

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

ชลธิรา กาวไธสง¹, รุจิรา ดวงสงค์²

¹ ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of Behavioral Development Program for Stroke Prevention among Hypertensive Patients in Chumpuang Hospital, Chumpuang District, Nakhon Ratchasima Province

Chontira Kawthaisong¹, Rujira Dungsong²

¹ Health Education department, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์ : ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่พบบ่อยเป็นลำดับที่สี่ของการเสียชีวิตในคนไทย ส่วนโรคอัมพฤกษ์อัมพาตหรือโรคหลอดเลือดสมองนั้นก็เป็นภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษากึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการบรรยายให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การสาธิตและการฝึกปฏิบัติเรื่องการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารและการฝึกนั่งสมาธิผ่อนคลายความเครียด กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษา : กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยค่าระดับความดันโลหิตและค่าระดับไขมันในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป : โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทำให้ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ

Background and objective : Hypertension and cerebrovascular disease are the fourth most common causes of death in Thai people. Stroke or cerebrovascular disease is a complication of hypertension. Hypertensive patients need to engage in self-care to prevent the occurrence of this complication. The aim of this quasi-experimental study was to assess the effectiveness of a behavioral development programme for stroke prevention among hypertensive patients.

Methods : It was Quasi-experimental research. The participants were 60 hypertensive patients, who were divided in equal numbers into an experimental group ($n=30$) and a comparative group ($n=30$). The experimental group received a behavioral development programme, which involved various different activities, including lectures with videos, demonstrations, and home visits by the researcher. They were all also given a handbook and a brochure regarding self-care practices. Meanwhile, the comparison group acquired normal care. The data were collected by questionnaire and were analysed using descriptive statistics, such as percentages, means, standard deviations and maximum/minimum values. Within and between group differences were analysed using paired or independent sample t-tests, and statistical significance was set at setting at $p < 0.05$.

Results : The end of the study, the experiment group showed statistically significant improvements in the mean scores for knowledge, perceived susceptibility, perceived

การดูแลตามปกติ

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

severity, perceived self-efficacy, perceived benefits of stroke prevention, intention to prevent stroke, cholesterol and triglyceride level, blood pressure and reported practice of preventative behaviour. The mean scores on all these outcome variables were also significantly better than those for the comparison group ($p < 0.05$).

Conclusion: A behavioral development programme for stroke prevention among hypertensive patients could decrease blood pressure, cholesterol and triglyceride level comparing with normal care group.

Keywords: A behavioral development programme, Stroke, Hypertensive patients.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29 (3): 295-303. ♦ Srinagarind Med J 2014 ;29 (3): 295-303.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองพบเป็นได้กับคนในทุกวัย ทั้งในเด็ก ผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 39 ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นประชากรที่มีอายุอยู่ระหว่าง 15-59 ปี ซึ่งหลักฐานวิชาการในปัจจุบัน พบว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคอันได้แก่ ความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่หรือการรับควันบุหรี่จากผู้อื่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และภาวะอ้วน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วยการรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ งดสูบบุหรี่ และงดบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่าปี ค.ศ. 2005 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกแต่ละปีประมาณ 5.7 ล้านคน และองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2015 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน ประเทศไทย พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงอยู่ในอันดับที่สี่ของสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของประเทศ ทั้งในเพศชายและหญิง โดยอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2545-2548 มีอัตราการตายคิดเป็นร้อยละ 21.5, 29.1, 30.8 และ 25.3 ตามลำดับ ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2540-2550) พบคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่า

จากสถิติผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ.2552 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองใหญ่มากเป็นอันดับที่สองของประเทศไทยรองจากกรุงเทพมหานคร โดยมีจำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองใหญ่จำนวน 7,780 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ทั้งหมดในประเทศไทย ส่วนกรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ จำนวน 20,752 ราย ร้อยละ 11.8 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงหลักเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของตัวผู้ป่วยเอง และผลกระทบที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจต่อครอบครัว รวมทั้งปัญหาทางด้านสังคมด้วยเช่นเดียวกัน

