

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Influencing Disease Prevention Behaviors Among High-Risk Groups
for Hypertension in Chulabhorn District, Nakhon Si Thammarat Province

ไชยยุทธ มะเกลี้ยง

Chaiyut Makliang

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะอวด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: August 3, 2026; Revised: August 26, 2026; Accepted: September 7, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งวิเคราะห์อิทธิพลของแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรกลุ่มเสี่ยง 474 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แรงจูงใจในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบ Enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.79 อายุเฉลี่ย 53.27 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.77 และมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.21 แรงจูงใจในการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 89.25 มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 คะแนน แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.78 มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 คะแนน และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.93 มีคะแนนเฉลี่ย 3.05 คะแนน ผลการวิเคราะห์ถดถอยพบว่าแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถรวมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 24.10 ($R^2 = 0.241$, $p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงที่สุด (Beta = 0.344, $p < 0.001$) รองลงมาคือแรงจูงใจ (Beta = 0.231, $p = 0.001$) ผลการศึกษาสะท้อนว่าควรส่งเสริมแรงจูงใจควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว อสม. และบุคลากรสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the levels of motivation, social support, and hypertension prevention behaviors and to analyze the influence of motivation and social support on preventive behaviors among individuals at high risk for hypertension in Chulabhorn District, Nakhon Si Thammarat Province. A total of 214 participants were selected by simple random sampling from a population of 474 individuals identified as being at high risk for hypertension. Data were collected using a four-part questionnaire comprising personal characteristics, motivation for hypertension prevention, social support, and hypertension prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis with the Enter method. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that most participants were female (88.79%), with a mean age of 53.27 years. Most were engaged in agriculture (74.77%), and 54.21% had a first-degree relative with hypertension. Motivation for hypertension prevention was predominantly at a high level (89.25%), with a mean score of 4.19. Social support was also predominantly at a high level (81.78%), with a mean score of 4.19. Hypertension prevention behaviors were at a high level in 50.93% of participants, with a mean score of 3.05. Multiple regression analysis revealed that motivation and social support jointly and significantly predicted hypertension prevention behaviors, accounting for 24.10% of the variance ($R^2 = 0.241$, $p < 0.001$). Social support was the strongest predictor ($\beta = 0.344$, $p < 0.001$), followed by motivation ($\beta = 0.231$, $p = 0.001$). These findings suggest that interventions aimed at strengthening motivation should be implemented alongside support from family members, village health volunteers, and healthcare personnel to promote appropriate hypertension prevention behaviors among high-risk individuals within the local context.

Keywords: Individuals at High Risk for Hypertension, Social Support, Hypertension Prevention Behaviors

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวนมากไม่แสดงอาการ ทำให้โรคสามารถดำเนินต่อไปโดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว จึงมักถูกเรียกว่า ฆาตรกรเงียบ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2024 มีประชากรอายุ 30–79 ปีทั่วโลกประมาณ 1.4 พันล้านคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่มีเพียงประมาณร้อยละ 23 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปัญหาดังกล่าวจึงยังเป็นภาระสำคัญต่อระบบสุขภาพทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2025)

ประเทศไทยเผชิญปัญหาในทิศทางเดียวกัน โดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน ขณะที่ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาประมาณ 7.4 ล้านคน และในจำนวนผู้ได้รับการรักษายังมีประมาณ 3.5 ล้านคนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (กรมควบคุมโรค, 2568) สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การค้นหาผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติและการป้องกันไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยรายใหม่เป็นมาตรการที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารเค็มและไขมันสูง การรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น การควบคุมน้ำหนัก การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่ ลดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการ

ความเครียด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567; WHO, 2025) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 ยังให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิต 130–139/80–89 มิลลิเมตรปรอท โดยจัดเป็นกลุ่ม BP at risk ซึ่งควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่โรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตัดสินใจป้องกันโรคยังเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ตลอดจนความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันจะให้ผลดีและตนเองสามารถปฏิบัติได้จริง หลักฐานในประเทศไทยสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว โดย จุฬามาศ แก้วจันดี, พัทธราภรณ์ ไกรนรา, วีระชน หวังสวัสดิ์ และนิชชนันท์ บุญสุข (2566) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดแรงจูงใจ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ ธนญญ์ณภัสร์ ไชยมงคล และสรวิศ บุญญฐิ (2567) ที่พบว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองและช่วยให้ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงดีขึ้น

