

## ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

อารีรัตน์ เปสุงเนิน, พย.ม.\*, สุนิสา คำขึ้น, พย.ม.<sup>a</sup>, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจัด อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 70 คน คัดเลือกโดยการสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม ๆ ละ 35 คน กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกระตุ้นเตือนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเยี่ยมบ้าน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ; ความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมป้องกันโรค;  
โรคหลอดเลือดสมอง

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>a</sup> Corresponding author: สุนิสา คำขึ้น E-mail: sunisa@knc.ac.th

รับบทความ: 25 ม.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 24 ก.พ. 68; ตอปรับตีพิมพ์: 26 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 1 เม.ย. 68

## The Effect of a Health Belief Enhancement Program on Stroke Prevention Behaviors in Individuals at Risk of Stroke

Areerat Pesungnoen, M.N.S.<sup>\*</sup>, Sunisa Khakhun, M.N.S.<sup>\*a</sup>, Narumon Premsawas, M.N.S.<sup>\*</sup>

### Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a health belief enhancement program on stroke prevention behavior in individuals at risk of stroke. Samples included 70 individuals diagnosed with at least one of the followings: hypertension, diabetes, or hyperlipidemia and received services at the Krachod subdistrict health promotion hospital, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. The samples were randomly assigned into two groups of 35 each: an experimental group, which received the health belief enhancement program, and a control group which received regular care. The health belief program focused on six areas: perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy and cues to action for stroke prevention behaviors. Activities included stroke risk self-assessments, stroke educations, group sharing activities, and home visits conducted over a 10-week period. The data collection instrument was a stroke prevention behavior questionnaire, with a content validity of 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and independent t-tests.

The results showed that, after the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores for stroke prevention behavior compared to before the experiment ( $p < 0.001$ ) and as compared to those from the control group ( $p < 0.001$ ). These findings indicate that the health belief enhancement program effectively promotes stroke prevention behavior in individuals at risk of stroke.

**Keywords:** Health belief enhancement program; Health belief; Prevention behavior; Stroke

---

<sup>\*</sup> Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Phraboromarajchanok Institute

<sup>a</sup> Corresponding author: Sunisa Khakhun E-mail: sunisa@knc.ac.th

*Received: Jan. 25, 25; Revised: Feb. 24, 25; Accepted: Feb. 26, 25; Published Online: Apr. 1, 25*

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งของโลกและประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก หรือ World Stroke Organization (WSO) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก ของประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มากกว่า 13.7 ล้านคน กล่าวคือทุก ๆ 3 วินาที จะพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน<sup>(1)</sup> โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร<sup>(2)</sup> นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 7.8 ล้านคน<sup>(3)</sup> สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยมีอัตราป่วยของประชาชนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 219.71 ต่อแสนประชากร และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉลี่ยคือ ในทุก ๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนเสียชีวิต ด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2564-2566 ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 691.10, 731.73 และ 775.58 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> และจากข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสม โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตจำนวน 39,086 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2566 ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,122 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย<sup>(5)</sup> จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรโรคเรื้อรัง

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากทั้งสามโรคนี้นี้ส่งผลกระทบต่อผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดและการสะสมของคราบไขมัน ซึ่งทำให้หลอดเลือดตีบหรือแตก เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น<sup>(6)</sup> ซึ่งหากไม่ได้ป้องกันก็จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและไตและอาจนำไปสู่ความพิการหรือหากรอดชีวิตก็อาจมีความพิการหลงเหลือ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระด้านสุขภาพและกระทบต่อการพัฒนาประเทศอีกด้วย การป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำได้โดยการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ งดการใช้สารเสพติดทุกชนิด หลีกเลี่ยงความเครียด พักผ่อนให้เพียงพอ ตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือควรพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ<sup>(7)</sup>

จังหวัดนครราชสีมาเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่พบจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากรองจากกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ HDC กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567<sup>(8)</sup> พบว่า จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

