

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หน่วยวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ ด้านวิจัยและบริการวิชาการ โทรศัพท์  
๐ ๗๓๒๒ ๒๐๑๐ ต่อ ๒๑๖ ที่ สธ ๑๑๐๓.๑๗.๐๓.๐๑/ ๒๕๕

วันที่ ๒๘ ธันวาคม

๒๕๖๕

เรื่อง ลงนามในโครงการสนับสนุนการผลิตผลงานวิจัย ผลงาน  
วิชาการและงานสร้างสรรค์ การนำไปใช้

ประโยชน์ และการพัฒนา

นักวิจัยรุ่นใหม่

เรียน ผู้

อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ยะลา

ตามที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา มีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนผลิตผลงานวิชาการ ของอาจารย์ให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับชาติหรือนานาชาติ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนและเพื่อพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีโครงการวิจัยของ อาจารย์ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัย งานสร้างสรรค์ และการจัดการความรู้ และคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยและงานสร้างสรรค์ในมนุษย์แล้ว เพื่อรับทุนสนับสนุนการวิจัย จำนวน ๑๐ โครงการ รวมเป็นเงิน ๓๐๐,๐๐๐ บาท (เงินสามแสนบาทถ้วน) ดังนี้

ลำดับ

เลขที่

โครงการ

๔๑/๒๕๖๖

๒

๔๒/๒๕๖๖

E

๓

๔๓/๒๕๖๖

ค

๔ ๔๔/๒๕๖๖

๖๗

Ω

๔๕/๒๕๖๖

๔๖/๒๕๖๖

เลขที่

ใบรับรอง

จริยธรรม

ชื่อโครงการ  
วิจัย

งบ ผู้รับผิดชอบ  
ประมาณ

BCNYA ๑/๒๕๖๖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริม  
ความรู้ด้าน ๓๐,๐๐๐ นางสาวนุชชาฮีดะ

สุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการ  
ป้องกันความ เสี่ยงต่อการพลัด  
ตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขต  
ตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

เจ๊ะมามะ

BCNYA ๒/๒๕๖๖ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมโภชนาการเด็ก  
๓๐,๐๐๐ นางมยุรี ปาโตะ

วัยก่อนเรียนมุสลิมที่มีภาวะ  
ขาดสารอาหารใน  
พื้นที่ตำบลท่าสาป อำเภอเมือง  
จังหวัดยะลา

BCNYA ๓/๒๕๖๖ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้  
ด้าน ๓๐,๐๐๐ นางสาวภาชีนา

สุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มี  
น้ำหนักเกินเกณฑ์ใน  
บริบทสังคมพหุ  
วัฒนธรรม

บุญลภ

BCNYA ๔/๒๕๖๖ ปัจจัย

ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อโรค ๓๐,๐๐๐ นาง  
สุชาดา

ความดันโลหิตสูงของพนักงาน  
รับส่งอาหารใน  
จังหวัดยะลา

|  
จะดอเลาะ

BCNYA ๕/๒๕๖๖ ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้  
ต่อ ๓๐,๐๐๐ นางสาวพัชรินทร์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน  
กลุ่มเสี่ยงโรค

หลุดเลือด  
สมอง

## BCNYA ๖/๒๕๖๖ ผลของโปรแกรมการ ดูแลแบบมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวต่อความสามารถ

ในการดูแล

และความรุนแรงของอาการทางจิต

ในผู้ป่วยจิต

คมขำ

๓๐,๐๐๐ | นางสาวผุ  
สนีย์

แก้วมณีย์

เวช

/๗.๔๗/๒๕๖๕ . . .

- ๒ -

ลำดับ

เลขที่

โครงการ

เลขที่  
ใบรับรอง

จริยธรรม

๗

๔๗/๒๕๖๖

า  
น

๔๘/๒๕๖๖

๔๙/๒๕๖๖

๑๐ ๕๐/๒๕๖๖

ชื่อโครงการ  
วิจัย

## BCNYA ๗/๒๕๖๖ ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนม

แม่อย่างเดี่ยว 5 เดือน ของมารดาหลัง  
คลอด

ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

งบ

ผู้  
รับผิดชอบ

ประมาณ

๓๐,๐๐๐ | นางสาวสิริน  
ภร

ศุภวรรณ

## BCNYA ๘/๒๕๖๖ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วย จิตเภทที่ ๓๐,๐๐๐ นางสาวศุภวรรณ

ใช้สารเสพติดร่วมในบริบทหอผู้ป่วย  
ในจิตเวช

จังหวัดยะลา

สีแสงแก้ว

## BCNYA ๙/๒๕๖๖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเหนื่อยล้าใน ๓๐,๐๐๐ นายเรวัต คงผาสุข

การ  
ทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
ที่ปฏิบัติงานในสาม  
จังหวัดชายแดนภาคใต้  
การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ๓๐,๐๐๐  
นายอนุชิต คลังมัน สมองเสื้อมและชนิดปัจจัยเสี่ยงบ่งชี้  
ระดับความ  
เสี่ยงสูงในผู้ใหญ่วัยกลางคน  
ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูง  
ชุมชนท่า  
สาป

หน่วยวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ ด้านวิจัยและบริการวิชาการ ได้ดำเนินการโครงการดังกล่าว  
ขอเสนอหากเห็นชอบโปรดลงนาม  
ใน

๑. บันทึกข้อความลงนามในโครงการสนับสนุนการผลิตผลงานวิจัย  
ผลงานวิชาการและ งานสร้างสรรค์ การนำไปใช้ประโยชน์ และการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่
๒. โครงการวิจัยของอาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา รวม ๑๐  
โครงการ

