Development of a Questionnaire on Predictive Factors of Stroke Preventive Behaviors among Patients with Hypertension Based on the Health Belief Model: A Case Study of Mueang District, Samut Songkhram Province, Thailand

Thatchanan Manopetkasem, PhD (Public and Private Management)[1],
Sitti Praphasawad, M.D[2]
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital[1],
Somdej Praphutalerdlar Hospital[2]
Corresponding Author: Thatchanan Manopetkasem (thatchanan.mao@mahidol.ac.th)

Received: Apr 17, 2026 Revised: Aug 6, 2026 Accepted: Aug 10, 2026

Abstract

Background: The incidence of stroke among hypertensive patients remains a persistent concern. In Thailand, stroke is the third leading cause of mortality and long-term disability. A major contributing factor is patient health behavior, including high sodium intake, sedentary lifestyle, medication non-adherence, and a lack of awareness regarding stroke warning signs. Crucially, these are modifiable behaviors that can be effectively prevented or improved.

Objective: To assess the content validity of the questionnaire by evaluating the congruence between each questionnaire item and the operational definitions of the research variables, and to determine the reliability of the questionnaire measuring predictors of stroke prevention behaviors among patients with hypertension based on the Health Belief Model (HBM).

Methods: Descriptive research method was used in this study. The methods of study were to synthesize concepts, theories, and related research. Content validity was measured by using Index of Item-Objective Congruence (IOC), evaluated by three experts in public health and health behavior. All items yielded an IOC score of 0.94 or higher, indicating high content validity. The instrument's reliability was pre-tested with 30 individuals sharing similar characteristics to the target population. Internal consistency, measured by Cronbach's alpha coefficient, was 0.92 for the entire questionnaire. Each HBM subscale also demonstrated acceptable reliability, confirming the instrument's suitability for data collection.

Results: The synthesis of research results revealed that there were 5 dimensions of Health Belief Model including; (1) Perceived Susceptibility, (2) Perceived Severity, (3) Perceived Benefits, (4) Perceived Barriers, (5) Cues to Action. The questionnaire employs a 5-point Likert scale[1]. As a questionnaire was developed based on those components, it was brought to test content validity. The results showed that the value of IOC for each item was .94 as well as the value of CVI = 0.81. Reliability of the questionnaire was tested by using Cronbach alpha coefficient and it was found that α = 0.92.

Conclusion: From the research findings, it be suggested that the questionnaire should be applied to hypertensive populations in other provinces to enhance the generalizability and breadth of the data analysis.

Keywords: Health Belief Model; Stroke preventive behaviors; Hypertensive patients

การพัฒนาแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กรณีศึกษาอำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม

ธัชนันท์ มโนเพ็ชรเกษม ปร.ด. (การจัดการภาครัฐและเอกชน)[1],
สิทธิ ประภาสวัสดิ์ วท.บ. (แพทยศาสตรบัณฑิต)[2]
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล[1],
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า[2]
ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ธัชนันท์ มโนเพ็ชรเกษม (thatchanan.mao@mahidol.ac.th)

บทคัดย่อ

บทนำ: การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังพบได้อย่างต่อเนื่อง โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต หรือพิการสูงเป็นอันดับ 3 ในประเทศไทย สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารเค็ม ไม่ออกกำลังกาย ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และขาดความตระหนักต่อสัญญาณเตือนของโรค ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมที่สามารถป้องกันหรือปรับเปลี่ยนได้

วัตถุประสงค์: เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรของการวิจัย และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาโดยการสังเคราะห์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ด้วยวิธีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน มีการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยดำเนินการกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient)

ผลการศึกษา: พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบ HBM ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ (1) การรับรู้ความเสี่ยง (2) การรับรู้ความรุนแรง (3) การรับรู้ประโยชน์ (4) การรับรู้อุปสรรค และ (5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 0.94 ขึ้นไปทุกข้อ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยดำเนินการกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 และแบบวัดองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละมิติมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

สรุป: จากข้อค้นพบในการวิจัย แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีข้อเสนอแนะว่าควรนำแบบสอบถามที่พัฒนาแล้วไปรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตชุมชนจังหวัดอื่นๆ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง; ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และเป็นสาเหตุหลักของความพิการในประชากรวัยผู้ใหญ่ ข้อมูลจาก Global report on hypertension 2025 ระบุว่าทุก 1 วินาที มีประชากรมากกว่าหนึ่งพันล้านคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองแตก และเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา และจากรายงานในปี 2567 พบว่าประชากรช่วงอายุ 39-70 ปี จำนวน 1.4 พันล้านคน ได้รับผลกระทบอย่างกว้างขวาง โดยมีประชากรเพียง 1 ใน 5 หรือ 320 ล้านคนเท่านั้นที่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง กลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุระหว่างการควบคุมความดันโลหิตกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ[1]

