

## ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กรรณิการ์ เงินดี<sup>1</sup> สมคิด จูหว่า<sup>2</sup> อนุกุล มะโนทน<sup>2</sup> ทวีวรรณ ศรีสุขคำ<sup>2</sup> เทียนทอง ต๊ะแก้ว<sup>2</sup>

<sup>1</sup> นิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัญหาาระดับโลก เนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การป้องกันโรคจำเป็นต้องให้ความรู้ กระตุ้นเตือน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงกับค่าปกติและไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เลือกรวมตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออก ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 30 คนต่อกลุ่ม แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการจับฉลากในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann-Whitney U และ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $p < 0.001, < 0.001, < 0.001, < 0.001, < 0.001, < 0.001, 0.009$  ตามลำดับ) และเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $p < 0.001$  เท่ากัน) การจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกันโรค/ โรคหลอดเลือดสมอง

## The Effectiveness of the Applied of Health Belief Model Program for Stroke Prevention Behavior among Hypertensive Patients at Muang District, Phayao Province

Kannika ngerndee<sup>1</sup>, Somkid Juwa<sup>2</sup>, Anukool Manoton<sup>2</sup>,  
Taweewun Srisookkum<sup>2</sup>, Tienthong Takaew<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Student, School of Medicine University of Phayao

<sup>2</sup> Lecturers, School of Medicine University of Phayao

### Abstract

Hypertension is a global problem which is a high risk of stroke, because of the changing lifestyle habits of people. Prevention needs to gain knowledge, stimulate and required appropriate behavioral adjustments so that patients can control blood pressure levels close to normal and prevent premature death. This quasi-experimental research, two group pre-posted test control group design aimed to study the effectiveness of the applied of health belief model program for stroke prevention behavior among hypertensive patients at Muang district, Phayao province and this research based on health belief model. Samples hypertensive patients, selected by purposive sampling, using inclusion and exclusion criteria. Received a sample of 30 people per group. After that, a simple random sampling by lottery, divided into 30 people in the experimental group and into 30 people in the control group. The experimental group received the applied program health belief model tool for 12 weeks. Data were collected by questionnaires. Statistics were using by percentage, arithmetic mean, standard deviation, Mann-Whitney U and Wilcoxon signed ranks test.

Results revealed that the mean score of the stroke knowledge, awareness about the stroke (stroke risk, stroke severity, benefits of stroke prevention, barriers of practice for preventing stroke, self-ability to prevent stroke) and behavior in the prevention stroke after the experiment between before and after the experiment in the experimental group were significantly different 0.05 ( $p < 0.001$ ,  $< 0.001$ ,  $< 0.001$ ,  $< 0.001$ ,  $< 0.001$ ,  $< 0.001$ , 0.009 respectively) and between the experimental group and comparison group were significantly different 0.05 ( $p < 0.001$  equal). The results recommend the health belief model program affect behavior modification in stroke prevention of hypertensive patients.

**Keywords:** The applied of health belief model program/ Prevention behavior/ Stroke

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักรายงานและยุทธศาสตร์สำนักรงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2556 – 2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน)<sup>1</sup>

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการหัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้น จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น และแตกเปราะง่ายจึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Cerebrovascular Disease) ผนังหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นยังส่งผลให้ลิ่มเลือด และไขมันที่ไหลไป ตามกระแสเลือดเกิดการเกาะตัวตามผนังหลอดเลือด เมื่อเกิดการสะสมขยายขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดสมองจึงตีบแคบ และมีประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง จึงเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Cerebrovascular Disease)<sup>2</sup>

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2559 – 2561 เท่ากับ 48.13, 47.81 และ 47.15 ตามลำดับ<sup>3</sup> และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2559 – 2561 เท่ากับ 451.39, 467.46 และ 506.20 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ทุกปี<sup>4</sup> จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพะเยา พบว่ามีรายงานอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ในปี 2559 – 2561 ร้อยละ 0.94, 1.04 และ 0.68 ตามลำดับ และสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านต๋อน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่ามีรายงานอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร ในปี 2559 – 2561 ร้อยละ 0.66, 1.10 และ 0.68 ตามลำดับ<sup>5</sup> แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock เป็นการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของบุคคล โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยบุคคลนั้น ต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติตัวได้ดีมีมากกว่าอุปสรรคก็จะเป็นแรงผลักดันที่มีอิทธิพลให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้น<sup>6</sup>