หลักฐานจากต่างประเทศให้ผลในทิศทางเดียวกัน Tan et al. (2022) ศึกษาประชาชนที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศมาเลเซีย พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.217, p < 0.001$) ขณะเดียวกันการ

รับรู้อุปสรรคเป็นอีกปัจจัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นผลจากทั้งแรงผลักดันภายในบุคคลและเงื่อนไขที่เอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

นอกจากแรงจูงใจแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยที่มีบทบาทต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการลดเค็ม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการตรวจติดตามความดันโลหิตเป็นพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การได้รับกำลังใจ คำแนะนำ ข้อมูล การกระตุ้นเตือน หรือความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข จึงอาจช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ Boonyathee et al. (2021) ศึกษาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบทของประเทศไทย พบว่าโปรแกรมที่ส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวช่วยเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งทำให้ระดับความดันโลหิตดีขึ้น ขณะที่ Phuchongchai et al. (2024) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อน และสื่อ สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 54.2

เมื่อพิจารณาในบริบทจังหวัดนครศรีธรรมราช พบหลักฐานที่สนับสนุนความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโดยตรง แรมจันทร์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชินจิตร โพธิ์พิพัสสุข (2566) ศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ

ตนเอง ทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ภัทราวดี จิตรวิบูลย์ (2568) ศึกษากลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปในอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง ที่สำคัญงานของ สุธัชชัย ชัยสิทธิ์ (2568) ซึ่งศึกษาประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 184 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติ และการมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีส่วนในการพยากรณ์พฤติกรรม โดยแบบจำลองอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 16.0 ผลดังกล่าวสะท้อนว่า แม้พื้นที่จะมีระบบสนับสนุนทางสุขภาพอยู่แล้ว แต่การเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาให้ลึกลงไป โดยเฉพาะตัวแปรด้านจิตใจและสังคมที่อาจแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละอำเภอ

สำหรับ อำเภอ จุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อมูลจากระบบ Health Data Center ที่ผู้วิจัยรวบรวมพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2567–2569 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4,106 คน เป็น 4,206 คน และ 4,273 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 167.85, 174.23 และ 177.86 ต่อประชากร 1,000 คน ส่วนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 236, 482 และ 474 คน ตามลำดับ (Health Data Center จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2569) แม้จำนวนกลุ่มเสี่ยงในปี 2569 จะลดลงเล็กน้อยจากปี 2568 แต่ยังสูงกว่าปี 2567 ประมาณสองเท่า และเมื่อพิจารณาร่วมกับจำนวนผู้ป่วย

ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าการป้องกันการเปลี่ยนผ่านจากกลุ่มเสี่ยงไปสู่กลุ่มป่วยยังเป็นประเด็นสำคัญของพื้นที่

บริบทของอำเภอจุฬาภรณ์ จึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจว่า เหตุใดประชาชนที่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงจึงสามารถหรือไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะแรงจูงใจที่เป็นแรงผลักดันภายในบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถนำไปพัฒนาเป็นกิจกรรมหรือมาตรการในระดับปฐมภูมิได้ จากการทบทวนงานวิจัยยังพบว่าการศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่เน้นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือศึกษาปัจจัยหลายด้านโดยรวม ขณะที่หลักฐานที่มุ่งวิเคราะห์น้ำหนักของ แรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงของอำเภอจุฬาภรณ์โดยเฉพาะยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรม การติดตามกลุ่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนดให้ แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

เสี่ยง และการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของประชาชนในพื้นที่ อันจะช่วยลดโอกาสการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

