

ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Effects of a health belief model application program on stroke prevention behavior among patients with high blood pressure. Bang Saai Hospital Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: July 31,2025 ; Revised: August 13,2025 ; Accepted: August 17,2025)

นงลักษณ์ เกตุจำปา¹
Nonkluk Kadjumpa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่เข้าโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดีวกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research It is Quasi-experimental research. Its purpose is to 1) compare the average scores on knowledge about cerebrovascular disease. Perception of health belief patterns and stroke prevention behavior of patients with high blood pressure Before and after participating in the experimental group's health belief model application program. 2) To compare the average knowledge scores about cerebrovascular disease. Perception of health belief patterns and stroke prevention behavior among patients with high blood pressure Between the experimental group and the control group after participating in the health belief model application program. The sample group included patients with high blood pressure. Bang Saai Hospital Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, 60 people, divided into an experimental group of 30 people and a control group of 30 people. The experimental group is a group that enters the health belief model application program. Select the sample by selecting a purposive sample (purposive sampling). The tools used to collect data include questionnaires and data analysis using mean and standard deviation.and use the paired sample t test and independent sample t test statistics.

The results of the research found that 1) the experimental group had knowledge about stroke. Perception of health belief patterns and behavior to prevent stroke Better before joining the program. 2) The experimental group had knowledge about stroke. Perception of health belief patterns and behavior to prevent stroke Better than the control group

Keywords: health belief patterns, stroke prevention behavior, high blood pressure

¹ โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ หนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดจากการทำหน้าที่บกพร่องของระบบประสาทเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่งผลให้สมองทำงานบกพร่องและส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาทที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization) ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปีพ.ศ. 2562 ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 110 ล้านคน ผู้ป่วยใหม่ 12.2 ล้านคน ผู้เสียชีวิต ประมาณ 6.50 ล้านคน เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งได้มีการประมาณการ ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลก พบว่า ทุกๆ 4 คน จะมีประชาชนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน¹ โรคหลอดเลือดสมอง เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ (Non-modifiable risk factors) เช่น อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของโรคหลอดเลือดสมองยิ่งอายุเพิ่มขึ้น โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นด้วย² เพศ พันธุกรรม เชื้อชาติ เป็นต้น³ และปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ (Modifiable risk factors) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง⁴ จากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 พบว่า สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 40 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ร้อยละ 57.2 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.4 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ⁵

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วย จำนวน

293,463 ราย ปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และปี 2561 พบผู้ป่วย 331,086 ราย เสียชีวิตร้อยละ 9.31⁶ จากรายงานข้อมูลทางสถิติพบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุและมะเร็ง ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สถานการณ์ในประเทศไทยผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีภาระจากโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง⁷ และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพและความพิการขั้นรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีโอกาสได้รับผลกระทบจากการเกิดความผิดปกติด้านการพูดและการสื่อสาร ถึงร้อยละ 70 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ถึงร้อยละ 30 แม้ผู้ป่วยจะสามารถรักษาตนเองจนหาย แต่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 25 ในช่วง 5 ปีแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก⁸ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราความพิการและการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยกว่าร้อยละ 30-50 อาจเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 100 หวังกับชีวิตไม่ยอมพบปะพูดคุยกับผู้อื่นหรือพยายามแยกตัวออกจากสังคม ตลอดจนการกลายเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลและยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 1,629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยคนละ 100,000 บาทต่อปี รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้นเกือบ 3,000 ล้านบาทต่อปี⁹

โรงพยาบาลบางชัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ 2564 – 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 42 ราย, 40 ราย และ 39 ราย ตามลำดับและปี พ.ศ 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 23 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 4 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนทาง

หลอดเลือดสมอง¹⁰ จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เดือนพฤษภาคม 2567 จำนวน 625 ราย พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 367 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.72 ที่ยังไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ ผู้ป่วยจำนวน 213 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.08 ยังไม่ทราบว่ามีการมีระดับความดันโลหิตสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง¹⁰ ปัจจุบันนี้พบว่า โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยการปรับเปลี่ยน ปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคอันได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ เบาหวาน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน การป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดสมองต้องสื่อสารให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง⁸ ทั้งนี้วิธีที่จะแก้ปัญหาควรแก้ที่ต้นเหตุ โดยการหาแนวทางป้องกันให้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาส เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราการเกิดผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยพบได้ถึง ร้อยละ 45-74¹¹ การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock, Strecher, and Becker¹² ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้นหากประเมินแล้วพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่ มีอุปสรรคส่งผลให้เกิดการ

ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโดยมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หากนำแนวคิดนี้มาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการพัฒนาโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้ความรุนแรง ซึ่งเป็นภาวะคุกคามการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการกระตุ้นการปฏิบัติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock M, Strecher J, & Becker H¹² ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ 4) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้ในการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าหากผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความตระหนัก ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นและยั่งยืน ทำให้สามารถควบคุมโรคไม่พัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 625 คน¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ร่วมกับค่าอิทธิพลผลงานวิจัย (Effect size) เท่ากับ 0.80 ซึ่งผู้วิจัยอ้างอิงจากผลวิจัยของ จันทรจิรา สีสว่าง, ปลูกพืช ทองแดง, และ ดวงหทัย ยอดทอง¹³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และ

กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ซิสโตลิก เท่ากับ 128 mmHg (S.D. = 8.13) และกลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 137 mmHg (S.D. = 10.83) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30¹⁴ ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน รวมจำนวน 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ (1) เลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่จับได้เลขคู่ เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จับได้เลขคี่ เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน (2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

(1) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้างานวิจัย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (2) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ มีความดันโลหิตตัวไดแอสโตลิก เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (3) เพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว (6) เป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ (7) ยินดีและให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

(2) เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง (2) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย (3) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยได้จนสิ้นสุด

เครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

(1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 8 ครั้ง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อ เดิมจากการเจ็บป่วยและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

กิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้น การให้ความรู้ตามโปรแกรมแจกคู่มือและชี้แจง การลงแบบบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งการหาแนวทางแก้ไขปัญหามีการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสอบสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ การนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิค การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

กิจกรรมที่ 5 สร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้านและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ

กิจกรรมที่ 6 การตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับ จากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ร่วมกับสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไข มอบรางวัลและชมเชย ให้กำลังใจและตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคที่เกิดร่วม ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจำนวน 15 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 15 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ด้วยคะแนนจากค่าเฉลี่ย (X) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)¹⁴ ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 5.00 คะแนน

คือ มีความรู้ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 5.00 - 10.00 คะแนนคือ

มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 10.00 คะแนน

คือ มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มีข้อความทั้งหมดจำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ¹⁵ ดังนี้

- 5 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก
- 3 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอธิบายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น¹⁴ ดังนั้น จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีข้อความจำนวน 20 ข้อ ตามความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้

5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้นบ่อยมากที่สุดหรือเป็นประจำ

4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้นบ่อยครั้ง

3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้นน้อยหรือนานๆ ครั้ง

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมตรงกับข้อความนั้น

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาความถี่ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอธิบายผลคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น¹⁴ ดังนั้น จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับ วัตถุประสงค์ ที่เรียกว่าค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลาดบัวหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 ตัวอย่างแล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2) วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ pair t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที แบบอิสระ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยและขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อพิจารณารับรองการศึกษาวิจัย และได้รับใบรับรองจริยธรรมเลขที่ อย.0033.202.2/ 035 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 54.66 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 76.7 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างเอกชนและเกษตรกร เท่ากัน ร้อยละ 30.0 รายได้เฉลี่ย 10,001–15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.0 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 151.43 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 140.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 164.00 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 94.20 มิลลิเมตร

ปรอทต่ำสุด 90.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 100.00 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.70 ปี โรคที่เกิดร่วม คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 50.0

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 59.43 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างเอกชนและเกษตรกร เท่ากัน ร้อยละ 33.3 รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.3 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 150.23 มิลลิเมตรปรอท ต่ำสุด 140.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 169.00 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 95.56 มิลลิเมตร

ปรอทต่ำสุด 90.00 มิลลิเมตรปรอท สูงสุด 100.00 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.33 ปี โรคที่เกิดร่วม คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.0

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มตัวอย่าง				t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	9.13	1.63	9.46	2.78	-0.565	.574
หลังการทดลอง	11.83	1.80	9.93	3.12	2.882	.006*

*p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.13) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.46) และไม่มีมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มี

ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง (Mean = 11.83) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง				t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1.ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	4.00	.55	3.66	.53	2.373	.021*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง				t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
2.ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	3.96	.41	3.30	.36	6.641	.001
3.ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.91	.58	3.26	.36	5.141	.001*
4.การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.03	.61	3.50	.47	3.764	.001*
5.สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.96	.50	3.61	.56	2.518	.015*
ภาพรวม	3.98	.43	3.64	.54	2.698	.009*

