

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง
Factors Influencing Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients
in the Service Area of Nai Tao Subdistrict Health Promoting Hospital,
Trang Province

กิตติเมธ ไสเกื้อ

Kittimet Saikuea

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

Nai Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Huai Yot District, Trang Province

(Received: March 23, 2026; Accepted: April 9, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Cronbach's alpha = 0.86) และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.50) มีอายุเฉลี่ย 60.37 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 78.50) และร้อยละ 67.00 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.85, S.D. = 0.51) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.31) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 3.27) ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง (Adjusted OR = 10.66, 95% CI: 7.15-22.03, $p < 0.001$) และ 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมระดับปานกลางและระดับสูง (Adjusted OR = 5.17 และ 6.66 ตามลำดับ, $p < 0.001$) ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าความสำเร็จในการควบคุมโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์โดยตรงกับความตระหนักถึงความรุนแรงและอุปสรรคในการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ รพ.สต. ควรปรับปรุงแบบการให้สุขศึกษาที่เน้นให้เห็นภาพภาวะแทรกซ้อนที่ชัดเจนเพื่อสร้างความตระหนัก พร้อมทั้งจัดบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อร่วมค้นหาแนวทางลดอุปสรรคที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เพื่อยกระดับประสิทธิภาพในการควบคุมโรคอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การควบคุมความดันโลหิต, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, การรับรู้อุปสรรค



Abstract

This cross-sectional research aimed to study the levels of health beliefs and factors influencing blood pressure control among hypertensive patients in the service area of Nai Tao Subdistrict Health Promoting Hospital, Trang Province. The sample consisted of 200 registered patients. Data collection tools included a general information questionnaire, a health belief model questionnaire (Cronbach's alpha = 0.86), and a blood pressure record form. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

The results revealed that the majority of the participants were female (76.50%), with an average age of 60.37 years, primarily engaged in agriculture (78.50%), and 67.00% were unable to control their blood pressure levels. Overall health beliefs were at a high level (Mean = 3.85, S.D. = 0.51), with perceived susceptibility having the highest mean score (Mean = 4.31), while perceived barriers had the lowest (Mean = 3.27). Multivariate analysis identified two factors significantly influencing blood pressure control: 1) high perceived severity of the disease (Adjusted OR = 10.66, 95% CI: 7.15-22.03, $p < 0.001$) and 2) moderate and high perceived barriers to behavioral practices (Adjusted OR = 5.17 and 6.66, respectively, $p < 0.001$). These findings reflect that success in disease control does not depend solely on knowledge but is directly related to the awareness of severity and barriers in daily practice. The research suggests that health promoting hospitals should adapt health education models to emphasize clear visualizations of complications to raise awareness, alongside providing individual counseling to identify lifestyle-congruent strategies for reducing barriers to enhance sustainable disease control efficiency.

Keywords : Health Belief Model, Blood Pressure Control, Hypertensive Patients, Perceived Barriers

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) นับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภัยเงียบ (Silent killer) ที่คุกคามประชากรทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ภาวะนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการในระยะยาว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้เปิดเผยรายงานในปี ค.ศ. 2023 ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันมีผู้ป่วยประมาณ 1.28 พันล้านคน ทว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 21.00 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ทวีความรุนแรงขึ้นเช่นเดียวกัน ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพไทย และมีแนวโน้มพบในประชากรที่อายุน้อยลง (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ความล้มเหลวในการควบคุมโรคไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายมหาศาลแก่ระบบสาธารณสุขระดับประเทศในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

การจัดการโรคความดันโลหิตสูงให้ประสบความสำเร็จนั้น ไม่สามารถพึ่งพาเพียงประสิทธิผลของการใช้ยา (Pharmacological treatment) เพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle modification) อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวมีความซับซ้อนและสัมพันธ์โดยตรงกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(Health Belief Model: HBM) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทฤษฎีนี้ อธิบายว่าบุคคลจะไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมหากปราศจากการรับรู้ใน 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits) และ 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) (Becker, 1974) งานวิจัยหลายฉบับในช่วงหลังปี ค.ศ. 2020 ยืนยันตรงกันว่าปัจจัยด้านจิตสังคม โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงต่อความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรม การลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วย (Yue et al., 2021; Simkhada et al., 2020) หากผู้ป่วยมีความเชื่อที่คลาดเคลื่อน เช่น เข้าใจว่าไม่มีอาการแสดงคือหายป่วยแล้ว หรือมองว่าการปรับโภชนาการเป็นเรื่องยุ่งยาก การควบคุมโรคย่อมล้มเหลวในที่สุด

เมื่อพิจารณาบริบทในระดับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน พบว่าสถานการณ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงกำลังเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญ ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2567-2569) แสดงให้เห็นถึงความผันผวนและความไม่ยั่งยืนของผลลัพธ์ทางสุขภาพ กล่าวคือ ในปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 334 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 217 ราย (ร้อยละ 64.97) ต่อมาในปี 2568 สถานการณ์มีแนวโน้มดีขึ้น โดยมีผู้ป่วย 331 ราย ควบคุมได้ดี 222 ราย (ร้อยละ 67.07) อย่างไรก็ตาม

ข้อมูลล่าสุดในปีงบประมาณ 2569 กลับพบว่ามีผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นเป็น 339 ราย แต่กลุ่มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ลดลงเหลือเพียง 213 ราย (ร้อยละ 62.83) ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำที่สุดในรอบ 3 ปีสถิติที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในปี 2569 สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการให้บริการสาธารณสุขหรือการให้สุขศึกษาแบบเดิม (Routine health education) ที่เน้นเพียงการให้ความรู้ทั่วไป อาจไม่เพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนความเชื่อพื้นฐานของคนในชุมชน นอกจากนี้ บริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่มีความเฉพาะตัวของพื้นที่อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อที่แตกต่างออกไป เช่น การใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน หรือข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่ชนบทของไทยที่พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพมักเกิดจากความเชื่อที่ฝังรากลึกและการขาดแรงจูงใจภายใน (Khammathit et al., 2021) การเพิกเฉยต่อสถานการณ์ดังกล่าวโดยไม่ค้นหาปัจจัยต้นเหตุ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้พัฒนาไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในอนาคต

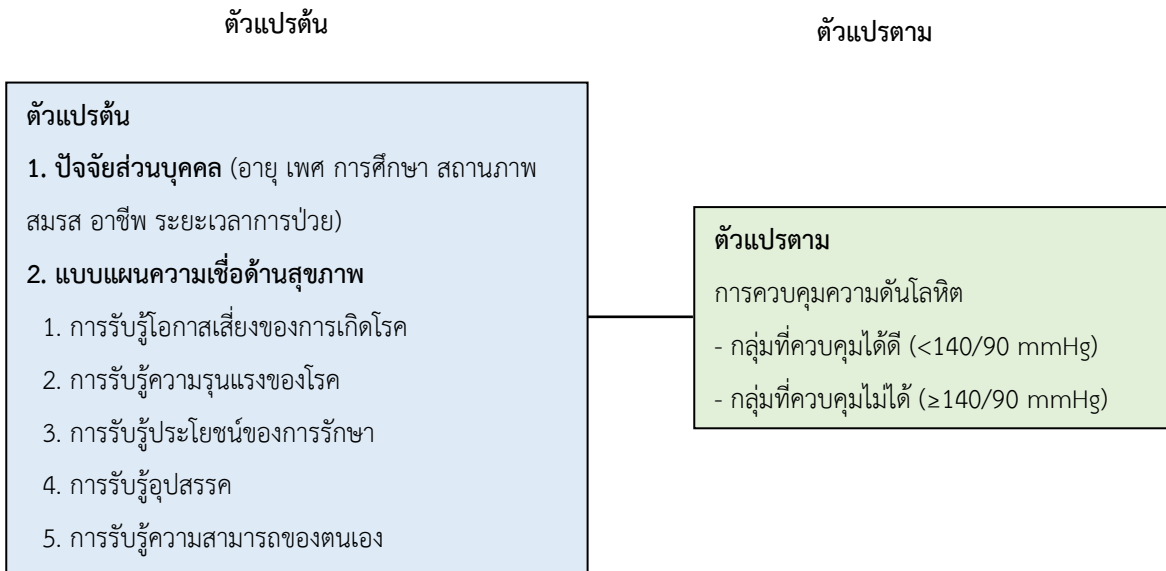
ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดัน

โลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง เพื่อมุ่งศึกษาว่าองค์ประกอบใดในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จหรือล้มเหลวในการควบคุมโรค องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้จากการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้คำปรึกษาที่จำเพาะเจาะจง (Tailored intervention) สอดคล้องกับบริบทความเชื่อของพื้นที่ เพื่อยกระดับอัตราการควบคุมความดันโลหิตให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเคา อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการในปีล่าสุดรวมทั้งสิ้น 342 คน โดยข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการ สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรจำนวน 342 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% จากการคำนวณจะได้ค่าประมาณ 181.16 ดังนั้น ต้องใช้ขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างอย่างน้อย 182 คน แต่เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและป้องกันความเสี่ยงจากกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงควรเก็บเผื่อไว้อีกอย่างน้อยร้อยละ 10 รวมขนาดตัวอย่างที่ต้องจัดเก็บจริง (Total Sample Size) จำนวน 200 คน

การกำหนดเกณฑ์สำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) ต้องเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเคามาแล้วอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) จะคัดออกหากพบภาวะความดันโลหิตสูงระดับ

วิกฤต (Systolic มากกว่า 180 mmHg หรือ Diastolic มากกว่า 110-120 mmHg) เจ็บป่วยรุนแรง มีความบกพร่องด้านการรับรู้และการสื่อสาร หรือไม่สามารถอยู่ร่วมโครงการได้จนจบ

เกณฑ์การถอนตัวจากการศึกษา (Withdrawal criteria) อาสาสมัครสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิการรักษา ทั้งนี้ ผู้วิจัยอาจพิจารณายุติการศึกษาในอาสาสมัครได้ทันทีเพื่อความปลอดภัย หากเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือประหม่นแล้วว่าอาจเกิดอันตรายต่ออาสาสมัคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ไปจนถึงระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สำหรับการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนน 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34-3.67) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00-2.33)

ส่วนตอนที่ 3 เป็นแบบบันทึกข้อมูลระดับความดันโลหิต ซึ่งดำเนินการบันทึกโดยผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่ จำนวน 2 ครั้ง โดยแปลผลออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ควบคุมได้ดี (Systolic < 140 และ Diastolic < 90

mmHg) และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ (Systolic \geq 140 หรือ Diastolic \geq 90 mmHg)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการผ่าน 2 ขั้นตอน ได้แก่ การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.69 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) รวมเท่ากับ 0.86 โดยจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง 0.82 ความรุนแรง 0.79 ประโยชน์ 0.84 อุปสรรค 0.81 และความสามารถของตนเอง 0.88

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

(2) อธิบายระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย สำหรับการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยแบ่งช่วงชั้นออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67) และระดับสูง (3.68 – 5.00)

(3) อธิบายปัจจัยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่โครงการ SCPHYLIRB-2569/099 วันที่รับรอง 26 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นความลับ และผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.50 และเพศชาย ร้อยละ 23.50 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 50.50 รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี ร้อยละ 37.50

โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 60.37 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.47 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ คู่ ร้อยละ 82.00 รองลงมาคือโสด ร้อยละ 8.00 สำหรับระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 54.00 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.00 ด้านข้อมูลทางเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.50 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 10.50 โดยมีกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 54.00 และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 46.00 ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 12,414.50 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6,435.55 สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 11.20 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.03 และเมื่อพิจารณาด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 67.00 ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมได้ มีร้อยละ 33.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	47	23.50
หญิง	153	76.50
2. อายุ		
30-40 ปี	2	1.00
41-50 ปี	22	11.00
51-60 ปี	75	37.50
60 ปีขึ้นไป	101	50.50
Mean ± S.D. (Min : Max)	60.37 ± 8.47 (37 : 78)	
3. สถานภาพสมรส		
โสด	16	8.00