ในบริบทของประเทศไทย ข้อมูลปี 2568 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหรือพิการสูงเป็นอันดับ 3 ในประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากขึ้นทุกปี สถิติในปี 2567 ชี้ให้เห็นว่าประมาณ 7-8% ของการเสียชีวิตมาจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่วนใหญ่จะเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพ ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในระบบบริการปฐมภูมิซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก[2] ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (WSO) ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภัยคุกคามร้ายแรง ทุก 1 นาทีมีผู้ป่วยรายใหม่ 30 คน และผู้ใหญ่ 1 ใน 4 คน มีความเสี่ยงป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ในปี 2567 พบผู้ป่วยสะสมกว่า 363,688 คน[3] แม้ว่าระบบบริการสุขภาพจะมีแนวทางการรักษาและการควบคุมโรคที่ชัดเจน แต่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังพบได้อย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารเค็ม ไม่ออกกำลังกาย ไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และขาดความตระหนักต่อสัญญาณเตือนของโรค ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมที่สามารถป้องกันหรือปรับเปลี่ยนได้[4]

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าการตัดสินใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)[5] กรอบแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการอธิบายและพัฒนาการแทรกแซงด้านพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และพบว่าสามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนเอกสาร บทความการศึกษาและงานวิจัย พบว่าแม้จะมีการนำกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่บ้าง แต่ยังพบช่องว่างทางวิชาการที่สำคัญ กล่าวคืองานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นรายองค์ประกอบ ขาดการวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ที่พิจารณาองค์ประกอบของ HBM พร้อมกันอย่างเป็นระบบ

อีกทั้งยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ดำเนินการในบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนไทย ซึ่งมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรที่แตกต่างจากบริบทตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้กรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในบริบทชุมชน จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้กรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในบริบทชุมชน และทำการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรของการวิจัย และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

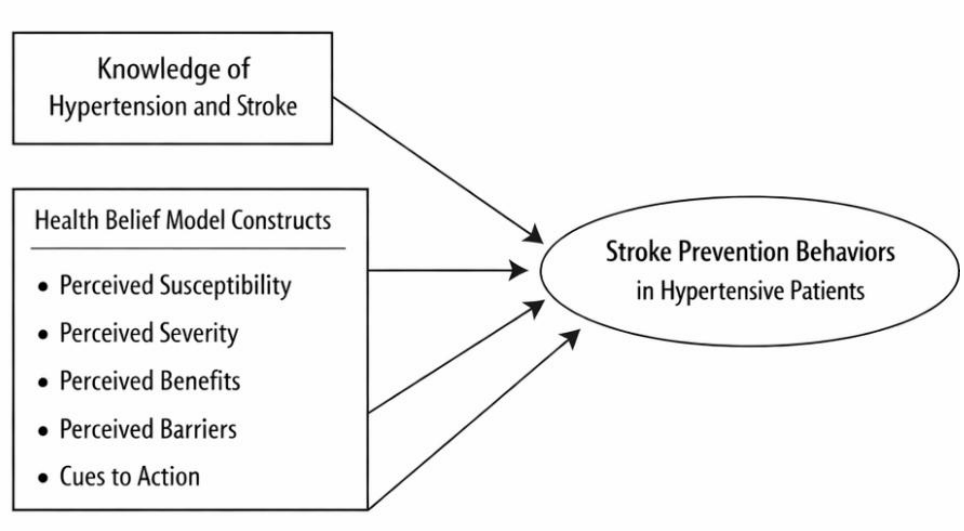
จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าการตัดสินใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)[5] กรอบแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการอธิบายและพัฒนาการแทรกแซงด้านพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และพบว่าสามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับบริบทของประเทศไทย งานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ระดับพฤติกรรมโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ แม้ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงก็ตาม[6] ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงเพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างครบถ้วน จำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบด้านความเชื่อและแรงกระตุ้นทางสังคมควบคู่กันไป[7] ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ตามมา แต่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับอาการผิดปกติร้ายแรงใดๆ จึงอาจยังไม่รู้สึกว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งคุกคามที่ต้องกลัวจนส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[8]