# เขียน ส่วนวนก

## -เพิ่มให้

(นางสาวพัชรินทร์ คม  
ชา)

พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน)  
ชำนาญการพิเศษ

ธันวาคม ได้  
28 25

fos

— 22  
2800.65

P-A-2(Research  
66) |

โครงการ ที่ ๔๕/๒๕๖๖  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
ยะลา

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการปรับ

# เปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง

Effectiveness of Education Program to Behavior Modification Among People at Risk to Stroke

หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวพัช

รินทร์ คมขำ

ผู้ร่วมโครงการวิจัย นางสาวสุสนีย์

แก้วมณีย์

นางสุชาดา เจดอเลาะ

นางสาวชนิกานต์ สมจारी

สัดส่วนผลงานวิจัย ร้อยละ 70

สัดส่วนผลงานวิจัย ร้อยละ 10

สัดส่วนผลงานวิจัย ร้อยละ  
10

สัดส่วนผลงานวิจัย ร้อยละ 10

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

ปีงบประมาณ 2566

ความเป็นมาและความ

สำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการ เสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินการว่ามากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลกเป็นโรคหลอดเลือดสมองในทุกปี โดยในจำนวนนี้มี 5 ล้านคนกลายเป็นคนพิการ และ 5.8 ล้านคนเสียชีวิต โดย 2 ใน 3 ของบุคคลเหล่านี้อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปีพ.ศ. 2563 (สมาคมหลอดเลือดสมองไทย, 2557) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือด สมองเป็น



สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามรองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจและยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ

จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อในปีพ.ศ. 2559 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างปีพ.ศ.

2556 - 2558 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมีผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 36.13, 38.66 และ 42.62 ต่อประชากรแสนคน

ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองอัน เนื่องมาจากการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดแตก หรือหลอดเลือดอุดตัน (พิศักดิ์ ชินชัย และคณะ, 2556) ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายการทำงานของสมองหยุดชะงัก ทำให้เกิดอาการแสดง ต่างๆ ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นกับระดับความรุนแรงและตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลาย ทำให้เกิดการบกพร่องในการ

P-A-2(Research 66)

ใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติ ด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียหรือไร้ความสามารถ ในการ ทำกิจกรรมที่คนทั่วไปทำได้ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550) อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจจะมีอาการเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วหายไปได้เอง หรืออาจเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนจะมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร โดยเมื่อเกิดโรคแล้วผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเสียชีวิต และในส่วนของผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ มักต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน นอกจากนี้มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยดังกล่าว

จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับต่างๆ

ซึ่งอาจ

ทำให้เกิดความพิการถาวรไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องมี การพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิต โดยผู้ป่วยร้อยละ 70 พบว่ามีปัญหาในด้านการสื่อสาร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วย และครอบครัว (Han & Haley, 1999) แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความรุนแรงและก่อให้เกิดความพิการแก่บุคคล แต่โรคนี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการแก้ไขและควบคุมปัจจัยเสี่ยง

สำคัญซึ่งการป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นจึงเป็นวิธีการจัดการโรคหลอดเลือดสมองที่มีความจำเป็น อย่างยิ่ง เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรค ช่วยในการรอดชีวิตของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดความพิการ และส่งผลให้ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการจัดบริการสุขภาพ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมุ่งเน้นที่การป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยมีการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติและมีกรอบแนวทางการดำเนินงานที่มีความเฉพาะ (สาคร อินโท โล และคณะ, 2561) การป้องกันโดยเฉพาะการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (primary prevention of stroke) จัดได้ ว่ามีสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยเป็นโรค

หลอดเลือดสมองมาก่อน สามารถดำเนินการโดยการควบคุมและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (สยามเฮลท์, 2561) ซึ่งจะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลง โดยทั่วไปปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะอยู่ในกลุ่มเดียวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งประกอบด้วยปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (non-modifiable factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ พันธุกรรม ประวัติการเกิดโรคในครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงที่ สามารถปรับเปลี่ยนได้

(modifiable factors) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ภาวะอ้วน ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การขาดกิจกรรมทางกายถือเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ การสูบบุหรี่หรือการรับควันบุหรี่จากผู้อื่น และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น (World Stroke Organization, 2013) จากการที่อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งในกลุ่มปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างขึ้นใน

P-A-2(Research 66)

หลอดเลือดทั่วร่างกายรวมทั้งหลอดเลือดสมองอันเป็นผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral blood flow) ลดลง (Shaw et al., 1984) รวมทั้งอายุยังมีความสัมพันธ์กับโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลายโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น (Hogstadius & Risberg, 1989) ดังนั้นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ บุคลากรควรให้ความสนใจและปฏิบัติการปรับลดภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคนี้ก่อนที่จะเกิดขึ้น การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำได้โดยการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และปฏิบัติ

ตามข้อเสนอแนะของบุคลากรสุขภาพและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จะประกอบด้วย การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ (สำนักโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2557) สมาคมโรคหลอดเลือดสมองอเมริกา (American Stroke Association) ได้ประเมินความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้าจากระดับของปัจจัยเสี่ยงสำคัญหลายตัวรวมกัน ได้แก่

