



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน และการรักษาขั้นต้น

แผนการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (faculty practice) ประจำปีการศึกษา 2565  
ประเด็นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความ  
ดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.

ชื่อ นางสาวสุรตนา ทศนุต

1. สาขาวิชาความชำนาญ/เชี่ยวชาญ/เนื้อหาที่สอน

1.1 ภาควิชาการพยาบาลชุมชน และการรักษาเบื้องต้น

1.2 ภาควิชาการพยาบาลชุมชน และการรักษาเบื้องต้น

2. รูปแบบ faculty practice ของอาจารย์

ปฏิบัติงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไปในคลินิกพยาบาล

ปฏิบัติงานร่วมกับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบบริหารพยาบาล คุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อ  
ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย หรือการพัฒนาบุคลากร/กำลังคน

ปฏิบัติงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไป ทำวิจัย ใช้ผลงานวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติ  
ทางการพยาบาล หรือพัฒนาความรู้จากกรณีศึกษาในสถานการณ์จริง

สร้างความรู้จากการปฏิบัติ การวิจัย ตีพิมพ์ผลงานวิชาการร่วมกับฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น

Individual development plan (IDP) ของอาจารย์แต่ละคนที่สามารถเพิ่มพูนประสบการณ์  
การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะผู้ป่วย เฉพาะกลุ่ม เฉพาะโรค

เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและวิชาชีพในการดูแลเฉพาะกลุ่ม เฉพาะโรค หรือที่ปรึกษาการวิจัย  
(consultation)

3. ปฏิบัติการพยาบาล เรื่องการพยาบาลในระดับปฐมภูมิประเด็นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจ  
และหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.

ผู้รับบริการ

รายบุคคล

ครอบครัว

กลุ่มและชุมชน

4. การอบการบูรณาการ

องค์ความรู้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอน สอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล  
ชุมชน2 หัวข้อ การพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพ ครอบครัวและชุมชนที่มีภาวะเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพที่  
พบบ่อย

- การวิจัย เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง
- ปฏิบัติการพยาบาล พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.
- อื่นๆ.....

#### 5. วัตถุประสงค์/เป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลสร้างความเชี่ยวชาญ

5.1 เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.ในพื้นที่ รพ.สต.

5.2 เพื่อเพิ่มทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

5.3 เพื่อพัฒนาโครงการ/งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.

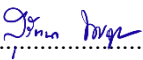
#### 6. แผนปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice Action Plan)

| วันที่/เวลา                 | จำนวน<br>ชม | กิจกรรม ปฏิบัติการพยาบาล   | สถานที่/<br>ผู้ให้บริการ | รายชื่อพยาบาลชำนาญการ/APN |
|-----------------------------|-------------|--|--------------------------|---------------------------|
| 2 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7           | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการใน รพ.สต. ในการการพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้การศึกษาค้นคว้าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน     | พว.แพรวตา หมอกเจริญ       |
| 3 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7           | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการใน รพ.สต. ในการการพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้การศึกษาค้นคว้าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน     | พว.แพรวตา หมอกเจริญ       |
| 4 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7           | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการใน รพ.สต. ในการการพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้การศึกษาค้นคว้าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน     | พว.แพรวตา หมอกเจริญ       |

|                              |   |   |                      |                     |
|------------------------------|---|---|----------------------|---------------------|
| 5 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น.  | 7 | ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.   | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |
| 6 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น.  | 7 | ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต.   | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |
| 10 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7 | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการใน รพ.สต. ในการใช้กระบวนการพยาบาลในการออกแบบโครงการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |
| 11 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7 | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการใน รพ.สต. ในการใช้กระบวนการพยาบาลในการออกแบบโครงการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |
| 12 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7 | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการใน รพ.สต. ในการใช้กระบวนการพยาบาลในการออกแบบโครงการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |

|                              |    |   |                      |                     |
|------------------------------|----|---|----------------------|---------------------|
| 13 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7  | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการ<br>ใน รพ.สต. ในการใช้กระบวนการ<br>พยาบาลในการออกแบบ<br>โครงการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยน<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน<br>โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย<br>โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดัน<br>โลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |
| 16 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7  | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการ<br>ใน รพ.สต. ในการใช้กระบวนการ<br>พยาบาลในการออกแบบ<br>โครงการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยน<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน<br>โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย<br>โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดัน<br>โลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |
| 17 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7  | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการ<br>ใน รพ.สต. ในการใช้กระบวนการ<br>พยาบาลในการออกแบบ<br>โครงการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยน<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน<br>โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย<br>โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดัน<br>โลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |
| 18 พ.ค. 2565<br>8.30-16.30น. | 7  | ทำงานร่วมกับพยาบาลชำนาญการ<br>ใน รพ.สต. ในการใช้กระบวนการ<br>พยาบาลในการออกแบบ<br>โครงการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยน<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน<br>โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วย<br>โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดัน<br>โลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. | รพ.สต.<br>วังตะเคียน | พว.แพรวตา หมอกเจริญ |
| รวม                          | 84 |   |                      |                     |

ขอรับรองว่า อาจารย์สุรัตนา ทศนุต ได้ปฏิบัติ Faculty Practice ครบถ้วนตามตารางการปฏิบัติงาน

  
.....

(อาจารย์สุรัตนา ทศนุต)

อาจารย์

  
.....

(นางสาวสุรัตนา ทศนุต)

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรีรัมย์  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
กลุ่มวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน และการรักษาขั้นต้น  
แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty practice)

ตามที่ข้าพเจ้า นางสาวสุรธนา ทศนุดำแหน่ง อาจารย์ประจำปีการศึกษา 2565 โดยมีความ  
เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลชุมชน ในรูปแบบการพัฒนาความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล ดังนี้

1. รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (Faculty practice)

1. ปฏิบัติงานร่วมกับ APN หรือพยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไปในหน่วยบริการ

ระบุ.....

2. ปฏิบัติงานร่วมกับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบการบริการ การบริการพยาบาล คุณภาพงาน

บริการพยาบาลเพื่อรับบริการกลุ่มเป้าหมาย หรือพัฒนาบุคลากร/กำลังคน

ระบุ.....

3. ปฏิบัติงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไป ทำวิจัย ใช้ผลงานวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาล หรือพัฒนาความรู้จากกรณีศึกษาในสถานการณ์จริง

พัฒนาโครงการวิจัยร่วมกันเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจ  
และหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

4. สร้างความรู้จากการปฏิบัติ การวิจัย ตีพิมพ์ผลงานวิชาการร่วมกับฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น

ระบุ.....

5. Individual development plan (IDP) ของอาจารย์แต่ละคนที่สามารถเพิ่มพูนประสบการณ์

การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะผู้ป่วย เฉพาะกลุ่ม เฉพาะโรค

ระบุ.....

ขอรายงานผลการดำเนินการดังนี้

1. บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

บรรลุ โดยได้โครงร่างวิจัยเพื่อเสนอขอรับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่า

พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ  
ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

2. รายงานปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล(Faculty practice)

| วัน เวลา<br>(จำนวนชั่วโมง) | หน่วยบริการ<br>สุขภาพ                         | การดำเนินกิจกรรม  | ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ/สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อการนำไปใช้  |
|----------------------------|---|---|---|
| 2 – 18 พค.<br>2565         | โรงพยาบาล<br>ส่งเสริม<br>สุขภาพวัง<br>ตะเคียน | - ทำงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพใน รพ<br>สต.ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย<br>เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงใน<br>เขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. วัง<br>ตะเคียน 10 หมู่<br>- ทำงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพใน<br>รพ.สต. วิเคราะห์หาปัจจัยเชิงสาเหตุ<br>ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิต<br>สูงในเขตพื้นที่<br>- ทบทวนวรรณกรรมและเขียนโครง<br>ร่างวิจัยร่วมกัน | โครงร่างงานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรม<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและ<br>หลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความ<br>ดันโลหิตสูง |
| รวมจำนวนชั่วโมง 84 ชั่วโมง |   |   |   |

3. ผลลัพธ์ของงานและความเชี่ยวชาญที่เพิ่มขึ้น

3.1 ผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง

3.1.1 ได้พัฒนาองค์ความรู้จากงานวิจัยที่พัฒนาโครงร่างมาจากฐานของชุมชนเพื่อนำไป  
แก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชนเอง

3.2 ความเชี่ยวชาญที่เพิ่มขึ้น

3.2.1 ทักษะการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน

ลงชื่อ 

(นางสาวสุรรัตนา ทศนุต)

ตำแหน่ง อาจารย์

ขอรับรองว่านางสาวสุรรัตนา ทศนุตได้ปฏิบัติ Faculty practice ครบถ้วนตามตารางปฏิบัติงานและครบถ้วน  
ตามวัตถุประสงค์

ลงชื่อ 

(นางกัญชิตา เสริมสินสิริ)

หัวหน้าสาขาการพยาบาลชุมชนและการรักษาเบื้องต้น

ลงชื่อ 

(นางสาวสุรรัตนา ทศนุต)

รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการ

## แบบเสนอโครงการวิจัย

เพื่อรับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

.....

1. ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

(ภาษาอังกฤษ) The Effectiveness of The Behavior Modification for the prevention of Cardiovascular Disease in Patients with diabetes and high blood pressure.

2. ขอรับทุนอุดหนุนวิจัยประจำปี 2566

3. ประเภทของงานวิจัย

การสาธารณสุข

4. ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัยและคณะ (โปรดระบุรายละเอียดของนักวิจัยทุกคน)

นางสาวสุรตนา ทศนุต (หัวหน้าโครงการวิจัย)

Miss Surattana Tossanoot

- สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เลขที่สมาชิก 19033
- วุฒิการศึกษา วทม. (สาธารณสุขศาสตร์) เอกพยาบาลสาธารณสุข
- ตำแหน่งทางวิชาการ อาจารย์
- สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ โทรศัพท์ 02-5406500 ต่อ 2782

E-mail : [surattana@bcnnv.ac.th](mailto:surattana@bcnnv.ac.th)

ประสบการณ์การในการทำวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคกลาง
2. ความสามารถในการบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบกรเรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต
4. ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ กรณีศึกษา : อบต. บางพระ

จังหวัดฉะเชิงเทรา

5. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มเสี่ยง
6. การศึกษาผลการใช้รางจืดในการลดระดับการสะสมของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกระแส



## โลโก้ของเกษตรกร

7. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
8. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
9. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานกวาดถนนในเขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร
10. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายต่อพฤติกรรมการป้องกันเบาหวานในผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน

11. การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ(TQF) ต่างกัน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

### ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคกลาง
2. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานกวาดถนนในเขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร
4. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายต่อพฤติกรรมการป้องกันเบาหวานในผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน

### ผลงานวิจัยที่ส่งเผยแพร่และอยู่ระหว่างรอตีพิมพ์

1. การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ(TQF) ต่างกัน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

งานวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ไม่มี

### นางสาวแพรวดา หมอกเจริญ (ผู้ร่วมวิจัย)

- วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
- ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะเคียน อ.เมืองฉะเชิงเทรา จ. ฉะเชิงเทรา

งานวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ไม่มี

### นายพิภพ ดีแพ (ผู้ร่วมวิจัย)

- สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เลขที่สมาชิก 19033
- วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน
- ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ โทรศัพท์ 02-5406500 ต่อ 2562

E-mail : [pipop@bcnnv.ac.th](mailto:pipop@bcnnv.ac.th)

ประสบการณ์การในการทำวิจัย

1. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติในเด็กวัยเรียนที่เรียนด้วยหนังสือการ์ตูนกับการสอนปกติ

**ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว**

1. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติในเด็กวัยเรียนที่เรียนด้วยหนังสือการ์ตูนกับการสอนปกติ

งานวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ไม่มี

พว.แพรวดา หมอกเจริญ (ผู้ร่วมวิจัย)

- วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

- ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

- สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะเคียน อ.เมืองฉะเชิงเทรา จ. ฉะเชิงเทรา

