

บทความวิจัย

The Effects of a Disease Prevention Program of Health Belief Model on Health Behaviors and Blood Pressure Levels among Pre - Hypertension of Group Monks

Received: Oct 20, 2023

Revised: Jan 18, 2024

Accepted: Feb 6, 2024

Nantaya Nonlaopon, M.N.S.¹

Onuma Kaewkerd, Ph.D.^{2*}

Paiwan Kotta, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Monks are a high - risk group of people who are facing chronic diseases and high blood pressure due to eating behavior and exercise with limitations in the Buddha discipline.

Research objectives: To study the effects of a disease prevention program on health perception, behaviors and blood pressure levels of monks who were groups at risk for high blood pressure.

Research methodology: This study was quasi - experimental research with one group measurement before and after. The sample was the monks with risk for high blood pressure. Monks retreated in the Phon Sawan District of Nakhon Phanom Province were selected with a random sample to meet the criteria of 35 people. The study was conducted within 12 weeks. The measurements used to collect data were personal information, health belief questionnaires, and behavior questionnaires. The experimental measurement was a prevention program. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and dependent t - test.

Results: The study revealed that after receiving the disease prevention program according to the health belief model the sample group had a significantly higher mean score than before joining the program with statistical significance ($p < .001$), and the mean blood pressure level was lower than before joining the program with statistically significance ($p < .001$)

Conclusion: The program helps make people aware of health belief patterns on behaviors for preventing high blood pressure in high - risk monks' effectiveness leading to lower blood pressure levels.

Implications: Nurses should use this program to improve behavior for preventing high blood pressure among monks with risk group monks results in lower blood pressure levels.

Keywords: disease prevention program, health belief model, health behavior of monks, high risk blood pressure

¹Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner Email: nanthyann6@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Lecturer, Email: onumakaewkerd@gmail.com

¹⁻²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand.

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, Thailand.

Email: Paiwankotta@yahoo.com

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Received: Oct 20, 2023

Revised: Jan 18, 2024

Accepted: Feb 6, 2024

นันทยา นนเลาพล พย.ม.¹

อรอุมา แก้วเกิด ปร.ด.^{2*}

ไพรวลัย โคตรตะ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงหนึ่งที่กำลังเผชิญปัญหาโรคเรื้อรังและความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการบริโภคหรือการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และด้วยข้อจำกัดทางพระธรรมวินัย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่จำพรรษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เลือกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 35 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ dependent t - test

ผลการวิจัย: พบว่าหลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมช่วยทำให้การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงดีขึ้น และส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงและป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดระดับความดันโลหิต

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

¹นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครพนม Email: nanthyann6@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ Email: onumakaewkerd@gmail.com

¹⁻²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย Email: Paiwankotta@yahoo.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกราว 1 พันล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่าจะมีความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ.2568¹ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกราว 7.5 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด² ประเทศไทยพบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี 2557³ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ⁴ ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรค และการรักษา สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ภาครัฐควรให้ความสำคัญในการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางการลดอัตราการความชุกของโรค ภายในปี พ.ศ. 2568 ไม่เกินร้อยละ 25 โดยให้ความสำคัญในการป้องกันระยะเริ่มต้น ด้วยการควบคุมอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่⁵ สอดคล้องกับประเทศไทยมีนโยบายในการควบคุมอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ด้วยการเพิ่มการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง พระสงฆ์เป็นอีกประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาด้านสุขภาพพบว่า มากกว่า 100,000 ราย ที่มีอาการอาพาธเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ สามเณรทั่วประเทศ ปี 2559 - 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหา 1 ใน 5 อันดับแรกรองจากโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคไตวาย โดยพบความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 65.63⁶ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง(Pre - Hypertension) หมายถึง บุคคลที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 139 mmHg และความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80 - 89 mmHg⁷