เพศ อายุ เผ่าพันธุ์ คอเลสเตอรอล รวม เอชดีแอล ความดันโลหิตซิสโตลิก เบาหวาน และการสูบบุหรี่ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ กำหนดกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้วิธีการประเมินความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยง เพื่อระบุความเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองออกเป็นความเสี่ยง 5 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก และสูง อันตราย โดยใช้คะแนน ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ อายุ เพศ การเป็น เบาหวาน การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับไขมัน คอเลสเตอรอลในเลือด อ้วนลงพุง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) การระบุระดับความเสี่ยงต่อการเกิด โรคครั้งแรกจะทำให้บุคคลตระหนักว่าโรคเกิดได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน และ ทำให้สามารถบ่งชี้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงแต่ ไม่ตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของตนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ควรมีความรู้ความเข้าใจอย่างดี เกี่ยวกับโรค ปัจจัย

เสี่ยงและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านโรคและด้านพฤติกรรมที่ตนเอง มีอยู่รวมทั้งหมด ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล

ตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ซึ่ง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มี โอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนทั่วไป หากมีพฤติกรรมป้องกันการโรคไม่เหมาะสม ยิ่งจะเพิ่ม โอกาสในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจะ ต้องปรับปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่โดยเฉพาะปัจจัย

เสี่ยงด้านพฤติกรรม หากพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยง

สำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติสำหรับ

การป้องกันปฐมภูมิของโรคหลอดเลือดสมองของสมาคมโรคหัวใจอเมริกา/

สมาคมโรคหลอดเลือดสมองอเมริกา ฉบับใหม่ ปี 2014 (Meschia et al.,

2014) พฤติกรรมที่เหมาะสมจะประกอบด้วยการมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก ระดับความแรงปานกลางถึงมาก (moderate-to vigorous aerobic physical activity) อย่างน้อย 40

P-A-2(Research 66)

นาที/วัน 3-4 วัน/สัปดาห์ การควบคุมอาหารโดยลดการบริโภคโซเดียม เพิ่มการบริโภคโปตัสเซียม การรับประทาน อาหารแบบ DASH ซึ่งเน้นการรับประทานผลไม้ ผัก การลดไขมันอิ่มตัว และผลิตภัณฑ์จากนมไขมันต่ำ เพื่อลด ความดันโลหิต การรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต และการวัดเพื่อติดตามค่าความดันโลหิต โดยมีความดันโลหิตเป้าหมายที่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท การลดน้ำหนักเพื่อให้ความดันโลหิตลดในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน (BMI=25 to 29 kg/m<sup>2</sup>) หรือ อ้วน (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>) การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยาสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับหัวใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น ดังนั้น บุคคลที่เดิมไม่มีพฤติกรรมเหล่านี้ จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ เป็นไปตามแนวปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สำคัญที่กล่าวมา การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจึงต้องปรับพฤติกรรม การขาดการออกกำลังกาย/การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ที่มากเกินไป (National Stroke Associated) (CDC, 2014) ซึ่งพฤติกรรมเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล พฤติกรรมจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ดังนั้นการใช้กลยุทธ์ใหม่ในการป้องกันและ รักษาโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นกลยุทธ์การแพทย์เฉพาะราย (personalized medicine) และการปฏิบัติโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered approach) ซึ่งวิธีใหม่นี้จะใช้วิธีที่เหมาะสมสำหรับ แต่ละบุคคล (tailored approach) และวิธีการบูรณาการ (integrative approach) ในการป้องกันโรค



## หลอดเลือด

สมอง

การที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นต้องมีความรู้ เกี่ยวกับโรค อย่างถูกต้อง ความรู้เกี่ยวกับโรคหมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจใน ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียด ต่างๆ เกี่ยวกับโรค และการป้องกัน ตนเองจากโรค โดย Schwartz (1975) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (K) ทศนคติ (A) และการปฏิบัติตน (P) อย่างไรก็ดีตาม จากการศึกษาในประชากรกลุ่ม ต่างๆ พบว่าผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง KAP ยังไม่สอดคล้องกัน และพบว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ แต่ความรู้เกี่ยวกับโรค จะ นำไปสู่ความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเ กิด แรงจูงใจภายในที่จะเปลี่ยนตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะ นำไปสู่การตั้งเป้าหมาย วางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสมกับตนเอง (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถ ทำได้แตกต่างกัน ขึ้นกับหลายปัจจัย ซึ่งความยากหรือ ง่ายของการ เปลี่ยนแปลงจะขึ้นกับระดับความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือแรง จูงใจของบุคคล จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบทฤษฎีที่อธิบายการเกิด พฤติกรรมหลายทฤษฎี โดยแต่ละทฤษฎีได้นำเสนอปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อการเกิดพฤติกรรมลักษณะต่างๆ

สำหรับทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วย (health prevention behavior) ที่สำคัญได้แก่ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งใช้หลักของการ จูงใจโดย ทำให้บุคคลเกิดความกลัวหรือความรู้สึกรุนแรงจากการเกิดโรคใด โรคหนึ่งซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับ

รู้ความเสี่ยงต่อโรคและรับ  
รู้ความรุนแรงต่อโรค

อันจะ  
นำไปสู่แนวโน้มที่จะเกิดการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมเพื่อให้

ความเสี่ยงลดลง และเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมนั้นที่  
จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคได้ โดยหากการรับรู้

ประโยชน์มีมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว  
จะทำให้มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

ได้ (Becker, et al, 1974) ซึ่งแนวคิดของทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ  
มีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตามระดับความพร้อม  
ของบุคคล สำหรับTranstheoretical Model (Prochaska, 1979; Prochaska  
& DiClemente, 1984) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่  
จะดำเนินไปตามระยะ 5 ระยะ

