนตัดสินใจเลือกการดูแล กิจกรรม ที่ 4 นี้ สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในแต่ละราย

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทำการวิจัยในวันสุดท้ายของสัปดาห์ ที่ 4 ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจ กล่าวขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัว และในวันเดียวกันนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงหลังจากที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเอง สรุปผลการตรวจสอบพร้อมทั้งแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว เทียบกับครั้งแรก และครั้งที่ 2 มอบของที่ระลึกแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงเรื่อง กลัวทำไมกับอัมพาต ถ้าเราฉลาดในการป้องกัน ชมเชยและให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทุกท่านเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และเน้นย้ำถึงผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และยุติสัมพันธภาพ ซึ่งการดำเนินการวิจัย สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทดลอง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test Statistic)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test Statistic)

## ผลการวิจัย (Results)

### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มควบคุม (n=50)		กลุ่มทดลอง (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	36	72	33	66
หญิง	14	28	17	34
<b>อายุ</b>				
60-69 ปี	28	56	25	50
70-79 ปี	15	30	17	34
80 ปี และ มากกว่า	7	14	8	16
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	28	56	24	48
มัธยมศึกษา	14	28	16	32
ปริญญาตรี	8	16	10	20
<b>สถานภาพสมรส</b>				
คู่	28	56	26	52
หม้าย	12	24	16	32
หย่า/แยก	10	20	8	16



ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มควบคุม (n=50)		กลุ่มทดลอง (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	50	100	50	100
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	28	17	34
ทำงานบ้าน	15	30	9	18
ค้าขาย	5	10	7	14
เกษตรกร	8	16	11	22
ข้าราชการบำนาญ	8	16	6	12
<b>รายได้</b>				
1,001-5,000 บาท	18	36	17	34
5,001-10,000 บาท	12	24	11	22
10,000 บาท ขึ้นไป	20	40	22	44
<b>ความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัว</b>				
เพียงพอ	34	68	32	64
ไม่เพียงพอ	16	32	18	16
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง</b>				
1-5 ปี	23	46	26	52
6-10 ปี	15	30	16	32
10-15 ปี	12	24	8	16
<b>โรคประจำตัวอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)</b>				
เบาหวาน	16	32	17	34
หลอดเลือดหัวใจ	4	8	7	14
ไขมันในเลือดสูง	30	60	26	52
<b>ผู้ดูแลหลัก</b>				
บุตรสาว	16	32	14	28
บุตรชาย	7	14	9	18
บุตรสะใภ้	11	22	8	16
หลาน	2	4	3	6
คู่สมรส	14	28	16	32

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-Tailed)
กลุ่มทดลอง (n=50)					
ก่อนการทดลอง	35.55	4.84	32.87	49	.001
หลังการทดลอง	49.65	3.65			

จากตาราง ที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t_{49} = 32.87, p < .01$ )

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test Statistic)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-Tailed)
ระยะหลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n=50)	49.65	3.65	20.95	98	<.001
กลุ่มควบคุม (n=50)	37.25	2.98			

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t_{98} = 20.95, p < .01$ )

### 3. อภิปราย/วิจารณ์ (Discussion)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t_{49} = 32.87, p < .01$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t_{98} = 20.95, p < .01$ ) นั้น

สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับโปรแกรมแผนการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้นได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจน ซึ่งแผนดังกล่าวนี้ ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ เป้าหมาย ระยะเวลา สถานที่ดำเนินการ สื่อ/อุปกรณ์ ประกอบกิจกรรม วัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม และมีการดำเนินการ เป็นรายบุคคล โดยที่แผนการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป็นสิ่งที่กำหนดรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล 4 กิจกรรม ได้แก่

**กิจกรรมที่ 1** การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับพยาบาล เพื่อเน้นย้ำเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายละเอียดในการปฏิบัติ ดังนี้

1.1 ครอบครัวร่วมพูดคุยกับผู้วิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครอบครัวนำเสนอในสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อเห็นว่าครอบครัวปฏิบัติได้เหมาะสม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ อธิบายจนครอบครัวเข้าใจและสรุปเป็นข้อตกลงร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองต่อไป ซึ่งเนื้อหาในการสนทนามีขอบเขตครอบคลุมเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการผ่อนคลายความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการสนทนาเป็นไปตามความสนใจของครอบครัว และตามสถานการณ์ของผู้สูงอายุในแต่ละราย