แนวคิดหลักของรูปแบบกระบวนการการยอมรับในการป้องกันโรค¹⁴ คือบุคคลตัดสินใจที่จะกระทำและแปลการตัดสินใจนั้นสู่การกระทำ ซึ่งเป็นการป้องกันหรือลดละพฤติกรรมเสี่ยง โดยเป็นความตั้งใจและต้องการที่จะกระทำ ส่วนทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีแนวคิดที่สำคัญว่าการสนับสนุนทางสังคม³ นั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนข้อมูลป้อนกลับและการประเมินตนเองจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้นและจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้นด้วย โดยใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม³ ที่เป็นการรวมของประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ คน ช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหา ให้แต่ละคนมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน ซึ่งหากนำแนวคิดทั้งสามแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็น

กลุ่มเสียงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้การสนับสนุนทั้งจากผู้วิจัยและญาติที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (experimental group) และ กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35-65 ปี เพราะเป็นช่วงอายุของกลุ่มเสียง โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนสิ้นสุดการทดลอง ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน 2555 รวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการหาขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่ม กำหนดความเชื่อมั่นในการทดลองร้อยละ 95 ได้ค่าความแปรปรวนร่วมจากรายงานการวิจัยเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองตม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการวัดตัวแปรเหมือนกับการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษามาใช้ จำนวนตัวอย่าง 30 ราย ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 28.43 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.07 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 26.90 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.01 คิดค่าในกรณีตัวอย่างสุญหาระหว่างการทดลอง ร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าเกณฑ์โดยการได้มาซึ่งข้อมูลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

มี 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์รูปแบบกระบวนการการยอมรับในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการกลุ่มประกอบด้วยสไลด์ภาพนิ่งความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง วิธีที่ทันสมัยเกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง คู่มือการปฏิบัติตัวและแบบบันทึกพฤติกรรม ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามตามวัตถุประสงค์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง หาความเที่ยงโดยใช้วิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 มีค่า 0.87 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชในด้านตัวแปรด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง 0.78 การรับรู้ความรุนแรง 0.84 การรับรู้ความสามารถตนเอง 0.80 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของกปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 0.78 ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 0.79 และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 0.88 ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งเป็นก่อนการทดลอง (pre-test) และ หลังการทดลอง(post-test) โดยใช้แบบสอบถาม ชุดเดียวกัน มีการแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการต่าง ๆ และขอความยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษาโดยใช้แบบยินยอมจากอาสาสมัครและญาติ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ติดตามการลดลงของความดันโลหิตจากการวัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกันเมื่อมาถึงบริเวณทำกิจกรรม

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม ให้เหมาะสมตามระดับความพร้อม โดยพิจารณาจากค่าคะแนนการตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดย ชี้ให้เห็นอันตราย ความรุนแรง และความเสี่ยงให้กับกลุ่มที่ 1 (ตระหนัก) เพื่อทบทวนความรู้ เน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักและตื่นตัวใส่ใจกับปัญหา และประโยชน์ในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งในกลุ่มที่ 2 (ไม่ตระหนัก)

สัปดาห์ที่ 3 เป็นการจูงใจและกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการนำเสนอตัวแบบด้านบวก เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการรักษาดี และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พร้อมทั้ง

อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกการสังเกตและประเมินพฤติกรรมตนเอง แจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรม พร้อมทั้งคำแนะนำในการลงบันทึก เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยจะสอบถาม ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยจะแบ่งเป็นกลุ่มที่ตั้งใจให้เป็นกลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ไม่ตั้งใจให้เป็นกลุ่มที่ 4 ผลคือทุกคนตั้งใจที่จะปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 4 สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการบรรยาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในเลือกอาหารรับประทานที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยการเดินเร็ว การผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิ และการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 5 อภิปรายกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติของแต่ละคน สรุปปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติไม่สำเร็จ ร่วมกันปรับแผนในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 6 สรุปและประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งตอบข้อซักถาม และทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