ตั้งแต่

ระยะที่ยังไม่มีความคิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม (pre-contemplation) ระยะที่  
เริ่มคิดจะเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า (contemplation) ระยะ  
เตรียมการเปลี่ยนแปลงภายใน 1 เดือนข้างหน้า (preparation) ระยะ ปรับ  
เปลี่ยนพฤติกรรม (action) และระยะคงพฤติกรรมใหม่ (maintenance)  
ทฤษฎีนี้มองการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมว่าเป็นกระบวนการทั้งที่เกิดจาก  
ประสบการณ์ของตนเองและจากแหล่งภายนอก รวมทั้งต้องมีการ  
ตัดสินใจที่บุคคลต้องอาศัยการประเมินผลดี (pros) และผลเสีย (cons)  
ของพฤติกรรมรวมกับต้องมีการรับรู้ สมรรถนะของตนในการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรม ทั้งนี้ระยะของการเปลี่ยนแปลง กระบวนการเปลี่ยนแปลง  
และการ ตัดสินใจ จะมีความสัมพันธ์และสอดคล้องกัน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะทำได้ง่ายหรือยากแตกต่างกัน ทั้งนี้ เพราะระดับความพร้อมที่จะ

เปลี่ยนแปลงมีความแตกต่างกัน ดังนั้นวิธีการในการจัดกิจกรรมการสอนและให้ความรู้อย่างเดียวนั้นไม่ใช่สิ่งที่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัญหาที่แท้จริงของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน และจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบรวมทั้งต้องมีการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ดังกล่าวด้วย การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมจะเป็นการเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิในกลุ่มประชากร สามารถทำได้ โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงหรือการ ประเมินภาวะเสี่ยง และการลดความเสี่ยงหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง ซึ่งการประเมินภาวะเสี่ยงทำให้บุคคลได้รับรู้ ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค และตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องลดภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือด

สมองจึงมีความ

จำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลายประการ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน ซึ่งพฤติกรรมที่การป้องกันโรคที่พึง ประสงค์ ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การงดการสูบบุหรี่ และการ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด

P-A-2(Research 66)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้การปฏิบัติที่หลากหลายใน



การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มารับ

บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้และความเข้าใจใน

เรื่องหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.7) มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับปานกลาง รวมทั้งยังไม่ทราบว่าถ้าระดับความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้จะส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้มีความพยายามที่จะหาวิธีการเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้รูปแบบกระบวนการ

การยอมรับในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่ง พบว่าสามารถเพิ่มความรู้อีกเกี่ยวกับโรค การรับรู้ในด้านต่างๆ เกี่ยวกับโรค ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัว และพฤติกรรม การป้องกันโรคได้ (วรวิภา พัฒนโกศลรัตน์, 2558) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างความตระหนักตามแนวคิดของเบกเกอร์ (Becker, 1986) ซึ่งพบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้เพิ่มขึ้นได้ (วรวิภา พัฒนโกศลรัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา และวราณี สัมฤทธิ์, 2560) และการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยการกระตุ้นด้วยความกลัวของโรเจอร์ (Rogers, 1975) ซึ่งสามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองดีขึ้นเช่นกัน (รัตนารักษ์ ศิริเกษม, สุรชาติ สิทธิปกรณ และพร้อมจิตร หอมบุญเดิม, 2556) ซึ่ง จากทุกงานวิจัยที่ผ่านมาแม้ว่าโปรแกรมที่ใช้จะมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม

เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลาของการวิจัยได้ ประกอบกับการที่ในปัจจุบันยังพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่ง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 76.5 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ คิดเป็นร้อยละ 67.7 (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2560) และอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุยังคงสูงอยู่ จึงยังทำให้คาดการณ์ได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอาจยังคงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองที่ไม่เหมาะสมและขาดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องอยู่ ซึ่งในการวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาติดตามผลในระยะ ยาวของโปรแกรกดังกล่าว ประกอบกับการวิจัยที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกันตาม โปรแกรม ซึ่งในสถานการณ์จริงที่ผู้สูงอายุแต่ละรายอาจมีความสามารถและการรับรู้ที่แตกต่างกัน หากกลุ่มเสี่ยง เหล่านี้ทุกคนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจจะทำให้ส่วนหนึ่งไม่เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตามที่คาดหวัง ดังนั้นการปฏิบัติแบบ One Size Fits All จึงไม่น่าจะเหมาะสมและไม่ส่งผลให้บุคคลเกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงควรใช้วิธีที่เหมาะสม

P-A-2(Research 66)

สำหรับแต่ละบุคคล และเป็นไปตามระดับความพร้อมของบุคคลนั้นๆ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ แนวคิดจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model or Stage of Change: TTM) จึงน่าจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้ ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพโดย

อาศัยแนวคิด TTM ให้ผลในการปรับพฤติกรรมเฉพาะอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย (อดิพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, 2558) พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (นันท์ กานต์ หวังจิ, อุมพร ปญญโสพรรณ และไหมแก้ว ศรีแก้ว, 2558) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (ณิชาพัฒน์ เรื่องสิริวัฒน์, ปาหนัน พิชยภิญโญ และสุนีย์ ละกำป็น, 2556) ซึ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่นเดียวกับในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามปัญหาที่