5. รายละเอียดของโครงการวิจัยที่เสนอขอรับทุนอุดหนุน

### 5.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease : CVD) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases : NCDs) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2015 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของการเสียชีวิตทั่วโลก และรายงานอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี ค.ศ. 2014 ประมาณร้อยละ 29 ของสาเหตุการตายทั้งหมดในประเทศไทย (WHO. 2011 ; WHO. 2017 : Online) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ พันธุกรรม และการมีโรคประจำตัว คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยพบว่า คนที่อายุมากขึ้นทั้งเพศหญิงและเพศชาย และ/หรือมีประวัติกรรมพันธุ์จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการสะสมของ Atherosclerotic plaque ในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดซึ่งอาจส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหรือสมองไม่เพียงพอทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา (สุนทร เลี้ยงแขวงวงศ์. 2556 : 668-676) สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงจะมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 75 (Shah and Afzal. 2013 : Online) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (วิชัย เอกพลากร. 2557)

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ได้แก่ การอักเสบของหลอดเลือด หลอดเลือดแดงแปรสภาพ หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ซึ่งเป็นผลที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา (Petrie, Guzik and Touyz. 2018 : 575-584) ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้หลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัว ส่งผลให้อวัยวะสำคัญถูกทำลาย ได้แก่ สมอง หัวใจ

ส่งผลให้เกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิต และยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการดูแล กระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ (นิพพาทย์ สิ้นทรัพย์, จินวัตร จันครา และบุปผา ใจมั่น. 2560 : 100-111) ดังนั้น ถ้าหากมีการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะช่วยลดผลกระทบที่ตามมาได้ โดยการป้องกันผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมป้องกันการโรค ซึ่งเป็นการปฏิบัติหรือการดำเนินชีวิต (Life style) เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมหรือการปฏิบัติดังกล่าวจะหมายถึงพฤติกรรมป้องกันการทางสุขภาพ (Preventive health behavior) ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) (Rosenstock, Strecher and Becker. 1988 : 175-183) ในขณะที่ Pender ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion or promotion health behavior) (Pender, Murdaugh and Parsons. 2015) ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นตัวบ่งชี้ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มประชากร โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีนั้นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในส่วนที่ดีอยู่แล้วให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน (Life style) ซึ่ง Walker et al (1995 : Online) ได้เสนอแนวทางการดำเนินชีวิต ประจำวันที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting life style) ประกอบด้วย พฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โภชนาการ กิจกรรมของร่างกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงถ้ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีสามารถควบคุมการรับประทานอาหารให้มีปริมาณของกรดไขมันอิ่มตัวต่ำ โคลเลสเตอรอลต่ำ มีการออกกำลังกายครั้งละ 30-60 นาที สัปดาห์ละ 2-5 ครั้ง จะมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50-70 มีผลทำให้ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL-C) เพิ่มขึ้น และระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-C) ลดลง (กัลยา กิจบุญชู, สุนาฏ เตชะงาม และชนิดา ปิโชติการ. 2551) หรือมีการจัดการความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยลดลง (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2553ก) ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ที่เข้ามามีอิทธิพล

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ ปัจจัยตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al. 2015) ได้แก่ ปัจจัยลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experience) ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-related affect) สำหรับปัจจัยลักษณะของบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ 1) อายุ ที่พบว่ากลุ่มประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (AHA. 2016 : Online) และเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Ghazali et al. 2015 : 7-8) และ 2) เพศ โดยผู้ชายมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้หญิง (AHA. 2016 : Online) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ตัวอย่างเช่น ระดับความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะอ้วนและการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติของผนังหลอดเลือด

และทำให้หลอดเลือดตีบตัน เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา (นิพพานัทธ สิ้นทรัพย์, จินวัตร จันครา และ บุปผา ใจมั่น. 2560 : 100-111) ปัจจัยส่วนบุคคลที่กล่าวมาในปัจจุบันสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการประเมินความเสี่ยงโดยรวม (Global risk score) ซึ่งเป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยพร้อม ๆ กัน เพื่อทำนายโอกาสเกิดโรคในอนาคตโดยใช้แอปพลิเคชันที่ชื่อว่า Thai CV Risk Score (ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. 2561 : ออนไลน์) ซึ่งสามารถนำมาใช้ประเมินกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อทำนายปัจจัยการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ คือ ปัจจัยความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมโดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติทำนายนายการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ว่าจะประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาประเด็นดังกล่าว เพื่อนำปัจจัยเหล่านี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้ที่สนใจนำไปสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

## 5.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

## 5.3 คำถามการวิจัย

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิผลหรือไม่อย่างไร

## 5.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender NJ, Murdaugh CL and Parsons MA. 2015) ตัวแปรอิสระผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะบางปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านปัจจัย ทางชีวภาพ (Biological factors) เพื่อนำมาประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยนำมาศึกษา 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ร่วมกับศึกษา ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด Thai CV Risk Score ซึ่งพัฒนาโดย ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ (2561 : ออนไลน์) โดยมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบในแบบประเมิน ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิตตัวบน โคลเลสเตอรอล ไขมันในเลือด และส่วนสูงส่วนตัวแปรตามคือพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โภชนาการ กิจกรรมทางกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

**โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง**

ประกอบด้วย

- การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
- การรับรู้อุปสรรคของต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
- การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน

5.  
1.  
สั

สรรรค การรับรู้ค  
ดหัวใจและพ

**พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 6 ด้าน**

ดังนี้

- การเจริญทางจิตวิญญาณ
- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- โภชนาการ
- กิจกรรมทางกาย
- ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
- การจัดการกับความเครียด

**ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด**

โรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### 5.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) ชนิด pretest – posttest control groups design ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

### 5.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง รูปแบบ และกระบวนการสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงโดยประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และประยุกต์ใช้ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender et al. 2015) ในด้านการรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit of action) ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers to action) ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และด้านการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers

to action) ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และกลยุทธ์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับ โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกันที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ร้อยละของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด Thai CV Risk Score ซึ่งพัฒนาโดย ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ (2561 : ออนไลน์) โดยมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบในแบบประเมิน ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิตตัวบน โคลเลสเตอรอล ไขมันในเลือด และส่วนสูง

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โภชนาการ กิจกรรมของร่างกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด ประเมินโดย แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสร้างจากแนวคิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II : HPLP II) (Walker et al. 1995 : Online)

4. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit of action) ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ความเชื่อหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

5. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers to action) ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกี่ยวกับข้อจำกัดหรือสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self – efficacy) ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงความสามารถของตนเองที่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

## 5.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

2. เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่

## 5.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหรือพฤติกรรมป้องกันโรค การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลในด้านปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ ประวัติการเป็นเบาหวาน ค่าความดันโลหิต โคเลสเตอรอล (Total, LDL & HDL cholesterol) ส่วนสูงและความยาวรอบเอว ซึ่งเป็นองค์ประกอบในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อทำนายโอกาสเกิดโรคในอนาคตข้างหน้า ตัวอย่างเช่น Framingham heart study ได้พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงในประชากรสหรัฐอเมริกา และมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก ต่อมาสมาคมโรคหัวใจของยุโรปจึงได้พัฒนาแบบประเมิน Europe SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) Risk chart (European society of cardiology. 2016 : 2315–2381)

สำหรับประเทศไทย ในปี 2548 นายแพทย์สุกิจ แย้มวงศ์ และคณะ ได้พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทยเป็นครั้งแรก ได้แก่ Rama-EGAT (Electricity Generating Authority of Thailand) Heart score (สุกิจ แย้มวงศ์. 2548) ต่อมานายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะได้มีการพัฒนาปรับปรุงแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นใหม่ คือ Thai CV Risk Score (ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. 2561 : ออนไลน์) โดยมีองค์ประกอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันในรูปแบบแอปพลิเคชันที่สามารถใช้ได้บน Web browser หรือดาวน์โหลดมาใช้ในโทรศัพท์เคลื่อนที่ ที่มีระบบปฏิบัติการ Android, iOS และ Windows phone

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่อยู่ในองค์ประกอบสำหรับการประเมินความเสี่ยงในโปรแกรม Thai CV Risk Score คือ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ ประวัติการเป็นเบาหวาน ค่าความดันโลหิต โคเลสเตอรอล (Total, LDL & HDL cholesterol) สัดส่วน ส่วนสูง และความยาวรอบเอว ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดังนี้

- 1) เพศ มีรายงานพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นในวัย 65 ปี หรือมากกว่านั้น (AHA. 2016 : Online) และพบว่าเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็จะเพิ่มตามไปด้วย (Ghazali SM et al. 2015 : 7-8)
- 2) อายุ พบอัตราการเกิดโรคหัวใจในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงในช่วงต้นของชีวิต แต่พบอัตราตายด้วยโรคหัวใจในผู้หญิงในวัยหลังหมดประจำเดือนมากกว่าผู้ชาย (AHA. 2016 : Online)
- 3) การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งรวมถึงผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น รวมทั้งผู้ที่บริโภคยาสูบแบบไม่มีควันชนิดต่าง ๆ เช่น ยาฉุน ยาเส้น ตลอดจนผู้ที่เคยสูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน และเพิ่งเลิกสูบบุหรี่ได้ไม่นาน เนื่องจากพบว่า หลังจากหยุดสูบบุหรี่

หยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 10 ปี จึงจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจใกล้เคียงกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และต้องเลิกสูบบุหรี่นานติดต่อกันมากกว่า 15 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2553ก) ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจจึงจะลดลงเหลือเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ผลจากการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ โดยที่นิโคติน มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนพรีนและทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดแดงหดตัวตันเพิ่มระดับไขมันในเลือด การทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง สารคาร์บอนมอนอกไซด์จะทำลายคุณสมบัติในการนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยเป็นผลทำให้หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นทำงานมากขึ้นเพื่อจะสูบน้ำเลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายให้เพียงพอ นอกจากนี้ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เลือดข้นขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้เลือดจับกันเป็นก้อนได้ง่าย เป็นสาเหตุทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดได้

4) ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและโรคเบาหวานหรือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือการมีโรคเบาหวานหรือมีภาวะความทนกลูโคสผิดปกติและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารผิดปกติทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็ก (Microvascular) ได้แก่ Retinopathy, Nephropathy และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งโรคหลอดเลือดส่วนปลาย กุสุมา กังหลี (2557 : 256-268) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.15

5) ค่าความดันโลหิตตัวบน ภาวะความดันโลหิตสูง คนที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนที่ไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง 2-3 เท่า ความดันโลหิตสูงทำให้ความสามารถของหลอดเลือดในการหดตัวและขยายตัวลดลง การที่มีความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง มีผลให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2553ก)

6) รอบเอวและส่วนสูง ใช้ในการหาอัตราส่วนความยาวรอบเอวต่อส่วนสูง (Waist height ratio) ซึ่งอัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงสามารถวัดการกระจายตัวของไขมันในร่างกายของแต่ละบุคคล เป็นเครื่องมือวัดดัชนีสัดส่วนของร่างกายเพื่อทำนายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง วิธีนี้ถูกนำเสนอครั้งแรกในกลางปี 1990 และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงในการเผาผลาญ (Metabolic risk factor) ทั้งการศึกษาในยุโรปและเอเชียยืนยันว่าวิธีนี้เป็นดัชนีที่สามารถทำนายความเสี่ยงในการเผาผลาญ (Metabolic risk) มากกว่าดัชนีมวลกาย (Chumpathat N. 2015) อัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในช่องท้อง รอบเอว สะท้อนให้เห็นถึงการสะสมของไขมันในอวัยวะภายในช่องท้อง ดังคำกล่าวที่ว่า การเก็บสะสมไขมันในอวัยวะภายในมากขึ้นในช่องท้องมากขึ้น หมายถึง อัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงมีค่าสูงกว่าอัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงเป็นวิธีที่ง่ายและไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า อัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงเป็นวิธีที่ดีกว่าการใช้ดัชนีมวลกายในการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับหัวใจและการเผาผลาญ (Cardio-metabolic risks) มีการศึกษาในวัยกลางคนชาวไต้หวัน พบว่า



วิธีนี้ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่มีประสิทธิภาพ ของการอ้วนลงพุงความเสี่ยงเกี่ยวกับหัวใจและการเผาผลาญ (Cardio-metabolic risk) แม้ว่าค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวจะมีค่าปกติ