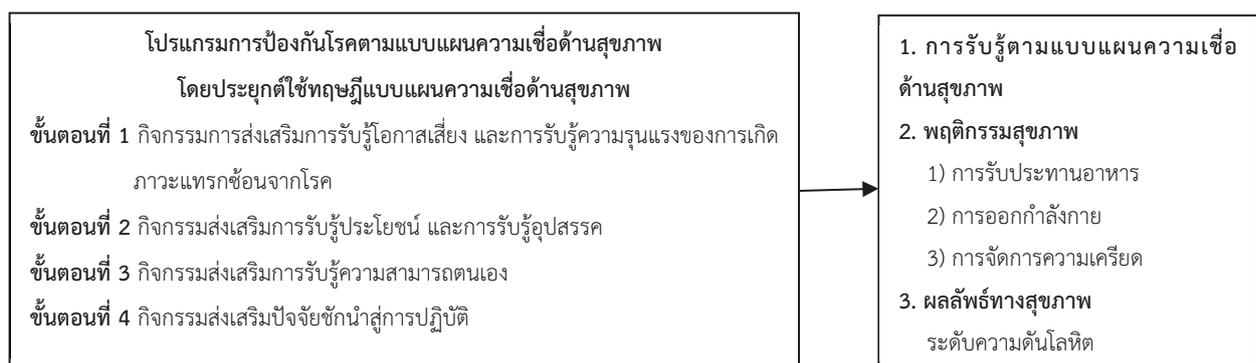
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ได้คัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ ในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม จากสถิติการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง 3 ปีซ้อนหลัง พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.00, 30.54 และ 34.80 ตามลำดับ และกลุ่มป่วยพบว่ามีถึงร้อยละ 13.98, 12.31 และ 13.77 ตามลำดับ พบพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 1.69, 0.98 และ 1.53 ตามลำดับ⁸ จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวาน มัน และอาหารเค็ม จากญาติโยมที่นำมาถวาย เลือกฉันไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา⁹⁻¹⁰ มีการออกกำลังกายน้อย และไม่เพียงพอเนื่องจากความเชื่อที่ว่า พระสงฆ์ต้องสำรวม กลัวผิดต่อหลักพระธรรมวินัย¹¹ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ได้ดำเนินการส่งเสริมและป้องกันโรคตามแนวทางโดยการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป แต่ยังคงพบว่า อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเบื้องต้นจากพระสงฆ์กลุ่มดังกล่าว พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง แผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)¹² โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากพื้นฐานการรับรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังได้โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติตัวได้ดี และมีมากกว่าอุปสรรคก็จะมีอิทธิพลต่อแรงผลักดันที่ทำให้

บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสม และมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีขึ้น¹³⁻¹⁴

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock¹² ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เมื่อมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้มากขึ้นเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งหากพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์ หรือเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ไม่มีอุปสรรค และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ระดับความดันโลหิตลดลง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock¹² มาอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ตามแบบแผนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อวางแผนกิจกรรมโปรแกรมในป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยง ในด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อเนื่อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงสู่เกณฑ์ปกติ และป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดโรค 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 6) ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำพรรษาที่วัดในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม จำนวน 68 รูป จากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี 2566 โดยการตรวจคัดกรองตามการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป⁷ ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทำการวัดระดับความดันโลหิตซ้ำที่วัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่จำพรรษาที่วัดในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีระดับความดันโลหิตค่าซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 120 - 139 mmHg และค่าไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80 - 89 mmHg 2) จำพรรษาอยู่ในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) อายุ 20 – 59 ปี 4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งพูด อ่าน เขียนได้ และเกณฑ์คัดออก ดังนี้ มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคเมเร็ง โรคหัวใจ หรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรมได้จนครบหรือลาสิกขา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power¹⁵ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ .5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็น อิทธิพลขนาดกลาง¹⁶ และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คือ 3.1 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ประวัติโรคประจำตัว และประวัติทางพันธุกรรมโรคความดันโลหิตสูง
- 2) แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัยของสนธนา สีฟ้า¹⁷ ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุในจังหวัดปัตตานี โดยเป็นแบบ

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์สอบถามเรื่องพฤติกรรม และแบบแผนความเชื่อ จำนวน 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ¹⁷ เพื่อประเมินระดับการกระทำครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จำนวน 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ แปลข้อคำถามเป็น 3 ระดับ คะแนน 1.00 - 2.00 หมายถึง ระดับต่ำ 2.01 - 3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.01 - 4.00 หมายถึง ระดับสูง

4) เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานยี่ห้อ Omron รุ่น HEM - 7200 ผ่านการเทียบมาตรฐาน (Calibration) จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์จังหวัดขอนแก่น ไม่เกิน 1 ปี ใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย วิธีการวัดความดันโลหิต คือ ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาทีก่อนวัด นั่งหลังพิงพนักเก้าอี้ เท้าวางพื้น แขนวางบนโต๊ะ ระดับตำแหน่งต้นแขนที่วัดความดันโลหิตอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรม โดยค้นคว้าเอกสาร ตำราและงานวิจัย ซึ่งได้ 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) ในสัปดาห์ที่ 1 โดยกิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคลต้นแบบและกิจกรรมการให้ความรู้ตามโปรแกรม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers) ในสัปดาห์ที่ 2 ผ่านกิจกรรมที่ 3 บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self - efficacy) ในสัปดาห์ที่ 3 ผ่านกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการฉีกรักษา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ผ่านกิจกรรมที่ 5 เพื่อติดตามและทบทวนกระบวนการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการติดตามเยี่ยมที่วัด ใช้เวลาครั้งละ 15 - 20 นาที และติดตามทางโทรศัพท์ใช้เวลา ครั้งละ 10 - 15 นาที โดยในสัปดาห์ที่ 4 - 5 ติดตามผ่านโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 6 ติดตามเยี่ยมที่วัด สัปดาห์ที่ 7 - 8 ติดตามผ่านโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 9 ติดตามเยี่ยมที่วัด และสัปดาห์ที่ 10 - 11 ติดตามผ่านโทรศัพท์ และสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมที่ 6 เป็นการสรุป ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตตามแนวทาง¹⁴ โดยผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนร่วมกัน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ เท่ากับ .80 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2566

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาโปรแกรม โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม

กับวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พบค่า IOC เท่ากับ .80 – 1.00 และนำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นทดลองใช้ในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเขตอำเภอท่าอุเทน ซึ่งเป็นที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 รูป ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือของแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .75 และ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ขออนุมัติเก็บข้อมูล ได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยออกพบพระสงฆ์ แล้ววัดความดันโลหิต นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมที่วัดศรีสว่าง ตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 - 3 นัดทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4 - 11 เป็นการติดตามผ่านโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน (วัด) สัปดาห์ที่ 12 สิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่โครงการวิจัย HE 118/66 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2566 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิการเข้าร่วม และถอนตัวจากการวิจัย ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการที่โรงพยาบาลโพนสวรรค์ หากเกิดอาการเจ็บป่วยหรืออันตรายระหว่างการวิจัยจะได้รับการดูแล และนำส่งโรงพยาบาลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ dependent t - test การทดสอบข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงโค้งปกติ ข้อมูลระดับมาตราส่วนขึ้นไป พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ dependent t - test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 42.90 โดยมีอายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 59 ปี และมีอายุเฉลี่ย 41.91 ปี (SD = 9.22) มีจำนวนประชากรระหว่าง 1 - 27 พรรษา เฉลี่ย 9.80 พรรษา (SD = 8.41) ระดับการศึกษาแผนกสามัญทางโลก ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.40 ส่วนระดับการศึกษาทางธรรม ส่วนใหญ่จบการศึกษาทางธรรม ร้อยละ 62.90 โดยจบนักธรรมชั้นตรี ร้อยละ 28.60

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.90 ส่วนกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.10 ส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.30 และส่วนใหญ่มีประวัติพันธุกรรมคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.90

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ dependent t - test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N = 35)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		M diff	t	P-value
	M	SD	M	SD			
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.63	.57	4.22	.32	.59	12.54	<.001*
พฤติกรรมสุขภาพ	2.62	.43	3.12	.30	.50	13.36	<.001*
ความดันโลหิต (mmHg)							
ความดันโลหิต Systolic	128.03	5.58	118.11	5.74	9.91	12.94	<.001*
ความดันโลหิต Diastolic	81.80	3.97	77.60	4.31	4.20	5.25	<.001*

* p< .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 12.54, p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าจากการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹² มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม เพื่อสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามโรค ผ่านกิจกรรมให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบพระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของตน ทำให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคส่งผลทำให้เกิดความกลัว และพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรค นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์ และลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการบอกเล่าประสบการณ์ของตัวแบบพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมที่ดี ไม่ขัดต่อหลักพระธรรมวินัย แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้พระสงฆ์เห็นประโยชน์ สามารถลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ และต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่าตนเอง

สามารถปฏิบัติได้ ผ่านกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ และสาธิตฝึกทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการฉันทานอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวไม่ขัดต่อหลักพระธรรมวินัย พุทธศาสนิกชนสร้างแรงจูงใจทำให้พระสงฆ์เกิดความมั่นใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีเพิ่มขึ้น และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมดังกล่าวทำให้หลังการเข้ารับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาประยุกต์ใช้โปรแกรมศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ได้¹⁹

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.36, p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่าการปรับพฤติกรรมของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงเกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จากการเสนอตัวแบบพระสงฆ์ที่ป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้พระสงฆ์ทราบภาวะคุกคามของโรคทำให้ต้องการปฏิบัติพฤติกรรมที่ป้องกันโรคเกิดขึ้น การรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ผ่านตัวแบบพระสงฆ์ที่ปฏิบัติตัวดี และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านกิจกรรมโปรแกรมให้ความรู้ ผ่านการปฏิบัติ และสาธิตด้านอาหาร การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อหลักพระธรรมวินัย ทำให้พระสงฆ์เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ ส่งผลให้พระสงฆ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี โดยสามารถเลือกฉันทานอาหารตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ คือ ลดการฉันทานอาหารที่มีรสเค็มและอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือในปริมาณที่สูง เช่น ปลา ส้ม ผักดอง เป็นต้น ไม่เติมเครื่องปรุงรสเพิ่ม ลดฉันทานอาหารไขมันสูง ฉันทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น ปลา ไข่ เป็นต้น เพิ่มการฉันทานผักและผลไม้มากขึ้น สามารถใช้ทักษะในการปฏิเสธการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ โดยใช้คำพูดที่เหมาะสม มีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายตามกิจวัตรที่ไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยเพิ่มขึ้น และมีการนำหลักภวนาเจริญสติ มาใช้ในการจัดการความเครียด จากการติดตามเยี่ยมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และติดตามการบันทึกพฤติกรรมในคู่มือพบว่าพระสงฆ์ให้ความสนใจและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้มากขึ้น และปฏิบัติต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีคือระดับความดันโลหิตลดลง โดยพบว่าระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 12.94, p < .001$ และ $t = 5.25, p < .001$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.73, p < .001$) และพบว่า

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.33, p < .001, t = 21.41, p < .001$ ตามลำดับ)¹⁴

ดังนั้น สรุปผลได้ว่าโปรแกรม ฯ ช่วยทำให้พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง และไม่เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเรื้อรัง ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำกิจกรรมโปรแกรมนี้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติมที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต เช่น ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับไขมัน ในเลือด เป็นต้น หรือศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมของพระสงฆ์โดยอาศัยชุมชนมีส่วนร่วม

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles [Internet]. 2013 [cited 2022 May 12]. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/profiles-ncd>
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Statistics on the death rate from blood pressure disease high blood pressure in Thailand, 2016-2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://shorturl.asia/6Ebal>. (in Thai)
3. Thai Public Health Survey Office. Report on the 6th survey of the health status of Thai people by physical examination. Bangkok: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
4. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://shorturl.asia/8kCD4> (in Thai)
5. World Health Organization. A global brief on hypertension. Geneva: WHO; 2014.
6. Monks Hospital, Department of Medical Services. Annual report 2019 monks hospital [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://www.priest-hospital.go.th/pdf/2562/2562.pdf> (in Thai)
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. The Journal of the American Medical Association. 2003;289(19):2560-71.
8. Health Data Center. Information to respond to health status for group of monks and novices. [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://shorturl.asia/qzQZ9>

9. Tansakul C, Phumriew R, Rojanaviphath P. Self-care and food consumption behavior of the monks in Taweewattana district, Bangkok metropolis. [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://shorturl.asia/v0NZ2>
10. Ramanwong S, Subruangthong W, Sooksamran S. Promoting holistic health care of the monks in Lopburi. *Rajapark Journal (Humanities and Social Sciences)* 2018;12(25):94-95. (in Thai)
11. Tongterm T. Factor associated with physical activity among the elderly buddhist monks living in Sisaket province. *Journal of MCU Nakhondhat* 2019;6(9):4425-37. (in Thai)
12. Stretcher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, editor. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
13. Sanjorn W. Effectiveness of health education program applying theory health belief model to evaluate knowledge and prevention behaviors regarding stroke of hypertension patient Kantrang hospital Trang province [dissertation]. Trang: Sirindhorn College of Public Health Trang; 2019. (in Thai)
14. Loussug W, Lawang W, Homsin P. The effects of application of the health belief model with family support program on preventive behaviors against cerebrovascular disease among individual at risk. *Journal of Nursing and Education* 2019;12(4):32-45. (in Thai)
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power 3: a flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007;39(2):175-191.
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 2013.
17. Sifa S. The study of health promoting behavior of monks in Pattani province. *Academic Journal of Thailand National Sports University* 2018;10(1):117-26.
18. Ngerndee K. The effectiveness of health belief application program for stroke prevention behavior among hypertensive patients at Muang district, Phayao province [Master's thesis]. Phayao: Phayao University; 2021. Available from: <http://www.updc.clm.up.ac.th/handle/123456789/1799> (in Thai)
19. Mheaium P, Kanokthet T. Factors effect with health behavior of monk in Takhli district, Nakhonsawan province. *Nakhon Lampang Buddhist Colleges Journal* 2018;9(3):1-12. (in Thai)