ตนเองประสบ

อยู่

เนื่องจากในปัจจุบันยังขาดองค์ความรู้ที่ชัดเจนถึงผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมหลายอย่างร่วมกัน โดยใช้แนวคิดจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงประสงค์จะทดสอบประสิทธิผลของการปฏิบัติโดยใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความพร้อมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใน กลุ่มเสี่ยง และจากการที่บุคลากรที่จะดำเนินการในการป้องกันปฐมภูมิสำหรับโรคเรื้อรังต่างๆ มีจำนวนจำกัด การ จัดกลุ่มผู้ที่อยู่ในแต่ละระยะความพร้อมเพื่อให้ความรู้และแรงจูงใจที่เหมาะสมตามระยะร่วมกับการให้คำปรึกษา เป็นรายบุคคลจึงน่าจะเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้จริงและส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้นการวิจัย จึงจะใช้การดำเนินการรายกลุ่มตามระยะความพร้อม (stage approach) ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากร สุขภาพในการ

ดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง  
ต่อโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างยั่งยืน ซึ่งจะ  
นำไปสู่การลดอุบัติการณ์ของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของ  
การวิจัย

วิจัย  
ครั้งนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค  
และความพร้อมในการเปลี่ยน พฤติกรรมระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่  
ได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มที่ได้รับการ  
ดูแล

ตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการ  
ป้องกันโรค และความพร้อมในการเปลี่ยน

พฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันโรค  
หลอดเลือดสมอง

P-A-2(Research 66)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

ได้รับ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง และรูปแบบการเสริมสร้างความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ต่อไป

สมมติฐานการวิจัย  
(ถ้ามี)

1. กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคความ  
หลอดเลือดสมองจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความ  
พร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มที่  
ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม  
ของกลุ่มเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมการ  
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนได้รับ  
โปรแกรม

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการ  
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติ

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมการ  
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง  
(Pretest-Posttest Control Group Design) ที่ได้รับการคัดกรองโรค

# ความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง

จังหวัดยะลา

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค และความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกิจกรรมดังกล่าว

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกรอบในการกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลง การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อผสม การสาธิต การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การใช้ตัวแบบ การให้คำปรึกษารายบุคคล การสนับสนุนทางสังคม

ตามระยะการ  
เปลี่ยนแปลง

P-A-2(Research 66)

2. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการจำและเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่อง สาเหตุ ความรุนแรง อาการ ภาวะแทรกซ้อน และวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่น ในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ว่าสามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการบริโภคอาหาร และการเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์หรือความเครียด การลดหรืองดการสูบบุหรี่ สุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง พฤติกรรมการป้องกัน



โรคหลอดเลือดสมอง ตาม หลัก 3อ 2ส ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการลดการบริโภคโซเดียม การอ่านฉลากโภชนาการ การออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลางหรือหนักมาก และการจับชีพจรหลังออกกำลังกาย การจัดการ อารมณ์หรือความเครียดด้วยการฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียดและการทำงานอดิเรกที่ชอบ การลดหรืองดการ

สูบบุหรี่ เทคนิคการเลิกบุหรี่ และการปรับพฤติกรรม การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

5. กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ประชากรอายุ 35 - 59 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ (BP> 140/90 mmHg.) ที่ระบุได้โดยการวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละสองครั้งติดต่อกันสามครั้ง และเป็น โรคเบาหวานที่ที่ควบคุมไม่ได้ (FBS> 126 mg/dL)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model or stage of change) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้กำหนดพฤติกรรมสำคัญที่ต้องปรับเปลี่ยน ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด ซึ่งทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อธิบาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นไปตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นไม่พร้อมที่จะเปลี่ยน (pre-contemplation) (2) ขั้นคิดที่จะเปลี่ยน (contemplation) (3) ขั้นเตรียมที่จะเปลี่ยน (preparation) (4) ขั้นเปลี่ยน (action) และ ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยน (maintenance) และในการวัดผลของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงได้ทำการศึกษา ตัวแปรที่ใช้ในการวัดผลในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละขั้นของพัฒนาการ ได้แก่ ความสมดุลในการตัดสินใจ (decisional balance) การรับรู้ความสามารถในตนเอง (self-efficacy) และพฤติกรรมเป้าหมาย (target behavior) จึงได้

นำตัวแปรความสมดุลในการตัดสินใจเป็นการชั่งน้ำหนักของประโยชน์ (pros) และอุปสรรค (cons) ในการตัดสินใจที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติจะเป็น ผลบวก ซึ่งอาจหมายถึงความพึงพอใจของตนเองหรือผู้อื่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนการมองข้อเสีย อาจ

(5)

P-A-2(Research 66)

หมายถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการเพิ่มความรู้อะไรที่ทักษะที่เหมาะสมที่จะนำมาต่อสู้ อุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดของทฤษฎีนี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการเปลี่ยนแปลง 10 ประการ ได้แก่ (1) การสร้างจิตสำนึกหรือการเพิ่มความตระหนักรู้ (Consciousness-raising) (2) การปลดปล่อย ทางอารมณ์ (dramatic relief) (3) การทบทวนผลกระทบต่อนตนเอง (self-reevaluation) (4) การทบทวน ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (environmental reevaluation) (5) การปลดปล่อยทางสังคม (social liberation) (6) การตั้งเงื่อนไขตรงข้าม (counter-conditioning) (7) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (helping relationships) (8) การให้การเสริมแรง (reinforcement management) (9) ความมีอิสระในตนเอง (self-liberation) และ(10) การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) (Burbank & Reibe, 2002) มาใช้ผสมผสานกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการสนับสนุนที่สำคัญในการจัดกิจกรรมเป้าหมายต่อบุคคล เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคอันจะ

นำไปสู่การเพิ่มความสำนึกตระหนักรู้ต่อปัญหาและความเข้าใจในการมองภาพตนเอง ว่าจะได้รับผลอย่างไรจากการลดปัจจัยเสี่ยงรวมทั้ง ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพ



พฤติกรรมอันจะทำให้กลุ่ม

เสี่ยงสามารถมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันการ  
เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

เอกสารและงานวิจัยที่  
เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง  
และการรักษาพยาบาล
2. การจัดบริการเพื่อป้องกันโรคความดัน  
โลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ 3. การปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ
4. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม  
(Transtheoretical Model : TTM) 5. งานวิจัยที่  
เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทการวิจัย

Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง  
(Pretest-Posttest Control Group

ประชากรและกลุ่ม

ตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง  
โรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิงที่มา รับบริการที่โรง  
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

## กลุ่ม ตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย ใช้วิธี power analysis สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 3 กลุ่มขึ้นไป คำนวณด้วยตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างของโพลิต และเบ็ค (Polit, & Beck., 2004: 498) โดยกำหนด อำนาจการทดสอบ power .80 ค่าระดับความมีนัยสำคัญ ณ .05 และ eta square 0.871 ซึ่งจากการเปิดตาราง วิเคราะห์อำนาจได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณอีกร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 ราย รวมทั้งสิ้น 70 ราย

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่  
35 - 59 ปี

2. เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (BP> 140/90 mmHg.) ที่ระบุได้โดยการวัดความดันโลหิต สัปดาห์ละสองครั้งติดต่อกันสามครั้งและเป็นโรคเบาหวานที่ที่ควบคุมไม่ได้ (FBS> 126 mg / dL)

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้  
ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ประกอบด้วย

### 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป สำหรับกลุ่มเสี่ยง

ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา ศาสนา อาชีพ และรายได้ครอบครัว

เฉลี่ยต่อเดือน

### 1.2 แบบวัดความรู้และพฤติกรรมในการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง

### 1.3 แบบสอบถามความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัย

พัฒนาจากแนวคิดความพร้อมในการ เปลี่ยนพฤติกรรมของ

Prochaska and DiClemente (1992) เป็นคำถาม 1 ข้อ ถามเกี่ยว

กับความ ตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม และมี 5 ตัวเลือก ได้แก่

ยังไม่คิดเปลี่ยน คิดที่จะเปลี่ยน เตรียมที่จะ เปลี่ยน เปลี่ยน และคง

ไว้ซึ่งพฤติกรรม ซึ่งเป็นขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตาม

ทฤษฎี 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

**2.1 โปรแกรมการปรับพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์**  
ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (Transtheoretical  
Model or Stage of change) มีกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง  
ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลง การให้  
ข้อมูลโดยใช้สื่อผสม การสาธิต การเสริมสร้าง

P-A-2(Research 66)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การใช้ตัวแบบ การให้คำปรึกษารายบุคคล การ  
สนับสนุนทางสังคมตามระยะการ

เปลี่ยนแปลง ซึ่งแบ่งตามระยะการ

เปลี่ยนแปลง

- กลุ่ม pre-contemplation จะกระตุ้นให้เห็นถึงความ

จำเป็นในการเสริมสร้างความสามารถในการ ป้องกันโรค อันตรายที่จะเกิดขึ้น สร้างความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เข้าสู่ขั้นตอนต่อไป ประเมินการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่ขั้นถัดไป

- กลุ่ม contemplation ประเมินปัญหา และอุปสรรค พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ปัญหา และตั้งเป้าหมาย ให้ ข้อมูลโดยใช้สื่อผสม ประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่ขั้นถัดไป

- กลุ่ม preparation สร้างข้อตกลง และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะเวลา และเป้าหมาย ที่เฉพาะเจาะจง และชัดเจน การสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรม การสนับสนุน ทางสังคม การเสริมแรง รวมทั้งให้คำปรึกษารายบุคคล ประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่ขั้นถัดไป

- กลุ่ม action จะเริ่มตั้งเป้าหมาย และให้คำมั่นสัญญาที่จะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ค้นหาอุปสรรค และปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ให้ข้อมูลย้อนกลับ การสร้างความมั่นใจในความสามารถของ ตนเองในการปรับพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม การเสริมแรง รวมทั้งให้คำปรึกษารายบุคคล ประเมินการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่ขั้นถัดไป

กลุ่ม maintenance จะมีการสนับสนุนทางสังคม การเสริมแรง ให้กำลังใจเพื่อให้คงการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.2 แบบประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามระยะการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente, 1992 มีข้อคำถาม 1 ข้อ ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ซึ่งเป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงจากระยะ 1 ถึง 5

## การเก็บรวบรวม

### ข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา

ผู้วิจัยจะ

ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เข้าพบผู้

อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเตงนอก เพื่อชี้แจง  
เกี่ยวกับการวิจัยและขอ อนุญาตดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง

2. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อให้ข้อมูล  
เกี่ยวกับการวิจัยและเข้าร่วมการวิจัย ผู้ที่

ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยเซ็นยินยอม

3. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อ  
ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

P-A-2(Research 66)

พฤติกรรม

ดังนี้

กลุ่ม

ทดลอง

ผู้วิจัยจะ

ดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ดังนี้

1. วัดความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคและความพร้อมในการ  
เปลี่ยนพฤติกรรมก่อนให้โปรแกรมการปรับ

2. ดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนดสำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละระยะ

## และประเมินความพร้อมตามแผน

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และประเมินสถานการณ์ของ  
ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2-6