สัปดาห์ที่ 7-11 การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะออกติดตามเยี่ยมบ้าน เริ่มในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อให้กำลังใจและกระตุ้นเตือน ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะใช้เวลา 20 นาทีต่อคน รวมจำนวนครั้งที่ออกเยี่ยมบ้านทั้งหมด 5 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 11.5 กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละส่วน ข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรองเลขที่ HE542316

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.03 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.77) และในกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 54.13 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.26) เมื่อจัด กลุ่ม

อายุ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุ ระหว่าง 56-60 ปีมากที่สุด สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 80.0 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จบชั้นประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 และ 86.7 ตามลำดับ เมื่อจัดกลุ่มรายได้พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ที่ต่ำกว่าและมากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งมีค่ามัธยฐานของรายได้ 4,000 บาท ในกลุ่มเปรียบเทียบ และค่ามัธยฐานของรายได้ 2,750 บาท ในกลุ่มทดลองตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบปรุงอาหารรับประทานเองมากที่สุด และเป็นผู้ปรุงอาหารเอง มาตรวจตรงตามนัดมากที่สุด ส่วนประวัติการป่วยเป็นโรค ในกลุ่มทดลองเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวมากที่สุด ร้อยละ 50.0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 93.3 และ 80.0 ตามลำดับทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ 5 ปี ในทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 43.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 36.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในภาวะอ้วนปานกลาง (ค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 25 – 29.9)

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้นภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงหลังการทดลองสูงขึ้นภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้นภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และมีความมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นภายหลัง

หลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และมีความมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ด้านความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และมีความมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ (ปี)				
40-45	1	3.3	5	16.7
46-50	2	6.7	3	10.0
51-55	7	23.3	6	20.0
56-60	11	36.7	13	43.3
60 ปีขึ้นไป	9	30.0	3	10.0
2.เพศ				
ชาย	8	26.7	10	33.3
หญิง	22	73.3	20	66.7
3.ระดับการศึกษา				
ชั้นประถมศึกษา	29	96.7	24	80.0
ชั้นมัธยมศึกษา	1	3.3	2	6.7
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0.0	3	10.0
อนุปริญญา	0	0.0	1	3.3
4.สถานภาพสมรส				
โสด	4	13.3	2	6.7
คู่	24	80.0	24	80.0
หม้าย	2	6.7	4	13.3
5.อาชีพ				
เกษตรกร	28	93.3	26	86.7
ค้าขาย	2	6.7	0	0.0
รับจ้าง	0	0.0	3	10.0
แม่บ้าน	0	0.0	1	3.3
6.รายได้ต่อเดือน (บาท)				
1,000- 2,500	15	50.0	6	20.0
2,501-4,000	11	36.7	12	40.0
4,001-5,500	4	13.3	6	20.0
5,501-7,000	0	0.0	0	0.0
7,001 ขึ้นไป	0	0.0	6	20.0
mean , S.D.	2,716.67 บาท (1,080.26)		4533.33 บาท (2,843.42)	
Median (Min/Max)	2,750.00 บาท (1,000/4,500)		4,000 บาท (1,000/15,000)	