1.2 ครอบครัวร่วมพูดคุยกับผู้วิจัยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครอบครัวนำเสนอในสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อเห็นว่าครอบครัวปฏิบัติได้เหมาะสม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ อธิบายจนครอบครัวเข้าใจและสรุปเป็นข้อตกลงร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองต่อไป ซึ่งเนื้อหาในการสนทนามีขอบเขตครอบคลุมเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการผ่อนคลายความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการสนทนาเป็นไปตามความสนใจของครอบครัว และตามสถานการณ์ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในแต่ละราย

1.3 ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวโดยการใช้การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและมีประสบการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาแล้ว โดยให้ผู้สูงอายุตัวแบบได้เล่าประสบการณ์ของตนเองในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารรสเค็ม การรับประทานอาหารไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีน้ำหนักตัวมากขึ้น รวมทั้งการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง แขน - ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุตัวแบบ พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญจากการร่วมกันวิเคราะห์ โดยเน้นย้ำในเรื่องโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

**กิจกรรมที่ 2** กิจกรรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันโดยครอบครัวเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ดังนี้

2.1 การช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มทดลองให้ได้รับอาหารและน้ำ ตามภาวะสุขภาพและแผนการรักษาของแพทย์ในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองแต่ละราย โดยครอบครัวเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับอาหารที่มีกากใยประมาณวันละ 25 - 30 กรัม และจัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1000 - 1500 มิลลิลิตร (Hulme et al., 2004) โดยกระตุ้นให้ดื่ม 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) หลังตื่นนอนตอนเช้าหรือก่อนอาหาร เข้าครึ่งชั่วโมง ดื่มหลังอาหาร 1 แก้วทุกมื้อและกระตุ้นให้ดื่มระหว่างมื้อ หรือจิบเป็นพัก ๆ หรือดื่มทันทีเมื่อกระหายอีก 250 - 500 มิลลิลิตร โดยผู้วิจัยประสานงานกับทางหน่วยงานเพื่อจัดหาภาชนะที่มีสเกลบอกปริมาตรไว้ให้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย หลักการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเลือกซื้ออาหารตัวอย่างอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์อาหารในประเด็นของความเหมาะสม อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและอาหารในท้องถิ่น

2.2 การช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มทดลองออกกำลังกาย เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง แนะนำให้ครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนขณะผู้สูงอายุกลุ่มทดลองออกกำลังกายหรือออกกำลังกายร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 3** การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 ให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว ลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

3.2 ตรวจสอบแบบบันทึกการดูแลตนเอง สรุปผลการตรวจสอบพร้อมทั้งแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และรอบเอว เปรียบเทียบกับครั้งแรก

**กิจกรรมที่ 4** การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์หรือแผนการพยาบาล ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยแพทย์และผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายรายละเอียด ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวจนเข้าใจ แล้วให้ครอบครัวเป็นคนตัดสินใจเลือกการดูแล