การศึกษาของ Jianvitayakit S et al (2014 : 100-110) ที่พบว่า กลุ่มผู้ชายไทยอายุ 32-67 ปี ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 280 ราย ในกรุงเทพมหานครที่เลิกบุหรี่ได้จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มากกว่ากลุ่มที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธีกานต์ ทิมูลนิย และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2559 : 118-132) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-45 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .45, p < .05$ ) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงระหว่างการรับรู้ความสามารถในตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ( $r = .836, p < .01$ ) (สายทอง ภูแมนเขียน. 2556)

การศึกษาของ Yue Z et al (2015 : 669 - 673) การศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศจีน จำนวน 232 ราย พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยาความดันโลหิตมากจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio=1.22, 95% CI=1.08-1.37) และการศึกษาของ Lo SW, Chair SY and Lee FK (2015 : 197-201) ศึกษาผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ในฮ่องกงที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin YH et al (2006 : 3-10) ศึกษาผู้หญิงเกาหลีอายุ 40 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 61.3-67.8 ปี) ที่มีภาวะข้อเสื่อมและกระดูกพรุน จำนวน 154 ราย พบว่า การความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังมีการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 202 ราย ในเกาหลี พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r=.602, p<.001$ )

การศึกษาจากโครงการ The German Epidemiological Trial on Ankle Brachial Index (GetABI) ในเยอรมันจากการติดตามผู้สูงอายุ จำนวน 1,937 ราย เป็นระยะเวลา 7 ปี พบกลุ่มตัวอย่าง 286 ราย ที่รายงานตนเองว่าเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 57.7 ไม่มีเพื่อน ร้อยละ 43.0 และไม่สนใจจะมีกิจกรรม ร้อยละ 36.7 ไม่มีโอกาสที่จะเล่นกีฬาหรือมีกิจกรรม ร้อยละ 30.3 และไม่มีเวลา ร้อยละ 16.4 (Moschny A et al. 2011 : 1-10) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Lo SW, Chair SY and Lee FK (2015 : 197-201) ในศึกษาบุคคลในฮ่องกงที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี และ/หรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Horwood H, Williams MJ and Mandic S (2015 : 980-987) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 44 ราย ในนิวซีแลนด์ที่มีการรับรู้อุปสรรคมากจะเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจหรือเข้าร่วมเป็นบางครั้ง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจอย่างสม่ำเสมอ และยังคงพบผู้ป่วย

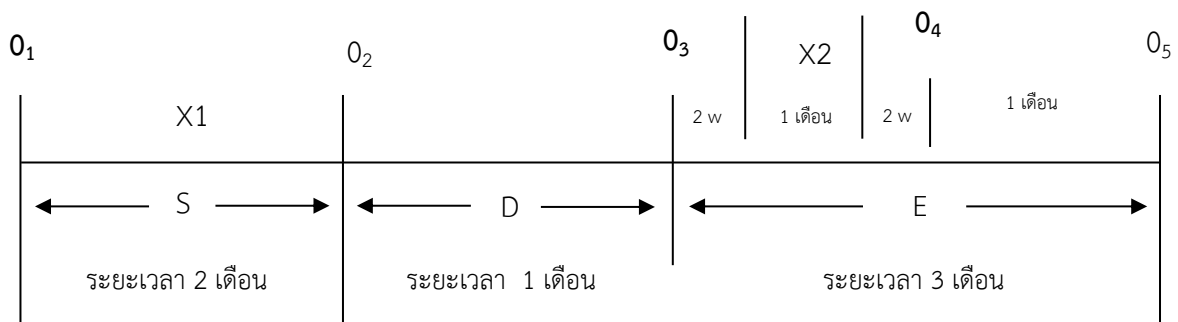
ความดันโลหิตสูง ในประเทศจีน มีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาความดันโลหิตสูงจะมีความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาลดความดันโลหิตน้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds ratio=0.62, 95% CI=0.50-0.78) (Yue Z et al. 2015 : 669-673)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้หญิงมุสลิมอายุ 40-59 ปี (สุจิตรา เหมวิเชียร. 2549) นอกจากนี้ ยังมี การศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา (2553 : 60-68) โดยรวบรวมการศึกษาที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 จำนวน 48 เรื่อง ในประเทศไทย เป็นวิทยานิพนธ์ ร้อยละ 77 พบการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และยังมีพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 32-92 ปี จำนวน 88 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.31, p<.05$ ) จากการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิชชดา เจริญกิจการ (2557 : 236-248)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจะทำให้ทราบว่า มีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าจะมีปัจจัยอะไรบ้างที่จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยสามารถนำไปข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

## 5.10 วิธีดำเนินการวิจัย

1. ลักษณะของงานวิจัย ใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Quasi Experimental ชนิด Quasi Experimental ชนิด pretest – posttest control groups design โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง





4. การเดินและการทรงตัวปกติ
5. อ่านเขียนภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง
6. มีโทรศัพท์ที่เป็นสมาร์ทโฟนและสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์ในการคัดออก ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. ตั้งครรภ์หรือมีโรคที่ห้ามออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ
2. หัวใจและชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอหรือเต้นมากกว่า 100 ครั้ง/นาที
3. พบความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160/90 มิลลิเมตรปรอท
4. ตรวจพบว่าเป็นเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือน้อยกว่า 70 มิลลิกรัม / เดซิลิตร
5. ขอลอนตัวจากการวิจัย

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

##### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย อายุ เพศ การสูบบุหรี่ ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต รอบเอว ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับโคเลสเตอรอลรวม ระดับโคเลสเตอรอล LDL-C และระดับโคเลสเตอรอล HDL-C

##### ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า

จากโปรแกรม Thai CV Risk Score ซึ่งพัฒนาโดย ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ (2561 : ออนไลน์) ข้อมูลที่ใช้คำนวณประกอบด้วย อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นเบาหวาน ค่าความดันโลหิตตัวบน ความยาวเส้นรอบเอว และส่วนสูง โดยแบบประเมินแบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 5 ระดับ ดังนี้

| คะแนน  | ความหมาย  |
|--------|---|
| <10%   | มีความเสี่ยงต่อการโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับต่ำ        |
| 10-<20 | มีความเสี่ยงต่อการโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับปานกลาง    |
| 20-<30 | มีความเสี่ยงต่อการโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับสูง        |
| 30-<40 | มีความเสี่ยงต่อการโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับสูงมาก     |
| >40    | มีความเสี่ยงต่อการโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับสูงอันตราย |

ซึ่งโปรแกรม Thai CV Risk Score สามารถใช้ได้บน Web Browser จากลิงค์

[https://med.mahidol.ac.th/cardio\\_vascular\\_risk/thai\\_cv\\_risk\\_score](https://med.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score) หรือดาวน์โหลดแอปพลิเคชันมาใช้ในโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เป็นระบบปฏิบัติการ android และ iOS

##### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II : HPLP II) ที่พัฒนาโดย Walker et al (1995 : Online) จำนวน 35 ข้อ โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิต

วิญญาน จำนวน 5 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 5 ข้อ โภชนาการ จำนวน 8 ข้อ กิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ และการจัดการกับความเครียด จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ ทำกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย โดยมีเกณฑ์แปลความหมายเป็นคะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจโดยรวม ดังนี้ (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8-11) ดังนี้

| คะแนน     | ความหมาย  |
|-----------|---|
| 3.01-4.00 | การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับดี      |
| 2.01-3.00 | การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับปานกลาง |
| 1.00-2.00 | การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับไม่ดี   |

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยสร้างจากทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender et al. 2015) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 10 ข้อ และ การรับรู้ความสามารถตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์แปลความหมายเป็นคะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับโดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจโดยรวม ดังนี้ (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8-11) ดังนี้

| คะแนน     | ความหมาย  |
|-----------|---|
| 3.01-4.00 | การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับดี      |
| 2.01-3.00 | การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับปานกลาง |
| 1.00-2.00 | การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับไม่ดี   |

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ทั้ง 4 ส่วน นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จำนวน 3

ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความกับนิยามศัพท์หรือวัตถุประสงค์ของการวัด และนำมาคำนวณเป็นค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาารยฉบับ (Content Validity Index : CVI)

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นในจังหวัดเดียวกัน จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

#### 4.วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

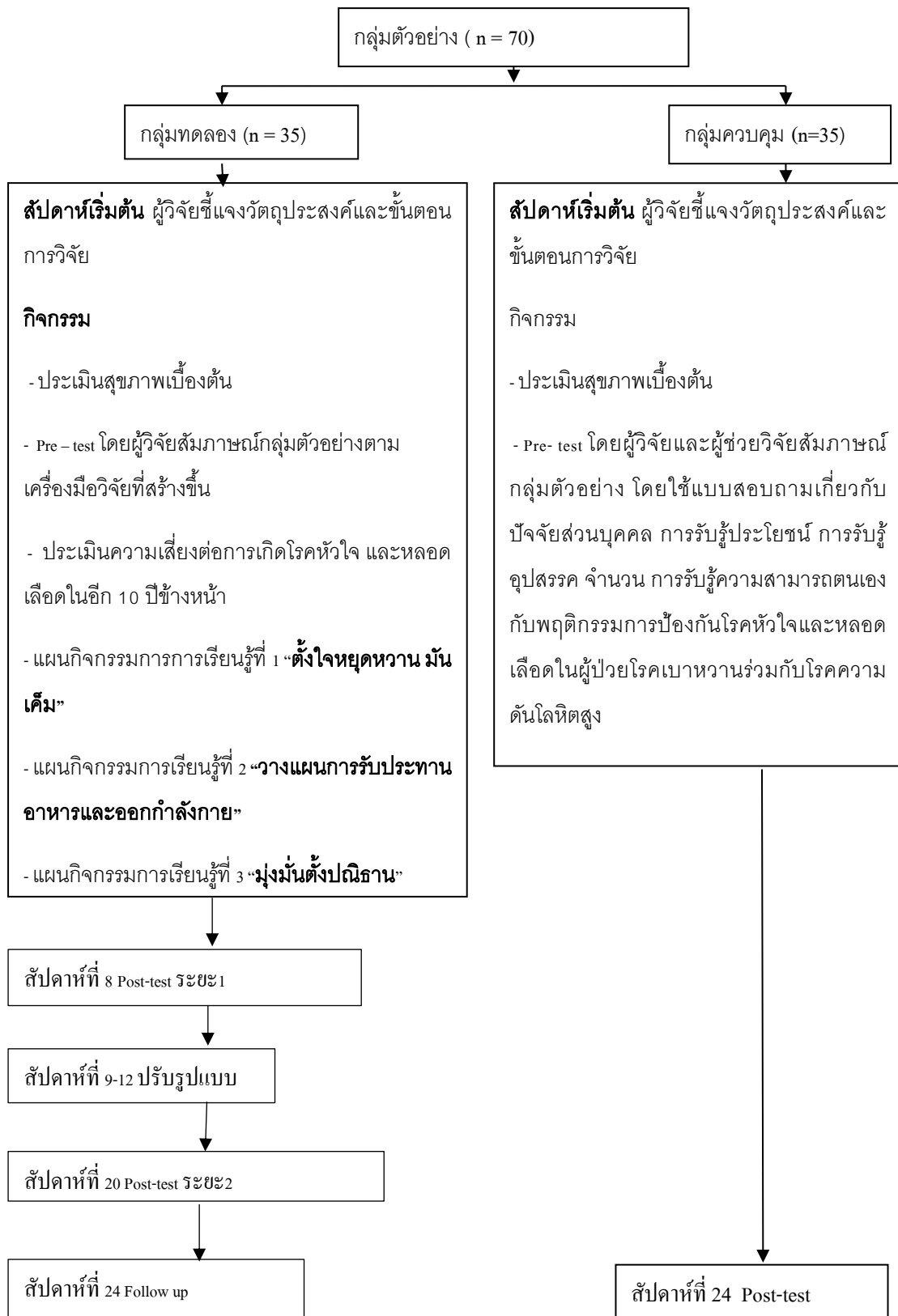
1. ขออนุญาตรับรองจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

2. การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเลือก สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรม นัดแนะวันและเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม มีการประชาสัมพันธ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมผ่านผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุข

3. จัดประชุมกับทีมวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน วิธีการดำเนินงาน ลักษณะของข้อความถาม การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกพฤติกรรม เพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4. จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ เอกสาร เพื่อความพร้อมในการดำเนินการวิจัย



2. เมื่อได้อนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นที่ได้จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากโปรแกรม Thai CV Risk Score
4. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ชุดที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2567
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติ

### 5.การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปที่ประกอบด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงดังนี้

1. สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน
2. สถิติอ้างอิง
  - 2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square
  - 2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ดังนี้
    - 2.2.1 ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test
    - 2.2.2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

#### 5.11 เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556) ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย : นโยบาย สู่ การปฏิบัติ สำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.