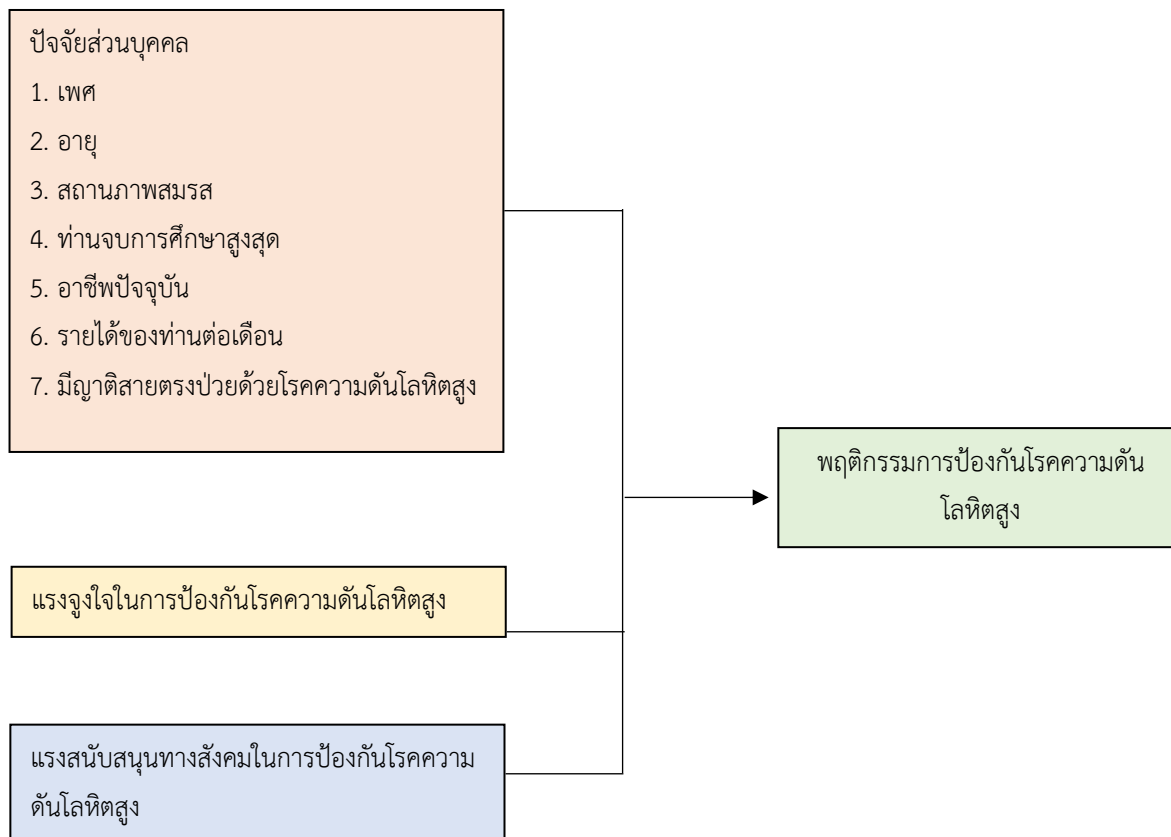
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช



ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งวิเคราะห์อิทธิพลของแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2569

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2569 จำนวน 474 คน

กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่ม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 สำหรับประชากรประมาณ 480 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 214 คน ซึ่งครอบคลุมขนาดประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ โดยกำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ประชากรแต่ละราย และสุ่มรายชื่อโดยไม่ใส่คืน จนครบจำนวน 214 คน เพื่อให้ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีโอกาสได้รับการคัดเลือกอย่างเท่าเทียมกัน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2569 2) อาศัยอยู่ในอำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถอ่านเขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระหว่างดำเนินการวิจัย 2) ไม่สามารถอยู่ในพื้นที่ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย และ 4) ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนในส่วนสำคัญที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งอธิบายการตัดสินใจป้องกันภัยสุขภาพผ่านการประเมินภัยคุกคามและความสามารถในการจัดการกับภัยนั้น (Rogers, 1983) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่ครอบคลุมการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินค่า และการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงสุดถึงการมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสูง แปรผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00–2.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย 2.34–3.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.68–5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับเลย ได้รับน้อย ได้รับปานกลาง ได้รับมาก และได้รับมากที่สุด ให้คะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนนตามลำดับ คะแนนสูงหมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก แปรผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00–2.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย 2.34–3.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.68–5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการสุขภาพและความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 1–4 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1 ข้อ 13 และข้อ 14 ทำการกลับคะแนนก่อนคำนวณคะแนนรวม เพื่อให้คะแนนสูงในทุกข้อมีความหมายไปในทิศทางเดียวกัน คือมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมมากขึ้น แปรผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00–2.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

- 2.01–3.00 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง และ
3.01–4.00 คะแนน หมายถึงระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ และตัวแปรที่ศึกษา รวมทั้งความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแบบสอบถามก่อนนำไปทดลองใช้

จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถามและความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ก่อนปรับปรุงเป็นแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

ภายหลังเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยตรวจสอบความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายหลังกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบแล้วมีค่าเท่ากับ 0.78 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ถึงดีมาก

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุฬาภรณ์และ

หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและจัดเตรียมบัญชีรายชื่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายตามจำนวนที่กำหนด

ผู้วิจัยประสานกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มผ่านหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยใช้ อสม. หรือบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ช่วยประสานการติดต่อเท่านั้น และไม่ให้บุคคลดังกล่าวมีส่วนในการตัดสินใจแทนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยง สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล ก่อนขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในสถานที่ที่เหมาะสมและมีความเป็นส่วนตัว หลังตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลโดยไม่ขึ้นให้เปลี่ยนคำตอบ จากนั้นลงรหัสโดยใช้หมายเลขแทนชื่อและนามสกุล และจัดเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์แยกจากข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ลงรหัส และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ตามระดับการวัดของตัวแปร ส่วนคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด พร้อมจัดระดับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

วิเคราะห์อิทธิพลของแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) แบบ Enter โดยใช้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวแปรตาม และใช้คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรพยากรณ์

ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ได้แก่ ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปร ความเป็นปกติของค่าคลาดเคลื่อน ความแปรปรวนคงที่ของค่าคลาดเคลื่อน ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน ปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุระหว่างตัวแปรอิสระ และข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อสมการ โดยพิจารณาจากกราฟค่าคลาดเคลื่อน ค่า Durbin-Watson ค่า Tolerance ค่า Variance Inflation Factor (VIF) และ Cook's Distance ก่อนนำผลการวิเคราะห์ไปแปลความหมาย

รายงานผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SEb) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) ค่า t ค่า p-value ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) ค่า Adjusted R^2 และค่า F โดยตีความผลในลักษณะของความสามารถในการพยากรณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ NSTPH 98/2569 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วน และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือการได้รับบริการสุขภาพ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.79 มีอายุระหว่าง 50–59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.93 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.27 ปี (SD = 8.79) อายุอยู่ระหว่าง 29–78 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 78.04 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 55.61 และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 74.77

ด้านเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 39.25 รองลงมาคือ 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 36.45 สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งมี



ญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ

54.21 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 214)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	11.21
หญิง	190	88.79
อายุ (ปี)		
≤ 39 ปี	12	5.61
40-49 ปี	58	27.10
50-59 ปี	94	43.93
60-69 ปี	44	20.56
≥ 70 ปี	6	2.80
Mean = 53.27, SD = 8.79, Min = 29, Max = 78		
สถานภาพสมรส		
โสด	14	6.54
คู่	167	78.04
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	33	15.42
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.93
ประถมศึกษา	15	7.01
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	12.62
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	119	55.61
อนุปริญญา/ปวส.	21	9.81
ปริญญาตรีขึ้นไป	30	14.02
อาชีพปัจจุบัน		
ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	4	1.87
ค้าขาย	14	6.54
รับจ้าง	18	8.41
เกษตรกร	160	74.77
ธุรกิจส่วนตัว	9	4.21
อื่น ๆ	9	4.21
รายได้ต่อเดือน		
0-5,000 บาท	84	39.25

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5,001–10,000 บาท	78	36.45
10,001–15,000 บาท	37	17.29
15,001–20,000 บาท	7	3.27
มากกว่า 20,000 บาท	8	3.74
มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	98	45.79
มี	116	54.21

2. ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 89.25 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 10.28 และอยู่ในระดับน้อยเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.47 โดยมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจโดยรวมเท่ากับ 4.19 (SD = 0.50) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 214)

ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	1	0.47
ระดับปานกลาง	22	10.28
ระดับมาก	191	89.25
รวม	214	100.00

Mean = 4.19, SD = 0.50, Min = 1.90, Max = 5.00

3. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 81.78 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 17.29 และอยู่ในระดับน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.93 โดยมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 4.19 (SD = 0.58) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 214)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	2	0.93
ระดับปานกลาง	37	17.29
ระดับมาก	175	81.78
รวม	214	100.00

Mean = 4.19, SD = 0.58, Min = 2.00, Max = 5.00

4. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากมากที่สุด จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 50.93 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 และอยู่ในระดับน้อยเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.47 โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมเท่ากับ 3.05 (SD = 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 214)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	1	0.47
ระดับปานกลาง	104	48.60
ระดับมาก	109	50.93
รวม	214	100.00

Mean = 3.05, SD = 0.41, Min = 2.00, Max = 4.00

5. อิทธิพลของแรงงูใจและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

แรงงูใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบบจำลองมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.490 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 24.10 ($R^2 = 0.241$) เมื่อปรับตามจำนวนตัวแปรพยากรณ์แล้วมีค่า Adjusted R^2 เท่ากับ 0.233 หรือสามารถอธิบายความแปรปรวนได้

ร้อยละ 23.30 ทั้งนี้ แบบจำลองโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 33.423$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาตัวแปรพยากรณ์เป็นรายตัว พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = 0.240$, $Beta = 0.344$, $t = 5.177$, $p < 0.001$) และเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงที่สุด หมายความว่า เมื่อคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมแรงงูใจให้คงที่ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 0.240 หน่วย

ในขณะที่แรงงูใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคได้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($b = 0.186$, $Beta = 0.231$, $t = 3.474$, $p = 0.001$) กล่าวคือ เมื่อคะแนนแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมแรงสนับสนุนทางสังคมให้คงที่ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 0.186 หน่วย

เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = 0.344$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าแรงจูงใจ ($Beta = 0.231$) โดยตัวแปรทั้งสองมีทิศทางความสัมพันธ์เชิงบวก แสดงว่าเมื่อ

กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้เป็น $Y_i = 1.258 + 0.186(\text{แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง}) + 0.240(\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$ และสมการในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น $Z_y = 0.231Z(\text{แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง}) + 0.344Z(\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ($n = 214$)

ตัวแปร	b	SE _b	Beta	t	p-value
แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	0.186	0.054	0.231	3.474	0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.240	0.046	0.344	5.177	<0.001

ค่าคงที่ = 1.258 ; SE_b = 0.226

$R = 0.490$; $R^2 = 0.241$; Adjusted $R^2 = 0.233$; $F = 33.423$; $p\text{-value} < 0.001$

โดยสามารถสร้างเป็นสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y_i = 1.258 + 0.186(\text{แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง}) + 0.240(\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = 0.231Z(\text{แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง}) + 0.344Z(\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนลักษณะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอจุฬาภรณ์ที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 53.27 ปี และประกอบอาชีพเกษตรกรรมถึงร้อยละ 74.77 ขณะที่ประมาณสามในสี่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน และมากกว่าครึ่งมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการป้องกันโรคในพื้นที่ควรคำนึงถึงวิถีชีวิตของประชาชนวัยกลางคนที่ทำงานภาคเกษตร ซึ่งรูปแบบการทำงาน เวลาในการประกอบ

อาชีพ รายได้ และรูปแบบการบริโภคของครอบครัวอาจเป็นเงื่อนไขต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ งานที่มีบริบทใกล้เคียงกันของ เกสรสวรรค์ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์ (2564) ซึ่งศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าโปรแกรมที่เน้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเองสามารถลดระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการปรับพฤติกรรมที่

สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นได้

ด้านแรงจูงใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.25 มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ผ่านการคัดกรองและรับรู้แล้วว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ประกอบกับร้อยละ 54.21 มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จึงอาจทำให้โรคเป็นเรื่องใกล้ตัวและกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ผลนี้สอดคล้องกับจุฬามาต แก้วจันดี, พัทธราภรณ์ ไกรนรา, วีระชน หวังสวัสดิ์ และนิชนันท์ บุญสุข (2566) ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดแรงจูงใจ กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ ธนัญณาสสร ไซมมกมล และสรวิศ บุญญฐี (2567) ที่พบว่าโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง ข้อค้นพบดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานต่างประเทศของ Tan et al. (2022) ในประชาชนที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ประเทศมาเลเซีย ซึ่งพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.217, p < 0.001$) แสดงว่าเมื่อบุคคลให้ความสำคัญกับสุขภาพและเห็นความจำเป็นของการป้องกันโรค จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามงานดังกล่าวยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากกว่าแรงจูงใจ โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านเวลา ทางเลือกของอาหาร และการออกกำลังกาย จึงเป็นประเด็นที่ควรคำนึงถึงเมื่อประยุกต์ผลการศึกษา

กับประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมในอำเภอจุฬาภรณ์ด้วย

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.78 มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับมากสะท้อนว่าแรงช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและบุคลากรสุขภาพอาจมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ที่ประชาชนส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ถึงร้อยละ 78.04 ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมได้ ผลนี้สอดคล้องกับ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ภคพร กลิ่นหอม และจินตติพา ศิริกุลวิวัฒน์ (2566) ซึ่งพัฒนารูปแบบที่ผสมผสานความรอบรู้ด้านสุขภาพกับแรงสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้พรทิพย์ ทยานันท์, จิตรพรรณ ภูษาภักดีภาพ และอติวิชญ์ เข้มทอง (2566) พบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง ($r = 0.59$) มากกว่าปัจจัยนำและปัจจัยเอื้อหลายด้าน หลักฐานจากต่างประเทศสนับสนุนบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกัน โดย Thuy et al. (2021) พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลอารมณ์ และการช่วยเหลือในทางปฏิบัติจากเครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตและการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ขณะที่ Harding et al. (2022) จากการศึกษาติดตามระยะยาวพบว่า ผู้ที่ได้รับ functional social support ในระดับสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนต่ำ ($IRR = 0.64, 95\% \text{ CI } 0.41-0.97$) และ Boonyathee et al. (2021) ซึ่งศึกษาในชุมชนชนบทของประเทศไทย พบว่าการพัฒนาผู้ดูแลในครอบครัวให้เป็นแหล่งแรงสนับสนุน



ช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงดีขึ้น แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมากเพียงร้อยละ 50.93 ขณะที่ร้อยละ 48.60 ยังอยู่ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการมีแรงจูงใจ และการได้รับแรงสนับสนุน ยังไม่จำเป็นต้องนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในทุกพฤติกรรม เพราะการนำไปปฏิบัติจริงยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขชีวิตและสิ่งแวดล้อม สำหรับอำเภอจุฬาภรณ์ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การจัดกิจกรรมป้องกันโรคจึงควรออกแบบให้เข้ากับเวลาทำงานและวิถีชีวิต เช่น การติดตามในชุมชน การให้สมาชิกครอบครัวร่วมกำหนดเป้าหมาย การลดเค็มจากอาหารที่รับประทานจริงในครัวเรือน และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สามารถทำร่วมกับชีวิตประจำวัน มากกว่าการจัดกิจกรรมที่แยกออกจากวิถีชีวิตปกติ งานของ Tan et al. (2022) สนับสนุนประเด็นนี้ โดยพบว่าแม้ประชาชนจะเข้าใจประโยชน์ของการป้องกันโรค แต่พฤติกรรมลดเค็ม การออกกำลังกาย และการตรวจความดันยังทำได้ไม่สม่ำเสมอเนื่องจากอุปสรรคในชีวิตประจำวัน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ พบว่าแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีน้ำหนักในการพยากรณ์มากที่สุด ($Beta = 0.344, p < 0.001$) รองลงมาคือแรงจูงใจ ($Beta = 0.231, p = 0.001$) ผลนี้ชี้ให้เห็นว่า ในกลุ่มเสี่ยงของอำเภอจุฬาภรณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรดำเนินการทั้งระดับบุคคลและระดับครอบครัวหรือชุมชนพร้อมกัน กล่าวคือ การสร้างความตระหนักและความตั้งใจในการป้องกันโรคควรควบคู่กับการมีผู้สนับสนุนที่ช่วยกระตุ้นเตือน ให้ข้อมูล ให้กำลังใจ และ

ติดตามการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ภคพร กลิ่นหอม และจินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์ (2566) และหลักฐานจาก Boonyathee et al. (2021) ที่แสดงให้เห็นว่าการตั้งครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านความดันโลหิตได้ ดังนั้น ในทางปฏิบัติ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อาจใช้ครอบครัว อสม. และบุคลากรสุขภาพเป็นกลไกสนับสนุนการปรับพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ที่ยังมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตาม แบบจำลองในการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 24.10 เท่านั้น แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกประมาณสามในสี่ที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลอง ผลดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าแรงจูงใจและแรงสนับสนุนไม่มีความสำคัญ แต่สะท้อนว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่มีหลายปัจจัยร่วมกัน งานของ พรทิพย์ ทยานันท์, จิตรพรรณ ภูษาภักดิ์ภพ และอดิวิษญ์ เข้มทอง (2566) พบว่าพฤติกรรมเกี่ยวข้องทั้งกับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ขณะที่ Tan et al. (2022) ใช้ตัวแปรด้านความเชื่อและพฤติกรรมหลายองค์ประกอบและสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.70 ดังนั้น ค่า R^2 ที่ได้ในการศึกษานี้อาจเกิดจากการเลือกตัวแปรพยากรณ์เพียงสองด้าน การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปร เช่น การรับรู้อุปสรรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือวิถีชีวิต เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมในบริบทพื้นที่ได้ครอบคลุมขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพในอำเภอจุฬาภรณ์ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้กลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงโอกาสเกิดโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคู่กับการตั้งเป้าหมายสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

2. ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัว อสม. และบุคลากรสาธารณสุขให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนกลุ่มเสี่ยง ทั้งด้านการให้ข้อมูล การให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้

3. ควรออกแบบกิจกรรมป้องกันโรคให้สอดคล้องกับบริบทของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้ไม่สูง เช่น การจัดกิจกรรมในช่วงเวลาที่เหมาะสม การส่งเสริมเมนูลดเค็มที่ใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น และการสนับสนุนกิจกรรมทางกายที่สามารถทำได้ร่วมกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้

อ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2568). *วัดความดันอย่างไร สูงเกินไปคุณให้ดี ช่วยยืดชีวิตให้ยืนยาว: 17 พฤษภาคม วันความดันโลหิตสูงโลก*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?deptcode=odpc9&news=52659>
- เกสรารวรรณ ประดับพจน์, และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาจุฬานาครทรรณ*, 8(5), 148–161.
- จุฑามาศ แก้วจันดี, พัทธภรณ์ ไกรนรา, วีระชน หวังสวัสดิ์, และนิชนันท์ บุญสุข. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารสาธารณสุขลำนาวา*, 19(1), 11–25.

4. ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยจัดระบบติดตามรายบุคคลหรือรายครัวเรือน ใช้ข้อมูลจากการคัดกรองเพื่อกำหนดแผนปรับพฤติกรรมเฉพาะบุคคล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือวิถีชีวิต เพื่อเพิ่มความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมให้ครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรพัฒนาการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง โดยนำแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมมาออกแบบเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยง และติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและระดับความดันโลหิตอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

ธนัญญ์ภัสสร ไซยมงคล, และสรวิศ บุญญฐี. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 20(2), 74–87.

ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ภคพร กลิ่นหอม, และจินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(4), 91–106.

พรทิพย์ ทยานันท์, จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ, และอติวิทย์ เข้มทอง. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 45–59.

ภัทราวดี จิตวิบูลย์. (2568). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข*, 3(1), 60–76.

แรมจันทร์ ทรงทอง, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชื่นจิตร โพธิศัพทสุข. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 16(2), 69–85.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567*. ทรिक์ อินค์. <https://fakthahospital.moph.go.th/images/PDF/PCT/Guideline%20HT%202024.pdf>

สุรัชย์ ชัยสิทธิ์. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีความเสี่ยงอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารบัณฑิตศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต*, 2(2), 49–65.

Boonyathee, S., Seangpraw, K., Ong-Artborirak, P., Auttama, N., Tonchay, P., Kantow, S., Bootsikeaw, S., Choowanthanapakorn, M., Panta, P., & Dokpuang, D. (2021). Effects of a social support family caregiver training program on changing blood pressure and lipid levels among elderly at risk of hypertension in a northern Thai community. *PLOS ONE*, 16(11), e0259697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259697>

Harding, B. N., Hawley, C. N., Kalinowski, J., Sims, M., Muntner, P., Young, B. A., Heckbert, S. R., & Floyd, J. S. (2022). Relationship between social support and incident hypertension in the Jackson Heart Study: A cohort study. *BMJ Open*, 12(3), e054812. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054812>

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>



- Phuchongchai, T., Glangkarn, S., & Namyota, C. (2024). Factors affecting stroke prevention behavior in elderly people with high blood pressure. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 431. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1925_23
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–176). Guilford Press.
- Tan, P. P. S., Sandhu, R. S., Zain, S. M., Hall, D., Tan, N. C., Lim, H. M., Daud, F., & Pung, Y.-F. (2022). Health motivations and perceived barriers are determinants of self-care behaviour for the prevention of hypertension in a Malaysian community. *PLOS ONE*, 17(12), e0278761. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278761>
- Thuy, L. Q., Thanh, N. H., Trung, L. H., Tan, P. H., Nam, H. T. P., Diep, P. T., An, T. T. H., San, B. V., Ngoc, T. N., & Toan, N. V. (2021). Blood pressure control and associations with social support among hypertensive outpatients in a developing country. *BioMed Research International*, 2021, 7420985. <https://doi.org/10.1155/2021/7420985>
- World Health Organization. (2025). *Global report on hypertension 2025: High stakes: Turning evidence into action*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569>