37,085 ราย มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.95 มีอัตราป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 4.24 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของระดับประเทศ โดยอำเภอเมืองนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมมากที่สุด 8,170 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นอีกหน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก โดยพบผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 25.47 ต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 1.80 และยังพบผู้ป่วยรายใหม่โรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคเบาหวานสูง โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงถึง 212 ราย ซึ่งถือว่าสูงมากหากเทียบกับหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงการกระจายความเจริญเข้ามาถึงชุมชน ทำให้พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงและมีข้อจำกัด เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนเพิ่มมากขึ้นและสะดวกยิ่งขึ้นเนื่องจากมีบริการส่งอาหารแบบถึงบ้าน ประชาชนขาดการออกกำลังกายเนื่องจากความเร่งรีบในการทำงาน รวมถึงอาจมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งทั้งหมดดังที่กล่าวมานี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น

จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงซึ่งเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีหลายการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคในบุคคลกลุ่มต่างๆ<sup>(9-11)</sup> และมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ไปใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง<sup>(12)</sup> รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง<sup>(13-15)</sup>

จะเห็นได้ว่า การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยสร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ในการป้องกันโรค รวมถึงลดอุปสรรคและเพิ่มความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

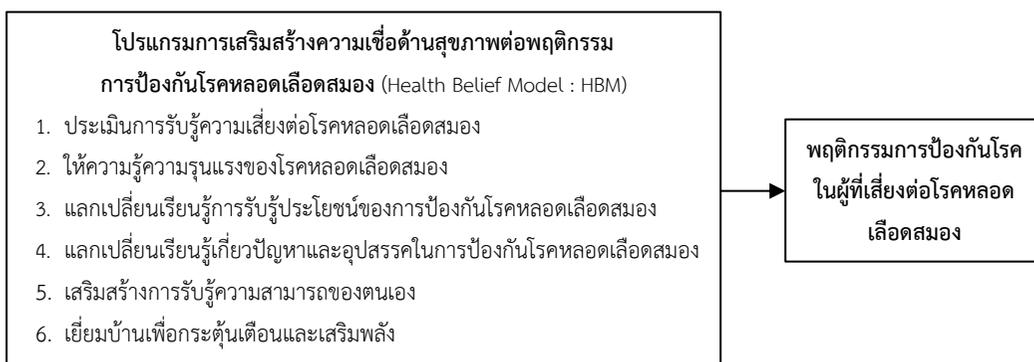
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)<sup>(16)</sup> มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ในการอธิบายการตัดสินใจ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคและสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยออกแบบ กิจกรรมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ต้อง เพื่อทำการเปลี่ยนแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยง และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเสี่ยงของตนเอง 2) การรับรู้ความ รุนแรง (Perceived severity) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านการให้ความรู้ผ่านสื่อและชมวีดิทัศน์ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) ในการป้องกันโรค โดย การทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เห็นข้อดีและประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโดยการให้ กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เป็นปัญหาและอุปสรรครวมทั้งร่วมกัน หาแนวทาง ในการแก้ไขปัญหา 5) การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) เพื่อชักนำ ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับตัวแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 6) การกระตุ้นเตือน (Cues to action) เสริมพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะเป็น ตัวเชื่อมโยงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเกิดเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎี ได้เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ และวัดผลทันทีหลังเสร็จสิ้นการทดลอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกระฉอด อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 763 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว โดยตารางสำเร็จรูปกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen<sup>(17)</sup> กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant) ที่ระดับ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีความคล้ายคลึงกัน<sup>(15)</sup> ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.98 ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพลที่ 0.70 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม (Drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก และได้กำหนดคุณสมบัติการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค และอยู่ระหว่างการรักษาโรค 2) พักอาศัยอยู่ในชุมชนในพื้นที่ความรับผิดชอบดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ไม่มีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างดำเนินการวิจัย 2) เสียชีวิต 3) เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย และ 4) ขอดถอนตัวออกจากการร่วมวิจัย

### ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิด Health Belief Model<sup>(16)</sup> ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกระตุ้นเตือนเสริมพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง การให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเยี่ยมบ้าน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด การจัดการความเครียด และการติดตามการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ=4 ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมเลย=1)