นอกจากนั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างยังได้รับชม สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต” และ สื่อวีดิทัศน์ชุด เทคนิคการบริหารกาย 14 ท่า จัดทำโดยศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เนื้อหา มีความสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ และเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง สื่อวีดิทัศน์นี้ประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้ 1) ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต 2) การบริโภคที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต 3) สัญญาณเตือนภัย 4) เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ และ 6) เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยสื่อวีดิทัศน์มีความเข้าใจง่าย มีภาพประกอบสวยงาม ชัดเจน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างยังได้รับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “กลัวทำไมกับอัมพฤกษ์อัมพาต ถ้าเราฉลาดในการป้องกัน” เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983 cited in Conner & Norman, 2005) เนื้อหาประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นสื่อให้ความรู้และใช้เป็นเอกสารให้ผู้สูงอายุทบทวนด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจดจำและเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้เริ่มต้นปฏิบัติและกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างยังได้รับแจกโปสเตอร์รายละเอียด 5 แผ่น เพื่อนำไปติดไว้ที่บ้านสำหรับใช้เป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ โดยเนื้อหาในโปสเตอร์ประกอบด้วย 1) โรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของตัวเลขความดันโลหิต สาเหตุของความดันโลหิต อาการ ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันและวิธีการดูแลตนเอง 2) อยู่กับความดัน (โลหิตสูง) อย่างมีความสุข เนื้อหาประกอบด้วย สิ่งสำคัญในการอยู่กับความดันโลหิตสูงอย่างมีความสุขและปลอดภัย การป้องกันและวิธีการดูแลตนเอง อาหารลดความดันโลหิต ปริมาณเกลือในอาหาร 3) ควรรู้...สู้ภัย “ความดันโลหิตสูง” เนื้อหาประกอบด้วย ค่าปกติของความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง การตรวจหาภาวะความดันโลหิตสูง 4) ความดันโลหิตสูง...ขาดเกราะป้องกัน เนื้อหาประกอบด้วย อาการของความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือการรับประทานยา การควบคุมความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการดูแลรักษาความดันโลหิตสูง และ 5) ดูแลตัวเองอย่างไร ให้ปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วย การตรวจวัดความดันโลหิต การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายและการรับประทานยา

รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างยังได้รับแบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำกลับไปบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร

และการควบคุมน้ำหนัก 2) ด้านการผ่อนคลายความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย และ 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกหรือครอบครัวบันทึกให้ ซึ่งแบบบันทึกการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุทราบผลการปฏิบัติตัวของตนเองและสามารถวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

นอกจากนั้นแล้วผลการวิจัยยังสามารถอธิบายได้ว่าในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันของ Rogers (1983 cited in Conner and Norman, 2005) และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Vulnerability) ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Self – Efficacy) ในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโปรแกรมนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดีหากสิ่งนั้นตรงกับความสนใจที่มีอยู่ ความต้องการ และประสบการณ์ที่ผ่านมา นอกจากนี้การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การได้รับคำตอบจากข้อสงสัย ตลอดจนการได้เสนอความคิดเห็นทำให้ครอบครัวรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษา พยาบาล ลดความเครียด คลายความวิตกกังวล และเกิดความพึงพอใจ ซึ่งเป็นผลดีต่อพฤติกรรมดูแล และการพัฒนาทักษะการดูแล จึงทำให้ได้ผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น

**4. สรุปและเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัยในขั้นตอนต่อไป ตลอดจนประโยชน์ในทางประยุกต์ของผลการวิจัยที่ได้** จากผลการวิจัยที่ได้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

#### **ประโยชน์ในทางประยุกต์ของผลการวิจัยที่ได้**

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงปลอดภัยจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน และการให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และนักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องได้

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไปประยุกต์ใช้เป็นนโยบายสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงานซึ่งจะเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3. ควรทำการวิจัยเชิงกึ่งทดลองซ้ำเพื่อพยายามลดระยะเวลาของกิจกรรมโดยที่ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังคงเดิม

4. นักวิจัยสามารถนำผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้

### 5. ผลผลิต (Output)

5.1 ผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ (ระบุชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง ชื่อวารสาร ปี เล่ม เลขที่และหน้า) ขณะนี้อยู่ระหว่างการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ

Jullamate, P., Rosenberg, R., Tritipsatit, S., Cheunchob, C., Juthaphuwadol, J., & Phupoung, K. (2019). *The effectiveness of motivation and family participation program on self-care behavior for preventing stroke among community- dwelling hypertensive older adults.*

---

## บรรณานุกรม

- กขพร อ่อนอภัย. (2551). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กขพรณ ขอบนิทัศน์. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กวี เมฆประดับ. (2544). ผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และสำลี สาลีกุล. (2551). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2550). เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพรส.
- ชนิษฐา ทองหยอด. (2543). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีมนตรี. (2545). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564). กรุงเทพฯ: ครุสภา.
- ครรชิต ชนะทิพย์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สถานีอนามัยบ้านป่าลาน อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ อรชร ณ ระนอง. (2535). รายงานวิจัย: ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จเร วิชชาไทย และคณะ. (2552). โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- จันทนา รัตนธิดาวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2548). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- จันทรา พรหมน้อย. (2547). ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์



- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : ศุภานิชการพิมพ์.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). *การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง*. เชียงใหม่: Print. บัณฑิตวิทยาลัย. (2551). *คู่มือทำวิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: The Methodology in Nursing Research* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปรียา แก้วพิมล. (2546). *การมีส่วนร่วมของสตรีครั้งแรกในการดูแลในระยะคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
- ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2548). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: งานตำราและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542). *โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พินหนีย์ สุวาสนะ. (2551). *ผลของตัวอย่างยาที่จัดไว้เฉพาะมือที่รับประทานต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิครามุมิ จังหวัดสุรินทร์*. เกษศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรกรรมคลินิกและการบริหาร.
- พองคำ ติลกสกุลชัย. (2553). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: พีริ-วัน.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2523). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2549*. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- รุจี รัตนเสถียร. (2550). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วันดี โภคะกุล และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2548). *เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา มากผาสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมดูแลตนเองใน*

- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ. วิชาวณิชย เสนารัตน์. (2545). *คู่มือการสอนการพยาบาลในระดับปฐมภูมิในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต: การดูแลสุขภาพครอบครัว*. เอกสารประกอบการประชุมคนบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง : การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง*. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2549). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2545). *การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2547). *อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การดูแลโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2550). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล 16 มกราคม 2550*.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. *มิเตอร์ประเทศไทย*. สืบค้นวันที่ 10 กรกฎาคม 2554 จาก <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/2011/index.php>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551*.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). *สถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2549*. กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก.

- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2552). *รายงานการวิจัย โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สายสุรีย์ จุติกุล. (2539). *ครอบครัวไทยในสองทศวรรษข้างหน้า*. ใน เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (บรรณาธิการ). *เมืองไทยในปี 2500: อนาคตเมืองไทยในสองทศวรรษข้างหน้า*. กรุงเทพฯ: ซีคเซมิเดีย.
- สิริพร เกษไชย. (2547). *การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุดาวพร ว่องไววิทย์. (2539). *ความต้องการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิตา ธรรมวิถิ. (2545). *ประสิทธิผลของเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์การกีฬา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ Principles of geriatric medicine*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ชัยยศ คุณานุสิทธิ์ และไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สิรินาถ คำใจหนัก. (2551). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพร หุตากร. (2549). *พฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา .
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2544). *หลักสำคัญและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ เหล่าสุโพธิ์. (2550). *ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. รายงานการศึกษาระยะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพศิริวิทย์ไทย พ.ศ. 2554-2563*. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.
- สุวิตา ธรรมวิถิ. (2545). *ประสิทธิผลของเทคนิคจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ตีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์การกีฬา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- หัตยาพร มะโน. (2550). *การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง* โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แอ็กทีฟ ปริ้นท์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2550). *โรคไตหลายไต: เบาหวาน*. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม 2554.
- ศราวุธ อยู่เกษม. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศุภรัชต์ ผาธรรม. (2551). *รูปแบบการจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรพิน เทิดอุดมธรรม. (2550). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัศมี แสนบุญรัตน์. (2547). *การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่มีต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีชนบทที่โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- American Heart Association. (2005). Adult stroke. *American Heart Association*, 112, 111-120. Retrieved 19 May 2009, from <http://circ.ahajournals.org/cgi/>
- Barbarah White & Deborah Truax. (2007). *The Nurse Practitioner in Long-Term Care Guidelines for Clinical Practice*. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). Awareness of stroke warning. from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/html>
- Conner, M. & Norman R. (2005). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. (2nd ed). New York: McGraw-Hill.
- Dickerson, L.M. & Gibson, M.V. (2005). Management of Hypertension in older Persons. *American Family Physician*.
- Eliopoulos, C. (1993). *Gerontological Nursing*. (3rd ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing: Theory and practice* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2003). *Family nursing: Research theory and practice* (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.