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหารที่รับประทาน				
ปรุงเองทุกมื้อ	29	96.7	24	80.0
ซื้ออาหารสำเร็จรูปบางมื้อ	1	3.3	5	16.7
ซื้ออาหารสำเร็จรูปทุกมื้อ	0	0.0	1	3.3
2. ผู้ปรุงอาหารในครอบครัว				
ปรุงเอง	19	63.3	22	73.3
บุคคลอื่นปรุง	11	36.7	8	26.7
3. การมาตรวจตามนัดใน 1 ปีที่ผ่านมา				
มาตรงตามนัด	30	100.0	30	100.0
ไม่มาตรงตามนัด	0	0.0	0	0.0
4. โรคประจำตัว				
โรคความดันโลหิตสูง	8	26.7	15	50.0
โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	13	43.3	2	6.7
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันสูง	4	13.3	9	30.0
โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันสูง	5	16.7	4	13.3
5. จำนวนญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (คน)				
มีญาติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2	6.7	6	20.0
ไม่มีญาติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	28	93.3	24	80.0
6. การสูบบุหรี่				
สูบ	0	0.0	1	3.3
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	2	6.7	4	13.3
ไม่สูบ	28	93.3	25	83.3
7. การดื่มสุรา				
ดื่ม	0	0.0	1	3.3
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	0	0.0	11	36.7
ไม่ดื่ม	30	100.0	18	60.0
8. ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
1 ปี	6	20.0	4	13.3
2 ปี	6	20.0	3	10.0
3 ปี	2	6.7	3	10.0
4 ปี	3	10.0	9	30.0
5 ปี	13	43.3	11	36.7
9. ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)				
ปกติ (18.5-22.9 กก./ม. ²)	2	6.7	6	20.0
อ้วนเล็กน้อย (23-24.9 กก./ม. ²)	8	26.7	8	26.7
อ้วนปานกลาง (25-29.9 กก./ม. ²)	12	40.0	11	36.7
อ้วนมาก (>30 กก./ม. ²)	8	26.7	5	16.7
mean , S.D.	28.26 (5.34)		26.34 (3.96)	
Median (Min/Max)	27.40 (22.4/47.2)		25.80 (19.1/34.4)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะที่ประเมิน		ก่อนทดลอง (n=30)		หลังทดลอง (n=30)		p-value
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ความรู้	ทดลอง	8.50	4.82	15.37	1.13	<0.001*
	เปรียบเทียบ	7.13	5.98	8.30	5.79	0.167**
รับรู้โอกาสเสี่ยง	ทดลอง	14.63	3.98	19.83	1.98	<0.001*
	เปรียบเทียบ	13.67	5.01	14.73	2.16	0.206**
รับรู้ความรุนแรง	ทดลอง	17.63	3.26	22.80	1.54	<0.001*
	เปรียบเทียบ	16.53	5.36	17.80	5.98	0.171**
รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	ทดลอง	19.10	4.35	25.73	1.84	<0.001*
	เปรียบเทียบ	18.67	5.92	19.70	6.59	0.062**
รับรู้ความสามารถ	ทดลอง	24.47	3.00	28.37	1.94	<0.001*
	เปรียบเทียบ	18.93	8.67	18.84	8.63	0.500**
ความตั้งใจ	ทดลอง	24.70	3.17	29.00	1.39	<0.001*
	เปรียบเทียบ	20.13	5.94	21.23	6.42	0.017**
การปฏิบัติตัว	ทดลอง	46.60	4.67	59.53	4.81	<0.001*
	เปรียบเทียบ	43.13	6.87	46.23	9.76	0.005**
ความดันค่าบน	ทดลอง	150.33	6.24	129.80	10.33	<0.001*
	เปรียบเทียบ	152.27	9.46	144.00	12.42	0.177**
ความดันค่าล่าง	ทดลอง	89.30	11.27	78.87	9.19	<0.001*
	เปรียบเทียบ	89.33	7.43	88.40	6.65	0.312**
โคเลสเตอรอล	ทดลอง	205.83	43.56	179.83	40.28	<0.001*
	เปรียบเทียบ	198.10	40.87	221.53	36.79	0.242**
ไตรกลีเซอไรด์	ทดลอง	252.67	135.19	149.30	73.67	<0.001*
	เปรียบเทียบ	221.37	69.32	224.77	58.51	0.132**

* Paired t-test

** Independent t-test

ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ระดับความดันโลหิตค่าบนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.001$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.001$) ระดับความดันโลหิตค่าล่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าล่างหลังการทดลองต่ำกว่าก่อน

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

ระดับโคเลสเตอรอลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) ระดับไตรกลีเซอไรด์ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