ดำเนินการในแต่ละกลุ่ม

- สัปดาห์ที่

2

กลุ่มที่ 1 (pre-contemplation -  
contemplation)

1. กระตุ้นให้เห็นความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย  
ให้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง และความรุนแรง  
ของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อตัวเองและครอบครัว รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นจาก  
ก

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงจูงใจที่จะทำให้เปลี่ยนพฤติกรรม ผลดีที่จะ  
เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนพฤติกรรม และการ ขจัดอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น  
ซึ่งผู้วิจัยจะให้ข้อมูลโดยใช้สื่อผสม ประกอบด้วยวีดิทัศน์ สไลด์  
เอกสาร และตัวแบบ

2. ประเมินความพร้อม

กลุ่มที่ 2

(preparation)

1. พุดคุยสร้างข้อตกลงและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ระบุเป้าหมายและเวลารวมทั้ง วางแผนในการปรับเปลี่ยน มีการให้  
ข้อมูลเพื่อการปรับพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายโดยผู้วิจัยจะ  
ดำเนินการ เป็นรายกลุ่มในการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อผสม สาริต ใช้ตัว  
แบบ ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยจะดำเนินการ ทั้ง 3  
กิจกรรมไปพร้อมๆ กัน

2. ประเมินความพร้อม

### กลุ่มที่ 3

(Action)

1. มี

การกำหนดเป้าหมายที่ต่อเนื่องโดยร่วมกันกำหนดเป้าหมาย

2. ให้

คำมั่นสัญญาที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

3. สร้างความเชื่อมั่นในการปรับพฤติกรรม

4. ให้กำลังใจผู้ป่วย และพูดคุยกับครอบครัวในการให้กำลังใจผู้ป่วย

5. ประเมินความพร้อม

- สัปดาห์ที่ 3-5 ดำเนินการในแต่ละกลุ่ม โดยประเมินความพร้อมก่อนดำเนินการทุกกลุ่ม กลุ่มที่ 1 (pre-contemplation - contemplation)

P-A-2(Research 66)

1. กลุ่มตัวอย่างที่คงอยู่ระยะเดิม คือยังไม่คิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะดำเนินการโดยวิธีเดิม และเพิ่ม การสร้างความตระหนักถึงปัญหา ให้เห็นความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น ให้เห็นตัวอย่างผู้ป่วย พร้อมทั้งให้

คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้เห็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยยังไม่คิดปรับเปลี่ยน

2. กลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนเข้าสู่ระยะ preparation จะใช้วิธีการดำเนินการเหมือนกลุ่ม preparation กลุ่มที่ 2 (preparation)



1. กลุ่มตัวอย่างที่คงอยู่ระยะเดิม จะ  
ดำเนินการตามกิจกรรมสำหรับผู้ที่อยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ และเพิ่ม  
การให้คำปรึกษารายบุคคล

2. กลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนไปอยู่ขั้นปฏิบัติแล้วจะใช้วิธีการ  
เหมือนขั้นปฏิบัติ ในสัปดาห์ที่ 2 โดยเพิ่ม กิจกรรม ได้แก่ เสริมสร้าง  
ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กำหนดเป้าหมายขั้นต่อไป ให้  
เห็นตัวแบบ ให้ การเสริมแรงในผู้ที่มีการปรับเปลี่ยน และให้การ  
สนับสนุนทางสังคม

กลุ่มที่ 3

(Action)

ผู้วิจัยจะใช้วิธีการปฏิบัติกิจกรรมเหมือนในสัปดาห์ที่ 2 โดย  
ดำเนินการเป็นรายกลุ่มและเพิ่ม  
กิจกรรม ได้แก่ เสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองใน  
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กำหนดเป้าหมายขั้นต่อไป ให้เห็นตัวแบบ  
ให้การเสริมแรงในผู้ที่มีการปรับเปลี่ยน และให้การสนับสนุนทางสังคม  
และประเมินผลและ ให้ข้อมูลย้อนกลับทางคลินิก หาวิธีการแก้  
ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจากปฏิบัติพฤติกรรม

- สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการในแต่ละกลุ่ม โดยโทรศัพท์ติดตาม เพื่อ  
ประเมินความพร้อมก่อนดำเนินการทุก กลุ่ม และให้  
คำปรึกษารายบุคคลตามกิจกรรมที่ดำเนินในสัปดาห์ที่ 3-5

3. วัดความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคและความพร้อมในการ  
เปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังได้รับ โปรแกรม ใน 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม

โปรแกรม

กลุ่มควบคุม

1. วัดความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคและความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนทดลอง
2. ให้ได้รับการดูแลตามปกติจากบุคลากรในโรงพยาบาล
3. วัดความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคและความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรมใน 3 เดือนหลังสิ้นสุด

การวิเคราะห์

ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดย การคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความแตกต่างทางคุณลักษณะประชากรระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

P-A-2(Research 66)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และสัปดาห์ที่ 12 โดยจะทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติ โดยใช้ Kolmogorov Smirnov test หากข้อมูลของ 2 ตัวแปร มีการแจกแจงเป็นโค้ง ปกติจะใช้สถิติ two-way repeated ANOVA with Post hoc test และ/หรือ t-test ตามความเหมาะสม หากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จะใช้สถิติ non parametric Kruskal-Wallis with Post hoc test

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

เดือนกันยายน 2565 – กันยายน 2566 แผนการ  
ดำเนินการวิจัย ระบุในรูป Grant chart

## ขั้นตอนดำเนินการ

1. เสนอโครงร่างวิจัย

เพื่อขอรับทุน

และ

สร้าง

เครื่องมือ

2. เสนอจริยธรรมวิจัย

ใน

มนุษย์

3. เก็บรวบรวม

ข้อมูล

4. วิเคราะห์

ข้อมูล

5. อภิปรายผล

6. จัด

ทำรูปเล่มและ

นำเสนอผลการวิจัย

2565

2566

ด.ศ. พ.ย. ธ.ค. | ม.ค.