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
คู่	164	82.00
หม้าย	15	7.50
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	2.50
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.50
ประถมศึกษา	108	54.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	52	26.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	28	14.00
อนุปริญญา/ปวส.	4	2.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	3.50
5. อาชีพ		
ค้าขาย	16	8.00
รับจ้าง	21	10.50
เกษตรกรกรรม	157	78.50
ธุรกิจส่วนตัว	2	1.00
อื่นๆ	4	2.00
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	92	46.00
10,000 บาทขึ้นไป	108	54.00
Mean ± S.D. (Min : Max)	12,414.50 ± 6,435.55 (1,500 : 25,000)	
7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
น้อยกว่า 10 ปี		
10 ปี ขึ้นไป		
Mean ± S.D. (Min : Max)	11.20 ± 6.03 (1 : 25)	
8. การควบคุมระดับความดันโลหิต		
ควบคุมได้	66	33.00
ควบคุมไม่ได้	134	67.00

2. ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.85, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับสูงจำนวน 3 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Mean = 4.31, S.D. = 0.65) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการ

รักษา (Mean = 4.28, S.D. = 0.54) และการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค (Mean = 3.82, S.D. = 1.09) ตามลำดับ สำหรับด้านที่อยู่ในระดับปานกลางมีจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Mean = 3.57, S.D. = 0.68) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 3.27, S.D. = 1.01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n = 200)

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	4.31	0.65	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.82	1.09	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	4.28	0.54	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	3.27	1.01	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.57	0.68	ปานกลาง
รวม	3.85	0.51	สูง

3. การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

การวิเคราะห์อย่างหยาบเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิต พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่า OR = 1.96 (95% CI: 1.07-3.56, $p = 0.028$) และกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีค่า OR = 0.39 (95% CI: 0.22-0.73,

$p = 0.003$) เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง สำหรับปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง มีค่า OR = 32.83 (95% CI: 29.29-51.19, $p < 0.001$) และกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมระดับปานกลางและระดับสูง มีค่า OR = 18.33 (95% CI: 7.09-47.39, $p < 0.001$) และ 32.27 (95% CI: 11.99-86.83, $p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
1. เพศ			
ชาย	Ref.		
หญิง	1.24	0.58-2.65	0.588
2. อายุ			
30-60 ปี	Ref.		
60 ปีขึ้นไป	1.96	1.07-3.56	0.028
3. สถานภาพสมรส			
โสด	Ref.		
คู่	0.43	0.12-1.58	0.206
หม้าย	0.64	0.12-3.47	0.600
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0.35	0.04-3.08	0.341
4. ระดับการศึกษาสูงสุด			
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	Ref.		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	0.39	0.22-0.73	0.003
5. อาชีพ			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	Ref.		
รับจ้าง/เกษตรกรกรรม/อื่นๆ	0.78	0.39-1.59	0.508
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)			
น้อยกว่า 10,000 บาท	Ref.		
10,000 บาทขึ้นไป	1.27	0.70-2.29	0.426
7. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)			
น้อยกว่า 10 ปี	Ref.		
10 ปีขึ้นไป	1.24	0.68-2.25	0.487
8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	1.59	0.19-10.19	0.521
สูง	4.56	0.44-5.19	0.316
9. การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	9.75	0.51-18.75	0.131
สูง	32.83	29.29-51.19	<0.001

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
10. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	1.33	0.09-18.19	0.829
สูง	4.62	0.41-51.99	0.216
11. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	18.33	7.09-47.39	<0.001
สูง	32.27	11.99-86.83	<0.001
12. การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
ต่ำ	Ref.		
ปานกลาง	1.52	0.32-7.20	0.596
สูง	1.57	0.33-7.49	0.568

4. การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิต พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ (OR Adjust =

10.66, 95% CI: 7.15-22.03, $p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR Adjust = 9.16, 95% CI: 0.36-23.98, $p = 0.18$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางและระดับสูง มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ โดยมีค่า OR Adjust เท่ากับ 5.17 (95% CI: 3.37-9.18, $p < 0.001$) และ 6.66 (95% CI: 4.12-11.71, $p < 0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง

ปัจจัย	OR Crude	OR Adjust	95%CI	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
ต่ำ	Ref.	Ref.		
ปานกลาง	9.75	9.16	0.36-23.98	0.180
สูง	32.83	10.66	7.15-22.03	<0.001

ปัจจัย	OR Crude	OR Adjust	95%CI	p-value
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม				
ต่ำ	Ref.	Ref.		
ปานกลาง	18.33	5.17	3.37-9.18	<0.001
สูง	32.27	6.66	4.12-11.71	<0.001

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.85, S.D. = 0.51) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับสูงถึง 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.31) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Mean = 4.28) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mean = 3.82) ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการให้สุขศึกษาในระดับปฐมภูมิประสบความสำเร็จในการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบของโรค NCDs ตลอดจนมองเห็นข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทยานนเลาพล (2567) ที่พบว่าการศึกษาที่ใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการรับรู้เชิงบวกเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญที่สร้างแรงจูงใจให้เกิดความตั้งใจในการดูแลสุขภาพ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเพิ่มเติม กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Mean = 3.57) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Mean = 3.27) กลับอยู่ในระดับปานกลาง การที่ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคน้อยที่สุดสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยจะมีความรู้รอบด้านเกี่ยวกับ

โรค แต่ในบริบทการใช้ชีวิตจริง ผู้ป่วยยังคงเผชิญกับข้อจำกัด (เช่น ความยากลำบากในการปรับตัวเพื่อรับประทานอาหารลดโซเดียม หรือข้อจำกัดด้านเวลา) ส่งผลให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับโรคให้สำเร็จลุล่วงยังไม่สูงเท่าที่ควร ข้อค้นพบในประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฬาศึกษาญจน์ใหม่แย้ม และคณะ (2566) ที่ระบุว่าอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยขาดความมั่นใจหรือรู้สึกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นยากเกินไป โอกาสที่จะล้มเหลวในการควบคุมโรคย่อมสูงขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของ มงคล การุณงามพรรณ และคณะ (2565) ยังช่วยสนับสนุนแนวคิดนี้ว่า การลดอุปสรรคและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญต่อการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

จากการวิเคราะห์หตุตัวแปรเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา จังหวัดตรัง พบว่ามีตัวแปรที่สามารถทำนายผลการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้ ปัจจัยแรก การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่าง

ชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ (OR Adjust = 10.66, 95% CI: 7.15-22.03, $p < 0.001$) ผลการศึกษานี้อธิบายได้ตามหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า เมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความร้ายแรงและผลกระทบที่ตามมาของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น การเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง หรือภาวะไตวาย จะเกิดเป็นแรงจูงใจภายในที่ผลักดันให้เกิดความตื่นตัวในการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชื่นกมล สิริขันธ์ (2565) ที่ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอันตรายของโรคอย่างถ่องแท้จะมีความร่วมมือในการรักษาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่มองข้ามความรุนแรง ปัจจัยที่สอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางและระดับสูง มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ (OR Adjust = 5.17, $p < 0.001$ และ 6.66, $p < 0.001$ ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่าในบริบทการใช้ชีวิตจริงของผู้ป่วย แม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเป็นอย่างดี แต่อุปสรรคต่าง ๆ เช่น ความไม่สะดวกในการจัดเตรียมอาหารลดโซเดียม ข้อจำกัดด้านเวลาในการออกกำลังกาย หรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนความเคยชินเดิม ยังคงเป็นปัจจัยขัดขวางที่ทรงอิทธิพลอย่างมากต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในชุมชน (วารสารศุนยอนามัยที่ 9, 2567) ที่ยืนยันว่า การรับรู้และจัดการกับอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณอุปสรรคนั้นยาก

