

รายการอ้างอิง

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11):2011-30.
2. Ministry of Public Health, The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi; 2002.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547. [online]. 2550. Available from: <http://thaibod.org/> เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2551.
4. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Jr., Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. Circulation 1999; 100(13):1481-92.
5. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985; 14(1):32-8.
6. Puska P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Salomaa V, Nissinen A. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. Bull World Health Organ 1998; 76(4):419-25.
7. Jemal A, Ward E, Hao Y, Thun M. Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. JAMA. 2005; 294(10):1255-9.
8. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med 2007; 356(23):2388-98.
9. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002; 288(23):2981-997.

10. Kaplan NM. The challenge of managing multiple cardiovascular risk factors. *Am J Hypertens* 1997; 10:167S-9S.
11. Kjeldsen SE, Julius S, Brunner H, Hansson L, Henis M, Ekman S, et al. Characteristic of 15314 hypertensive patients at high coronary risk. *Blood Pressure* 2001; 10:83-91.
12. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285(19):2486-97.
13. Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21(11):1983-92.
14. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14 Suppl 2:S1-113.
15. Sheridan SL, Crespo E. Does the routine use of global coronary heart disease risk scores translate into clinical benefits or harms? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2008;8:60.
16. Brindle P, Beswick A, Fahey T, Ebrahim S. Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *Heart* 2006; 92(12):1752-9.
17. Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD001561.
18. Health System Research Institute, Bureau of Health Policy and Strategy Ministry of Public health. The report of Thailand population health examination survey III.

- Nonthaburi: Health System Research Institute, Bureau of Health Policy and Strategy; 2006.
19. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2550.
 20. Buranakitjaroen P. An audit of blood pressure control in clinical practice in Thailand. J Med Assoc Thai 2006; 89 Suppl 5:S8-17.
 21. รายงานประจำปี 2547. [online]. 2547. Available from: <http://phdb.moph.go.th> เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2549.
 22. การสาธารณสุขไทย 2544-2547. [online]. 2548 . Available from: <http://www.moph.go.th/ops/health48> เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2549.
 23. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. Am J Prev Med 2004; 27(2 Suppl):61-79.
 24. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. Am J Prev Med 2002 ; 22(4):267-84.
 25. Development of coronary heart disease assessment tool. [online]. 2548. Available from:<http://hrn.thainhf.org/index.php?module=research&show=detail&act=ok&rid=67> เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2551.
 26. Wood DA, Kinmonth AL, Davies GA, Yarwood J, Thompson SG, Pyke SDM, et al. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British family heart study. Family Heart Study Group. BMJ 1994; 308(6924):313-20.
 27. Wister A, Loewen N, Kennedy-Symonds H, McGowan B, McCoy B, Singer J. One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk. CMAJ 2007; 177(8):859-65.
 28. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection,

- Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42(6):1206-52.
29. ศุภชัย ถนอมทรัพย์. ความดันโลหิตสูง. ใน: ทิพย์สุชน เอี่ยมสะอาด, ภาริณี สิงห์ประสาทร (บรรณาธิการ). การประชุมวิชาการเภสัชศาสตร์ครั้งที่ 4; 26-27 มกราคม 2549; ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. กรุงเทพฯ: บริษัท นิวไทยมิตรการพิมพ์ (1996) จำกัด; 2549. หน้า 51-61.
 30. ศุภชัย ถนอมทรัพย์, พีระ บุรณะกิจเจริญ, ศรีจิตตรา บุนนาค, พิงใจ งามอุโฆษ, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, ถนอม สุภาพร และคณะ. แนวทางในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. ม.ป.ท, 2543.
 31. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. ใน: อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย (บรรณาธิการ). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข Quick Reference Guide สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท กิตติชัย พรินติ้ง จำกัด ; 2549. หน้า 1-14.
 32. Luepker RV, Apple FS, Christenson RH, Crow RS, Fortmann SP, Goff D, et al. Case definitions for acute coronary heart disease in epidemiology and clinical research studies: a statement from the AHA Council on Epidemiology and Prevention; AHA Statistics Committee; World Heart Federation Council on Epidemiology and Prevention; the European Society of Cardiology Working Group on Epidemiology and Prevention; Centers for Disease Control and Prevention; and the National Heart, Lung, and Blood Institute. Circulation 2003; 108(20):2543-9.
 33. สายัณห์ ชีพอุดมวิทย์. โครงการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด. [online]. 2547. Available from: <http://hrn.thainhf.org/index.php?module=research&show=detail&act=ok&rid=77> เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2551.
 34. พงษ์พีระ สุวรรณกุล. หลอดเลือดแดงแข็ง: นิยามพยาธิกำเนิดและพยาธิสภาพ. ใน: ธรรมนูญมรประวัติ, ไกรสิทธิ์ ดันดีศิริรินทร์, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, ลินดา วงศานุพัทธ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด; 2541. หน้า 612-8.

35. วรมนต บำรุงสุข. โรคหัวใจที่พบบ่อยทางเวชปฏิบัติ. ใน: วรมนต บำรุงสุข (บรรณาธิการ). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี. กรุงเทพฯ: L.T.Press Co.,Ltd.; 2548. หน้า 10-49.
36. ศุภชัย ถนอมทรัพย์. การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน: สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2544. หน้า 245-53.
37. Sorlie PD, Cooper L, Schreiner PJ, Rosamond W, Szklo M. Repeatability and validity of the Rose questionnaire for angina pectoris in the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *J Clin Epidemiol* 1996; 49(7):719-25.
38. LaCroix AZ, Haynes SG, Savage DD, Havlik RJ. Rose Questionnaire angina among United States black, white, and Mexican-American women and men. Prevalence and correlates from The Second National and Hispanic Health and Nutrition Examination Surveys. *Am J Epidemiol* 1989; 129(4):669-86.
39. Fischbacher CM, Bhopal R, Unwin N, White M, Alberti KG. The performance of the Rose angina questionnaire in South Asian and European origin populations: a comparative study in Newcastle, UK. *Int J Epidemiol* 2001; 30(5):1009-16.
40. Lawlor DA, Adamson J, Ebrahim S. Performance of the WHO Rose angina questionnaire in post-menopausal women: are all of the questions necessary? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(7):538-41.
41. Bass EB, Follansbee WP, Orchard TJ. Comparison of a supplemented Rose Questionnaire to exercise thallium testing in men and women. *J Clin Epidemiol* 1989; 42(5):385-94.
42. Lampe FC, Whincup PH, Wannamethee SG, Ebrahim S, Walker M, Shaper AG. Chest pain on questionnaire and prediction of major ischaemic heart disease events in men. *Eur Heart J* 1998; 19(1):63-73.
43. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. การศึกษาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในโรงพยาบาล. [online]. Available from: http://www.hiso.or.th/hiso/proReport/pro_download2.php?download1=3&lesson1=3&lesson_id=297&zone=1&manu=2&page=1 เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2551.

44. จันทรพีญ ชูประภาวรรณ. เส้นทางมรณะของคนไทย กับการปรับปรุงระบบรายงานการตาย. เอกสารประกอบการประชุมการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์แห่งชาติครั้งที่ 1; 10-13 กรกฎาคม 2546 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์. กรุงเทพฯ: MediMedia (Thailand) Ltd; 2546. หน้า 87-90.
45. จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, อรุณ จิรวัดมนกุล, วรวิภา เปาอินทร์. ผลการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทยที่เสียชีวิตใน 1 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2540 - 2542 ใน 16 จังหวัดของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
46. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลกลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือด และเบาหวาน. นนทบุรี: กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; ม.ป.ป.; ม.ป.ท.
47. Tatsanavivat P, Klungboonkrong V, Chirawatkul A, Bhuripanyo K, Manmontri A, Chitanondh H, et al. Prevalence of coronary heart disease and major cardiovascular risk factors in Thailand. *Int J Epidemiol* 1998; 27(3):405-9.
48. Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. *Heart* 2002 ; 88(2):119-24.
49. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham: a statement for healthcare professionals from the AHA Task Force on Risk Reduction. American Heart Association. *Circulation* 1998; 97(18):1876-87.
50. Stallones RA. Patterns of health risk. *Science*. [Book review]. 1980;208:1138-9.
51. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolonen H, et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 2000; 355(9205):675-87.
52. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438):937-52.

53. Hackam DG, Anand SS. Emerging risk factors for atherosclerotic vascular disease: a critical review of the evidence. *JAMA* 2003; 290(7):932-40.
54. ปิยมิตร ศรีธรา, ปิยทัศน์ ทศนวิวัฒน์, นิธิ มหานนท์, ถาวร สุทธิไชยกุล, จิตร สิทธิอมร, สายัณห์ ชีพอุดมวิทย์ และคณะ. การวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน: ธรรมนูญ งามประวัติ, สมอาจ วงษ์ชมทอง, ลินดา วงศ์อนุพัทธ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2547. หน้า 26-33.
55. Sritara P, Cheepudomwit S, Chapman N, Woodward M, Kositchaiwat C, Tunlayadechanont S, et al. Twelve-year changes in vascular risk factors and their associations with mortality in a cohort of 3499 Thais: the Electricity Generating Authority of Thailand Study. *Int J Epidemiol* 2003 ;32(3):461-8.
56. นายศรี สุพรศิลป์ชัย, กนต์ เข็มรุ่งโรจน์, พีรธ ประดิษฐวณิช. รายงานผลการวิจัย โครงการย่อย ที่ 8 เรื่อง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้ ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย. ใน : ไกรสิทธิ์ ดันติศิริรินทร์, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, ลินดา วงศ์อนุพัทธ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2548. หน้า 529-772.
57. สุพรชัย กองพัฒนากุล. เทคนิคการดูแลรักษาโรคหัวใจขาดเลือด การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค. ใน: ศุภวรรณ มโนสุนทร, นายศรี สุพรศิลป์ชัย (บรรณาธิการ). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2542.
58. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998; 97(18):1837-47.
59. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J* 2008; 29(7):932-40.
60. Menotti A, Keys A, Kromhout D, Blackburn H, Aravanis C, Bloemberg B, et al. Inter-cohort differences in coronary heart disease mortality in the 25-year follow-up of the seven countries study. *Eur J Epidemiol* 1993; 9(5):527-36.

61. Jousilahti P, Puska P, Vartiainen E, Pekkanen J, Tuomilehto J. Parental history of premature coronary heart disease: an independent risk factor of myocardial infarction. *J Clin Epidemiol* 1996; 49(5):497-503.
62. Rosengren A, Wilhelmsen L. Physical activity protects against coronary death and deaths from all causes in middle-aged men. Evidence from a 20-year follow-up of the primary prevention study in Goteborg. *Ann Epidemiol* 1997; 7(1):69-75.
63. Paffenbarger RS, Jr., Hyde RT, Wing AL, Lee IM, Jung DL, Kampert JB. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med* 1993; 328(8):538-45.
64. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. การเดินเพื่อสุขภาพ: โรคหัวใจและหลอดเลือด. [online]. 2548. Available from: <http://hrn.thainhf.org/index.php?module=research&show=detail&act=ok&rid=41>. เข้าถึงเมื่อ 27 มิถุนายน 2551]
65. International Physical Activity Questionnaires (IPAQ). [online]. 2002. Available from: <http://www.ipaq.ki.se/contact.htm> Accessed 26 June 2008.
66. Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8):1381-95.
67. กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. ศัพท์และความหมายของคำในวงการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2549.
68. Marckmann P, Gronbaek M. Fish consumption and coronary heart disease mortality. A systematic review of prospective cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 1999; 53(8):585-90.
69. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction* 2000; 95(10):1505-23.
70. Mukamal KJ, Chiuve SE, Rimm EB. Alcohol consumption and risk for coronary heart disease in men with healthy lifestyles. *Arch Intern Med* 2006; 166(19):2145-50.

71. Beulens JW, Rimm EB, Ascherio A, Spiegelman D, Hendriks HF, Mukamal KJ. Alcohol consumption and risk for coronary heart disease among men with hypertension. *Ann Intern Med* 2007; 146(1):10-9.
72. Kiyohara Y, Kato I, Iwamoto H, Nakayama K, Fujishima M. The impact of alcohol and hypertension on stroke incidence in a general Japanese population. The Hisayama Study. *Stroke* 1995; 26(3):368-72.
73. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. [online]. 2004. Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm. Accessed 30 June 2008.
74. The Surgeon General's 1990 Report on the Health Benefits of Smoking Cessation. [online]. 1990. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001800.htm>. Accessed 30 June 2008.
75. Dhar P. Measuring tobacco smoke exposure: quantifying nicotine/cotinine concentration in biological samples by colorimetry, chromatography and immunoassay methods. *J Pharm Biomed Anal* 2004; 35(1):155-68.
76. Jonathan Foulds AB, John Stapleton, Martin J.Jarvis, Michael A.H.Russell. The stability of cotinine in unfrozen saliva mailed to the laboratory. *Am J Public Health* 1994; 84(7):1182-3.
77. Etter JF, Perneger TV, Ronchi A. Collecting saliva samples by mail. *Am J Epidemiol* 1998; 147(2):141-6.
78. Etter JF, Vu Duc T, Perneger TV. Saliva cotinine levels in smokers and nonsmokers. *Am J Epidemiol* 2000; 151(3):251-8.
79. Seidell JC, Verschuren WM, van Leer EM, Kromhout D. Overweight, underweight, and mortality. A prospective study of 48,287 men and women. *Arch Intern Med* 1996 ; 156(9):958-63.
80. Aekplakorn W, Pakpeankitwatana V, Lee CM, Woodward M, Barzi F, Yamwong S, et al. Abdominal obesity and coronary heart disease in Thai men. *Obesity* 2007 ;15(4):1036-42.
81. ความแตกต่างของการใช้เส้นรอบเอวเพื่อประเมินภาวะอ้วนลงพุงในหญิงเมื่อวัดรอบเอวที่

- ระดับต่างกัน. [online]. 2550. Available from: http://hph4.anamai.moph.go.th/hph/network/ms_measure.php. Accessed 30 June 2008.
82. Pongchaiyakul C, Wanothayaroj E, Nguyen TV, Rajatanavin R. Association between waist circumference and percentage body fat among rural Thais. *J Med Assoc Thai* 2006 ; 89(10):1592-600.
83. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA* 1996; 275(20):1571-6.
84. คณะกรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง. ใน: สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2544. หน้า 233-44.
85. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366(9493):1267-78.
86. Tocharoenvanich P, Yipintsoi T, Choomalee K, Boonwanno P, Rodklai A. Risk factors for a five-year death in the interASIA-south cohort. *J Med Assoc Thai* 2008 ; 91(4):471-8.
87. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem* 1972; 18(6):499-502.
88. Rungtanapirom S, Ongphiphadhanakul B, Kiatbamrungpant T, Bhakdikul J, Archavanuntakun S, Taerakul C, et al. Comparative Study of Direct - Measured and Calculated LDL in Clinical Use. *J Med Assoc Thai*; 91(7):989-94.
89. Ryden L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer MJ, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2007; 28(1):88-136.

90. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998; 15(7):539-53.
91. Haq IU, Ramsay LE, Jackson PR, Wallis EJ. Prediction of coronary risk for primary prevention of coronary heart disease: a comparison of methods. *QJM* 1999; 92(7):379-85.
92. Wallis EJ, Ramsay LE, Jackson PR. Cardiovascular and coronary risk estimation in hypertension management. *Heart* 2002; 88(3):306-12.
93. Brindle P, Emberson J, Lampe F, Walker M, Whincup P, Fahey T, et al. Predictive accuracy of the Framingham coronary risk score in British men: prospective cohort study. *BMJ*. 2003; 327(7426):1267.
94. Sheridan S, Pignone M, Mulrow C. Framingham-based tools to calculate the global risk of coronary heart disease: a systematic review of tools for clinicians. *J Gen Intern Med*. 2003; 18(12):1039-52.
95. Raine R, Streetly A, Davis AM. Variation in local policies and guidelines for cholesterol management: national survey. *BMJ* 1996; 313(7069):1368-9.
96. Paterson JM, Llewellyn-Thomas HA, Naylor CD. Using disease risk estimates to guide risk factor interventions: field test of a patient workbook for self-assessing coronary risk. *Health Expect* 2002; 5(1):3-15.
97. Pearson TA, McBride PE, Miller NH, Smith SC. 27th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 8. Organization of preventive cardiology service. *J Am Coll Cardiol* 1996 ; 27(5):1039-47.
98. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract* 2002; 19(6):596-604.

99. Force UPST. Guide to clinical preventive services. 2 ed. Baltimore: Williams&Wilins; 1996.
100. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004: CD000165.
101. Rice VH, Stead L. Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. *Heart Lung* 2006; 35(3):147-63.
102. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD001292.
103. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD001007.
104. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD001118.
105. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002: CD000146.
106. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002: CD000031.
107. Force UPST. Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: recommendations and rationale. *Am Fam Physician* 2002; 66(10):1931-6.
108. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD004017.
109. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD003180.
110. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001; 20(3 Suppl):21-35.
111. Harvey EL, Glenny A, Kirk SF, Summerbell CD. Improving health professionals' management and the organisation of care for overweight and obese people. *Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD000984.

112. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD003818.
113. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371(9629):1999-2012.
114. Garcia Ortiz L, Santos Rodriguez I, Sanchez Fernandez PL, Mora Santiago MC, Arganda Maya J, Rodriguez Corral MT. [Effectiveness of a quality improvement intervention in reducing cardiovascular risk in hypertensive patients]. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(7):644-51.
115. มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์, ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์; 2546.
116. Fiore M JC, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, Christiansen BA, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008; 35(2):158-76.
117. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มนทกานติกุล, พนมทวน ชูแสงทอง, ศรัณย์ กอสนาน, และคณะ. แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
118. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์, ปรีชา มนทกานติกุล, พนมทวน ชูแสงทอง, ศรัณย์ กอสนาน, และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
119. ข้อมูลทั่วไปจังหวัดศรีสะเกษ. [online]. 2548. Available from: <http://www.ssko.moph.go.th/index.php>. Accessed 26 มิถุนายน 2551.
120. เต็มศรี ขำนิจารกิจ . สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

121. Suka M, Sugimori H, Yoshida K. Application of the updated Framingham risk score to Japanese men. *Hypertens Res* 2001; 24(6): 685-9.
122. อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย (บรรณาธิการ). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข Quick Reference Guide สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท กิตติชัย พรินติ้ง จำกัด; 2549.
123. Rose G, McCartney P, Reid DD. Self-administration of a questionnaire on chest pain and intermittent claudication. *Br J Prev Soc Med* 1977; 31(1):42-8.
124. Puffer S, Torgerson D, Watson J. Evidence for risk of bias in cluster randomised trials: review of recent trials published in three general medical journals. *BMJ* 2003; 327(7418):785-9.
125. Salsburg D. Why analysis of variance is inappropriate for multiclinic trials. *Control Clin Trials* 1999; 20(5):453-68.
126. Streiner D, Geddes J. Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. *Evid Based Ment Health* 2001; 4: 70-1.
127. การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวัดผลก่อนและหลัง. [online]. 2551. Available from: http://dmbj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_preview=T&art_id=1229. Accessed 20 สิงหาคม 2551.
128. Jamieson J. Dealing with baseline differences: two principles and two dilemmas. *Int J Psychophysiol* 1999; 31(2):155-61.
129. Dimitrov DM, Rumrill PD, Jr. Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work* 2003; 20(2):159-65.
130. Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ* 1999; 319: 943-7.
131. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี. การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง ใน: ศุภวรรณ มโนสุนทร, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย (บรรณาธิการ). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2542.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
การให้คำปรึกษาแบบย่อ 5A's

ขั้นตอนการให้ 5A's

พฤติกรรมสูบบุหรี่

1. Assess

1.1 ครั้งแรกที่พบผู้ป่วยที่มิวิจัยประเมินตามแบบสอบถาม เพื่อทราบสถานะและปริมาณการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย บันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย

1.2 ประเมินความรู้ ความเชื่อ และความตระหนักของผู้ป่วย ความตั้งใจ/ความพร้อม ประสบการณ์ที่ผ่านมา ที่จะเลิกบุหรี่ โดยส่วนหนึ่งได้จากการประเมินตามแบบสอบถาม การประเมินเพิ่มเติมนี้ เพื่อให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม และเป็นประโยชน์

โดยใช้คำถาม "ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของท่าน"

"ท่านทราบอะไรบ้างเกี่ยวกับผลทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่"

"ท่านเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ไหม"

"ท่านจะได้ประโยชน์อะไรบ้างเมื่อท่านเลิกสูบบุหรี่"

"ท่านเคยใช้วิธีใดบ้างเพื่อเลิกบุหรี่"

ทั้งนี้เพื่อดูความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ตาม Transtheoretical model of change และเพื่อจัดกลุ่มการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่มโดยพิจารณาจากคำตอบ เช่น จากคำถาม "ท่านเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ไหม" จะจัดกลุ่มผู้ป่วยออกได้ ตามตารางข้างล่าง

ตาราง 1 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย

Stage of Change	ตัวอย่างคำตอบที่ได้จากผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วย
Pre-contemplation	- ฉันสูบบุหรี่มานานเกินกว่าจะเลิกแล้ว - ฉันเคยเลิกมาครั้งหนึ่งแล้วแต่ตอนนี้ฉันไม่คิดจะลดหรือเลิกอีก	ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเลิก
Contemplation	- ฉันคิดว่าฉันจำเป็นต้องเลิกแต่ฉันก็กลัวน้ำหนักขึ้น - ฉันคิดว่าใกล้จะเลิกแล้ว แต่ยังไม่ได้ตัดสินใจเลยว่าจะเริ่มเลิกบุหรี่เมื่อไร	ผู้ป่วยยังไม่แน่ใจว่าจะเลิก

ตาราง 1 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย (ต่อ)

Stage of Change	ตัวอย่างคำตอบที่ได้จากผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วย
Preparation	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันตัดสินใจจะลดการสูบบุหรี่ หรือไม่ก็เลิกสูบ แต่ยังไม่ทำได้เลย - ฉันตั้งใจจะลดการสูบบุหรี่ แต่ฉันอยากได้คนช่วยให้เริ่มเลิกได้ - ฉันตัดสินใจจะเลิกแล้ว ฉันคิดว่าอาจเลิกสูบเองหรือต้องให้ยาแต่ไม่แน่ใจว่าจะใช้อะไรดี 	ผู้ป่วยที่ต้องการจะเลิก
Action	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันอยากลดหรือเลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวฉันเอง - ฉันกำลังลองเลิกสูบอยู่ 	ผู้ป่วยที่เคยสูบแต่หยุดสูบได้ไม่เกิน 6 เดือน
Maintenance	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันรู้ว่าจะทำอย่างไรเวลาที่อยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ หรือสถานการณ์ใดที่เสี่ยงกับการช่วยวนให้สูบบุหรี่ - ฉันกังวลใจกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นแต่ฉันก็กำลังจัดการกับความอยากสูบบุหรี่ด้วย 	ผู้ป่วยที่หยุดสูบได้เกิน 6 เดือน

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนที่จะทำการรักษา โดยการให้คำปรึกษาจะทำให้การวางแผนในการให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหากพบว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะที่ยังไม่เต็มใจในการเลิกบุหรี่ (ขั้น Precontemplation, Contemplation) ผู้ให้คำปรึกษา จำเป็นต้องทุ่มเทในการให้ข้อมูลและวางแผน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ข้ามขั้นตอนไปสู่ความพร้อม/เต็มใจในการเลิกบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ผู้ให้การรักษามีหน้าที่ให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดกำลังใจที่เข้มแข็งและไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก

1.3 ประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ (วงรอบข้อที่ตรงกับผู้ป่วย)

1.3.1 Sensory Rewards : ความรู้สึกดีเมื่อได้สูบบุหรี่ คีบบุหรี่ ทำให้มีสมาธิในการทำงาน

1.3.2 Rituals : ขอบวิธีเปิดซองบุหรี่ เคาะบุหรี่ออกจากซอง มีบุหรี่ยี่ห้อหนึ่ง

1.3.3 Image : รู้สึกเท่ที่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ในงานสังคม

1.3.4 Emotional Relief : ลดความเครียด

(สิ่งกระตุ้นจะเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมในการสูบบุหรี่)

1.4 ประเมินตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ โดยการประเมินว่าอยู่ในภาวะติดบุหรี่หรือไม่ โดยใช้ Fagerstrom Tolerance Scale ตามภาคผนวก 20

1.4.1 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่ จะประสบความสำเร็จสูง ในการเลิกบุหรี่ ได้แก่

- ผู้ป่วยมีแรงจูงใจสูงในการเลิกบุหรี่
- ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลง (พร้อมจะเลิกบุหรี่)
- ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ปานกลางถึงสูง (มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเลิกบุหรี่)
- มีการสนับสนุนทางสังคม (ไม่มีผู้สูบบุหรี่ในบ้าน, ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่ทำ การเลิกบุหรี่)

1.4.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จต่ำ ในการเลิกบุหรี่ ได้แก่

- ผู้ป่วยติดนิโคตินสูง (ประเมินโดยใช้ Fagerstrom Tolerance Scale เช่น สูบบุหรี่ มวนแรกภายใน 30 นาทีหลังจากตื่นนอนตอนเช้า สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน มีอาการถอนยา รุนแรงระหว่างความพยายามเลิกสูบบุหรี่)
- ผู้ป่วยมีประวัติจิตเวชร่วมด้วย (มีประวัติซึมเศร้า จิตเภท ติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดชนิดอื่น)
- ผู้ป่วยมีความเครียดระดับสูง (กำลังอยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูง และ/หรืออยู่ ในช่วงการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก ซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น เช่น การหย่า การเปลี่ยนงาน หรือการแต่งงาน)

1.5 ประเมินความก้าวหน้าของการเลิกบุหรี่ ตามที่ผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลได้ตั้งเป้าหมายไว้

2. Advise

ทีมผู้ดูแลให้คำแนะนำสื่อสารให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างเป็นกันเอง คำแนะนำที่ให้อาจชัดเจน เป็นจริงเป็นจัง ในรูปแบบของการสนับสนุนช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ไม่ใช่แบบเป็นฝ่ายตรงข้าม กระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่

คำแนะนำที่ชัดเจน

“ผมคิดว่าท่านจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ และผมสามารถช่วยท่านได้”

คำแนะนำที่จริงจัง

“ในฐานะแพทย์/ผู้ดูแลสุขภาพของท่าน ผมต้องการแจ้งให้ท่านทราบว่า การเลิกบุหรี่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดที่ท่านสามารถทำได้ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งในระยะนี้และในอนาคตด้วย”

คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

ให้รวมการสูบบุหรี่ไปกับประเด็นปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ และ/หรือผลกระทบของ Second-hand Smoke ที่เกิดกับเด็ก ๆ และบุคคลในครอบครัว ใช้ตารางความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ ในการชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกบุหรี่ ตัวอย่างคำแนะนำ

“ผมทราบว่าท่านกังวลใจกับอาการไอของท่าน และการที่ลูกชายของท่านเป็นหวัดบ่อย ถ้าท่านหยุดสูบบุหรี่ท่านก็จะไอน้อยลง และลูกของท่านก็อาจป่วยเป็นหวัดน้อยลงด้วยเช่นกัน”

“ท่านมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 8 ใน 10 ปี แต่ถ้าท่านเลิกสูบบุหรี่ ความเสี่ยงจะลดลงเหลือร้อยละ 5”

3. Agree

ความร่วมมือและการเลิกบุหรี่โดยความสมัครใจของผู้ป่วย มีส่วนสำคัญที่จะทำให้การเลิกบุหรี่ได้ผล ทีมผู้ดูแลมีบทบาทในการเสนอแนะทางเลือก ข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก แต่การตัดสินใจเลือกผู้ป่วยต้องเข้ามามีส่วนร่วม พร้อมกับกำหนดเป้าหมาย แผนในการเลิกบุหรี่ วิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่จะพบ โดยใช้คำถามแบบ Pros and Cons ซึ่งจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนรับผิดชอบกับปัญหาด้วยตนเอง แทนที่จะให้แพทย์ พยาบาลหรือทีมผู้ดูแล กำหนดว่าผู้ป่วยต้องทำอะไรบ้าง ทั้งนี้ผู้ป่วยจะตัดสินใจเอง เมื่อได้พิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียแล้ว

3.1 ถามว่าอะไรบ้างคือข้อดีของการสูบบุหรี่

3.2 ถามว่าอะไรบ้างคือข้อเสียของการสูบบุหรี่

3.3 เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียให้ผู้ป่วยดู

3.4 ถามผู้ป่วยว่า “เมื่อรู้อย่างนี้แล้ว ท่านเลือกที่จะสูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่”

ข้อดีของการสูบบุหรี่	ข้อเสียของการสูบบุหรี่
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

ข้อสังเกต : คำตอบที่กำกวม ไม่แน่ใจเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการตัดสินใจ

3.5 ถามผู้ป่วยว่า "ท่านมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกบุหรี่ได้หรือไม่"

3.6 ร่วมกับผู้ป่วยกำหนดวันเริ่มต้นเลิกบุหรี่ "ท่านคิดว่าจะเลือกวันไหนเป็นวันที่เริ่มเลิกบุหรี่"

3.7 อธิบายวิธีการในการเลิกบุหรี่ ซึ่งมี 2 แบบ โดยแบบแรกคือการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมทักษะ เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ การระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธ การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงสนับสนุนจากสังคมภายนอก ทั้งครอบครัว บุคคลต้นแบบ ส่วนแบบที่สองคือการให้ยาและนิโคตินทดแทน พร้อมอธิบายข้อดีข้อเสียของแต่ละรูปแบบ

3.8 ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะเลิกบุหรี่

4. Assist

จัดเตรียมความช่วยเหลือ ในการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยที่พร้อมจะเลิกสูบ เตรียมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องแม้ว่าผู้ป่วยยังไม่ต้องการจะเลิกบุหรี่ แต่ก็ควรได้รับข้อมูลเช่นกัน โดยพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาโดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด (Counseling and Behavior Therapies) และการรักษาโดยการให้ยา (Pharmacotherapy) โดยให้วิธีการที่แตกต่างกันแล้วแต่ Stage of Change ของผู้ป่วยหรือตามกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

4.1 Pre-contemplation คือกลุ่มผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเลิก "ผมไม่คิดว่าผมจำเป็นต้องเลิกบุหรี่" ควรให้ข้อมูลโดยใช้หลักการ 5R's คือ Relevance (การให้ข้อมูลถึงความสัมพันธ์ของการเลิกบุหรี่ ที่สอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพหรืออยู่ในความสนใจของผู้ป่วย) Risk (การให้ข้อมูลถึงผลเสียของการสูบบุหรี่) Rewards (การให้ข้อมูลถึงผลดีของการเลิกบุหรี่) Roadblocks (การค้นหาปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้) Repetition (การกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ซ้ำ ๆ ถึงผลเสียของการสูบบุหรี่) อาจให้แผ่นพับข้อมูลโทษของการสูบบุหรี่ และประโยชน์ในการเลิกบุหรี่ ไม่จำเป็นต้องใช้เวลามากนัก เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ค่อยให้ความร่วมมือ เป้าหมายในการแนะนำ คือการเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เป็นระยะ Contemplation