วิจารณ์

การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่เค็ม ไม่หวาน ไม่มัน เน้นอาหารจำพวกผัก เนื้อปลา และผลไม้ที่ไม่หวานจัด การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ รู้จักวิธีผ่อนคลายความเครียด ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ การไปตรวจตามนัด ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ รวมถึงไม่ขาดยา เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงสามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้เป็นปกติ ส่งผลให้ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงได้ กิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการการยอมรับในการป้องกันโรค¹⁴ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม³ ในด้านต่าง ๆ อันได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค ความสามารถของตนเองในการป้องกัน ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ด้วยการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบทดลองฝึกปฏิบัติ และการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ คือส่วนมากอยู่ในระดับอ้วนปานกลาง (ดัชนีมวลกาย 25 – 29.9 กก./ม.²) โดยในกลุ่มทดลองอยู่ที่ร้อยละ 40.0 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 36.7 ซึ่งโรคอ้วนอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การลดลงของระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดเห็นความแตกต่างไม่มากเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม รูปแบบกระบวนการการยอมรับในการป้องกันโรค¹⁴ เมื่อมีการนำมาประยุกต์ใช้ พบว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน¹³ และส่งเสริมการรับประทานไขมันลดลง เพิ่มกิจกรรมทางกายในกลุ่มประชากรวัยกลางคน¹² หลังให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจ โดยรูปแบบของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม นอกจากการให้ความรู้แล้ว การสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองฝึกปฏิบัติ และมีการกระตุ้นพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องทั้งจากตัวผู้วิจัย และญาติ จะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาวได้ นอกจากนี้ การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House³ ในทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ทั้งความรัก

ความเชื่อใจ การสนับสนุนด้วยข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และการสนับสนุนด้วยการประเมิน ข้อมูลย้อนกลับต่าง ๆ จะทำให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ดีขึ้น การศึกษาของ เสาวลักษณ์ สัจจา สนับสนุนทฤษฎีนี้โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ข้อจำกัดที่พบในการศึกษานี้ คือระยะเวลาในการศึกษาสั้นเพียง 12 สัปดาห์ การนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมไปใช้ควรจะมีระยะเวลาติดตามพฤติกรรมและสนับสนุนความยั่งยืนของพฤติกรรมจะทำให้ได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

สรุป

โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทำให้ระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลชุมพวง โรงพยาบาลประทาย อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์และผู้ป่วยทุกท่านที่สนับสนุนการจัดกิจกรรมตามโครงการวิจัยจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กษพร อ่อนอกภัย. การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
2. กมแพง พันทะวัง. ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่นครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
3. จุฬารักษ์ ไสตะ. แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
4. ใจเพชร พลสงคราม. ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนนาข้าวโคกคอง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.

5. ชนิตาภา เอี่ยมสะอาด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการกลุ่มของผู้ป่วยโรคจิตเสียดวงทวารหนัก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
6. ปราวณี ลอยหา. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
7. โรงพยาบาลชุมพวง. รายงานการสำรวจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอชุมพวง. นครราชสีมา: งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพวง, 2554.
8. วรจักร คงเทียม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ ตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลัง ส่วนล่างของกลุ่มแรงงานนอกระบบ (ทออวน) ตำบลบ้านทุ่ม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
9. เสาวลักษณ์ สัจจา. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. สายฝน กันธมาลี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
11. อธิพงศ์ พิมพ์ดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายโดยการเดินรำจังหวะ Paslop เพื่อป้องกันการหกล้มในหญิงไทยก่อนวัยสูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
12. Gaby Ronda, Patricia Van Assema, Math Candel, Erik Ruland, Mieke Steenbakkers, Jan Van Ree. et al. The Dutch heart community intervention "Hartslag Limburg" : result effect study at individual level. *Health promotion international* 2004;19: 21-31.
13. John O. Elliott, Brenda F. Seals & Mercedes P. Jacobson. Use of the Precaution Adoption Process Model to examine predictors of osteoprotective behavior in epilepsy. *Seizure* 2007;16:424-37.
14. Karen Glanz, Barbara K. Rimer & K. Viswanath. *Health behavior and health education theory, research, and practice* 4th edition. Jossey-bass: a wiley imprint, 2008.