กรุงเทพมหานคร : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กัญญา จันทรืพล และมนัสนันท์ ธนวิกรานต์กุล. (2558) “ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์



ต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี” วารสารกรมการแพทย์. 40 (5) หน้า 112-119.

กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และชนกพร จิตปัญญา. (2553) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” *Journal of Nursing Science*. 28 (3) หน้า 60-68.

กัลยา กิจบุญชู, สุนาฏ เตชางาม และชนิดา ปิโศติการ. (2551) **อาหารตามหลักโภชนาการแผนปัจจุบัน**. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กฤษมา กังหลี. (2557) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า” *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15 (3) หน้า 256-268.

จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และรัตน์ศิริ ทาโต. (2560) “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร”

**วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**. 28 (2) หน้า 111-125.

จุฑามาศ คชโคตร และคณะ. (2555) “พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร” *วารสารเกื้อการุณย์*. 19 (1) หน้า 71-86.

ชลิดา โสภิตภักดีพงษ์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และสุนีย์ ละกะปิ่น. (2553) “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง” *วารสาร*

**การพยาบาลและสุขภาพ**. 4 (3) หน้า 57-65.

ทัศนาศ บุญทอง, สุปราณี อัทธเสรี และนัทธมน ศิริกุล. (2550) “บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ” *วารสารสภาการพยาบาล*.

22 (4) หน้า 24-37.

นิพนธ์ภัทร สิ้นทรัพย์, จินฉัตร จันครา และบุปผา ใจมั่น. (2560) “โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ : เพศฆาตเงียบที่ควรตระหนัก” *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 28 (1)

หน้า 100-111.

นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิชชดา เจริญกิจการ. (2557) “ความสัมพันธ์ระหว่างอายุการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน”

*Rama Nurse J*. 20 (2) หน้า 236-248.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553) **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.

ปรารณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับลาย. (2560) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสงขลา” *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ*

**การสาธารณสุขภาคใต้**. 4 (1) หน้า 217-233.

ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. (2561) แอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : [https://med.mahidol.ac.th/cardio\\_vascular\\_risk/thai\\_cv\\_risk\\_score/](https://med.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/) (19 มีนาคม 2561)

พุลสุข หิรัญสาย. (2550) ผลของโปรแกรมจัดการปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่อระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.

(สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เมธิกานต์ ทิมูลนีย์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2559) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดวัยก่อนหมดประจำเดือน” วารสาร **เกื้อการณย์**. 23 (1) หน้า 118-132.

ยุภา โพบา, ชฎาภา ประเสริฐทรง และวนิดา ดุรงฤทธิชัย. (2558) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้” วารสารพยาบาลทหารบก. 16 (1) หน้า 123-130.

วิชัย เอกพลากร. (2557) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร : อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538) “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้” วารสารข่าวการวิจัยทางการศึกษา. 18 (3) หน้า 8-11.

ศศิกายุจน์ สกุลปัญญวัฒน์. (2557) “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก” วารสารพยาบาลทหารบก. 15 (3) หน้า 353-360.

สมสมัย สุธีรตานต์ และวัชรีย์ จงไพบูลย์พัฒนนะ. (2552) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพฝ่ายบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สายทอง ภูแมนเขียน. (2556) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ พย.ม.

(สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553ก) การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2553ข) แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

\_\_\_\_\_. (2558) การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุกิจ แยมวงษ์. (2548) โครงการการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด.

กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สุกัญญา บุญวรสถิต, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2559) “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ ในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา”

**วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 11 (1) หน้า 52-62.**

สุกัญญา บุญวรสถิต, วานิช สุขสถาน และฐิตวัฒน์ หงษ์กิตติยานนท์. (2560) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน” ใน

**รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 3 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1**

**คิดอย่างสร้างสรรค์ด้วยนวัตกรรมขับเคลื่อนประเทศด้วยเทคโนโลยี. ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ**

**วันพฤหัสบดีที่ 27 กรกฎาคม 2560 หน้า 314-320. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม.**

สุจิตรา เหมวิเชียร. (2549) **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด**

**ของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)**

สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณณ ธีญจิวรา และอรุณศรี เตชะสงส์. (2554) **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล.**

กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนทร เลี้ยงเชวงวงศ์. (2556) “วิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของนักศึกษา

ในมหาวิทยาลัยไทยอยู่ในภาวะวิกฤต” **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 21 (7)**

หน้า 668-676.

สุพัตรา บัวที, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และศิริอร สินธุ์. (2555) “พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ

และหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ที่บ้านลาดสระบัว อำเภอปางศิลาทอง จังหวัด

กำแพงเพชร” **Journal of Nursing Science. 30 (2) หน้า 58-69.**

สุรพล ช่วยบุตดา. (2558) “ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชน

อายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น” **วารสารการพัฒนา**

**สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 3 (4) หน้า 547-560.**

อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมณสกุล และสายลม เกิดประเสริฐ. (2018) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอด

ก่อนกำหนด” **Rama Nurs J. 24 (3) หน้า 264-278.**

AHA. (2016) **Understand Your Risks to Prevent a Heart Attack.** [Online] Available :

<https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/understand-your-risks-to-prevent-a-heart-attack#.WxUQ60iFOM8> (20/06/2018)

Ashwell M, Gunn P and Gibson S. (2012) “Waist-to-height ratio is a better screening

tool than waist circumference and BMI for adult cardio metabolic risk factors :

Systematic review and meta-analysis” **Obesity Reviews**. 13 (3) page 275-286.

Barhum L. (2019) **The link between diabetes and hypertension**. [Online] Available : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/317220.php>. (20/06/2018)

Carpenter CJ. (2010) “A meta-analysis of effectiveness of health belief model variables in predicting behavior” **Health Communication**. 25 (8) page 661-669.