ตัวอย่างคำแนะนำ "ท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 8 ใน 10 ปี แต่ถ้าท่านเลิกบุหรี่ได้ความเสี่ยงจะลดเหลือเพียงร้อยละ 5 นี่คือนแผ่นพับที่บอกถึงโทษของการสูบบุหรี่ และข้อดีของการเลิกบุหรี่ ท่านสามารถอ่านข้อมูลได้"

4.2 Contemplation คือกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่แน่ใจว่าจะเลิก "ผมชอบสูบบุหรี่ แต่ก็พอจะรู้ว่าบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ" กลุ่มนี้มีความคิดว่าจะเลิกในระยะต่อไป แต่ยังไม่มีความชัดเจน ทึมผู้ดูแลควรให้ข้อมูลถึงผลเสียในการสูบบุหรี่ และผลดีในการเลิกบุหรี่ ค้นหาปัญหา อุปสรรค ข้อสงสัย

หรือข้อล้งเลขของผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ โดยใช้หลักการ 5R's ดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งเสนอความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ เป้าหมายคือ การเปลี่ยนผู้สูบบุหรี่เป็น Preparation

ตัวอย่างคำแนะนำ "ท่านก็รู้ว่าสุขภาพของท่านจะดีขึ้นหลังจากเลิกบุหรี่ ท่านมีอุปสรรคอะไรที่ทำให้ท่านไม่เริ่มที่จะเลิกบุหรี่ ท่านยังสงสัยถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่หรือโทษของการสูบบุหรี่ หรือยังไม่แน่ใจถึงวิธีการเลิกบุหรี่ ผมสามารถช่วยท่านได้"

4.3 Preparation คือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการจะเลิกบุหรี่ "ผมอยากจะเลิกบุหรี่ แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร" อาจมีประวัติเคยเลิกมาแล้วแต่ไม่สำเร็จ ทีมผู้ดูแลควรช่วยหาปัญหาที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ โดยพิจารณาจากข้อมูลสิ่งกระตุ้น เพื่อหาทางป้องกัน ช่วยกำหนดวันที่จะเลิกบุหรี่ใน 2-3 สัปดาห์ข้างหน้า อาจใช้วันสำคัญ เช่น วันเกิดลูก หรือวันที่ว่างจากภาระงานประจำ โดยก่อนจะถึงวันเลิกบุหรี่ ทีมผู้ดูแลอาจจะแนะนำให้ค่อย ๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลง เพื่อให้สามารถเลิกได้จริงในวันที่กำหนด นอกจากนั้น ยังต้องช่วยแนะนำการเลิกใช้ยาบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ และการเตรียมตัวในวันที่กำหนด กำจัดสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ แก้วอืดโปรดที่ใช้สูบบุหรี่ บอกถึงอาการถอนยาเพื่อให้เตรียมตัวและแนะนำทางแก้ไข บอกคนในครอบครัวให้ช่วยเหลือและให้กำลังใจ ไม่พูดถึงคำว่าบุหรี่ กำหนดกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อไม่ให้ว่าง เช่น เล่นกีฬา พบทันตแพทย์เพื่อขูดหินปูน ดูหนัง เป็นต้น นอกจากนั้น อาจขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องที่สนิท ที่สามารถพูดคุยได้เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ หากใช้ทุกวิธีแล้วยังอยากสูบบุหรี่จริง ๆ ขอให้ทนอีก 5 นาที โดยบอกตนเองว่าถ้าผ่านช่วง 5 นาทีนี้ไปจะสูบบุหรี่ได้ โดยทั่วไปความอยากบุหรี่จะรุนแรงในวันแรก ๆ ที่เลิกบุหรี่ และในแต่ละช่วงที่อยากบุหรี่จะไม่นาน หากสามารถทนได้ 5 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่มันจะทนได้ เป้าหมายคือ เปลี่ยนผู้สูบบุหรี่ให้อยู่ใน ระยะ Action

ตัวอย่างคำแนะนำ "ผมสามารถช่วยท่านได้ ถ้าท่านต้องการเลิกบุหรี่ เราจะมาวางแผนการเลิกบุหรี่"

"ตามที่ท่านตกลงใจเลือกวันที่.....เป็นวันที่ท่านจะไม่สูบบุหรี่เลย"

"ในระหว่างนี้เพื่อให้ท่านสามารถเลิกได้จริงในวันนั้น ผมจะขอให้ท่านลดจำนวนบุหรี่ที่จะสูบลงในแต่ละวัน หรือเวลาสูบบุหรี่พยายามหายใจเร็ว ๆ ซึ่งจะช่วยให้คุณรู้สึกอย่างอาเจียน"

"ในวันที่เลิกบุหรี่ ให้ทิ้งสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งหมด หาเพื่อนที่ท่านจะพูดคุยได้เวลาท่านอยากสูบบุหรี่ หากิจกรรมอื่นทำ เช่น ออกกำลังกาย พบทันตแพทย์เพื่อขูดหินปูน ดูหนัง หรืออย่าทำตัวให้ว่าง "

"จากที่ท่านเล่ามาแสดงว่าท่านรู้สึกเครียดจึงสูบบุหรี่ ดังนั้นท่านอาจใช้วิธี....." ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่และวิธีการลดการกระตุ้น

Sensory Rewards	Rituals	Image	Emotional Relief
ลองล้างหน้า เดินไปรอบ ๆ	คืบปากกาแทนบุหรี่	เสียงสิ่งแวดล้อมที่ เกี่ยวกับบุหรี่	หายใจลึก ๆ พักผ่อน เล่นกีฬา

“ท่านอาจมีอาการของการเลิกบุหรี่ แก่ไขโดย.....” ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อาการถอนบุหรี่ และการแก้ไข

อาการถอนบุหรี่	การแก้ไข
เครียด สับสน กระสับกระส่าย	พัก เดินเล่น หายใจลึก ๆ นอนแช่น้ำอุ่น บอกผู้อื่นว่าตนเองเลิก บุหรี่แล้ว
ไม่มีสมาธิ	พัก เดินเล่น
นอนไม่หลับ	งดกาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน พักผ่อนบนเตียง
ปวดศีรษะ	ออกกำลังกาย พักผ่อน ดื่มน้ำมาก ๆ ใช้น้ำแข็งประคบ
ท้องผูก	กินผักผลไม้มากขึ้น ดื่มน้ำมาก ๆ ออกกำลังกาย
อยากอาหารมากขึ้น	คุมอาหาร กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ออกกำลังกาย

“ถ้ายังอยากสูบบุหรี่จริง ๆ ขอให้ทน 5 นาที โดยบอกตัวเองว่าเกิน 5 นาทีแล้วจะสูบได้”

4.4 Action คือกลุ่มที่เคยสูบแล้วหยุดสูบได้ “ผมเลิกบุหรี่ได้แล้วแต่ยังรู้สึกอยากสูบบ้าง
บางครั้ง” ควรกำลังใจ กล่าวแสดงความชื่นชมยินดี ซึ่งให้เห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ ค้นหาสิ่ง
กระตุ้นที่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ และวิธีการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย เป้าหมายคือ เปลี่ยนผู้ป่วยให้อยู่ใน
ระยะ Maintenance

ตัวอย่างคำแนะนำ “ท่านเห็นไหมว่า ท่านไม่ค่อยใจ สำหรับที่บอกว่าอยากสูบบ้างครั้ง บอก
ผมได้ไหมว่าช่วงไหนที่ท่านอยากสูบ อะไรที่กระตุ้นให้ท่านอยากสูบบุหรี่” แก้ไขตามตาราง 2

4.5 Maintenance คือกลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 6 เดือน “ผมเคยสูบบุหรี่มาก่อน” ทีมผู้ดูแล
ควรให้กำลังใจเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ตลอดไป สอนทักษะการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่อีก

ตัวอย่างคำแนะนำ “ท่านรู้สึกอย่างไรหลังจากเลิกบุหรี่สำเร็จแล้ว ท่านยอดเยี่ยมมากที่
สามารถทำได้”

5. Arrange

ทีมผู้ดูแลควรติดตามผู้สูบบุหรี่เป็นระยะเพื่อให้กำลังใจ โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกของการเลิกบุหรี่ และถ้าล้มเหลวในการเลิกบุหรี่ ซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้ที่มีภาวะการติดนิโคตินสูง อาจจะต้องส่งต่อเพื่อรับยาเลิกบุหรี่ โดยแบบใบส่งต่อ ซึ่งมีรายละเอียดการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมา และสาเหตุของความล้มเหลว

5.1 ติดตามผลครั้งที่ 1 ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

5.2 ติดตามครั้งที่ 2 ภายในเวลา 1 เดือน

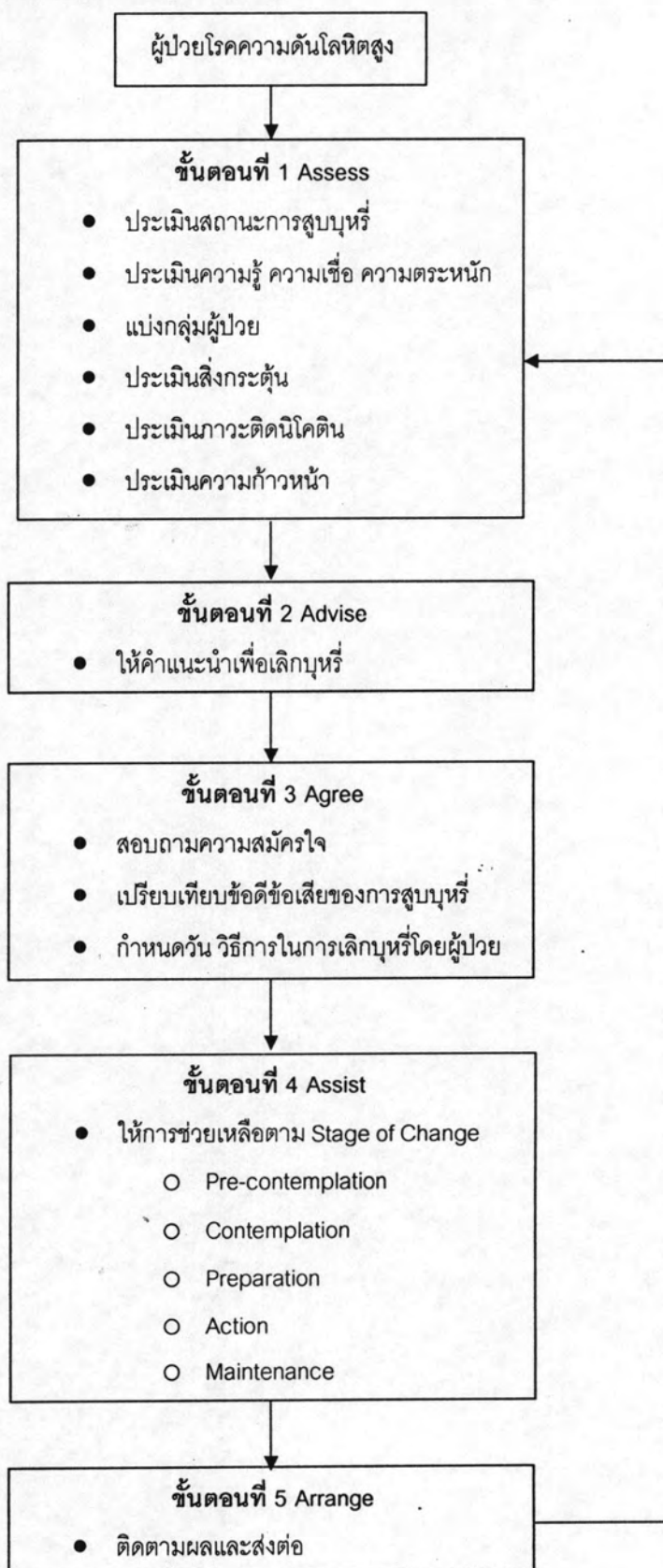
5.3 ในช่วง 1 ปีแรก ติดตามผลทุกครั้งที่คุณป่วยมารับยา ลงบันทึกในประวัติผู้ป่วย และสมุดประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้มั่นใจว่าคุณป่วยยังคงไม่สูบบุหรี่

5.4 หากผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ ควรพูดชมเชยให้กำลังใจ

5.5 หากผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่ ก็ให้ทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับมาสูบอีก ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสมัครใจที่จะเลิกบุหรี่ใหม่ โดยถือว่าการกลับมาสูบบุหรี่ครั้งนี้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ อย่างหนึ่ง ระบุปัญหาที่พบ และความท้าทายที่คาดหวังในอนาคตอันใกล้ ประเมินผลการใช้ยาและปัญหา

5.6 กรณีไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ทบทวนและพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เข้มข้นขึ้น

แผนภูมิที่ 1 สรุปขั้นตอนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่



พฤติกรรมกรรมการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย

1. Assess

1.1 ครั้งแรกที่พบผู้ป่วยที่มิวิจัยประเมินตามแบบสอบถาม เพื่อทราบถึงระดับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยว่าเพียงพอหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอที่จะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษา

1.2 ประเมินความรู้ ความเชื่อ และความตระหนัก ความตั้งใจ/ความพร้อม ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการมีกิจกรรมทางกาย โดยส่วนหนึ่งได้จากประเมินตามแบบสอบถาม การประเมินเพิ่มเติมนี้เพื่อให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย

โดยใช้คำถาม “ท่านทราบว่ากิจกรรมทางกายมีประโยชน์อะไรบ้าง”

“ท่านรู้สึกอย่างไรที่จะเพิ่มกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น”

“ท่านคิดว่าการมีกิจกรรมทางกายมีอะไรบ้าง”

“ที่ผ่านมาท่านได้เคยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายอย่างไรบ้าง”

ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม จากคำถาม “ท่านรู้สึกอย่างไรที่จะเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย” หรือ “ท่านคิดที่จะเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายในช่วงนี้หรือไม่” ทั้งนี้จะจัดกลุ่มผู้ป่วยได้จากคำตอบที่ได้ ตามตารางข้างล่าง

ตาราง 4 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย

Stage of Change	ตัวอย่างคำตอบที่ได้จากผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วย
Pre-contemplation	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันแก่เกินไปที่จะไปเดินไปวิ่งแล้ว - ฉันเคยไปรำไม้พลองมาช่วงหนึ่งแต่ตอนนี้ไม่คิดที่จะไปทำอีก - ไม่มีเวลาที่จะไปทำหรอก 	ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะทำ
Contemplation	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันคิดว่าฉันจำเป็นต้องไปเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายแต่ไม่ค่อยมีเวลาเลย - ฉันคิดว่าจะเดินรอบบ้านแต่ติดขัดตรงต้องขายของ” - อยากไปทำแต่ไม่รู้จะไปที่ไหน 	ผู้ป่วยยังไม่แน่ใจว่าจะทำ

ตาราง 4 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย (ต่อ)