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index for scale: S-CVI) เท่ากับ 1.00 โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้นำไปทดลองใช้กับผู้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่ามีความเข้าใจเนื้อหาในโปรแกรม ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำไปทดลองใช้ในผู้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และชี้แจงกิจกรรมการทดลองและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำการประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยการประเมินข้อมูลทั่วไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนที่อาจเกิดจากการแพร่กระจายข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**สัปดาห์ที่ 10** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากให้โปรแกรมครบถ้วน

#### **การดำเนินการทดลอง**

1. **กลุ่มทดลอง** ดำเนินการทดลองในระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉูด เพื่อดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ แอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score<sup>(18)</sup> และให้ความรู้เพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง “มารู้จักโรคหลอดเลือดสมอง ภัยร้ายมหันตภัยเงียบ” โดยการใช้สื่อ Power Point และวีดิทัศน์ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมอบคู่มือโรคหลอดเลือดสมองและถามตอบประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 11-12 คน ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคหรือประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้ร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละกลุ่มด้วยตนเอง ใช้เวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งหมด 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 11-12 คน ให้เล่าประสบการณ์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง และในสัปดาห์ที่ 5-7 กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองที่บ้าน หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อสอบถามทีมผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8-9) ดำเนินกิจกรรมติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองที่บ้าน เพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวและกระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมในข้อที่สงสัย และให้กำลังใจ แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

## 2. กลุ่มควบคุม

ได้รับการดูแลตามปกติในระยะเวลา 10 สัปดาห์ จากพยาบาล/บุคลากรสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉูด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 10 เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นให้ความรู้ “มารู้จักโรคหลอดเลือดสมอง ภัยร้ายมหันตภัยเงียบ” แจกคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เหมือนกับที่กลุ่มทดลองได้รับการดูแล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ t-test for independent sample

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (รหัส 06/2567) ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยจัดทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับการบริการจากหน่วยบริการ ข้อมูลที่ได้จะปิดเป็นความลับ หากมีข้อสงสัยสามารถที่จะสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้จะถูกทำลายทันทีหลังการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาและในทางวิชาการเท่านั้น

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.14 ด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 62.86 และร้อยละ 65.71 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.86 และ 71.46 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.43 และ 65.71 ด้านอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 31.42 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 25.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของทั้งสองกลุ่มน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 71.43 และ 51.42 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 65.71 และ 57.14 มากกว่าครึ่งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 71.43 และ 62.86 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 68.56 ด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 62.86 และ 57.14 โดยส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 59.09 และ 65.00 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	8	22.86	8	22.86
หญิง	27	77.14	27	77.14
<b>อายุ</b>				
กลุ่มอายุ 30-59 ปี	13	37.14	12	34.29
กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป	22	62.86	23	65.71
อายุเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	61.74		62.31	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	9.51		9.61	
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	3	8.57	2	5.72
สมรสคู่	22	62.86	25	71.42
หม้าย/แยกกันอยู่	10	28.57	8	22.86
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	18	51.43	23	65.71
มัธยมศึกษา	17	48.57	8	22.86
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	4	11.43
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	17.14	9	25.70
รับจ้างทั่วไป	6	17.14	8	22.86
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	9	25.72	7	20.00
เกษตรกร	11	31.42	5	14.29
ธุรกิจส่วนตัว	3	8.58	6	17.15
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	25	71.43	18	51.42
มากกว่า 5,001 บาท ขึ้นไป	10	28.57	17	48.58
<b>โรคประจำตัว</b>				
มีโรคประจำตัว 1 โรค	12	34.29	15	42.86
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	23	65.71	20	57.14
<b>ดัชนีมวลกาย</b>				
ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์	1	2.86	2	5.72
ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	9	25.71	11	31.42
ดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ	25	71.43	22	62.86