ก.พ. มี.ค. เม.ย. พ.ค. มิ.ย. ก.ค.

มิ.ย. ก.ค. ส.ค. ก.ย.

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ. (2563), รายงานสถานการณ์ NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.

2562. นนทบุรี:

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุลและมุกดา หนุ่ยศรี (2560) ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี, ขอนแก่น วารสารการพยาบาลและการดูแล

สุขภาพ.

P-A-2(Research 66)

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง, นนทบุรี: โรงพิมพ์

ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร

แห่งประเทศไทย

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559), หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  
สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรค

เรื้อรัง, นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหาร  
ผ่านศึกฯ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สุภัสสรา พิชญพงศ์โสภณ และ  
จุฬารัตน์ โสตะ (2561), ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อ  
การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความ  
ดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วารสารกรมอนามัย, 56-69.

ศิริเนตร สุขดี, อังศิรินทร์ อินทรคำแหง และพัชรี ดวงใจ. (2560). การ  
พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่  
ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของ  
ชุมชนใน ตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา, วารสารสุขศึกษา, 40, 38-50.

Prochaska, J.O., & Diclemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change  
of smoking:

Toward an integrative model of change. Journal of Counseling and Clinical Psychology,  
51, 390-395.

Prochaska, J.O., Diclemente, C.C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how  
people change:

Application to addictive behaviors. American Psychologist association, 47,  
1102-1114

งบประมาณการวิจัย (หมวดเงินรายได้  
สถาบัน)

1. รายรับ (In-Cash)

2. รายจ่าย หมวดเงินรายได้  
สถาบัน

เป็นค่าใช้จ่าย  
ดังนี้

= 30,000 บาท

= 30,000 บาท

- ค่าตอบแทนผู้ประมวลผลและ  
วิเคราะห์ข้อมูล

เป็นเงิน  
3,000 บาท

- ค่าตอบแทนผู้ลงรหัสข้อมูล จำนวน 210  
ชุดๆละ 25 บาท

เป็นเงิน  
5,250 บาท

(Try out, Pretest Posttest, Posttest 3  
เดือน)

- ค่าตอบแทนผู้ให้ข้อมูล จำนวน 35 คน  
ๆละ 300 บาท

เป็นเงิน  
10,500 บาท

- ค่าตอบแทนผู้บันทึกข้อมูล (พิมพ์พร้อมแก้ไข)  
จำนวน 200 หน้าๆ

เป็นเงิน  
5,000 บาท

ละ 25 บาท (โครงการวิจัย แบบขอจริยธรรม  
แบบสอบถาม คู่มือโปรแกรม  
การให้ความรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม  
เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง,  
รายงานการวิจัยฉบับ  
สมบูรณ์)

P-A-2(Research 66)

งบประมาณการวิจัย (ต่อ) เป็นค่าใช้จ่าย

จ่ายดังนี้

- ค่าตอบแทนผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จำนวน

3 คนๆละ 1,000 บาท เป็นเงิน - ค่าตอบแทนผู้

ประสานงานในพื้นที่ จำนวน 6 ครั้งๆละ 300 บาท

- ค่าเช่ารูปเล่มและทำปก จำนวน 2 เล่ม

x 150 บาท

-ค่าถ่ายเอกสารทบทวนวรรณกรรม

แบบสอบถาม คู่มือฯ

จำนวน 1,150 แผ่นๆละ 1

บาท

3,000 บาท

เป็นเงิน

1,800 บาท

เป็นเงิน

300 บาท

เป็นเงิน 1.150 บาท

รวมเงินทั้งสิ้น

30,000 บาท

(รวมเป็นเงินสามหมื่น  
บาทถ้วน)

ตรวจสอบงบประมาณเบิก

จ่ายได้ตามระเบียบ

ลงชื่อ

Now Di

ผู้เขียน

โครงการ

งานการเงิน

( นางสาวพัชรินทร์



คมขำ)

ผ่านการพิจารณาและปรับแก้ตามมติ  
ผู้ทรงคุณวุฒิและ คณะกรรมการวิจัยฯ  
วันที่ 30 พ.ย. 25๖๖วิจัยและวิเทศ  
Dom

สัมพันธ์

เป็นโครงการที่บรรจุ  
ในแผน

แผนงาน

ลงชื่อ.

.

หัวหน้าโครงการวิจัย

Gov  
e

(นางสาวจิตตินันท์ พง  
สุวรรณ)

หัวหน้างานวิจัยและ  
วิเทศสัมพันธ์

Don  
e

(นางสาวจิตตินันท์  
พงสุวรรณ)

ผู้เสนอ  
โครงการ

ผู้เห็นชอบ  
โครงการ

รองผู้  
อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิ  
ชาการ  
วันที่ 28 ธ.ค. 65

หน่วยยุทธศาสตร์  
และ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

ผู้อนุมัติ  
โครงการ

(นางปรียนนุช ชัยกอง  
เกียรติ)

พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน)  
ชำนาญการพิเศษ

รักษาการใน  
ตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชน  
นีนี ยะลา

วันที่อนุมัติ 28 6.4)

Onk