เกินกว่าจะก้าวผ่าน การควบคุมโรคในระยะยาวก็จะล้มเหลว

สรุปได้ว่า ความสำเร็จในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการทั้งสองมิติเข้าด้วยกัน กล่าวคือ การปฏิบัติงานสาธารณสุขของ รพ.สต. ในระยะต่อไป ต้องมุ่งเน้นการให้สุขศึกษาที่ย้ำถึงความรุนแรงของโรคเพื่อสร้างความตระหนัก ควบคู่ไปกับการเข้าไปมีส่วนร่วมค้นหาและแก้ไขอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย การออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยลดอุปสรรคและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน จะเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การปรับปรุงแบบการให้สุขศึกษาเพื่อเพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเตา ควรปรับปรุงหลักสูตรการให้สุขศึกษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยเปลี่ยนจากการให้ความรู้พื้นฐานแบบบรรยายทางเดียว มาเป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นย้ำให้เห็นภาพผลกระทบที่รุนแรงและอันตรายของภาวะแทรกซ้อน (เช่น ภาวะไตวายที่ต้องฟอกเลือด หรือความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง) โดยอาจใช้สื่อภาพเคลื่อนไหว หรือการบอกเล่าประสบการณ์จากกรณีศึกษาจริงในชุมชน (Case study) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความร้ายแรงของโรค เกิดแรงจูงใจภายใน และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเคร่งครัดมากยิ่งขึ้น

2. การจัดบริการให้คำปรึกษาแบบจำเพาะเจาะจงเพื่อลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยขัดขวางที่สำคัญที่สุด บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรเพิ่มบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) แบบ

รายบุคคล โดยร่วมกับผู้ป่วยในการวิเคราะห์ข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาการจัดหาวัตถุดิบทำอาหารลดโซเดียม ข้อจำกัดด้านเวลาในการออกกำลังกาย หรือผลกระทบจากการประกอบอาชีพ จากนั้นจึงร่วมกันวางแผนหาทางออกที่สามารถปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล (Tailored intervention) ซึ่งกระบวนการนี้จะช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การสร้างกลไกสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายในระดับชุมชน ควรมีการบูรณาการความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบล และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อสร้างกลไกสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับหมู่บ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดัดแปลงอาหารพื้นถิ่นสูตรลดเค็ม การส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายร่วมกันในชุมชน รวมถึงการจัดระบบให้ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อวัดความดันโลหิตและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถรักษานियในการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2566*. กรมควบคุมโรค.
- เกวรินทร์ สีสด, จินตนา แว้ชรสินธุ์, และ ปิยะมาศ กล้าเอม. (2567). ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(3), 882–895.
- จุฬาศิกาญจน์ ใหม่แย้ม, ธวัชรัตน์ ศิริธรรม, จรินทร์ทิพย์ บุญชุต, และ อรชนก ชูเอียด. (2566). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข*, 1(3), 16–27.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนางานวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่เน้นการจัดการอุปสรรครายบุคคลควบคู่กับการกระตุ้นความตระหนักในความรุนแรงของโรค เพื่อยกระดับการควบคุมความดันโลหิตให้เห็นผลเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังอุปสรรคในการดูแลตนเองของคนในพื้นที่

สำหรับการขยายขอบเขตการศึกษา ควรเพิ่มตัวแปรด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รวมถึงขยายพื้นที่ศึกษาไปยังบริบทอื่นเพื่อเปรียบเทียบผลและนำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้นต่อไป

■ ■ ■
ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(2), 46–60.

นันทยา นนเลาพล. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพนสนวรรค์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(4), 575–584.

มงคล การุณงามพรรณ, อัชฌา ชื่นบุญ, และ ศรัญญา พงศ์ประเสริฐสิน. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 8(1), 104–120.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324–473.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

Khammathit, A., Duangpaeng, S., & Kotnara, I. (2021). Factors predicting self-care behaviors among patients with uncontrolled essential hypertension in rural areas of Northeast Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(3), 393–402.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.

Simkhada, R., Acharya, B., & Shrestha, B. (2020). Health belief model and medication adherence in hypertension: A systematic review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2530–2545.

World Health Organization. (2023). *Global report on hypertension: The race against a silent killer*. World Health Organization.

Yue, P., Hu, C., Wang, Y., & Wu, Y. (2021). Health belief model-based evaluation of the factors associated with hypertension control behaviors in community residents. *Annals of Palliative Medicine*, 10(2), 1696–1704.