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง</b>				
คนในครอบครัวญาติพี่น้อง เคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	4	11.43	9	25.72
เคยดูแลบุคคลที่ได้รับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	3	8.57	2	5.72
ไม่เคยดูแลบุคคลที่ได้รับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	28	80.00	24	68.56
<b>การได้รับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง</b>				
ไม่เคย	13	37.14	15	42.86
เคย	22	62.86	20	57.14
- บุคลากรด้านสุขภาพ	13	59.09	13	65.00
- สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ	1	4.55	1	5.00
- บุคคลในครอบครัว/เพื่อน	0	0.00	3	15.00
- เคยได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพ จากสื่อ	8	36.36	3	15.00
ประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ และบุคคลในครอบครัว				

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพและผู้ที่ไม่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 81.86 (SD=4.21) และผู้ที่ไม่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 76.14 (SD=7.32) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ t-test for Independent Sample

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ (n=35)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
	ก่อนการทดลอง	74.17	5.15	76.71		
หลังการทดลอง	81.86	4.21	76.14	7.32	4.00	<0.001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพและผู้ที่ยังเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพและผู้ที่ยังเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังจากการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ (n=35)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
	หลังการทดลอง	81.86	4.21	76.14		

**พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง**

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน ในกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน ส่วนกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ยรายด้านของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อมั่นด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง	กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม การเสริมสร้างความเชื่อมั่นด้านสุขภาพ (n=35)				กลุ่มผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
การรับประทานอาหาร	21.80	2.21	23.80	2.15	22.23	2.26	22.28	3.46
การออกกำลังกาย	9.63	1.93	10.26	1.50	9.46	1.79	9.49	1.79
สารเสพติด	18.11	2.91	21.57	2.19	20.06	2.80	20.06	2.80
การจัดการความเครียด	9.80	1.49	10.49	1.54	9.83	1.67	9.80	1.64
การติดตามการรักษา	14.83	1.56	15.74	0.61	15.14	1.29	14.54	1.62

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อมั่นด้านสุขภาพมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อมั่นด้านสุขภาพตามแนวคิด Health Belief Model ของเบคเกอร์ และไมแมน<sup>(16)</sup> ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ที่กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับประกอบด้วย 1) กิจกรรมการรับรู้ความเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องต่อโรคหลอดเลือดสมองว่ามีความเสี่ยงในระดับใดเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนักรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นเพียงใด 2) กิจกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองผ่านการสอนให้ความรู้รายกลุ่มและคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เน้นถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และให้ดูวิดีโอที่แสดงผลที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง 3) กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การจัดการความเครียดและติดตามการรักษา ผ่านการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต่อโรคหลอดเลือดสมองเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น 4) กิจกรรมการรับรู้อุปสรรคของในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งร่วมหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรคนั้น ๆ เช่น การรับประทานอาหารลดอาหารหวาน มัน เค็ม การเพิ่มการออกกำลังกาย และการรับประทานยาและติดตามการรักษา

อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น 5) กิจกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในตนเองเพื่อปฏิบัติพฤติกรรม และ 6) การกระตุ้นเตือน เสริมพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ตามที่เบคเกอร์<sup>(16)</sup> กล่าวว่า การที่ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้น ต้องมีความเชื่อทางด้านสุขภาพก่อน คือ เชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ รวมทั้งต้องรับรู้อุปสรรคและความสามารถของตน เพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ และอาจต้องมีสิ่งกระตุ้นเตือนหรือแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น<sup>(13,20-21)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของจากรูวรรณ จันดาหงส์ และคณะ<sup>(15)</sup> ที่นำทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติของโรงพยาบาล ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการกระทำที่ลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พันทิพพา บุญเศษ, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล<sup>(20)</sup> ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยเน้นการฝึกปฏิบัติ การปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านโดยมีการติดตามเยี่ยมทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมของญาติ ผู้ดูแล โดยกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้น กลุ่มเสี่ยงได้มีการนำมาอ่านทบทวนความรู้และแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ที่ยังเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อ.เมือง จ.พะเยา ที่ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(19)</sup>