Chumpathat N. (2015) **Nutritional Assessment by Anthropometry in Thai Elderly and Height Estimated Equations Development**. Ph.D. (TROPICAL MEDICINE) Bangkok : Mahidol University.

Eriksen A et al. (2015) “The Impact of Health Behaviours on Incident Cardiovascular Disease in Europeans and South Asians – A Prospective Analysis in the UK SABRE Study” **PLoS ONE**. 10 (3) page 1-15.

European society of cardiology. (2016) “2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice” **European Heart Journal**. 37 (29) page 2315–2381.

Fual F et al. (2007) “A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences” **Behav Res Methods**. 39 page 175-191.

Ghazali SM et al. (2015) “Sociodemographic factors associated with multiple cardiovascular risk factors among Malaysian adults” **BMC Public Health**. 15 (68) page 7-8.

Horwood H, Williams MJ and Mandic S. (2015) “Examining motivations and barriers for attending maintenance community-based cardiac rehabilitation using the health-belief model” **Heart, Lung and Circulation**. 24 (10) page 980-987.

Ho SY, Lam TH and Janus ED. (2003) “Waist to stature ratio is more strongly associated with cardiovascular risk factors than other simple anthropometric indices” **Ann Epidemiol**. 13 (10) page 683-91.

Jianvitayakit S et al. (2014) “Factors Influencing Smoking Cessation Behavior among Thai Male Smokers with Hypertension” **Pacific Rim International Journal of nursing Research**. 18 (2) page 100-110.

Lo SW, Chair SY and Lee FK. (2015) “Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome : Based on the health belief model” **Applied Nursing Research**. 28 (2) page 197-201.

Moschny A et al. (2011) “Barriers to physical activity in older adults in Germany :

a cross-sectional study” **Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. 8 (121) page 1-10.

Pender NJ, Murdaugh CL and Parsons MA. (2015) **Health Promotion in Nursing Practice (Seventh edition)**. USA : Pearson Education, Inc.

Petrie JR, Guzik TJ and Touyz RM. (2018) “Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease : Clinical Insights and Vascular Mechanisms” **Can J Cardiol**. 34 (5) page 575–584.

Rosenstock IM. (1974) “Historical origins of the Health Belief Model” **Health Education Monograph**. 24 page 328-335.

Rosenstock IM, Strecher VJ and Becker MH. (1988) “Social learning theory and the Health Belief Model” **Health Educ Q**. 15 (2) page 175-183.

Shenoy,S ,Guglani, R ,Sandhu J.S. (2010). Effect of an aerobic walking program using heart rate monitor and pedometer on parameters of diabetes control in Asian Indians with type 2 diabetes,4(1)41-45.

Shin YH et al. (2006) “Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis” **Journal of Nursing Studies**. 43 (1) page 3-10.

Tannahill A. (2009) “Health promotion : the Tannahill model revisited” **Public Health**. 123 (2009) page 396–399.

Walker et al. (1995) **Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle : Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version)**. University of Michigan. [Online]

Available : <http://hdl.handle.net/2027.42/85349> (30/05/2018)

WHO. (2007) **Prevention of cardiovascular disease : guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk**. World Health Organization. [Online] Available : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43685> (20/06/2018)

\_\_\_\_\_. (2011) **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. France : World Health Organization.

Yue Z et al. (2015) “Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients” **Patient Education and Counseling.** 98 (5) page 669-673.

Zafari N, et al. (2017) **Impact of Hypertension versus Diabetes on Cardiovascular and All-cause Mortality in Iranian Older Adults: Results of 14 Years of Follow-up.** [Online] Available : [www.nature.com/scientificreports](http://www.nature.com/scientificreports). (16/09/2018)

#### 6. แผนการดำเนินการตลอดโครงการ

| กิจกรรม  | พค.<br>-มีย.<br>65 | กค -<br>สค.<br>65 | กย-<br>ตค.<br>65 | พย-<br>ธค.<br>65 | มค.<br>66 | กพ.<br>66 | มีค.<br>66 | เม.ย.<br>66 | พค.<br>66 | มีย.<br>66 |
|--|--------------------|-------------------|------------------|------------------|-----------|-----------|------------|-------------|-----------|------------|
| 1. เขียนโครงการวิจัย<br>ร่าง                                     | ↔                  |                   |                  |                  |           |           |            |             |           |            |
| 2. เสนอโครงร่างเพื่อขอ<br>อนุมัติ ERB และอนุมัติ<br>โครงการวิจัย |                    | ↔                 |                  |                  |           |           |            |             |           |            |
| 3. สร้างแบบสอบถาม<br>วิจัย                                       | ↔                  |                   |                  |                  |           |           |            |             |           |            |
| 4. เก็บรวบรวมข้อมูล  |                    |                   | ←                |                  |           | →         |            |             |           |            |
| 5. วิเคราะห์ข้อมูล   |                    |                   |                  |                  |           |           | ↔          | →           |           |            |
| 6. เขียนรายงานวิจัย  |                    |                   |                  |                  |           |           |            |             | ↔         |            |
| 7. วางแผนเผยแพร่   |                    |                   |                  |                  |           |           |            |             |           | ↔          |

7. รายละเอียดค่าใช้จ่ายตลอดโครงการ จำนวน 15,000 บาท(หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ตามรายการดังนี้

ค่าประสานงานในพื้นที่ 500 บาท\* 4 คน เป็นเงิน 2,000 บาท  
 ค่าจ้างผู้บันทึกข้อมูลพิมพ์และแก้ไข 25 บาท/หน้า จำนวน 120 หน้า เป็นเงิน 3,000 บาท  
 ค่าจ้างจัดทำแอปพลิเคชันในการทดลองวิจัย เป็นเงิน 10,000 บาท

#### 8. แนวทางการตีพิมพ์เผยแพร่

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ช่วงเวลาที่จัดเตรียมต้นฉบับแล้วเสร็จ มิถุนายน 2566

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

#### 9. คำชี้แจงเพิ่มเติม (ถ้ามี)

10.ลายมือชื่อหัวหน้าโครงการ



(นางสาวสุรัตนา ทศนุต)

11.คำรับรองของผู้บังคับบัญชา พร้อมลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา

.....  
(นางเพ็ญวิภา พงษ์ศักดิ์ชาติ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