จากการทบทวนเอกสาร บทความการศึกษาและงานวิจัย พบว่าแม้จะมีการนำกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่บ้าง แต่ยังพบช่องว่างทางวิชาการ ที่สำคัญกล่าวคือ งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นรายองค์ประกอบหรือเน้นการศึกษาพฤติกรรม ขาดการวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ที่พิจารณาองค์ประกอบของ HBM พร้อมกันอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ดำเนินการในบริบทของระบบบริการสุขภาพ

ปฐมภูมิและชุมชนไทย ซึ่งมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรที่แตกต่างจากบริบทตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[5] กรณีศึกษาอำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งกำหนดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ 5 ด้าน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในบริบทชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในประเภทการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือ (Instrument Development Research) โดยวิธีการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาแบบสอบถามจากการสังเคราะห์แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน และกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองทำแบบสอบถาม (Try Out) จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคร่วม และความเพียงพอของรายได้

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามแบบถูก-ผิด ให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูก และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิด

3. แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบ HBM ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ[9]

4. แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ เพื่อประเมินความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยส่งโครงร่างงานวิจัย แบบสอบถาม พร้อมแบบฟอร์มการขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ก่อนทำการขออนุเคราะห์การเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ สามารถยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้ของการวิจัยและขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่ส่งผลกระทบถึงผู้เข้าร่วมวิจัยและองค์กร ทั้งในเรื่องส่วนตัวและในการทำงาน มีแบบคำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ 3 ท่าน ตรวจสอบค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.94 นำปัจจัยที่ได้รับการคัดเลือกและยืนยันมาปรับปรุงในแบบสอบถามเพื่อนำไปสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำไปทดลอง (Try Out) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ฉบับ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือเป็นมาตรวัด 5 ระดับในการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha)[10] ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.92 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ลงความเห็นและให้คะแนน เพื่อใช้คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruency: IOC) โดยคะแนนรายข้อที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มีค่าระหว่าง 0.8-1 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ พิจารณาให้ความเห็นและนำไปทดลอง (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 ฉบับ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient)

ผลการวิจัย

1. ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการสังเคราะห์ผลองค์ประกอบของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถสรุปองค์ประกอบที่สำคัญได้ 7 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกตามรายด้าน

	องค์ประกอบที่ประเมิน	จำนวนข้อคำถาม	ค่าความเชื่อมั่น (α)
1.	ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	10	.930
2.	การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility)	5	.890
3.	การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity)	5	1.00
4.	การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits)	5	1.00
5.	การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)	5	.870
6.	สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)	5	1.00
7.	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	10	.930
	รวมทั้งฉบับ	**45**	**.940**

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruency: IOC) มีค่าระหว่าง .80-1.00 โดยมีค่า=0.94 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) พบว่า α=0.92

สรุปผล

ผลการพัฒนาแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) มี 5 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) สำหรับค่าความเชื่อมั่นของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruency: IOC)=0.94 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) =0.92

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ควรนำแบบสอบถามที่พัฒนาแล้วไปรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตชุมชนจังหวัดอื่นๆ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น และนำผลการวิจัยดังกล่าวพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือการกระบวนการให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านสำหรับความร่วมมือและการให้ความช่วยเหลือจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Global report on hypertension 2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Dec 25]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569
2. สำนักดิจิทัลการแพทย์ กรมการแพทย์. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายงานตามตัวชี้วัด ปี 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://medinfo.dms.go.th/public-health/kpi.php?kpi_year=2568
3. World Stroke Organization. Falls [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 25]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=56492&deptcode=brc&news_views=787
4. Wang HM, Chen Y, Shen YH, Wang XM. Evaluation of the effects of health education interventions for hypertensive patients based on the health belief model. World J Clin Cases. 2024;12(15):2578–85. Available from: https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i15.2578
5. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):354–86.
6. บรรจบ วิริยรัตนกุล, จุฬารัตน์ สุพวง, ปาริฉัตร ช่วยเจ็ดตน, นพดล ตั้งดำรงสิน. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 2568];23(2):199–207. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/253833
7. วิยะดา รัตนสุวรรณ, โสน เรืองมั่นคง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2568];8(2):e279168. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/279168
8. สายสุนี เจริญศิลป์, อรวรรณ กีรติสิโรจน์. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
9. Likert R. The method of constructing and attitude scale. In: Fishbein M, editor. Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967. p. 90-5.
10. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper Collins; 1970.