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงกับค่าปกติและไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ในกลุ่มทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน และหลังการทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม คือ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) นำมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยออกแบบกิจกรรมให้ผู้มีความรู้ และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ที่ถูกต้อง เพื่อทำการเปลี่ยนแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 1) เสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) ผ่านกิจกรรมตามความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วย และการบอกเล่า 2) เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

(Perceived Barriers) ผ่านการบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งหาทางแก้ไขปัญหา 3) เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติ 4) การชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ผ่านกิจกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิด การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และสรุปกิจกรรม

### วิธีการศึกษา

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (two group pre-post test control group design) ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการ 2/039/62 รับรองวันที่ 30 สิงหาคม 2562

**ประชากร** เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลบ้านตุน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่พบปัญหาจากอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 692 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีทะเบียนอยู่ในตำบลบ้านตุน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้สูตร อ้างอิงจาก อรุณ จิรวัดน์กุล<sup>7</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 23 คน ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 30 กำหนด

ค่าสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 30 คนต่อกลุ่ม จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออก กลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) อีกจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนในการคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นเตรียมการ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเอง โดยเตรียมตัวด้านความรู้ ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ติดต่อประสานไปยังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและผู้นำชุมชน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางการดำเนินงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และนัดวันเข้าไปดำเนินการ

#### ขั้นการทดลอง

หลังจากเข้าพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและผู้นำชุมชน ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการ ดังนี้

**กลุ่มเปรียบเทียบ** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล อธิบายถึงการพิทักษ์ในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) และผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 (Post-test) และคืนข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างเมื่อทำการสรุปผลการวิจัย

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล อธิบายถึงการพิทักษ์ในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความเชื่อเดิมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการเจ็บป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด รวมทั้งการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างร่วมกันประเมินความเชื่อ และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้ เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สัญญาณเตือนภัยของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหามีการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่อง การตรวจสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยให้ความรู้ การนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 – 12 กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้าน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ

#### **ขั้นหลังการทดลอง**

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยประเมินผลการดำเนินงานภายหลังจากจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test)

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) เสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) ผ่านกิจกรรมตามความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วย และการบอกเล่า 2) เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) ผ่านการบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติ 4) การชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ผ่านกิจกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิด การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และสรุปกิจกรรม
2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะให้เติมข้อความ และเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ข้อ, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ) รวมทั้งหมดจำนวน 45 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการตอบแบบมาตราส่วน 3 ระดับ เป็นคำถามทางบวก 33 ข้อ เห็นด้วยมากได้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน คำถามทางลบ 12 ข้อ เห็นด้วยมากได้ 1 คะแนน เห็นด้วยปานกลางได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้ 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการตอบแบบมาตราส่วน 3 ระดับ เป็นคำถามทางบวก 16 ข้อ ปฏิบัติเป็นประจำได้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งได้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลยได้ 1 คะแนน คำถามทางลบ 4 ข้อ ปฏิบัติเป็นประจำได้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งได้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลยได้ 3 คะแนน

### การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.66 – 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่น นำไปทดสอบ (try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามแบบเลือกตอบ นำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สถิติ KR-20 ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74 และ 0.85 ตามลำดับ

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Mann-Whitney U และ Wilcoxon signed ranks test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (normal distribution)

### ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 55.93 ปี (S.D.=7.27) จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 36.7 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 55.10 (S.D.=6.17) และจบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 33.3 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ		กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	เพศชาย	13	43.3	14	46.7
	เพศหญิง	17	56.7	16	53.3
		(X̄=55.93 ปี, SD=7.27)		(X̄=55.10 ปี, SD=6.17)	
อายุ (ปี)	41 – 50 ปี	11	36.7	9	30.0
	51 – 60 ปี	12	40.0	13	43.3
	61 – 65 ปี	7	23.3	8	26.7
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	10	33.3	10	33.3
	มัธยมศึกษา	11	36.7	10	33.3
	อนุปริญญา	4	13.3	5	16.7
	ปริญญาตรี	5	16.7	5	16.7