การศึกษาคั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อ

ด้านสุขภาพทำให้กลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการกระตุ้นเตือนเสริมพลังในการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเกิดการตระหนักรู้ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม จึงมีค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการทฤษฎีแบบความเชื่อทางสุขภาพ มาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเสี่ยง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ<sup>(20)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษติพงษ์ ทิพย์ล้อย และปณณณิน เชื้อนเพชร ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกัน โรคหลังดำเนินกิจกรรมมากกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )<sup>(21)</sup>

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Health Belief Model ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1) โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นกิจกรรมเชิงรุกสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคลินิกเฉพาะทางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่นักสาธารณสุขให้สามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ให้ความรู้เรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การประเมินความเสี่ยง และการกระตุ้นพฤติกรรม เป็นต้น

2) กิจกรรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และให้ความรู้ของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

1) ศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น การติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง

2) ขยายผลการศึกษาไปยังบริบทพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่าง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย หรือกลุ่มที่มีระดับการศึกษาและความเข้าใจด้านสุขภาพต่างกัน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทและกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย

3) ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์ของโปรแกรมเมื่อเทียบกับวิธีการป้องกันโรคแบบปกติ เพื่อสร้างความชัดเจนในการลงทุนเพื่อการป้องกันโรค

4) พัฒนาโปรแกรมร่วมกับการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันติดตามพฤติกรรม หรือระบบแจ้งเตือนผ่านสมาร์ทโฟน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Lindsay MP, Norving B, Sacco RL, Brainin M, Hacke W, Martins S, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2019 [serial online]. 2020 [cited 2023 Nov 20]; Available from: [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO\\_Fact-sheet\\_15.01.2020.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2020.pdf)
2. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. รมรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 20]; เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619/>
3. World Stroke Organization. WSO applauds new scientific findings in stent thrombectomy for treating acute ischemic stroke with large vessel occlusion [serial online]. 2016 [cite 2023 Nov 29]; Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/world-stroke-day.-2016/en/>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รมรณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 3]; เข้าถึงได้จาก: <https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download/>
5. กองโรคไม่ติดต่อ : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรค รมรณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก 2567 ชวนประชาชนตั้งเป้า ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤศจิกายน 1]; เข้าถึงได้จาก:[https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news\\_views=1623](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news_views=1623)
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024 Jan 1;47(Suppl 1):S179-S218. doi: 10.2337/dc24-S010.
7. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. "โรคหลอดเลือดสมองแตก ปี 2567". [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 3]; เข้าถึงได้จาก <https://kinrehab.com/news/view/1042>
8. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2564-2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 1]; เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/>
9. เกษริน อุบลวงศ์, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2560;33(2):14-24.

10. อณัญญา ลาลูน, ไพฑูรย์ วุฒิสโส. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล. 2564;70(2):27-36.
11. กาญจนานพร ยอดภีระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;1(2):19-27.
12. อรณุช ชูศรี, ปณวัตร สันประโคน, ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2561;34(3):77-88.
13. วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมัคร, สิริพร ชัยทอง, ศิริษา โคตรบุตดา. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(2):25-35.
14. Baktash MQ, Naji AB. Efficacy of Health Belief Model in Enhancing Exercise Behavior to Prevent Stroke among Geriatrics Homes Residents in Baghdad City. Indian J Public Health Res Dev. 2019; 10(2):928-33.
15. จารุวรรณ จันดาทางส์, เตชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566; 50(1): 300-13.
16. Maiman LA, Becker MH. The Health Belief Model: Original and correlation in psychological theory. Health Educ Monogr. 1975;2(4):336-53.
17. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
18. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. Thai CV risk score [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2567 สิงหาคม 3]; เข้าถึงได้จาก: [https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio\\_vascular\\_risk/thai\\_cv\\_risk\\_score/](https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/)
19. กรรณิการ์ เงินดี, สมคิด จูหว่า, อนุกุล มะโนทน, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ, เทียนทอง ต๊ะแก้ว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา. 2564;44(2):171-86.
20. พันทิพา บุญเศษ, ถัมวี ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21(2):28-41.
21. กฤษติพงษ์ ทิพย์ล้อย, ปุณณณิน เขื่อนเพชร. ประสิทธิภาพของการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2562;11(2):19-24.