Stage of Change	ตัวอย่างคำตอบที่ได้จากผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วย
Preparation	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันตั้งใจจะออกไปวิ่งทุกวัน แต่ก็ยังไม่ได้ทำ" - ฉันตัดสินใจว่าจะไปรำให้เก๊กกับเพื่อน แต่ต้องเลี้ยงหลาน - ตั้งใจจะทำอยู่แล้ว แต่ไม่รู้จะเลือกวิธีไหนดีที่ถือว่าเป็นการมีกิจกรรมทางกาย 	ผู้ป่วยที่ต้องการจะทำ
Action	<ul style="list-style-type: none"> - กำลังถีบจักรยานอยู่วันละครึ่งชั่วโมง - เดินเล่นรอบ ๆ บ้านทุกวันเช้ากับเย็น - ทำงานบ้าน ทำสวนอยู่ทุกวัน - ไปเดินแอโรบิกทุกวัน - รำไม้พลองอยู่ที่บ้านเกือบทุกวัน 	ผู้ป่วยที่เริ่มมีกิจกรรมทางกาย
Maintenance	<ul style="list-style-type: none"> - เล่นโยคะที่บ้านแต่ทำคนเดียวมันน่าเบื่อ - พอออกกำลังกายเพิ่มขึ้นก็หิวบ่อย น้ำหนักขึ้น - ไปทำทุกวัน แต่ลูกหลายเขาอยากจะให้อยู่บ้าน 	ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนที่จะให้คำปรึกษา จะทำให้การวางแผนปรึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหากพบว่าผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่ยังไม่พร้อม ที่จะเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย (ขั้น Precontemplation, Contemplation) ทีมผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ข้อมูล และวางแผนให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ป่วยข้ามขั้นตอนไปสู่ความพร้อม/เต็มใจ ในการมีกิจกรรมทางกาย สำหรับผู้ที่สามารถจะมีกิจกรรมทางกายอยู่แล้ว ทีมผู้ดูแลมีหน้าที่ให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดกำลังใจที่เข้มแข็งและสามารถที่จะคงพฤติกรรมนั้นไว้ตลอดไป

1.3 ประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกาย แบ่งเป็น

1.3.1 ปัจจัยที่มีผลส่งเสริมอย่างมาก

- ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศชาย การไม่มีบุตร รายได้สูง ระดับการศึกษาสูง อาชีพรับจ้าง
- ปัจจัยทางด้านจิตใจ การรับรู้และอารมณ์ เช่น ความคาดหวังประโยชน์ แรงจูงใจ ความสนุกสนาน ความตั้งใจ การรับรู้เรื่องสุขภาพและความฟิตของตนเอง ประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ภาวะลักษณะในการมีกิจกรรมทางกาย

- ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม และทักษะ เช่น การรับรู้การเปลี่ยนแปลง ประวัติกิจกรรมที่เคยมีการเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายในอดีต

- ปัจจัยทางด้านสังคมรอบด้าน เช่น อิทธิพลของแพทย์ การสนับสนุนจากเพื่อน การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนหรือกระตุ้นจากผู้ฝึก

1.3.2 ปัจจัยที่มีในทางอุปสรรคอย่างมาก

- ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น น้ำหนักเกิน/อ้วน

- ปัจจัยทางด้านจิตใจ การรับรู้และอารมณ์ เช่น ไม่มีเวลา ความแปรปรวนทางอารมณ์ การมีอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมทางกาย

- ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและทักษะ เช่น การสูบบุหรี่

- ปัจจัยทางด้านสังคมรอบด้าน เช่น การปลีกตัวจากสังคม

ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ คือการออกกำลังกายแบบมีรูปแบบ ซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลาและสถานที่ ทั้งที่จริง ๆ แล้วสามารถเลือกทำกิจกรรมที่ผสมผสานไปกับการทำงาน การเดินทางหรือการพักผ่อน

(ปัญหาอุปสรรคเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย)

1.4 ประเมินความก้าวหน้าของการมีกิจกรรมทางกายตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. Advise

ทีมผู้ดูแลให้คำแนะนำสื่อสารให้ผู้ป่วยได้เพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย โดยเน้นถึงประโยชน์ที่จะได้รับ จากการเปลี่ยนแปลงและผลเสียของการมีกิจกรรมทางกายน้อย สะท้อนข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากการประเมินตามแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำแนะนำที่ชัดเจน

“ท่านมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และเราจะมาวางแผนแก้ไขร่วมกัน”

คำแนะนำที่จริงจัง

“ท่านจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น เพราะจะเพิ่มไขมันดีที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ”

คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

ให้นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการตรวจระดับไขมันในเลือด ผลการวัดความยาวเส้นรอบเอว มาสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ ที่จะได้รับจากการเปลี่ยนแปลง

“ท่านมีรอบเวเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งทำให้ท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้สามารถลดได้ โดยการเพิ่มกิจกรรมทางกายควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร”

“ไขมันเอชดีแอลท่านต่ำกว่า 35 มก./ดล. ซึ่งจะทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น สิ่งที่จะทำให้ไขมันชนิดนี้เพิ่มขึ้นคือการเพิ่มการกิจกรรมทางกาย”

3. Agree

ความร่วมมือและสมัครใจของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประสบผลสำเร็จและมีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเปลี่ยนแปลง การกำหนดเป้าหมายของแต่ละพฤติกรรม รวมทั้งกำหนดวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง ทีมผู้ดูแลมีบทบาทในการเสนอแนะทางเลือก ข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก การที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจอาจจะใช้คำถามแบบ Pros and Cons ซึ่งจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนรับผิดชอบกับปัญหาของตนเอง ผู้ป่วยจะพิจารณาข้อดีข้อเสีย และชั่งน้ำหนักเพื่อที่จะตัดสินใจเปลี่ยนแปลง

3.1 ถามว่าอะไรบ้างคือข้อดีของการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

3.2 ถามว่าอะไรบ้างคือข้อเสียของการต้องมามีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

3.3 เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียให้ผู้ป่วยดู

3.4 ถามผู้ป่วยว่า “เมื่อรู้อย่างนี้แล้ว ท่านเลือกที่จะมีพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ ต่อไปหรือจะเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น”

ข้อดีของการเพิ่มการกิจกรรมทางกาย	ข้อเสียของการเพิ่มการกิจกรรมทางกาย
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
	5.
	6.

ข้อสังเกต : คำตอบที่กำกวม ไม่แน่ใจเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการตัดสินใจ

3.5 ถามผู้ป่วยว่า “ท่านมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายได้หรือไม่”

3.6 ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย พร้อมกำหนดวันติดตามผล

3.7 อธิบายวิธีการในการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งมี 2 แบบ คือการมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ที่ไม่ชอบการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายที่เป็นแบบแผน หรือความแรงหนักหน่วงติดต่อกัน สามารถเลือกกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ เช่น เดิน ขึ้นบันได เดินไปตลาด ปั่นจักรยานขณะดูโทรทัศน์ ทำสวน อธิบายผลดี ผลเสีย การป้องกันให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ

3.8 ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการในการเพิ่มกิจกรรมทางกาย

4. Assist

เตรียมความช่วยเหลือในการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ให้กับผู้ป่วยที่ต้องการจะเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เตรียมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง แม้ผู้ป่วยที่ยังไม่ต้องการจะเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายก็ควรได้รับข้อมูลเช่นกัน โดยพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ว่ายังมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในส่วนใดใน 2 ส่วน คือการมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก หรือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทั้งนี้พิจารณาจาก Stage of Change ที่ได้ประเมินไว้ ดังนี้

4.1 Pre-contemplation คือผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะทำการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย “ผมคิดว่าไม่จำเป็นที่จะต้องเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย” ควรให้ข้อมูลโดยใช้หลักการ 5R's คือ Relevance (การให้ข้อมูลถึงความสัมพันธ์ของการมีพฤติกรรมนั้น ๆ นอน ๆ ที่สอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพหรืออยู่ในความสนใจของผู้ป่วย) Risk (การให้ข้อมูลถึงผลเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ นอน ๆ) Rewards (การให้ข้อมูลถึงผลดีของการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย) Roadblocks (การค้นหาปัญหาที่ไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายได้) Repetition (การกระตุ้นซ้ำ ๆ ให้ผู้ป่วยทราบถึงผลเสียของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ) อาจให้แผ่นพับผลเสีย และผลดีของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องใช้เวลามากนัก เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ค่อยให้ความร่วมมือ เป้าหมายในการแนะนำในขณะนี้คือการเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เป็นระยะ Contemplation

ตัวอย่างคำแนะนำ “ท่านมีระดับไขมันเฮดดีแอลที่ต่ำกว่า 35 มก./ดล.ซึ่งทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายจะเพิ่มไขมันชนิดนี้ นี่คือแผ่นพับที่บอกถึงผลดี และผลเสียของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ท่านสามารถอ่านข้อมูลได้”

“ความยาวเส้นรอบเอวท่าน 38 นิ้ว ทำให้ท่านมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 8 ใน 10 ปี การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะลดความยาวเส้นรอบเอวได้ และหากความยาวเส้นรอบเอวท่านลดเหลือ 35 นิ้ว ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจจะลดลงเหลือร้อยละ 5 ใน 10 ปี นี่คือแผ่นพับแสดงวิธีการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย ท่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้”

4.2 Contemplation คือผู้ป่วยที่ยังไม่แน่ใจว่าจะเพิ่มการออกกำลังกายให้เพียงพอ “ผมรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ แต่ยังไม่รู้ว่าจะทำอะไร” กลุ่มนี้มีกิจกรรมการออกกำลังกายแต่ยังไม่เพียงพอ หรือไม่สม่ำเสมอ และไม่มีแผนที่จะทำกิจกรรมที่ชัดเจน ทีมผู้ดูแลควรให้ข้อมูลถึงผลดีในการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และผลเสียของการไม่มีกิจกรรมทางกาย ค้นหาปัญหา อุปสรรค ข้อสงสัย หรือข้อกังวลของผู้ป่วยในการมีกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้หลักการ 5R's ดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งเสนอความช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย เป้าหมายคือ เปลี่ยนผู้ป่วยที่ยังมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอให้เข้าสู่ระยะ Preparation

ตัวอย่างคำแนะนำ “ท่านก็รู้ถึงประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ท่านมีอุปสรรคอะไรที่ทำให้ท่านไม่เริ่มทำ ท่านยังสงสัยประโยชน์หรือสิ่งใดถึงประโยชน์ ของการมีกิจกรรมทางกาย หรือยังไม่แน่ใจถึงวิธีการทำ ผมสามารถช่วยท่านได้”

4.3 Preparation คือผู้ป่วยที่ต้องการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ “ผมต้องการที่จะเริ่มมีกิจกรรมทางกาย แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร” อาจมีประวัติเคยทำมาแล้วแต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ต่อเนื่อง ทีมผู้ดูแลควรช่วยหาปัญหาที่ทำให้มีกิจกรรมทางกายไม่ได้ โดยพิจารณาจากปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมีกิจกรรมทางกาย ช่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคที่ผู้ป่วยมี ชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยเคยทำมาก่อน ให้ผู้ป่วยบอกถึงประโยชน์ที่เคยได้รับการมีกิจกรรมทางกาย สำหรับผู้ที่มีการทำกิจกรรมทางกายอยู่แล้วแต่ยังไม่เพียงพอ แนะนำวิธีการเพิ่มให้ถึงเกณฑ์ โดยใช้แนวทางตามเอกสาร “ขยับกาย สบายชีวิต” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นเกณฑ์ในการแนะนำ

ตัวอย่างคำแนะนำ “ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ลองใช้วิธีเดินให้มากขึ้น โดยเดินไปตลาด หรือเดินรอบบ้านครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้งก็ได้”

“ท่านลองลดเวลาในการดูโทรทัศน์ลงวันละ 30 นาที ลองมาเดินรอบ ๆ บ้าน”

“หากท่านเบื่อกับที่จะทำคนเดียว ออกมารำให้เก๋กับเพื่อน ๆ ดู เผื่อจะทำให้ท่านชอบ”

4.4 Action คือกลุ่มที่มีพฤติกรรมมีการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง “ผมออกกำลังกายโดยการวิ่งทุกวัน แต่ทำไมน้ำหนักยังไม่ลด” ควรชมเชยให้กำลังใจที่สามารถทำได้ เน้นประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ พร้อมกับแนะนำการป้องกันความเสี่ยง ที่อาจจะเกิดจากการมีกิจกรรมทางกายที่เกิดขึ้นได้ กระตุ้นการควบคุมกำกับตนเองของผู้ป่วย และการให้รางวัลตนเองเพื่อให้คงพฤติกรรมไว้ ระบุปัญหาอุปสรรคที่จะทำให้ขาดการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง และเสนอแนะแนวทางแก้ไข จูงใจให้ใช้แหล่งทรัพยากร และการสนับสนุน ทั้งจากชุมชนและครอบครัว และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายแบบใหม่เพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย

ตัวอย่างคำแนะนำ “ท่านทำงานหนักมาทั้งวันซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ แต่ท่านอาจต้องยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้มากขึ้น โดยการ.....”

“ท่านเริ่มมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอแล้ว หากเบี่ยงออกไปรำไม้พลองป้านุญมีดู จะได้เจอผู้คนมากขึ้น”

“ตอนนี้ท่านเดินได้วันละ 20 นาที ลองเพิ่มเป็น 30 นาทีต่อวันจะทำให้ท่านมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ”

4.5 Maintenance คือผู้ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออย่างน้อย 6 เดือน “ผมยังออกกำลังกายสม่ำเสมอ” ทีมผู้ดูแลควรให้กำลังใจเพื่อให้อคงพฤติกรรมได้ตลอดไป แนะนำวิธีการกิจกรรมทางกายแบบใหม่ ๆ เพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย

ตัวอย่างคำแนะนำ “ท่านรู้สึกอย่างไรที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ท่านเก่งมากที่ทำได้”

5. Arrange

ทีมผู้ดูแลควรติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อให้กำลังใจ โดยเฉพาะในช่วงแรก หากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ เหมือนเดิม ควรมีการปรับเป้าหมายใหม่ เริ่มในกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบและสามารถทำได้ง่าย ๆ และหาสาเหตุของความล้มเหลว ช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาคู่สนั่น

5.1 ติดตามครั้งที่ 1 ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

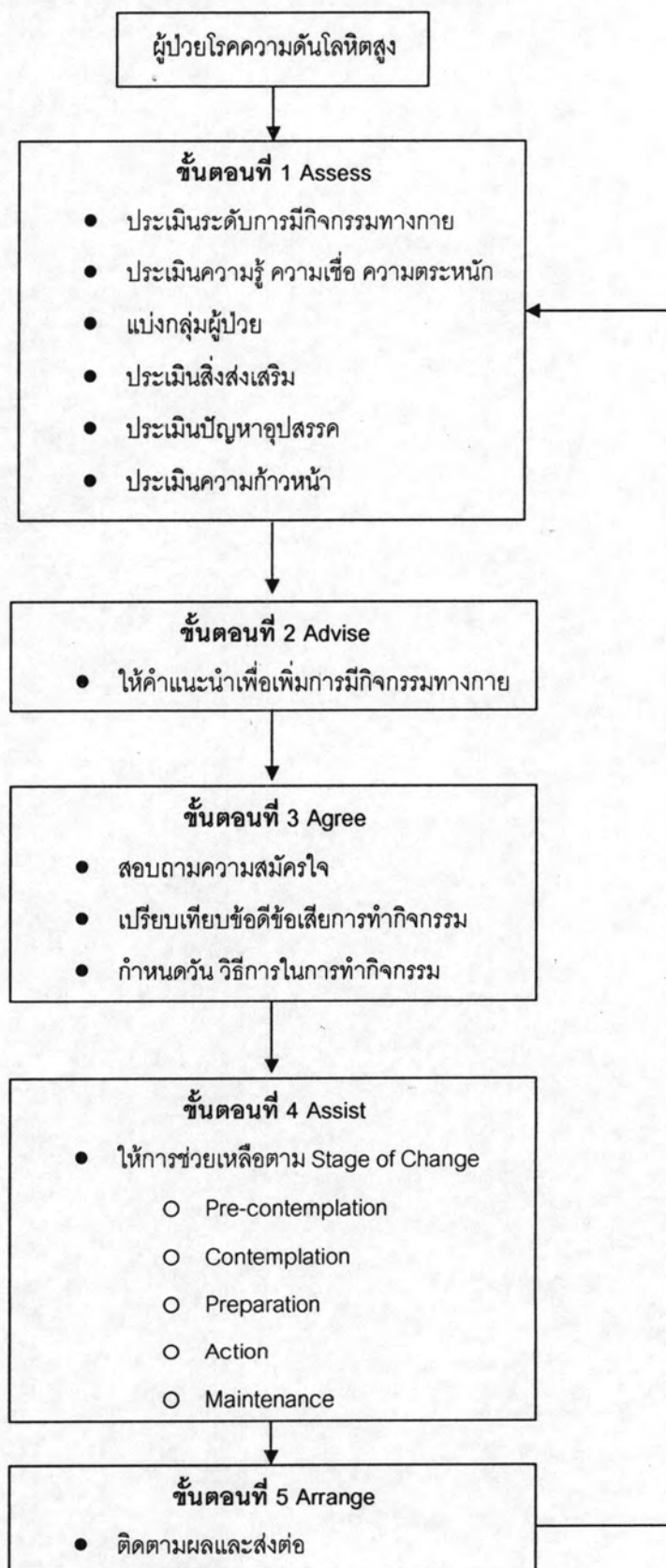
5.2 ติดตามครั้งที่ 2 ภายในเวลา 1 เดือน

5.3 ในช่วง 1 ปีแรก ติดตามผลทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับยา ลุงบันทึกลงประวัติผู้ป่วย และสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

5.4 หากผู้ป่วยยังคงมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ให้ทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สามารถเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายได้ ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสมัครใจที่จะเริ่มอีกครั้ง โดยถือว่าการกลับมา มีพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ ครั้งนี้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้อย่างหนึ่ง ระบุปัญหาที่พบ และเปลี่ยนเป้าหมายที่สามารถทำได้เพื่อให้เกิดกำลังใจ

5.6 กรณีไม่สามารถเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายได้ ทบทวนและพิจารณาให้คำปรึกษาที่เข้มข้นขึ้น หรือพิจารณาส่งต่อเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญด้านการมีกิจกรรมทางกาย

แผนภูมิที่ 2 สรุปขั้นตอนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ



พฤติกรรมกรรรับประทานอาหาร

1. Assess

1.1 ประเมินผู้ป่วยตามแบบสอบถาม เพื่อทราบถึงรูปแบบการรับประทานอาหารของผู้ป่วย บันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย

1.2 ประเมินความรู้ ความเชื่อ และความตระหนักของผู้ป่วย ความตั้งใจ/ความพร้อม ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการรับประทานอาหาร โดยจากส่วนของแบบประเมิน ใช้คำถามเพื่อประเมินเพิ่มเติมซึ่งจะช่วยให้สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสม

โดยใช้คำถาม "ท่านทราบอะไรบ้างเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเพื่อลดความดันโลหิต"

"ท่านจะได้ประโยชน์อะไรบ้างจากการลดอาหารไขมันสูง"

"ท่านเคยใช้วิธีใดในการควบคุมอาหารไขมันสูง"

ทั้งนี้เพื่อดูความพร้อม ความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะควบคุมอาหารและมีพฤติกรรมกรรบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่มตาม Transtheoretical Model of Change โดยใช้คำถาม "ท่านคิดอยากจะมีพฤติกรรมกรรรับประทานอาหารที่เหมาะสมหรือไม่" ตามตารางข้างล่าง

ตาราง 5 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย

Stage of Change	ตัวอย่างคำตอบที่ได้จากผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วย
Pre-contemplation	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันเคยกินมาอย่างนี้ คงเปลี่ยนยาก - เคยคุมการกินแล้ว เครียดมาก ไม่คิดจะทำอีก - ลูกหลานบอกว่าอายุมากแล้ว ไม่ต้องคุมหรอก อยากกินอะไรก็กิน 	ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะทำ
Contemplation	<ul style="list-style-type: none"> - คิดว่าจะคุมการกินนะ แต่กลัวว่าจะทำไม่ได้ - เคยคิดหลายครั้ง แต่ยังไม่ได้เริ่มเลย - หมอบอกว่าให้คุมอาหารเค็ม แต่ยังไม่ได้ทำจริงจังซักที - ลูกก็บอกว่าอ้วนให้ลดน้ำหนัก แต่ก็ยังไม่ตัดสินใจอยู่ 	ผู้ป่วยยังไม่แน่ใจว่าจะทำ

ตาราง 5 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย (ต่อ)

Stage of Change	ตัวอย่างคำตอบที่ได้จากผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วย
Preparation	<ul style="list-style-type: none"> - ว่าจะคุมอาหารแล้วหมอ ไม่วอืดอืดมาก แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร - ฉันตั้งใจจะคุมอาหารเต็ม เพราะความดันไม่ลงเลย แต่อยากได้คำแนะนำ - ฉันตัดสินใจแล้วว่า จะคุมอาหารให้ได้ แต่ไม่รู้จะคุมอาหารประเภทใดบ้าง 	ผู้ป่วยที่ต้องการจะทำ
Action	<ul style="list-style-type: none"> - เริ่มคุมอาหารเต็มแล้ว ตั้งแต่เมื่อรู้ว่าเป็นความดันแต่อยากรู้ว่าต้องคุมอาหารอื่นอีกหรือไม่ - ฉันเปลี่ยนน้ำมันหมูเป็นน้ำมันพืชแล้ว แล้วอาหารอย่างอื่นจะทำอย่างไร - ฉันไม่ค่อยจะเติมน้ำปลาเวลากินก๋วยเตี๋ยว กินเค็มน้อยลงเยอะ 	ผู้ป่วยที่เริ่มมีการทำแล้ว
Maintenance	<ul style="list-style-type: none"> - ฉันกินพวกอาหารไขมันสูงนี้ลดลงมาเป็นปีแล้ว - คุมอาหารแล้วรู้สึกว่ น้ำหนักลดลง ความดันก็ดีขึ้น 	ผู้ป่วยที่ทำได้อย่างต่อเนื่อง

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนที่จะทำการให้คำปรึกษา จะทำให้วางแผนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหากพบว่าผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่ยังไม่เต็มใจที่จะควบคุมอาหาร หรือมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง (ขั้น Precontemplation, Contemplation) ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติม และวางแผนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะทำให้ผู้ป่วยข้ามไปสู่ระยะที่เต็มใจ/พร้อมในการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม สำหรับผู้ที่เริ่มมีหรือมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมแล้ว ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดกำลังใจที่เข้มแข็ง และสามารถคงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องได้

1.3 การประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้บริโภคอาหารไม่เหมาะสม เช่น

- การรับประทานอาหารตามความอยากอาหาร เช่น ได้กลิ่นอาหารแล้วต้องการรับประทาน ได้พบเห็นอาหารแล้วคิดถึงรสชาติจะเป็นอย่างไรบ้างหรือชิม แล้วต้องการรับประทานมากขึ้น

- แบบแผนการรับประทานอาหาร เช่น กินจุ วันหยุดกินจุกมากขึ้น กินดึก กินเร็ว กินไปทำอย่างอื่นไปด้วย กินแก้ก่ลุ่ม

- การรับประทานอาหารจากรสชาติ ความอร่อยมากกว่าคุณค่าอาหารที่ได้รับ

- ครอบครัวมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไขมันสูง อาหารรสเค็ม ไม่รับประทานผักผลไม้

- ความจำเป็นในการรับประทานอาหารนอกบ้านทำให้เลือกไม่ได้

1.4 ประเมินตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการควบคุมอาหาร

1.4.1 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการประสบผลสำเร็จในการควบคุมอาหาร

- ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

- มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

- ผู้ป่วยที่มีความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลง

- มีแรงสนับสนุนจากครอบครัว

1.4.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการควบคุมอาหาร

- กรรมพันธุ์ที่เป็นโรคอ้วน

- ผู้มีอายุมาก

- ผู้มีความเครียดระดับสูงหรือช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

1.5 ประเมินความก้าวหน้าของการควบคุมอาหารให้เหมาะสมตามที่ได้ร่วมกันตั้งเป้าหมายไว้ระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล

2. Advise

ทีมผู้ดูแลให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมโดยให้คำแนะนำที่เป็นกันเอง ชัดเจน จริงจังในรูปแบบการช่วยเหลือสนับสนุนให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมไม่คุกคาม ใช้การกระตุ้น สร้างแรงจูงใจ

คำแนะนำที่ชัดเจน

"ผมคิดว่าท่านต้องคุมอาหารไขมันสูง และผมสามารถช่วยท่านได้"

คำแนะนำที่จริงจัง

"ท่านจำเป็นต้องควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด"

คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง

ให้คำแนะนำที่มีเป็นข้อมูลของผู้ป่วยโดยตรง สะท้อนข้อมูล ปัญหาความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่าย ใช้ตารางความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

ตัวอย่างคำแนะนำ "ท่านมีระดับไขมัน Cholesterol 300 มก./ดล. ซึ่งทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 17 ใน 10 ปี หากท่านคุมอาหารไขมันสูง และระดับไขมัน Cholesterol ต่ำกว่า 160 มก./ดล. ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจจะลดลงเหลือร้อยละ 5 ใน 10 ปี"

3. Agree

ความร่วมมือและสมัครใจของผู้ป่วยที่จะควบคุม หรือมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทีมผู้ดูแลมีบทบาทในการเสนอแนะทางเลือก ข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก แต่การตัดสินใจปรับเปลี่ยน กำหนดเป้าหมาย วางแผน หรือวิธีการ ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจ รวมทั้งการจัดการปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจจะใช้คำถามแบบ Pros and Cons ซึ่งจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนรับผิดชอบกับปัญหาด้วยตนเอง แทนที่จะให้แพทย์ พยาบาลหรือทีมผู้ดูแลกำหนดว่าผู้ป่วยต้องทำอะไรบ้าง ทั้งนี้ผู้ป่วยจะตัดสินใจเองเมื่อได้พิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียแล้ว

3.1 ถามว่าจะไรบ้างคือข้อดีของการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม

3.2 ถามว่าจะไรบ้างคือข้อเสียของการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม

3.3 เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียให้ผู้ป่วยดู

3.4 ถามผู้ป่วยว่า "เมื่อรู้อย่างนี้แล้ว ท่านเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือคงพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นไว้"

ข้อดีของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	ข้อเสียของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
	5.
	6.

ข้อสังเกต : คำตอบที่กำกวม ไม่แน่ใจเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการตัดสินใจ

3.5 ถามผู้ป่วยว่า "ท่านมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือไม่"

3.6 ร่วมกับผู้ป่วยเลือกเป้าหมายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร "ท่านคิดว่าจะเลือกงดหรือเพิ่มการรับประทานอาหารชนิดใดก่อน" พร้อมกำหนดวันติดตาม

3.7 อธิบายถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม คือ ลดมัน ลดเค็ม ลดหวาน รับประทานข้าวเป็นหลัก รับประทานผักผลไม้ให้มาก และรับประทานให้หลากหลาย โดยบอกถึงเคล็ดลับในการลดไขมัน ลดเค็ม และเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้

3.8 ให้ผู้ป่วยเลือกเคล็ดลับที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

4. Assist

จัดเตรียมความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เตรียมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง ใช้ธงโภชนาการเป็นหลักในการให้คำปรึกษา แม้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ควรได้รับข้อมูลเช่นเดียวกัน โดยพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามกลุ่มที่ได้แบ่งไว้ ดังนี้

4.1 Pre-contemplation คือผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมที่จะทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร "กินอย่างนี้มาตั้งแต่เกิดแล้ว คงไม่คิดจะเปลี่ยนหรอก" ควรให้ข้อมูลโดยใช้หลักการ 5R's คือ Relevance (การให้ข้อมูลถึงความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมที่สอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพหรือผู้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ) Risk (การให้ข้อมูลถึงผลเสียของการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม) Rewards (การให้ข้อมูลถึงผลดีของการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม) Roadblocks (การค้นหาปัญหาที่ไม่สามารถมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมได้) Repetition (การกระตุ้นซ้ำ ๆ ให้ผู้ป่วยทราบถึงผลเสียของการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม) อาจให้แผ่นพับผลดีและผลเสียของการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่จำเป็นต้องใช้เวลานานนัก เพราะผู้ป่วยมักไม่ค่อยสนใจ และไม่ค่อยให้ความร่วมมือ เป้าหมายในการแนะนำในระยะนี้คือการเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะ Contemplation

ตัวอย่างคำแนะนำ "ท่านมีระดับไขมัน Cholesterol 300 มก./ดล. ซึ่งทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเป็นโรค หัวใจและหลอดเลือด การควบคุมอาหารไขมันสูงจะช่วยให้ลดระดับไขมันได้ นี่คือนแผ่นพับบอกรายละเอียดอาหารที่มีไขมันสูง ท่านสามารถอ่านได้"

4.2 Contemplation คือผู้ป่วยที่ยังไม่แน่ใจว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือไม่ "ฉันรู้ว่าควบคุมอาหารไขมันสูง ทำให้ลดระดับไขมันได้ แต่ยังไม่ได้เริ่มต้นควบคุมเลย" กลุ่มนี้เริ่มตระหนัก ถึงผลของการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม คิดจะปรับเปลี่ยนในระยะต่อไป แต่ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ชัดเจน ทีมผู้ดูแลควรให้ข้อมูลถึงผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลเสียของการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ค้นหาปัญหา อุปสรรค ข้อสงสัยหรือข้อล้งของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยน โดยใช้หลักการ 5R's ดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งเสนอความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมายคือ เปลี่ยนผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะ Preparation

ตัวอย่างคำแนะนำ "ท่านก็รู้ว่าการควบคุมอาหารไขมันสูง จะลดระดับไขมันในเลือด ท่านมีอุปสรรคอะไรที่ทำให้ท่านไม่เริ่มควบคุมอาหาร ท่านยังสงสัยถึงประโยชน์ที่ได้จากการควบคุมอาหารไขมันสูง หรือยังไม่แน่ใจถึงวิธีการควบคุมอาหารไขมันสูง ผมสามารถช่วยท่านได้"

4.3 Preparation คือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร "ผมอยากควบคุมอาหารไขมันสูง ช่วยแนะนำผมหน่อยว่าควรควบคุมอาหารประเภทใดบ้าง" อาจมีประวัติที่เคยคุมอาหารมาแล้วแต่ไม่สำเร็จ ทีมผู้ดูแลควรช่วยหาปัญหาที่ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ โดยพิจารณาจากปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้น ช่วยหาวิธีการแก้ไข แนะนำเคล็ดลับในการควบคุมอาหารไขมันสูง เคล็ดลับในการลดเค็ม เคล็ดลับในการเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ให้ข้อมูลถึงแนวทางการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยได้เคยทำมาก่อน ให้ผู้ป่วยได้บอกถึงประโยชน์ที่เคยได้รับจากการควบคุมอาหาร ทั้งนี้ใช้ "ธงโภชนาการ" ในการให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ตัวอย่างคำแนะนำ "ผมสามารถช่วยท่านได้ หากท่านต้องการที่จะควบคุมอาหารไขมันสูง"

"หากท่านต้องการลดอาหารเค็ม ผมมีเคล็ดลับที่จะช่วยท่านได้"

4.4 Action คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม "ผมเริ่มควบคุมอาหารไขมันสูงมาได้ 3 เดือนแล้วแต่ระดับไขมันยังไม่ลดลงมาก" กลุ่มนี้ควรชมเชยให้กำลังใจ เน้นประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับพร้อมกับแนะนำถึงปัญหา และอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม กระตุ้นการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการให้รางวัลตนเอง เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พร้อมเสนอแนวทางแก้ไข จูงใจให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และตั้งเป้าหมายใหม่เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในทุกด้าน

ตัวอย่างคำแนะนำ "ท่านเห็นไหมว่า ระดับไขมันในเลือดท่านลดลง แม้จะยังไม่ต่ำกว่า 160 มก./ดล.ซึ่งท่านคงต้องควบคุมอาหารไขมันสูงอย่างต่อเนื่องต่อไป มีอาหารที่เป็นประเภทไขมันอะไรบ้างที่ท่านยังรับประทานอยู่"

4.5 Maintenance คือผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแล้ว "ผมคุมทั้งอาหาร ไขมันสูง อาหารเค็ม ไม่กินหวานมาก กินผักและผลไม้เยอะ ๆ ตั้งแต่วิวว่าเป็นความดันแล้ว" ในกลุ่มนี้ ควรให้กำลังใจเพื่อให้สามารถมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป สอนทักษะป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเหมือนเดิมอีก

ตัวอย่างคำแนะนำ "ท่านรู้สึกอย่างไรที่ควบคุมอาหารเค็มได้ ความดันท่านลดลงปกติแล้ว แต่อย่างไรก็ต้องควบคุมอาหารให้ต่อเนื่อง"

5. Arrange

ทีมผู้ดูแลควรติดตามผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเดือนแรกที่มีการปรับเปลี่ยน หากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ควรปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ เริ่มพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถทำได้ง่าย ๆ ค้นหาสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้และช่วยแก้ไขปัญหานั้น

5.1 ติดตามครั้งที่ 1 ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

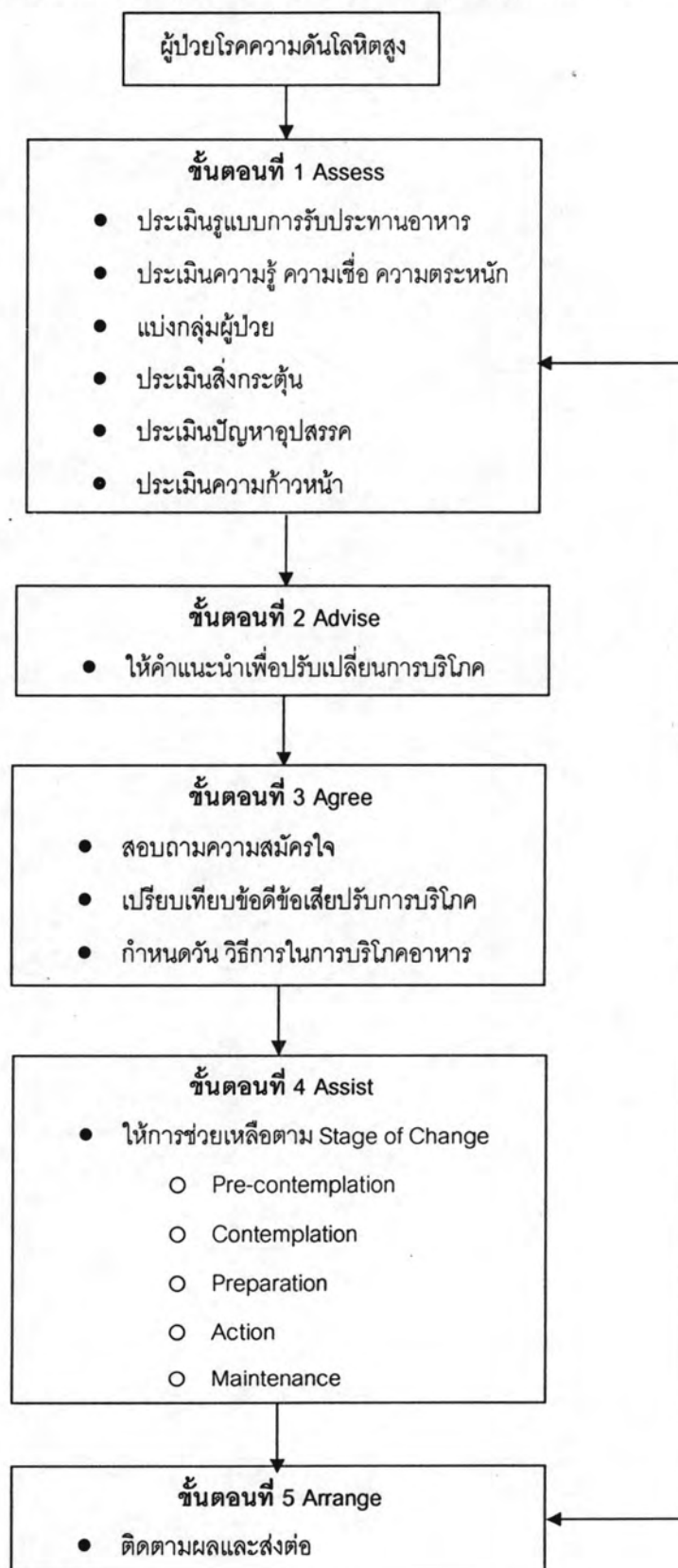
5.2 ติดตามครั้งที่ 2 ภายในเวลา 1 เดือน

5.3 ในช่วง 1 ปีแรก ติดตามผลทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับยา ลงบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

5.4 หากผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสมัครใจที่จะเริ่มใหม่อีกครั้ง โดยถือว่าการกลับมา มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมเป็นบทเรียนอย่างหนึ่ง ระบุปัญหาที่พบ และเปลี่ยนเป้าหมายที่สามารถทำได้ง่าย ๆ เพื่อให้เกิดกำลังใจ

5.5 กรณีไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ พิจารณาส่งต่อนักโภชนาการเพื่อให้คำปรึกษาที่เข้มข้นขึ้น

แผนภูมิที่ 3 สรุปขั้นตอนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม



ภาคผนวก ข.
แบบเก็บข้อมูล

โครงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษปี 2550

POST/INT

ID.....



บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตรวจร่างกาย

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....	อำเภอ <input type="checkbox"/> อุทุมพรพิสัย <input type="checkbox"/> ราษีไศล
วันที่สัมภาษณ์	เพศ <input type="checkbox"/> 1 ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง
วันเดือนปีเกิด.....	(ดูจากบัตรประชาชนหรือบัตรประกันสุขภาพ)
ความดันโลหิต/.....mmHg	ตรวจหลังนั่งพัก 5 นาทีโดยเครื่องวัดปรอทแบบตั้ง
น้ำหนักกก. (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	ส่วนสูงซม. (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง)
เส้นรอบเอวนิ้ว (ทศนิยม 1 ตำแหน่ง วัดในตำแหน่งสะดือขณะหายใจออก ในแนวระนาบพื้น)	

ส่วนที่ 2 ประเมินโอกาสการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

1. ท่านเคยมีอาการเจ็บแน่น/จุก/อึดอัดบริเวณหน้าอกมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 8)	
2. การเจ็บที่ว่าเป็นขึ้นตรงกลางอกหรือหน้าอกด้านซ้ายหรือแขนซ้าย (ตามรูป) <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 8)	
3. อาการที่ว่าเป็นขึ้นเมื่อเดินเร็ว ๆ เดินขึ้นบันไดหรือที่สูงหรือเมื่อเร่งรีบหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 8)	
4. ท่านต้องเดินช้าลงเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่	
5. อาการเจ็บหน้าอกจะทุเลาลงเมื่อท่านอยู่นิ่ง ๆ หรือใช้ยาอมใต้ลิ้น <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่	
6. อาการเจ็บหน้าอกหายไปภายใน 10 นาที <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่	
7. ท่านเคยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ซึ่งเกิดขึ้นนานกว่าครึ่งชั่วโมงหรือมากกว่าหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่	

8. ท่านเคยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ ปากเปื่อย พุดลำปาก, แขนขาอ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่ง หรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหมดความรู้สึก

- 1 ใช่ 2 ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ สาโท ไวน์หรือสุราที่บ้านใช่หรือไม่

- 1 ใช่ 2 ไม่ใช่ (หยุดถามในส่วนนี้)

2. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านดื่มบ่อยเพียงใด ให้ตอบเพียงคำตอบเดียวพร้อมทั้งระบุจำนวนครั้ง

- 1 ทุกวัน ก็ครั้งต่อวัน ครั้ง 2 ทุกสัปดาห์ ก็ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้ง
 3 ทุกเดือน ก็ครั้งต่อเดือน.....ครั้ง 4 ไม่บ่อยมาก ก็ครั้งต่อปี ครั้ง

3. ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ท่านดื่มเป็นส่วนมากและปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง

- 1 เหล้าขาว เหล้าโรง เหล้าต้มกลั่นที่บ้าน เหล้าดองยา จำนวน แก้ว/..... เป๊ก
 2 ดื่มเหล้าผสมโซดา/น้ำเปล่า/ส่วนผสมอื่น (ระบุเหล้าที่ผสม) จำนวน เป๊ก
 3 เบียร์ จำนวน แก้ว/กระป๋อง
 4 สาโท/กระแช่ น้ำตาลเมา หรือสุราหมักที่บ้าน จำนวน แก้ว
 5 เหล้าผสมรสผลไม้/ไวน์คูลเลอร์ จำนวน แก้ว

คำชี้แจง ให้เติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง หรือใส่เครื่องหมาย กากบาท (X) ในช่อง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไป

1. เขตที่อยู่ของท่าน 1 ในเขตเทศบาล 2 นอกเขตเทศบาล

2. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

- 1 โสด 2 สมรส 3 หม้าย 4 แยกกันอยู่
 5 หย่า 6 อื่น (ระบุ).....

3. สถานภาพการอยู่อาศัยของท่านในปัจจุบัน

- 1 อยู่ตามลำพัง 2 อยู่กับคู่สมรส 3 อยู่กับครอบครัวบุตร หลาน
 4 อยู่กับญาติ 5 อื่น ๆ (ระบุ).....

4. ท่านสำเร็จการศึกษาสามัญสูงสุดในระดับใด

- 1 ไม่ได้รับการศึกษาสายสามัญ 2 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 3 มัธยมศึกษา 4 อาชีวศึกษา
 5 อุดมศึกษา (อนุปริญญา ปริญญาตรี โท เอก) 6 อื่น ๆ (ระบุ).....

5. ท่านอ่านหนังสือออกหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 อ่านได้สบาย/คล่อง <input type="checkbox"/> 2 อ่านได้ค่อนข้างลำบาก <input type="checkbox"/> 3 อ่านไม่ออก
6. ท่านเขียนหนังสือได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เขียนได้สบาย/คล่อง <input type="checkbox"/> 2 เขียนได้ค่อนข้างลำบาก <input type="checkbox"/> 3 เขียนไม่ได้
7. สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน <input type="checkbox"/> 1 30 บาทเสียค่าธรรมเนียม <input type="checkbox"/> 2 30 บาทไม่เสียค่าธรรมเนียม <input type="checkbox"/> 3 ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 4 ข้าราชการ <input type="checkbox"/> 5 รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6 อื่น ๆ (ระบุ).....
8. ภาวะการมีงานทำของท่านในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 1 มีงานทำ (ถามข้อ 11 ต่อ) <input type="checkbox"/> 2ว่างงาน <input type="checkbox"/> 3 รอฤดูกาลทำงาน <input type="checkbox"/> 4 ทำงานบ้าน <input type="checkbox"/> 5 อื่น ๆ (ระบุ).....
9. สำหรับผู้มีงานทำในปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร <input type="checkbox"/> 1 รับราชการ <input type="checkbox"/> 2 รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 3 ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4 เกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ <input type="checkbox"/> 5 รับจ้าง <input type="checkbox"/> 6 งานบ้าน <input type="checkbox"/> 7 อื่น ๆ (ระบุ).....
10. ท่านมีรายได้โดยประมาณต่อเดือน บาท
11. รายได้ของครอบครัวท่านโดยประมาณต่อเดือน บาท
12. รายได้ท่านเพียงพอหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เพียงพอและเหลือเก็บ <input type="checkbox"/> 2 เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ <input type="checkbox"/> 3 ไม่เพียงพอ
13. ผู้ดูแลความเป็นอยู่ของท่าน (กิจวัตรประจำวัน การกินยา) คือใคร <input type="checkbox"/> 1 ดูแลตนเอง <input type="checkbox"/> 2 คู่สมรส <input type="checkbox"/> 3 บุตรหลาน <input type="checkbox"/> 4ญาติ <input type="checkbox"/> 5 อื่น ๆ (ระบุ).....
14. ระยะเวลาที่ท่านตรวจพบหรือทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูงกี่ปี กี่เดือน.. ปี เดือน
15. ท่านรักษาที่โรงพยาบาลนี้มานาน ปี เดือน
16. ในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่แพทย์ หรือพยาบาลนัดท่านมาตรวจประมาณ เดือน/ครั้ง
17. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านมาพบแพทย์หรือพยาบาลตามนัดทุกครั้งหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 มาตรวจตามนัดทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2 ผิดนัด ครั้ง ระบุสาเหตุ..... <input type="checkbox"/> 3 อื่น ๆ (ระบุ).....

<p>18. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านรับประทานยาทุกวันหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ทานยา <input type="checkbox"/> 2 ทุกวัน <input type="checkbox"/> 3 เกือบทุกวัน (ขาดยารวมกันไม่เกิน 1 สัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ส่วนใหญ่กินทุกวัน (ขาดยารวมกันเกิน 1 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 2 สัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 กินบ้างไม่กินบ้าง (ขาดยารวมกันเกิน 2 สัปดาห์)</p>
<p>19. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยลิ้มรับประทานยาหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2 เคย ปฏิบัติอย่างไร.....</p>
<p>20. ผู้สัมภาษณ์สอบถามขนาดยาลดความดันโลหิตหรือยาลดไขมัน ที่ผู้ป่วยรับประทาน (ดูสมุดประจำตัว)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 บอกได้ถูกต้องทั้งหมด <input type="checkbox"/> 2 บอกได้ถูกต้องบางส่วน <input type="checkbox"/> 3 บอกไม่ถูกต้อง</p>
<p>21. ผู้สัมภาษณ์สอบถามเวลาที่ผู้ป่วยรับประทานยา (ดูสมุดประจำตัว)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 บอกได้ถูกต้องทั้งหมด <input type="checkbox"/> 2 บอกได้ถูกต้องบางส่วน <input type="checkbox"/> 3 บอกไม่ถูกต้อง</p>
<p>22. นอกจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลมียาอื่นที่ท่านรับประทานประจำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ).....</p>
<p>23. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือลดไขมันในเลือดจากแพทย์แผนไทย แผนจีน หรือแพทย์ทางเลือกอื่นหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 2 ใช่ ระบุวิธีการ.....</p>
<p>24. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหัวใจเพิ่มอีกหรือไม่ (นอกเหนือจากการให้ความรู้ตามโครงการวิจัยเมื่อกันยายน 2550)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยได้รับ <input type="checkbox"/> 2 เคยได้รับจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ</p> <p><input type="checkbox"/> 2 อ่านจากหนังสือ วารสาร แผ่นพับ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ทีวี วิทยุ</p> <p><input type="checkbox"/> 4 อ่านหรือฟังญาติอ่านจากสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> 5 อื่น ๆ (ระบุ).....</p>
<p>25. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้เข้าร่วมกิจกรรม/อบรมความรู้เรื่องโรคหัวใจเพิ่มอีกหรือไม่ (นอกเหนือจากการประชุมตามโครงการวิจัยเมื่อกันยายน 2550)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยได้รับ <input type="checkbox"/> 2 เคยได้รับจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 การอบรมในโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> 2 การอบรมโดยเจ้าหน้าที่สถานีนอามัย</p> <p><input type="checkbox"/> 3 การอบรมข้าราชการในโปรแกรมของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p><input type="checkbox"/> 4 อื่น ๆ (ระบุ).....</p>

26. ท่านมีพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่มี (หยุดถามส่วนนี้) <input type="checkbox"/> 2 มี (ถามข้อ 28 ต่อ) ระบุผู้ที่ เป็น <input type="checkbox"/> 1 พ่อ <input type="checkbox"/> 2 แม่
27. หากมีพ่อหรือแม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พ่อหรือแม่ท่านยังมีชีวิตอยู่ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ (หยุดถามส่วนนี้) <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 1 พ่อ เสียชีวิตเมื่ออายุ ปี <input type="checkbox"/> 2 แม่ เสียชีวิตเมื่ออายุ ปี

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. โรคหัวใจเป็นโรคที่ป้องกันได้		
2. โรคหัวใจเป็นโรคของคนรวย		
3. คนอ้วนมาก ๆ มีโอกาสป่วยด้วยโรคหัวใจมากกว่าคนผอม		
4. โรคหัวใจมักเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย		
5. คนที่เคลื่อนไหวไปมาเป็นประจำมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนที่นั่งๆนอนๆ		
6. ผู้ที่มีพ่อแม่เป็นโรคหัวใจทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น		
7. การทำสมาธิทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น		
8. การใช้น้ำมันหมูในการปรุงอาหารมีส่วนในการทำให้เป็นโรคหัวใจ		
9. การกินอาหารที่มีรสเค็มจัด เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
10. การกินปลาน้ำจืดทำให้ไขมันในเลือดสูง		
11. การออกกำลังกายมีผลทำให้ป่วยด้วยโรคหัวใจเพราะหัวใจทำงานหนัก		
12. ผู้ที่กินผักสด ผลไม้สดทุกวัน จะทำให้เป็นโรคหัวใจ		
13. ผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีโอกาสป่วยด้วยโรคหัวใจได้		
14. หยุดกินยาเองได้เมื่อความดันโลหิตปกติหรือไม่มีอาการ		
15. คนที่อ้วนลงพุงจะทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจ		
16. การเดินเร็วเพียงวันละครึ่งชั่วโมงก็ช่วยลดความดันโลหิตลงได้		
17. คนหนุ่มสาวเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนแก่		
18. อาการของโรคหัวใจขาดเลือด คือ เจ็บแปลบ ๆ ที่หน้าท้องเวลาหายใจ		
19. ผู้ที่ไม่โหม ขุนเจียวง่าย ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น		
20. คนที่เป็นความดันเลือดสูงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากขึ้น		

ส่วนที่ 6 การสูบบุหรี่ (เจ้าหน้าที่ในที่นี้หมายถึง เจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาลและสถานีนอมาัย)

1. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยถามว่าท่านสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
2. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 สูบ (ข้ามไปถามข้อ 4) <input type="checkbox"/> 2 ไม่สูบ (หยุดถามในส่วนนี้) <input type="checkbox"/> 3 เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ถามข้อ 3)
3. <u>ถ้าท่านหยุดสูบ</u> ท่านหยุดสูบนานกี่ปี กี่เดือน ปี เดือน
4. <u>ถ้าตอบว่ายังสูบบุหรี่</u> โดยปกติท่านสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> 1 ทุกวัน <input type="checkbox"/> 2 ไม่ทุกวัน
5. <u>ถ้าขณะนี้ท่านสูบบุหรี่ทุกวัน</u> ท่านสูบนานกี่ปี ปี วันละ มวน
6. ชนิดของบุหรี่ที่สูบ <input type="checkbox"/> 1 บุหรี่ซอง <input type="checkbox"/> 2 บุหรี่มวนเอง <input type="checkbox"/> 3 อื่น ๆ
7. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้พยายามเลิกบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ใช่ (ถามข้อ 8) <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 9)
8. ท่านใช้วิธีการใดในการเลิกบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1 เลิกเองโดยไม่ได้ใช้วิธีอื่นช่วย <input type="checkbox"/> 2 เลิกโดยใช้นิโคตินทดแทน <input type="checkbox"/> 3 เลิกโดยให้ยา <input type="checkbox"/> 4 วิธีอื่น ๆ (ระบุ).....
9. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยได้บอกให้ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
10. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยถามว่าท่านจะใช้วิธีใดในการเลิกบุหรี่ หรือจะหยุดสูบเมื่อไหร่ หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
11. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้จัดให้ท่านได้เข้ากลุ่มผู้ป่วย (กลุ่มสุขภาพ) เพื่อเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย กี่ครั้ง.....ครั้ง <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
12. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
13. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้รับคู่มือ/แผ่นพับในการเลิกบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
14. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้นัดติดตามเรื่องการสูบบุหรี่ของท่านหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (เลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ทำบ่อยที่สุด)

<p>1. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ขาหมูติดมัน เครื่องในสัตว์ ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ กุนเชียง แคนหมู อาหารประเภททอด หรือใส่กะทิ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอย กุ้งทอด ผัดไท ปาท่องโก๋ ลูกชิ้นทอดบ่อยเพียงใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2 กิน ประมาณ.....ครั้ง</p>
<p>2. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านกินไข่แดง นมที่มีไขมันเนย ครีม หรือครีมเทียมใส่กาแฟบ่อยเพียงใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2 กิน ประมาณ.....ครั้ง</p>
<p>3. โดยปกติส่วนใหญ่ที่บ้านของท่านใช้น้ำมันอะไรในการปรุงอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> 1 น้ำมันหมู <input type="checkbox"/> 2 น้ำมันมะพร้าว/ปาล์ม <input type="checkbox"/> 3 น้ำมันถั่วเหลือง/รำข้าว</p>
<p>4. โดยปกติส่วนใหญ่ครอบครัวท่านใช้วิธีการใดในการปรุงอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> 1 เจียว ทอด ผัด <input type="checkbox"/> 2 ปิ้ง นึ่ง ต้ม ลวก แกง <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ</p>
<p>5. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านกินอาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง กุ้งแห้ง ปูเค็ม ปลาร้า ปลาจ่อม (ทำเป็นน้ำพริก) บ่อยเพียงใด (ไม่นับรวมที่ใส่เป็นเครื่องปรุง)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2 กิน ประมาณครั้ง</p>
<p>6. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านกินอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง ซุปก้อน โจ๊กหรือข้าวต้มสำเร็จรูป บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป บ่อยเพียงใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2 กิน ประมาณครั้ง</p>
<p>7. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านต้องเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว บ่อยเพียงใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เติมเลย <input type="checkbox"/> 2 เติมบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3 เติมทุกครั้ง</p>
<p>8. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านกินอาหารรสหวานจัด เช่น ฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด ขนมเชื่อม ผลไม้เชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม หรือผลไม้หวาน เช่น ลำไย ทูเรียน ละมุดบ่อยเพียงใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2 กิน ประมาณครั้ง</p>
<p>9. ในแต่ละวันท่านกินผลไม้สดที่ไม่หวานมากบ่อยเพียงใด (1 ส่วนเท่ากับกล้วยน้ำว้า 1 ผลหรือส้มเขียวหวาน 1 ผลหรือเงาะ 4 ผลหรือมะละกอหั่น 6-8 คำ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2 กิน ประมาณส่วน</p>
<p>10. ในแต่ละวันท่านกินผักสดมากเพียงใด (1 ถ้วยตวงเท่ากับ 2 ทัพพี)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2 กิน ประมาณถ้วยตวง</p>
<p>11. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านกินเนื้อปลา กบ เขียด หรือเต้าหู้หรือนมพร่องไขมันเนยบ่อยเพียงใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่กินเลย <input type="checkbox"/> 2 กิน ประมาณครั้ง</p>

12. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม (โค้ก เป๊ปซี่)		
<input type="checkbox"/> 1 ไม่ดื่มเลย <input type="checkbox"/> 2 ดื่มนาน ๆ ครั้ง		
<input type="checkbox"/> 3 ดื่มเป็นประจำ ระบุชนิดเครื่องดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
<input type="checkbox"/> 1 กาแฟถ้วย หรือกระป๋อง/วันครั้ง/สัปดาห์
<input type="checkbox"/> 2 ชาถ้วย หรือกระป๋อง/วันครั้ง/สัปดาห์
<input type="checkbox"/> 3 เครื่องดื่มชูกำลังถ้วย หรือกระป๋อง/วันครั้ง/สัปดาห์
<input type="checkbox"/> 4 เครื่องดื่มอื่น ๆ ระบุ.....ถ้วย หรือกระป๋อง/วันครั้ง/สัปดาห์
13. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้พยายามควบคุมอาหารหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1 ใช่ (ถามข้อ 14) <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 15)		
14. ท่านใช้วิธีการใดในการควบคุมอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
<input type="checkbox"/> 1 ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
<input type="checkbox"/> 2 เรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น จากทีวี เอกสารแผ่นพับ สมุดคู่มือ		
<input type="checkbox"/> 3 จากบุคคลในครอบครัว <input type="checkbox"/> 4 จากผู้ป่วยด้วยตนเอง		
<input type="checkbox"/> 5 วิธีอื่น ๆ (ระบุ).....		
15. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยได้ถามพฤติกรรมมารับประทานของท่านหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ		
16. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยได้บอกให้ท่านควบคุมอาหารหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ		
17. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยถามว่าท่านจะใช้วิธีใดในการควบคุมอาหาร หรือท่านจะเริ่มควบคุมอาหารเมื่อไร หรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ		
18. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้จัดให้ท่านเข้ากลุ่มผู้ป่วย (กลุ่มสุขภาพ) เพื่อควบคุมอาหารหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1 เคย ก็ครั้ง.....ครั้ง <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ		
19. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้พูดคุยปรึกษาเจ้าหน้าที่หรือโภชนาการเพื่อควบคุมอาหารหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ		
20. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้รับคู่มือ/แผ่นพับในการควบคุมอาหารหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ		
21. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้นัดติดตามเรื่องการควบคุมอาหารของท่านหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ		

ส่วนที่ 8 การเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกาย (ทั้งการทำงานและออกกำลังกาย)

<p>1. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา <u>ท่านมีการออกแรง หรือออกกำลังกายอย่างหนัก</u> (หายใจเร็วและแรงทางปาก หรือหายใจทางปาก หรือไม่สามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค) <u>เป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป</u> <u>ทุกวันต่อสัปดาห์</u> (เช่น การวิ่ง เล่นกีฬา ชุตดิน บั่นจักรยานอย่างรวดเร็ว การยกของหนัก การทำนา เป็นต้น)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> 2 ทำ จำนวน วันต่อสัปดาห์ เวลาที่ใช้แต่ละวัน.....ชม.....นาที</p>
<p>2. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา <u>ท่านมีการออกแรง หรือออกกำลังกายปานกลาง</u> (หายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย หรือยังพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค) <u>เป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป</u> <u>ทุกวันต่อสัปดาห์</u> (เช่น ทำงานบ้าน ทำครัว ชีจักรยาน โยโยหญ้า คราดหญ้า เป็นต้น)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> 2 ทำ จำนวน วันต่อสัปดาห์ เวลาที่ใช้แต่ละวัน.....ชม.....นาที</p>
<p>3. ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา <u>ท่านได้เดินต่อเนื่องกันอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไปเป็นจำนวนทุกวันต่อสัปดาห์</u> (เช่น การเดินไปมาในที่ทำงาน เดินไปนา เดินไปตลาด เดินไปวัด รวมทั้งการเดินออกกำลังกาย พักผ่อน หรือเวลาว่าง)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> 2 ทำ จำนวน วันต่อสัปดาห์ เวลาที่ใช้แต่ละวัน.....ชม.....นาที</p>
<p>4. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้พยายามเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ใช่ (ถามข้อ 5) <input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปถามข้อ 6)</p>
<p>5. ท่านใช้วิธีการใดในการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 เดิน <input type="checkbox"/> 2 วิ่ง/วิ่งเหยาะ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ถีบจักรยาน <input type="checkbox"/> 4 รำมวยจีน/ไท่เก๊ก</p> <p><input type="checkbox"/> 5 โยคะ <input type="checkbox"/> 6 รำไม้พลอง</p> <p><input type="checkbox"/> 7 เต้นแอโรบิก <input type="checkbox"/> 8. เล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 9 วิธีอื่น ๆ (ระบุ).....</p>
<p>6. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้ถามพฤติกรรมของการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายของท่านหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ</p>
<p>7. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยได้บอกให้ท่านเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ</p>
<p>8. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยถามว่าท่านจะใช้วิธีใดในการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายหรือวันที่ท่านจะเริ่มทำ หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 เคย <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ</p>
<p>9. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้จัดให้ท่านเข้ากลุ่มเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 เคย ก็ครั้ง.....ครั้ง <input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ</p>

10. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้ <u>พูดคุยปรึกษา</u> กับเจ้าหน้าที่เรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
11. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้รับ <u>คู่มือ/แผ่นพับ</u> ในการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
12. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้ <u>นัดติดตาม</u> เรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายของท่านหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 9 การลดน้ำหนักหรือรอบเอว

1. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้ <u>ชั่งน้ำหนัก</u> ท่านหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
2. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้ <u>วัดรอบเอว</u> ท่านหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
3. เจ้าหน้าที่ได้ <u>บอกผล</u> การชั่งน้ำหนัก หรือวัดรอบเอวท่านหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 บอก	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ได้บอก	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
4. ท่านมีน้ำหนักเกิน หรือรอบเอวเกิน (ผู้ชาย ≥ 36 นิ้ว, หญิง ≥ 32 นิ้ว) หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 ใช่	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบส่วนที่ 8)	
5. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคยได้ <u>บอก</u> ให้ท่านควบคุมน้ำหนัก หรือลดรอบเอวหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
6. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่เคย <u>ถาม</u> ว่าท่านจะใช้วิธีใดในการควบคุมน้ำหนัก/ลดรอบเอวหรือท่านจะเริ่มควบคุมน้ำหนัก/ลดรอบเอวเมื่อไร หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
7. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้ <u>จัด</u> ท่านให้เข้า <u>กลุ่มผู้ช่วย</u> เพื่อควบคุมควบคุมน้ำหนัก/ลดรอบเอวหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย ก็ครั้ง.....ครั้ง	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
8. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้ <u>พูดคุยปรึกษา</u> เจ้าหน้าที่เพื่อควบคุมน้ำหนัก/ลดรอบเอวหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
9. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้รับ <u>คู่มือ/แผ่นพับ</u> ในการควบคุมน้ำหนัก/ลดรอบเอวหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
10. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้ <u>นัดติดตาม</u> เรื่องควบคุมน้ำหนัก/ลดรอบเอวของท่านหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 10 พฤติกรรมการจัดการกับภาวะเครียด

<p>1. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 2 มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 นอนไม่หลับ หรือนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ตื่นกลางดึก</p> <p><input type="checkbox"/> 3 โมโหจนเฉียว โมโหง่าย หงุดหงิด มีปากเสียงกับคนรอบข้าง</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ย้ำคิด ย้ำทำ</p> <p><input type="checkbox"/> 5 ปวดศีรษะ หรือปวดศีรษะข้างเดียว</p> <p><input type="checkbox"/> 6 หดหู่ ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร หหมดกำลังใจ</p>	
<p>2. ในอดีตที่ผ่านมาเมื่อท่านมีความเครียด มักเกิดจากสาเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ปัญหาจากการทำงาน <input type="checkbox"/> 2 ปัญหาครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> 3 เพื่อนร่วมงาน <input type="checkbox"/> 4 ปัญหาสุขภาพของตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> 5 ปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัว <input type="checkbox"/> 6 ปัญหาการเงิน</p> <p><input type="checkbox"/> 7 เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> 8 อื่น ๆ ระบุ.....</p>	
<p>3. ท่านเคยจัดการความเครียดด้วยตนเองหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2 เคย จัดการโดย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 นั่งสมาธิ <input type="checkbox"/> 2 นอน/อยู่เฉย ๆ/อยู่คนเดียว</p> <p><input type="checkbox"/> 3 สวดมนต์ <input type="checkbox"/> 4 ปลูกต้นไม้</p> <p><input type="checkbox"/> 5 ดูทีวี/ฟังเพลง/ดูหนัง <input type="checkbox"/> 6 เลี้ยงสัตว์</p> <p><input type="checkbox"/> 7 ไปเดินเล่น/ไปซื้อของ <input type="checkbox"/> 8 อื่น ๆ ระบุ.....</p>	
<p>4. นอกเหนือจากข้อ 3 ท่านเคยจัดการความเครียดด้วยวิธีเหล่านี้หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2 เคย จัดการโดย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไปพูดคุย หรือปรึกษากับเพื่อน <input type="checkbox"/> 3 กินยาคลายเครียด</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> 6 สูบบุหรี่</p> <p><input type="checkbox"/> 2 พูดคุยหรือปรึกษาพ่อแม่ ลูก ญาติพี่น้อง <input type="checkbox"/> 5 ไปเที่ยวสถานบันเทิง</p> <p><input type="checkbox"/> 7 พูดคุยหรือปรึกษาเจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> 8 อื่น ๆ ระบุ.....</p>	

ส่วนที่ 11 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ท่านคิดว่าท่านมีความรู้เรื่องโรคหัวใจในระดับใด
<input type="checkbox"/> 1 น้อย <input type="checkbox"/> 2 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 3 มาก
2. ในรอบปีที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ได้บอกว่าคุณมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจในระดับใดหรือไม่
<input type="checkbox"/> 1 บอก <input type="checkbox"/> 2 ไม่ได้บอก <input type="checkbox"/> 3 ไม่แน่ใจ
3. ท่านรู้หรือไม่ว่าท่านมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจในระดับใด
<input type="checkbox"/> 1 ไม่รู้ <input type="checkbox"/> 2 รู้ ระดับความเสี่ยงที่ท่านมีคือ <input type="checkbox"/> 1 ต่ำ <input type="checkbox"/> 2 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 3 สูง
4. ท่านรู้หรือไม่ว่าท่านมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่
<input type="checkbox"/> 1 ไม่รู้ <input type="checkbox"/> 2 รู้ ความเสี่ยงที่มี คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
<input type="checkbox"/> 1 สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> 2 ไขมันในเลือดสูง
<input type="checkbox"/> 3 กินกาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง <input type="checkbox"/> 4 กินอาหารไขมันสูง
<input type="checkbox"/> 5 กินเค็ม <input type="checkbox"/> 6 กินหวานจัด
<input type="checkbox"/> 7 กินปลาน้อย < 3 ตัว/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 8 กินผัก ผลไม้ น้อย
<input type="checkbox"/> 9 คุมความดันไม่ได้ <input type="checkbox"/> 10 มีความเครียดมาก
<input type="checkbox"/> 11 เคลื่อนไหว/ออกกำลังกาย น้อย <input type="checkbox"/> 12 รอบเอวเกิน
<input type="checkbox"/> 13 น้ำหนักเกิน <input type="checkbox"/> 14 เป็นเบาหวาน

ทัศนคติต่อโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (วงกลมรอบ)

1. ท่านได้รับความรู้เรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจเพิ่มขึ้น
น้อยที่สุด 1 2 3 4 5 มากที่สุด
2. ท่านคิดว่าโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมีประโยชน์ต่อท่าน
น้อยที่สุด 1 2 3 4 5 มากที่สุด
3. การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับเป็นเรื่องยุ่งยาก
น้อยที่สุด 1 2 3 4 5 มากที่สุด
4. ท่านนำความรู้ที่ได้ไปบอกคนอื่น
น้อยที่สุด 1 2 3 4 5 มากที่สุด
5. ท่านจะทำตามคำแนะนำต่อไปแม้จะไม่มีโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจแล้ว
น้อยที่สุด 1 2 3 4 5 มากที่สุด
6. โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจทำให้สุขภาพท่านดีขึ้น
น้อยที่สุด 1 2 3 4 5 มากที่สุด

7. ท่านนำความรู้ หรือคำแนะนำที่ได้ไปปฏิบัติ						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
8. ท่านรู้สึกเครียดเมื่อทราบผลการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
9. ท่านได้ใช้ประโยชน์จากสมุดประจำตัวผู้ป่วย						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด

ความพึงพอใจโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่มีโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
2. ท่านรู้สึกพึงพอใจในการอบรมให้ความรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ประจำคลินิกความดันโลหิตสูง						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
4. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อคำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาลประจำคลินิกความดันโลหิตสูง						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
6. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับจดหมายแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อเอกสารให้ความรู้/แผ่นพับของโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
8. ท่านอยากให้มีการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจต่อไป						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด
9. ความรู้สึกพึงพอใจต่อโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจในภาพรวม						
น้อยที่สุด	1	2	3	4	5	มากที่สุด

สรุปการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (สำหรับผู้วิจัย)

ปัจจัยเสี่ยง	การให้คะแนน	คะแนน
เพศ	หญิง = 0, ชาย = 1	
อายุ	35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 ≥ 65 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5	
ระดับความดันโลหิต (SBP = Systolic Blood Pressure, ความดันตัวบน) (DBP = Diastolic Blood Pressure, ความดันตัวล่าง)	SBP < 120 และ DBP < 80 0 SBP 120-129 และ/หรือ DBP 80-84 0 SBP 130-139 และ/หรือ DBP 85-89 1 SBP 140-159 และ/หรือ DBP 90-99 1 SBP ≥ 160 และ/หรือ DBP ≥ 100 2	
ไขมันโคเลสเตอรอล	< 160 160-199 200-279 ≥ 280 -2 0 0 +1	
ไขมันเอชดีแอล	< 35 35-49 50-59 ≥ 60 +2 0 -1 -4	
การสูบบุหรี่	สูบ = 1, ไม่สูบ = 0	
โรคเบาหวาน	เป็น = 2, ไม่เป็น = 0	
เส้นรอบเอว	ชายมากกว่า 36 นิ้ว (90 ซม.) ไซ้ = 1, ไม่ไซ้ = 0 หญิงมากกว่า 32 นิ้ว (80 ซม.) ไซ้ = 1, ไม่ไซ้ = 0	
รวมคะแนน		
มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าเท่ากับร้อยละ		
กลุ่มเสี่ยง	<input type="checkbox"/> ต่ำ (ไม่เกินร้อยละ 1)	<input type="checkbox"/> ปานกลาง (ร้อยละ 2) <input type="checkbox"/> สูง (ร้อยละ 4 ขึ้นไป)

ตารางเทียบความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญใน 10 ปีข้างหน้า

คะแนนที่ได้	ร้อยละความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ
น้อยกว่า 1 คะแนน – 1 คะแนน	1
2 – 3 คะแนน	2
4 คะแนน	4
5 คะแนน	5
6 คะแนน	8
7 คะแนน	12
8 คะแนน	17
มากกว่าเท่ากับ 9 คะแนน	มากกว่าเท่ากับ 20

ภาคผนวก ค.
ใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

ใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ EGAT-Rama Heart Score สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน (กลุ่มควบคุม)

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนไม่ได้ ที่สำคัญได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความอ้วน และการมีวิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ ผู้ที่มีหลายปัจจัยร่วมกันโอกาสเกิดโรคมียิ่งสูง การที่จะลดอัตราตายและอัตราป่วยจากโรคนี้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยลดพฤติกรรมเสี่ยงร่วมไปกับการรักษาด้วยยา สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ โดยไม่คำนึงถึงเพียงระดับความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการศึกษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาเพื่อลดเพียงปัจจัยเสี่ยงเดียวโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการ และการปฏิบัติตัวในการร่วมโปรแกรม

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ พร้อมกับลงรายละเอียดประวัติส่วนตัว การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การตรวจร่างกาย ซึ่งน้ำหนัก วัดสวนสูง วัดระดับความดันโลหิต วัดระดับไขมันโคเลสเตอรอล ระดับไขมันเอชดีแอลโคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว และยาที่ได้รับ โดยมีการตรวจวัดความดัน เส้นรอบเอว ซึ่งน้ำหนักทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ตรวจเลือด 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5-7 ซีซีตอนเริ่มต้นเก็บข้อมูลและเมื่อครบ 12 เดือน หลังจากนั้นจะได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงที่มีในแต่ละคน จะมีการบอกผลการประเมินให้ท่านได้รับทราบ พร้อมกับบันทึกลงในประวัติประจำตัวผู้ป่วย หลังจากนั้นท่านจะได้รับการให้คำแนะนำ พร้อมทั้งมีการติดตามเป็นระยะทุก 1-3 เดือนขึ้นกับภาวะของโรค เมื่อครบ 12 เดือนท่านจะได้รับการประเมินความเสี่ยงซ้ำ พร้อมกับตรวจร่างกาย ซึ่งน้ำหนัก วัดสวนสูง วัดความดันโลหิต วัดระดับไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว

3. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม

ท่านจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้ทราบถึงระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสามารถใช้สิทธิการรักษาตามที่ท่านมี ประโยชน์ที่ได้รับต่อตัวท่านคือการทราบถึงความเสี่ยงที่มี และได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้าร่วมในโปรแกรมนี

ผู้เข้าร่วมโครงการนี้ จะใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่มีอยู่ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม การเข้าร่วมเป็นความสมัครใจของท่าน ดังนั้นท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมได้ และในระหว่างการดำเนิน

ตามโปรแกรม ท่านสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษา ข้อมูลต่าง ๆ ของท่าน ที่ได้เก็บไว้จะเป็นความลับ โดยจะใช้ประโยชน์ในการรักษาและให้คำปรึกษาเท่านั้น การเสนอผลของโปรแกรมจะนำเสนอในภาพรวม หากท่านมีข้อสงสัย ต้องการคำแนะนำ สามารถติดต่อกับผู้วิจัย (นายอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์) หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 045-691516 ต่อ 142 หรือมือถือ 081-7185572

5. คำยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจข้อความทั้งหมดของใบยินยอมครบถ้วนดีแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตลอดระยะเวลา 12 เดือน ด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเองโดยไม่มีการบังคับหรือให้สิ่งตอบแทนใด ๆ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการรักษา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่...../...../.....

ใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ EGAT-Rama'Heart Score สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน (กลุ่มทดลอง)

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนไม่ได้ ที่สำคัญได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความอ้วน และการมีวิถีชีวิตหนึ่ง ๆ นอน ๆ ผู้ที่มีหลายปัจจัยร่วมกันโอกาสเกิดโรคมียิ่งสูง การที่จะลดอัตราตายและอัตราป่วยจากโรคนี้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยลดพฤติกรรมเสี่ยงร่วมไปกับการรักษาด้วยยา สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ โดยไม่คำนึงถึงเพียงระดับความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว ที่ผ่านมามีการศึกษาศึกษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาเพื่อลดเพียงปัจจัยเสี่ยงเดียวโดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการ และการปฏิบัติตัวในการร่วมโปรแกรม

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ พร้อมกับลงรายละเอียดประวัติส่วนตัว การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดระดับความดันโลหิต วัดระดับไขมันโคเลสเตอรอล ระดับไขมันเฮคติแอลโคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว และยาที่ได้รับ โดยมีการตรวจวัดความดัน เส้นรอบเอว ชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ตรวจเลือด 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5-7 ซีซีตอนเริ่มต้นเก็บข้อมูลและเมื่อครบ 12 เดือน หลังจากนั้นจะได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงที่มีในแต่ละคน จะมีการบอกผลการประเมินให้ท่านได้รับทราบ พร้อมกับบันทึกลงในประวัติประจำตัวผู้ป่วย หลังจากนั้นท่านจะได้รับการให้คำแนะนำ พร้อมกับช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษา มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเป็นการตั้งเป้าหมายและหาวิธีการร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับท่านและครอบครัว พร้อมกับมีการติดตามเป็นระยะทุก 1-3 เดือนขึ้นกับภาวะของโรค เมื่อครบ 12 เดือนท่านจะได้รับการประเมินความเสี่ยงซ้ำ พร้อมกับตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดระดับไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว

3. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม

ท่านจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้ทราบถึงระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสามารถใช้สิทธิการรักษาตามที่ท่านมี ประโยชน์ที่ได้รับต่อตัวท่านคือการทราบถึงความเสี่ยงที่มีและการได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากทีมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล โดยความร่วมมือของท่านในการกำหนดเป้าหมายและวิธีการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

4. คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้าร่วมในโปรแกรมนี้

ผู้เข้าร่วมโครงการนี้ จะใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่มีอยู่ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม การเข้าร่วมโปรแกรมเป็นความสมัครใจของท่าน ดังนั้นท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมได้ และในระหว่างการดำเนินตามโปรแกรม ท่านสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษา ข้อมูลต่างๆ ของท่าน ที่ได้เก็บไว้จะเป็นความลับ โดยจะใช้ประโยชน์ในการรักษาและให้คำปรึกษาเท่านั้น การเสนอผลของโปรแกรมจะนำเสนอในภาพรวม หากท่านมีข้อสงสัย ต้องการคำแนะนำ สามารถติดต่อกับผู้วิจัย (นายอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์) หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 045-691516 ต่อ 142 หรือมือถือ 081-7185572

5. คำยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจข้อความทั้งหมดของใบยินยอมครบถ้วนดีแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตลอดระยะเวลา 12 เดือน ด้วยความสมัครใจของข้าพเจ้าเองโดยไม่มี การบังคับหรือให้สิ่งตอบแทนใด ๆ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการรักษา

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่...../...../.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ เกิดเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ.2512 ที่จังหวัดศรีสะเกษ สำเร็จการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา จากสถาบันราชภัฏสุรินทร์ เมื่อปีพ.ศ.2535 พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เมื่อปีพ.ศ.2536 และสำเร็จการศึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2540 รับราชการครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2533 ในตำแหน่งพยาบาลเทคนิค ที่โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ และย้ายมาปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2543 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน กำแพง