**ส่วนที่ 2** ระดับความรู้ การรับรู้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง อีกทั้งมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นด้วย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม สรุปได้ว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</b>									
ระดับสูง (9-12)	1	3.3	27	90.0	0	0.0	0	0.0	
ระดับปานกลาง (5-8)	21	70.0	3	10.0	24	80.0	25	83.3	
ระดับต่ำ (0-4)	8	26.7	0	0.0	6	20.0	5	16.7	
		(X̄=1.77, S.D.=0.50)		(X̄=2.90, S.D.=0.30)		(X̄=1.80, S.D.=0.41)		(X̄=1.83, S.D.=0.38)	



ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</b>								
ระดับสูง (23-33)	2	6.7	25	83.3	0	0.0	2	6.7
ระดับปานกลาง (12-22)	23	76.7	5	16.7	25	83.3	25	83.3
ระดับต่ำ (0-11)	5	16.7	0	0.0	5	16.7	3	10.0
	$(\bar{X}=1.90, S.D.=0.48)$		$(\bar{X}=2.83, S.D.=0.38)$		$(\bar{X}=1.83, S.D.=0.38)$		$(\bar{X}=1.97, S.D.=0.41)$	
<b>ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</b>								
ระดับสูง (21-30)	3	10.0	28	93.3	1	3.3	3	10.0
ระดับปานกลาง (11-20)	25	83.3	2	6.7	26	86.7	25	83.3
ระดับต่ำ (1-10)	2	6.7	0	0.0	3	10.0	2	6.7
	$(\bar{X}=2.03, S.D.=0.41)$		$(\bar{X}=2.93, S.D.=0.25)$		$(\bar{X}=1.93, S.D.=0.37)$		$(\bar{X}=2.03, S.D.=0.41)$	
<b>ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>								
ระดับสูง (19-27)	3	10.0	28	93.3	1	3.3	1	3.3
ระดับปานกลาง (10-18)	23	76.7	2	6.7	25	83.3	26	86.7
ระดับต่ำ (1-9)	4	13.3	0	0.0	4	13.3	3	10.0
	$(\bar{X}=1.97, S.D.=0.49)$		$(\bar{X}=2.93, S.D.=0.25)$		$(\bar{X}=1.90, S.D.=0.40)$		$(\bar{X}=1.93, S.D.=0.37)$	
<b>ระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>								
ระดับสูง (19-27)	5	16.7	27	90.0	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (10-18)	25	83.3	3	10.0	26	86.7	24	80.0
ระดับต่ำ (1-9)	0	0.0	0	0.0	4	13.3	6	20.0
	$(\bar{X}=2.17, S.D.=0.38)$		$(\bar{X}=2.90, S.D.=0.31)$		$(\bar{X}=2.13, S.D.=0.35)$		$(\bar{X}=2.20, S.D.=0.41)$	
<b>ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>								
ระดับสูง (13-18)	5	16.7	28	93.3	6	20.0	5	16.7
ระดับปานกลาง (7-12)	23	76.7	2	6.7	21	70.0	24	80.0
ระดับต่ำ (1-6)	2	6.7	0	0.0	3	10.0	1	3.3
	$(\bar{X}=2.10, S.D.=0.48)$		$(\bar{X}=2.93, S.D.=0.25)$		$(\bar{X}=2.10, S.D.=0.55)$		$(\bar{X}=2.13, S.D.=0.43)$	
<b>ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>								
ระดับสูง (41-60)	0	0.0	30	100	0	0.00	0	0.00
ระดับปานกลาง (21-40)	28	93.3	0	0.0	27	90.00	28	93.3
ระดับต่ำ (1-20)	2	6.7	0	0.0	3	10.00	2	6.7
	$(\bar{X}=1.93, S.D.=0.25)$		$(\bar{X}=3.00, S.D.=0.00)$		$(\bar{X}=1.90, S.D.=0.31)$		$(\bar{X}=1.93, S.D.=0.25)$	

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ของก่อนกับหลังการทดลอง จากการวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

สมอง และพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า ในกลุ่มทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความสามารถของ

ตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001, < 0.001, < 0.001, < 0.001, < 0.001, < 0.001$  และ 0.009 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองกลุ่มทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ					
	n=30	Mea n	Sum of Ranks	Z	p	n=30	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง</b>				-4.756	< 0.001*				-0.541	0.589
Negative Ranks	1	1.50	1.50			2	4.00	8.00		
Positive Ranks	29	15.98	463.50			4	3.25	13.00		
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง</b>				-4.038	< 0.001*				-0.708	0.479
Negative Ranks	4	7.75	31.00			6	9.17	55.00		
Positive Ranks	25	16.16	404.00			10	8.10	81.00		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง</b>				-3.866	< 0.001*				-0.346	0.729
Negative Ranks	4	9.75	39.00			11	12.55	138.00		
Positive Ranks	25	15.84	396.00			13	12.46	162.00		
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง</b>				-4.491	< 0.001*				-0.333	0.739
Negative Ranks	4	2.50	10.00			3	3.00	9.00		
Positive Ranks	25	17.00	425.00			3	4.00	12.00		
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง</b>				-4.233	< 0.001*				-1.427	0.154
Negative Ranks	1	13.00	13.00			4	5.50	22.00		
Positive Ranks	26	14.04	365.00			8	7.00	56.00		
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง</b>				-4.787	< 0.001*				-0.885	0.376
Negative Ranks	0	0.00	0.00			6	10.92	65.50		
Positive Ranks	30	15.50	465.00			12	8.79	105.50		
<b>พฤติกรรมกำบังกันโรคหลอดเลือดสมองก่อน-หลัง</b>				-2.608	0.009*				-1.714	0.087
Negative Ranks	23	14.70	338.00			3	2.83	8.50		
Positive Ranks	6	16.17	97.00			6	6.08	36.50		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ส่วนที่ 4** ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ จากการวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่า หลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

(การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$  เท่ากัน) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=30)				หลังการทดลอง (n=30)			
	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</b>			-0.605	0.545			-6.725	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	31.80	954.00			45.43	1363.00		
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.20	876.00			15.57	467.00		
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</b>			-0.022	0.982			-6.433	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	30.45	913.50			44.95	1348.50		
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.55	916.50			16.05	481.50		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</b>			-0.209	0.834			-6.542	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	30.97	929.00			45.17	1355.00		
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.03	901.00			15.83	475.00		
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>			-0.098	0.922			-6.470	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	30.28	908.50			44.98	1349.50		
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.72	921.50			16.02	480.50		
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>			-0.008	0.994			-6.080	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	30.52	915.50			44.05	1321.50		
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.48	914.50			16.95	508.50		
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>			-0.838	0.402			-6.118	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	32.30	969.00			43.97	1319.00		
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.70	861.00			17.03	511.00		
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>			-0.406	0.685			-6.689	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	31.38	941.50			45.50	1365.00		
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.62	888.50			15.50	465.00		

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## อภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 ในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยก่อนการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 หลังการทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 แสดงว่ากลุ่มทดลองได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจากเป็นกิจกรรมที่ร่วมกันแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา สร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahboobeh Khorsandi และคณะพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองได้<sup>8</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zareipour MA และคณะพบว่า กลุ่มศึกษา หลังการทดลอง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล อมรวาทีน และคณะ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>10</sup>

กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$  เท่ากัน) โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7, 83.3, 76.7, 83.3 และ 76.7 ตามลำดับ หลังการทดลองระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 83.3, 93.3, 93.3, 90.0 และ 93.3 ตามลำดับ แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้เพิ่มขึ้นจากการจัดโปรแกรม

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lihong WAN และคณะพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ หลังการทดลองของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.057 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาภรณ์ สัจจร พบว่า ในกลุ่มศึกษา ภายหลังการได้รับโปรแกรม มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>12</sup>

กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.009$ ) โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.3 หลังการทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นจากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการชักนำสู่การปฏิบัติ ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zareipour MA และคณะพบว่า กลุ่มศึกษา หลังการทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ และคณะพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูง

กว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>13</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ พันทิพพา บุญเศษ และลัทวีปิยะบัณฑิตกุลพบว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>14</sup>

สมมติฐานข้อที่ 2 หลังการทดลอง เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มทดลองมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากการจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจของสาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐา เชียงปิว และคณะพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชยา สุวินทรากร และคณะ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>16</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ และคณะ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>17</sup>

หลังการทดลอง เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง,

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 83.3, 93.3, 93.3, 90.0, 93.3 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3, 83.3, 86.7, 80.0, 80.0 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการรับรู้ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับ สุธิตา บุญรัตน์ และคณะ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และรับรู้อุปสรรคลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )<sup>18</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นชม สมพล และคณะ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>19</sup>

หลังการทดลอง เปรียบเทียบคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมอยู่ใน

ระดับปานสูง ร้อยละ 100.0 กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.3 อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีอิทธิพลต่อตัวชี้ นำสู่การปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ถูกต้อง และการจัดการอารมณ์ รวมถึงการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ เหล่าสูง และคณะ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการกระทำเพื่อการลด หรืองดเว้นการกระทำพฤติกรรมที่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมมากขึ้น กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )<sup>20</sup> และสอดคล้องกับ Lihong WAN และคณะ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.057<sup>11</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ร่วมกับการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต
2. การสร้างความตระหนัก เพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการใช้สื่อของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และการนำประสบการณ์จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาถ่ายทอดให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้

ทราบ ทำให้เกิดความตระหนักและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

### เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารณรงค์วันความดัน โลหิตสูงโลก ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease>
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/missiondocumentsdetail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/missiondocumentsdetail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
5. สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัด

- พะเยา. [อินเทอร์เน็ต]. พะเยา; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.209.96.247/chronic/report>
6. Strecher VJ & Rosenstock IM. The Health Belief Model. In Health behavior and health education: Theory, research and practice. 2<sup>nd</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
  7. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
  8. Mahboobeh Khorsandi, Zohreh Fekrizadeh, Nasrin Roozbahani. Investigation of the effect of education based on the health belief model on the adoption of hypertension-controlling behaviors in the elderly. *Clin Interv Aging*. 2017;12:233–240.
  9. Zareipour MA, Mahdi akhgar M, Baghaei R, Abbasi S, Alinejad M, Ghelichi Ghogh M. The effect of education based on Health Belief Model in Self-control blood pressure in patients with hypertension health centers in Urmia. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research ( IJBR)* 2017;8:2108-2115.
  10. พรพิมล อมรวาทิน, บุผา รักษานาม, นงนารถ สุขลิ้ม, สุขุมารณ์ ศรีวิศิษฐ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2562;6:121-132.
  11. Lihong WAN, Wenlong LIAO, Weijing SUI, Zhouyuan PENG, Ling LI, Wu LIU, et al. Effect of community- based comprehensive intervention on stroke-prevention- related knowledge belief and behavior of hypertensive patients. *Modern Clinical Nursing* 2015;8:26-30.
  12. วิภาภรณ์ สัจจร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. [ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต]. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2562.
  13. ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หน้อยศรี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2560;35:129-137.
  14. พันทิพพา บุญเศษ, ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2561;21:28-41.
  15. ณฐา เชียงบัว, วราภรณ์ บุญเชียง, ศิวพร อั้งวัฒนา. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร* 2561;45:87-99.
  16. จิรัชยา สุวินทรากกร, สุรินธร กลัมพากร, ทศนีย์ รวีวรกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาล* 2562;68:39-48.

17. ศุภสวัสดิ์ รุจิรวรรณ, จตุพร เหลืองอุบล, บัณฑิต วรรณประพันธ์. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะทุม ตำบลจันทิก อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคธ 2560;23:55-63.
18. สุธิศา บุญรัตน์, ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. วารสารสุขศึกษา 2561;41:90-101.
19. ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล, พัชรพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31:57-73.
20. วรรัตน์ เหล่าสูง, วรรณรัตน์ ลาวัง, พรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ การสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2562;12:32-45.