*p- value < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมການป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มตัวอย่าง				t	p- value
	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	3.50	.45	3.46	.41	0.297	.768
หลังการทดลอง	4.00	.55	3.63	.47	2.750	.008*

*p- value < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.46) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00)

ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่อง เรื่องผลของโปรแกรมการ ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัด พระนครศรีอยุธยา มีประเด็นน่าสนใจนำมาอภิปราย ดังนี้

1) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.13) ซึ่ง อยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปาน กลาง (Mean = 9.46) และไม่มีความแตกต่างกันทาง สถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง (Mean = 11.83) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปาน กลาง (Mean = 9.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เตือนจิตร แชร้ง¹⁶ ได้ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการ ทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการ เกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการ รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอด

เลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับ งานวิจัยของ สุวรรณทิพย์ ชูทัพ¹⁷ ได้ศึกษาเรื่อง ผล ของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม สุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูง กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยลดลงและ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ธารภักษ์ และคณะ¹⁸ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนความรู้ โรคหลอดเลือดสมอง ค่าคะแนนความเชื่อด้าน สุขภาพและค่าคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อทดสอบ ทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการ รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่า ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการ

รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ เตือนจิตร แพร้ง¹⁶ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) โดยสรุปโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ มีผลต่อความรู้และการรับรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกัร เงินดี¹⁹ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทยา นนลาพล²⁰ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความ

ดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์ ผลการศึกษา :พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ระดับความดันโลหิตสูงหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.50) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.46) และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนาพร ปะตาทะโย, วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล และ มุกดา หนูศรี²¹ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่า ก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมาพร ชนะมาร และคณะ²² ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรม

ส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($M = 3.51, SD = 0.54$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.46, SD = 0.54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.937, p < .05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรัตน์ เหล่าสูง²³ ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.73, p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.23, p < .001$ และ $t = 21.41, p < .001$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาแสดงว่า โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว สามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทยา นนเลาพล²⁰ ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลโพธารักษ์ ผลการศึกษา :พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย

มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ระดับความดันโลหิตหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านผู้บริหาร จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำโปรแกรมฯ นี้ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนต่อไป

2. ด้านการบริการพยาบาล ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละบุคคล เน้นการสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยงความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

3. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย และร่วมวางแผนการกำหนดระบบบริการที่เกิดจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายใต้บริบทของพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเกิดความยั่งยืนของระบบบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมการศึกษานี้ไปใช้ในการสร้างพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมจากการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มทดลองเพื่อทราบถึงพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางซ้าย ที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามในครั้งนี้จนทำให้งานสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางซ้าย ที่สนับสนุนในงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization.(2022). The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. สุภา เกตุสถิตย์.(2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2554.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2564). รายงานประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2564.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2561). คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยยึดชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs). กรุงเทพฯ: โอไมชั่น อาร์ต; 2561.
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาพรส; 2558.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 (Public Health Statistics A.D.2019). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
7. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.(2561). การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/pdfs>
8. กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2562.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2559). รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
10. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางซ้าย.(2567). สถิติผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี 2567. พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลบางซ้าย; 2567.
11. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 7 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1563846428/Thai%20HT%20Guideline%202019.pdf
12. Rosenstock M, Strecher J, Becker H.(1988) Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175–83.
13. จันทรจิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง, ดวงหทัย ยอดทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2557;20(2):179–92.
14. บุญใจ ศรีสถิตยารากูร.(2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2553.
15. Likert R.(1967). The method of constructing and attitude scale. In: Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967. p.90–105.

16. เตือนจิตร แห้ง.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก. 2566;3(1):1–14.
17. สุวรรณทิพย์ ชูทัพ.(2567). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. 2567.
18. เสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์, คณะ.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลตราด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.trathospital.go.th/>
19. กรรณกร เงินดี.(2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
20. นันทยา นนลาพล.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโพ้นสวรรค์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):575–84.
21. ธนาพร ปะตาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนูศรี.(2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอปลวกแดง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล. 2563;69(3):1–10.
22. ปัทมาพร ชนะมาร, คณะ.(2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(4):408–24.
23. วรรัตน์ เหล่าสูง.(2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.