- Glen Gillen. (2011). *Stroke Rehabilitation A Function-Based Approach*. (3<sup>rd</sup> ed). Elsevier Mosby: USA.
- Henson, R. H. (1997). Analysis of the concept of mutuality. *Journal of nursing : A holistic approach* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Joint National Committee. (2003). *The 1988 Report of the Joint National Committee on Detection. Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*.
- Kaplan, N.M. (1998). *Clinical hypertension*. (7<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins. Kaplan, N.M. (2006). *Kaplan's Clinical hypertension*. (9<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott : Williams & Wilkins.
- Liao, D., Myers, R., Hunt, S., Shahar, E., Paton, C., Burke, G., et al. (1997). Familial history of stroke and stroke risk [Electronic version]. *The Family Heart Study Stroke*, 28, 1908-1912. Retrieved December 7, 2008, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>
- Linton, A.D. & Lach, H.W. (2007). *Matterson & McConnell's Gerontological Nursing: Concept and practice*. (3rd ed). St. Louis.
- Lueckenotte, A.G. (1996). *Gerontological Nursing*. New York : mosby
- Mackay, J., & Mensah, G. A. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Retrieved From [www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/atlas/en.htm](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.htm)
- Markus, H. S. (2003). *Stroke Genetics* London, 1-30.UK Oxford University Press.
- Miller, C.A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adults*. (5th ed). Philadelphia: Lippincott.
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2009). Know Stroke. Know the Sigs.Act in Time. *What is a stroke?* Retrieved September 1, 2009, from [http://stroke.nih.gov/documents/NINDS\\_FacilitatorsGuide\\_06FNL\\_alt.pdf](http://stroke.nih.gov/documents/NINDS_FacilitatorsGuide_06FNL_alt.pdf).
- Nicolaou, M., DeStefano, A. L., Gavras, I., Cupples, L. A., Manolis, A. J., Baldwin, C. T., et al. (2000). Genetic predisposition to stroke in relatives of hypertensives [Electronicversion]. *Stroke*, 31, 487-492. Retrieved December 7, 2008, from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=10657427.html](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10657427.html)
- Nerses Sanossian & Bruce Ovbiagele. (2009). Prevention and management of stroke in very elderly patients.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing concept of practice*. (4<sup>th</sup> ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., et al. (2008). Heart disease and stroke statistics--2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee [Electroni

- version]. *Circulation*, 117, e25-146. Retrieved November 5, 2008, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/qa=Retrieve&db=PubMed&dopt.html>
- Sally Roach. (2001). *Introductory Gerontological Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Schepp, K.G. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children*. Doctoral Dissertation, Psychosocial & Community Health Department, School of Nursing, University of Washington.
- Stephen L. Hauser. (2010). *Harrison's Neurology in Clinical Medicine*. (2nd ed). USA: McGraw-Hill.
- Taylor, S.E. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Tasaneer Tantirittisak, et al. (2007). *Plasma Homocysteine and Ischemic Stroke Patients in Thailand*. Journal Cardiology Unit, Police General Hospital.
- Valerie T. Cotter & Neville E. Strumpf. (2002). *Advanced Practice Nursing with Older Adult Clinical Guidelines*. USA: McGraw-Hill.

## รายงานสรุปการเงิน

### เลขที่โครงการระบบบริหารงานวิจัย (3310) สัญญาเลขที่ 74/2561 โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์

รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562

#### รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ

งวดที่ 1 (50%)	167,950.00 บาท	เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560
งวดที่ 2 (40%)	134,360.00 บาท	เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2561
งวดที่ 3 (10%)	33,590.00 บาท	เมื่อวันที่ กันยายน พ.ศ. 2562
รวม	335,900.00 บาท	

#### รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่ใช้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/เกิน
1. ค่าตอบแทน ค่าธรรมเนียม	108,590	108,590	-
2. ค่าใช้สอย	175,310	175,310	-
3. ค่าวัสดุ	40,000	40,000	-
4. ค่าสาธารณูปโภค	12,000	12,000	-
- ค่าโทรศัพท์			
- ค่าไปรษณีย์			
<b>รวม</b>	<b>335,900.00</b>	<b>335,900.00</b>	<b>-</b>

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน