ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช*

อยุทธ์ ระห่างภัย**, ทัศพร ชูศักดิ์***[1], ขนิษฐา นาคเกลี้ยง****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 35–59 ปี ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติ จำนวน 209 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง 5 ด้าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า IOC 0.60–1.00 แบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .740 ส่วนแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายด้านระหว่าง .871–.963 และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่า .895 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบหลายขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 59.81) ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง 5 ด้าน ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคที่อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 3.29, SD = 0.45) เมื่อแปลงตัวแปรเชิงกลุ่มเป็นตัวแปรหุ่นแล้ว การวิเคราะห์ถดถอยพบตัวแปรพยากรณ์เข้าสมการ 6 ตัว จากตัวแปรตั้งต้น 5 ตัวแปรต้นทั้งหมด ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 48.82 (Adjusted R^2 = .488, F = 34.073, p < .001) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลมากที่สุด (β = .571) รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และอาชีพอื่นๆ ตามลำดับ จากผลการวิจัยหน่วยบริการสาธารณสุข ควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มเสี่ยง สื่อสารโดยเน้นประโยชน์ของการป้องกันโรคมากกว่าการเน้นความเสี่ยง และให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวซึ่งมีพฤติกรรมต่ำกว่ากลุ่มเกษตรกรรม ทั้งนี้ยังเหลือความแปรปรวนอีกร้อยละ 51.18 ที่ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมในอนาคต เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง

---

* เป็นส่วนหนึ่งของดุษฎีนิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

** นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

*** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

**** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

***[1] Corresponding author, email: thassaporn@vru.ac.th, Tel. 0812818432

Received : May 13, 2026; **Revised** : July 3, 2026; **Accepted** : July 7, 2026

Factors Influencing Self-Care Behavior among Hypertension Risk Group in Nakhon Si Thammarat Province*

Ayut Rahangphai**, Thassaporn Chusak***[1], Kanittha Nakkliang****

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to 1) examine the levels of hypertension knowledge, health beliefs, and self-care behavior, and 2) identify the factors influencing self-care behavior among the hypertension risk group in Nakhon Si Thammarat Province. The sample comprised 209 individuals aged 35–59 years with high-normal blood pressure, selected by multistage random sampling. A four-section questionnaire assessed personal characteristics, hypertension knowledge, health beliefs (six Health Belief Model dimensions), and self-care behavior (five dimensions). Five experts checked content validity (IOC = 0.60–1.00). The knowledge scale's reliability, estimated with KR-20, was .740. Cronbach's alpha coefficients ranged from .871 to .963 across the six health belief dimensions and was .895 for the self-care behavior scale. Data analysis used descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

The research result revealed that most participants had high knowledge (59.81%); five health belief dimensions were high except perceived barriers, which were moderate; and overall self-care behavior was good (M = 3.29, SD = 0.45). After categorical variables were converted into dummy variables, the stepwise regression retained six predictors derived from five original variables, which together accounted for 48.82% of the variance in self-care behavior (Adjusted R^2 = .488, F = 34.073, p < .001). Perceived self-efficacy was the strongest predictor (β = .571), followed by trade/private business occupation, perceived susceptibility, perceived benefits, lower secondary education, and other occupations respectively. Public health units should therefore develop programs that build self-efficacy and emphasize the concrete benefits of prevention rather than its risks, giving particular attention to trade and private business groups, whose self-care scores were lower than those in agriculture. Since 51.18% of the variance remained unexplained, future research should examine additional factors such as social support, health literacy, and access to health services.

Keywords: Self-Care behavior, Hypertension risk group, Health belief model, Perceived self-efficacy

---

* Part of the dissertation for Doctor of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

** Doctoral student, Doctor of Public Health Program, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

*** Associate Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

**** Instructor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

***[1] Corresponding author, email: thassaporn@vru.ac.th, Tel. 0812818432

Received : May 13, 2026; **Revised** : July 3, 2026; **Accepted** : July 7, 2026

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ประชากรผู้ใหญ่ 1 ใน 3 ทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่มีเพียงร้อยละ 23 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization [WHO], 2025) โดยรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี ค.ศ. 2024 มีประชากรผู้ใหญ่อายุ 30–79 ปี จำนวน 1.4 พันล้านคนที่มีภาวะนี้ คิดเป็นร้อยละ 33 ของประชากรวัยดังกล่าว เพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคนเมื่อ 30 ปีก่อน ทั้งยังมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 44 ที่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง และร้อยละ 44 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มประเทศก็เป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วง โดยมิลส์และคณะ (Mills et al., 2016) พบว่าประเทศรายได้ต่ำและปานกลางมีอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 31.50 ขณะที่ประเทศรายได้สูงมีร้อยละ 28.50 ทั้งยังมีอัตราการควบคุมโรคต่ำกว่าประเทศรายได้สูงมาก

ประเทศไทยก็ไม่ต่างจากสถานการณ์โลก เนื่องจากประชากรไทยมากกว่า 1 ใน 4 ของวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551–2552) ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) และครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562–2563) ซึ่งเป็น 3 ครั้งล่าสุดที่รายงานข้อมูลความชุกด้วยวิธีที่เปรียบเทียบกันได้ พบว่าความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2557 (Division of Non-Communicable Diseases, 2020) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.40 ในปี พ.ศ. 2562–2563 (Aekplakorn et al., 2021) โดยความชุกในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งของการสำรวจ เมื่อเปรียบเทียบความชุกของเพศชายต่อเพศหญิง ครั้งที่ 4 พบร้อยละ 21.50 และ 21.30 ครั้งที่ 5 พบร้อยละ 25.60 และ 23.90 และครั้งที่ 6 พบร้อยละ 26.70 และ 24.20 ตามลำดับ ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

สถานการณ์ในระดับพื้นที่ก็สะท้อนแนวโน้มเดียวกัน จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุดในภาคใต้ มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,110.39 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 เป็น 1,270.04 ในปี พ.ศ. 2566 และสูงถึง 1,400.63 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 11 อยู่ที่ 1,233.72 (Ministry of Public Health, 2024) ปัจจัยหนึ่งที่อาจอธิบายสถานการณ์ดังกล่าวคือวิถีชีวิตของประชากรในพื้นที่ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเฉพาะการทำสวนยางพาราและปาล์มน้ำมัน โดยการกรีดยางในช่วงกลางดึกถึงเช้ามืดทำให้นอนหลับไม่เพียงพอและไม่เป็นเวลา ประกอบกับความเครียดสะสมจากความผันผวนของราคาผลผลิต ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ประกอบกับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารท้องถิ่นที่นิยมรสจัดทั้งเค็มและเผ็ด เช่น แกงไตปลา ข้าวยำ และน้ำพริก แม้จะอุดมด้วยสมุนไพรแต่มักมีปริมาณโซเดียมสูง สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นช่วงที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังสามารถชะลอหรือป้องกันการพัฒนาไปเป็นโรคได้ จากสถานการณ์ข้างต้น การศึกษาปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องอาศัยทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับ คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของโรเซ็นสต๊อก (Rosenstock, 1974) ซึ่งต่อมาโรเซ็นสต๊อกและคณะ (Rosenstock et al., 1988) ได้บูรณาการแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามทฤษฎีของแบนดูร่า (Bandura, 1977) เข้าเป็นมิติที่ 6 ของแบบแผนนี้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเมื่อบูรณาการกับปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับโรค จะอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม แม้แบบแผนนี้จะถูกนำมาใช้ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างแพร่หลาย แต่การศึกษาในกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทชุมชนเกษตรกรรมภาคใต้ที่มีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการบริโภคเฉพาะถิ่น ช่องว่างดังกล่าวทำให้ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ตรงกับบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยบูรณาการปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน เข้าเป็นกรอบการศึกษา ทั้งนี้ผลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซ็นสต๊อกและคณะ (Rosenstock et al., 1988) ได้บูรณาการการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูร่า (Bandura, 1977) เข้ามาเป็นองค์ประกอบที่ 6 และสังเคราะห์ตัวแปรจากงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง (Islam et al., 2025; Tan et al., 2021; Layanan et al., 2023; Fakmit et al., 2024; Srilatham et al., 2021) เพื่อใช้เป็นกรอบในการศึกษา ดัง Figure 1

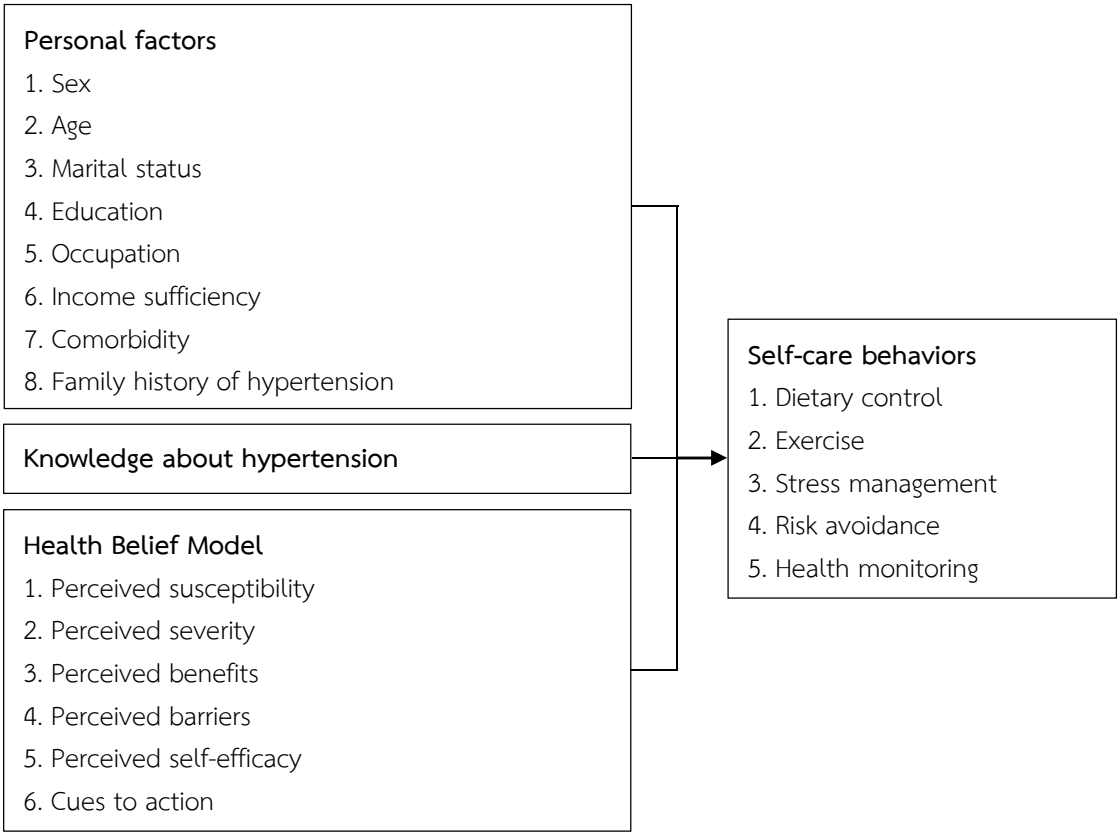


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยมีลักษณะการศึกษาแบบบรรยายเชิงทำนาย (Predictive descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชนอายุ 35–59 ปี ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (High-normal blood pressure) กล่าวคือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 130–139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือไดแอสโตลิกระหว่าง 85–89 มิลลิเมตรปรอท จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีโรคประจำตัวที่ต้องใช้ยาที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตหรือยาลดความดันโลหิต 2) อยู่ระหว่างตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และ 3) มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1 (Faul et al., 2009) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size f^2) = 0.15 (ระดับปานกลาง) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power) = .95 และจำนวนตัวแปรพยากรณ์ = 15 ตัว ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 199 คน เมื่อเพิ่มอีกร้อยละ 5 สำหรับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 209 คน ทั้งนี้จำนวนตัวแปรพยากรณ์ 15 ตัว ที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างหมายถึงตัวแปรเชิงแนวคิด ส่วนตัวแปรอิสระ 27 ตัว ที่นำเข้าวิเคราะห์จริงเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นหลังการแปลงตัวแปรกลุ่มเป็นตัวแปร

หุ่น (Dummy variable) เมื่อตรวจสอบอำนาจการทดสอบภายหลัง (Post-hoc) ด้วยชุดตัวแปร 27 ตัว ที่ $f^2 = 0.15$ และ $n = 209$ ได้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .887 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน .80 แสดงว่าขนาดตัวอย่างมีความเพียงพอ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอร้อยละ 30 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากอำเภอทั้งหมด 23 อำเภอ ได้ 7 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลร้อยละ 30 จากอำเภอที่สุ่มได้ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้ 19 ตำบลจากทั้งหมด 64 ตำบล และขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงของแต่ละตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) จนครบ 209 คน โดยจัดสรรจำนวนตัวอย่างที่สุ่มในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของขนาดประชากรกลุ่มเสี่ยงในตำบลนั้น (Proportional allocation) เพื่อให้การกระจายของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ส่วน รวม 103 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของโรค และการป้องกันโรค เป็นแบบเลือกตอบ (ถูก/ผิด) ให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิด คะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (Srisaard, 2017) คือ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 45 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (5 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรง (5 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ (5 ข้อ) การรับรู้อุปสรรค (5 ข้อ) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (20 ข้อ) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (5 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1981) คือ ระดับสูง (3.67–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.66) และระดับต่ำ (1.00–2.33) ทั้งนี้ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองกำหนดจำนวนข้อมากกว่าด้านอื่น เนื่องจากเป็นตัวแปรหลักเชิงทฤษฎีของการศึกษา ผู้วิจัยจึงพัฒนาข้อคำถามให้ครอบคลุมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างละเอียด

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร (10 ข้อ) การออกกำลังกาย (5 ข้อ) การจัดการความเครียด (5 ข้อ) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (5 ข้อ) และการติดตามสุขภาพ (5 ข้อ) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best, 1981) คือ ระดับดี (3.01–4.00) ระดับปานกลาง (2.01–3.00) และระดับต้องปรับปรุง (1.00–2.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 ทุกข้อผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของฟิลด์ (Field, 2018) แนะนำว่าค่าที่ยอมรับได้ควรอยู่ที่ .70 ขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (KR-20) = .740 ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง = .871 ด้านการรับรู้ความรุนแรง = .908 ด้านการรับรู้ประโยชน์ = .913 ด้านการรับรู้อุปสรรค = .963 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง = .935 ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ = .912 และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง = .895 ค่าทั้งหมดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

เนื่องจากการเก็บข้อมูลใช้ผู้ช่วยวิจัย 7 คน รับผิดชอบในพื้นที่ที่แตกต่างกัน และเครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบกรอกด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้เก็บข้อมูลด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient; ICC) รูปแบบ ICC (1,1) แบบ One-way random effects model ตามแนวทางของ คู และ ลี (Koo and Li, 2016) ผลการวิเคราะห์ตัวแปรหลักของงานวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้เก็บข้อมูล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ($F(6, 202) = 0.376$, $p = .894$, ICC = -.021) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($F(6, 202) = 0.802$, $p = .570$, ICC = -.007) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) ที่เข้าใกล้ศูนย์บ่งชี้ว่าความแปรปรวนของข้อมูลที่เกิดจากความแตกต่างระหว่างผู้เก็บข้อมูลมีน้อยมากจนถือว่าไม่มีผลเชิงระบบ ข้อมูลจากผู้ช่วยวิจัยทั้ง 7 คน จึงมีความสอดคล้องกันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์รวมกันได้ ผู้วิจัยทดสอบความคงทนของผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยการรวม Collector ID เป็นตัวแปรร่วมในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ พบว่า *F*-test ของ Collector effects ร่วมกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(6, 196) = 0.232$, $p = .966$) และค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์เปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 13.00 แสดงว่าผลการวิจัยไม่ได้รับอิทธิพลจากความแตกต่างระหว่างผู้เก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ HPC11-6/2568 ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2568 ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิ์ในการถอนตัว และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น และจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอทั้ง 7 อำเภอ และประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อขอรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและนัดหมายวันเวลาเก็บข้อมูล 2) ขั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงผู้ช่วยวิจัย จำนวน 7 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดแบบสอบถาม ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย พร้อมทั้งฝึกซ้อมการใช้แบบสอบถามและการอธิบายข้อคำถาม เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยทุกคนใช้แนวทางเดียวกัน 3) ขั้นเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการขอความยินยอมตามขั้นตอนจริยธรรมการวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอำนวยความสะดวกและตอบข้อสงสัยตลอดการตอบแบบสอบถาม 4) ขั้นตรวจสอบความ

ครบถ้วน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันทีหลังเก็บข้อมูล หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วน ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติม การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบหลายขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) โดยแปลงตัวแปรนามบัญญัติ (Nominal scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ตามแนวทางของโคเฮนและคณะ (Cohen et al., 2003) ได้แก่ เพศ (กลุ่มอ้างอิง: หญิง) สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง: สมรส) ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง: ประถมศึกษา) อาชีพ (กลุ่มอ้างอิง: เกษตรกรรม) ความเพียงพอของรายได้ (กลุ่มอ้างอิง: เพียงพอ) โรคร่วม (กลุ่มอ้างอิง: ไม่มี) และประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว (กลุ่มอ้างอิง: ไม่มี) รวมตัวแปรอิสระที่นำเข้าวิเคราะห์ทั้งสิ้น 27 ตัว ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้แก่ ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงจากแผนภาพกระจาย ภาวะร่วมเส้นตรงพหุด้วยค่า VIF (1.021–1.481) และ Tolerance (0.675–0.980) การแจกแจงปกติของค่าความคลาดเคลื่อนจากกราฟ Normal P-P Plot ความแปรปรวนคงที่ของค่าความคลาดเคลื่อนจากแผนภาพกระจายระหว่างค่าพยากรณ์มาตรฐานกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อนด้วยค่า Durbin-Watson (1.627) พบว่าข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทุกข้อ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช นำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 209 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 146 คน (ร้อยละ 69.86) มีอายุเฉลี่ย 46.84 ปี (*SD* = 6.57) และมีสถานภาพสมรส 159 คน (ร้อยละ 76.07) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี 52 คน (ร้อยละ 24.87) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. 49 คน (ร้อยละ 23.45) ประถมศึกษา 39 คน (ร้อยละ 18.66) และมัธยมศึกษาตอนต้น 34 คน (ร้อยละ 16.27) ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 100 คน (ร้อยละ 47.85) รองลงมาเป็นลูกจ้างหรือรับจ้าง 49 คน (ร้อยละ 23.45) ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ 27 คน (ร้อยละ 12.92) ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 20 คน (ร้อยละ 9.57) และอาชีพอื่น ๆ 7 คน (ร้อยละ 3.34) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ 163 คน (ร้อยละ 77.99) ไม่มีโรคประจำตัวร่วม 155 คน (ร้อยละ 74.16) และไม่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว 109 คน (ร้อยละ 52.15)

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เมื่อจำแนกระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายบุคคลตามเกณฑ์ร้อยละของคะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง 125 คน

(ร้อยละ 59.81) รองลงมาระดับปานกลาง 65 คน (ร้อยละ 31.10) และระดับต่ำ 19 คน (ร้อยละ 9.09) ดังตารางที่ 1

Table 1 Distribution of Knowledge Levels of the Hypertension Risk Group (*n* = 209)

Knowledge Level	n	%
High	125	59.81
Moderate	65	31.10
Low	19	9.09
Total	209	100.00

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับสูง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 4.40, *SD* = 0.55) รองลงมาคือด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (*M* = 4.22, *SD* = 0.64) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค (*M* = 4.19, *SD* = 0.67) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (*M* = 4.09, *SD* = 0.55) และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (*M* = 3.69, *SD* = 0.63) ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 2.70, *SD* = 0.99)

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 3.29, *SD* = 0.45) และทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านการติดตามสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 3.40, *SD* = 0.62) รองลงมาคือด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (*M* = 3.36, *SD* = 0.66) ด้านการจัดการความเครียด (*M* = 3.36, *SD* = 0.50) ด้านการควบคุมอาหาร (*M* = 3.23, *SD* = 0.50) และด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (*M* = 3.14, *SD* = 0.67) ดังตารางที่ 2

Table 2 Levels of Health Belief Model Perceptions and Self-care Behavior of the Hypertension Risk Group (*n* = 209)

Variables	Items	Scale	*M*	*SD*	Level
Health Belief Model (per item)					
Perceived susceptibility	5	1–5	3.69	0.63	High
Perceived severity	5	1–5	4.19	0.67	High
Perceived benefits	5	1–5	4.40	0.55	High
Perceived barriers	5	1–5	2.70	0.99	Moderate
Perceived self-efficacy	20	1–5	4.09	0.55	High
Cues to action	5	1–5	4.22	0.64	High
Self-care behavior (per item)					
Dietary control	10	1–4	3.23	0.50	Good
Exercise	5	1–4	3.14	0.67	Good
Stress management	5	1–4	3.36	0.50	Good
Risk avoidance	5	1–4	3.36	0.66	Good
Health monitoring	5	1–4	3.40	0.62	Good
Overall self-care behavior	**30**	**1–4**	**3.29**	**0.45**	**Good**

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ลำดับการเข้าสมการของตัวแปรพยากรณ์ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้าสมการเป็นลำดับแรกและอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้สูงสุดร้อยละ 41.21 (ΔR^2 = .412) จากความแปรปรวนที่อธิบายได้ทั้งหมดร้อยละ 50.30 ตัวแปรที่เข้าสมการลำดับถัดมา ได้แก่ อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว อธิบายเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.34 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค อธิบายเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.27 การรับรู้ประโยชน์ อธิบายเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.96 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อธิบายเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.41 และอาชีพอื่น ๆ อธิบายเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

Table 3 Summary of Stepwise Regression Model for Self-care Behavior (n = 209)

Step	Variable entered	R^2	ΔR^2	ΔF	p
1	Perceived self-efficacy	.412	.412	145.081	< .001
2	Trading/Private business[a]	.436	.023	8.556	.004
3	Perceived susceptibility	.458	.023	8.605	.004
4	Perceived benefits	.478	.020	7.666	.006
5	Lower secondary school[b]	.492	.014	5.650	.018
6	Other occupation[a]	.503	.011	4.465	.036

Note: [a] Reference group: Agriculture; [b] Reference group: Primary school

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบหลายขั้นตอน พบว่าตัวแปรอิสระ 27 ตัวที่นำเข้ามาวิเคราะห์ มีตัวแปรพยากรณ์ที่ถูกคัดเข้าสมการ 6 ตัว ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 48.82 (Adjusted R^2 = .488, F = 34.073, p < .001) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานในสมการสุดท้าย พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลมากที่สุดและเป็นทางบวก (β = .571, p < .001) กล่าวคือ กลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ตัวแปรลำดับถัดมา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์เพื่อป้องกันโรค มีอิทธิพลทางบวก (β = .169, p = .006) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีอิทธิพลทางลบเมื่อเทียบกับกลุ่มเกษตรกรรม (β = -.167, p = .001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมีอิทธิพลทางลบ (β = -.167, p = .001) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีอิทธิพลทางบวกเมื่อเทียบกับกลุ่มประถมศึกษา (β = .112, p = .028) และอาชีพอื่น ๆ มีอิทธิพลทางลบเมื่อเทียบกับกลุ่มเกษตรกรรม (β = -.106, p = .036) ดังตารางที่ 4

Table 4 Stepwise Multiple Linear Regression Analysis Predicting Self-care Behavior of the Hypertension Risk Group (*n* = 209)

Predictors	*B*	*SE*	β	*t*	*p*	95% CI
(Constant)	37.504	6.660		5.631	< .001**	(24.372, 50.636)
Perceived self-efficacy	0.691	0.072	.571	9.659	< .001**	(0.550, 0.832)
Trading/Private business[a]	-7.588	2.275	-.167	-3.336	.001*	(-12.073, -3.102)
Perceived susceptibility	-0.707	0.214	-.167	-3.295	.001*	(-1.130, -0.284)
Perceived benefits	0.818	0.292	.169	2.800	.006*	(0.242, 1.394)
Lower secondary school[b]	4.034	1.824	.112	2.212	.028*	(0.438, 7.630)
Other occupation[a]	-7.845	3.713	-.106	-2.113	.036*	(-15.166, -0.524)

R = .709, R^2 = .503, Adjusted R^2 = .488, F = 34.073, p < .001, Durbin-Watson = 1.627

Note: *p < .05, **p < .001; [a] Reference group: Agriculture; [b] Reference group: Primary school

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองในรูปคะแนนดิบ คือ Yi = 37.504 + 0.691 (การรับรู้ความสามารถตนเอง) - 7.588 (อาชีพค้าขาย) - 0.707 (การรับรู้โอกาสเสี่ยง) + 0.818 (การรับรู้ประโยชน์) + 4.034 (การศึกษา ม.ต้น) - 7.845 (อาชีพอื่นๆ)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 59.81) แต่เมื่อวิเคราะห์รายข้อกลับพบช่องว่างคือ กลุ่มตัวอย่างตอบถูกในประเด็นเชิงข้อเท็จจริงได้ดี เช่น ภาวะแทรกซ้อนของโรค (ร้อยละ 91.87) และเกณฑ์การวินิจฉัย (ร้อยละ 90.91) แต่ประเด็นเชิงการจัดการตนเองกลับมีสัดส่วนการตอบถูกต่ำ โดยเฉพาะความถี่ในการตรวจวัดความดันโลหิต (ร้อยละ 45.45) และธรรมชาติเรื้อรังของโรค (ร้อยละ 51.20) สะท้อนว่าความรู้ยังกระจุกตัวในมิติของการรู้จักโรค แต่ขาดความเข้าใจเชิงปฏิบัติที่จำเป็นต่อการเฝ้าระวังตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการให้ความรู้ในพื้นที่ยังเน้นข้อมูลทั่วไปมากกว่าทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งความจำเป็นในการเสริมความรู้เชิงปฏิบัตินี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของชนกนันท์ ฝากมิตร และคณะ (Fakmit et al., 2024) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง 5 ด้าน โดยการรับรู้ประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.40) มีเพียงการรับรู้อุปสรรคที่อยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.70, SD = 0.99) สะท้อนว่ากลุ่มเสี่ยงตระหนักในประโยชน์ของการป้องกันโรคดีอยู่แล้ว แต่ยังติดอุปสรรคเชิง

ปฏิบัติในวิถีชีวิตจริง โดยอุปสรรคหลักคือข้อจำกัดด้านเวลาออกกำลังกาย (*M* = 2.83) การเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ (*M* = 2.83) และความยากในการลดอาหารรสเค็ม (*M* = 2.69) เนื่องจากวิถีชีวิตทำสวนยางและปาล์มตั้งแต่เช้ามืดและวัฒนธรรมอาหารใต้รสเค็มจัด สอดคล้องกับแนวคิดของโรเซ็นสต๊อก (Rosenstock, 1974) อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดโดยการชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์กับอุปสรรค และสอดคล้องกับนาตยา ดวงประทุม (Duangpratoom, 2021) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของอิสลามและคณะ (Islam et al., 2025) ที่รวบรวมงานวิจัย 24 เรื่อง ยืนยันว่าการรับรู้อุปสรรคสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (*M* = 3.29, *SD* = 0.45) โดยด้านการติดตามสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 3.40) ขณะที่ด้านการออกกำลังกายต่ำกว่าด้านอื่น (*M* = 3.14) สะท้อนว่ากลุ่มเสี่ยงปฏิบัติตัวในภาพรวมได้ดี โดยเฉพาะการติดตามและเฝ้าระวังสุขภาพ ส่วนด้านการออกกำลังกายที่ต่ำกว่าด้านอื่นอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 47.85) ที่มีกิจกรรมทางกายระหว่างทำงานอยู่แล้ว จึงอาจไม่เห็นความจำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่มเติม ผลดังกล่าวมีทิศทางเดียวกับสุวิมล ธาริวงษ์และคณะ (Thariwong et al., 2022) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลปากโทก อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก มากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับเพียงพอถึงดี ขณะที่ชนกนันท์ ฝากมิตรและคณะ (Fakmit et al., 2024) พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.11) ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองและติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงอาจมีความตระหนักมากกว่าผู้ป่วยเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอนพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด (β = .571, $p < .001$) โดยอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถึงร้อยละ 41.21 เมื่อเข้าสมการเป็นลำดับแรก ผลดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิดของแบนดูร่า (Bandura, 1977) ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเป็นปัจจัยที่กำหนดทั้งการเลือกพฤติกรรมและระดับความพยายามที่จะคงพฤติกรรมนั้นไว้ เมื่อพิจารณางานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของแทนและคณะ (Tan et al., 2021) ที่รวบรวมงานวิจัยเชิงสังเกต 22 เรื่อง ยืนยันว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพิจารณางานวิจัยที่ศึกษาในลักษณะเดียวกัน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของอิสลามและคณะ (Islam et al., 2025) ยืนยันว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองมากที่สุด ในบริบทไทยชนกนันท์ ฝากมิตรและคณะ (Fakmit et al., 2024) ก็พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้จุฬาศิกาญจน์ ใหม่แย้ม และคณะ (Maiyaem et al., 2023) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ด้านต่างๆ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลเหล่านี้บ่งชี้ว่ากลุ่มเสี่ยงที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีความตั้งใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องแม้เผชิญอุปสรรค

อีกประเด็นหนึ่งที่ควรพิจารณาและอภิปรายเพิ่มเติมคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเข้าสมการพยากรณ์ด้วยทิศทางลบ (β = -.167, p = .001) ทั้งที่ตามกรอบทฤษฎีแผนความเชื่อด้านสุขภาพคาดว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่สูงขึ้นควรกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน เมื่อตรวจสอบค่าสหสัมพันธ์อันดับศูนย์พบว่า ตัวแปรนี้มีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมในระดับต่ำ (r = -.095, p = .172) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นในสมการแล้วกลับมีนัยสำคัญ ปรากฏการณ์นี้อาจอธิบายได้ในเชิงพฤติกรรม กล่าวคือ ในกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ผู้ที่รับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงสูงอาจเกิดความวิตกกังวล จนนำไปสู่การหลีกเลี่ยงมากกว่ากระตุ้นให้ลงมือปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ที่มีแรงกระตุ้นจากอาการและคำแนะนำของแพทย์โดยตรง ผลการศึกษาในประเด็นนี้มีทิศทางเดียวกับแทนและคณะ (Tan et al., 2022) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมาเลเซีย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่อ่อนที่สุด จนไม่ได้รวมไว้ในการวิเคราะห์ นอกจากนี้อัลยาเฟอี และ อีสตันคาร์ (Alyafei & Easton-Carr, 2024) ก็ระบุว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นพฤติกรรมได้ หากไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลนี้ไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของอิสลามและคณะ (Islam et al., 2025) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองและการลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความแตกต่างดังกล่าวน่าจะเกิดจากสถานะของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ศึกษากลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มีอาการ จึงขาดสิ่งกระตุ้นที่เป็นรูปธรรมที่จะแปลงความกลัวให้กลายเป็นการลงมือปฏิบัติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าในกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มีอาการ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเพียงลำพังยังไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนพฤติกรรม หากปราศจากการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการปัญหาควบคู่กัน

สำหรับตัวแปรอื่นที่เข้าสมการพยากรณ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมีอิทธิพลทางบวก (β = .169, p = .006) เป็นไปตามหลักการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ว่าเมื่อบุคคลเห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะนำมาซึ่งผลดีอย่างเป็นรูปธรรม ก็จะมีแนวโน้มปฏิบัติมากขึ้น (Rosenstock, 1974) ทั้งนี้จากผลการศึกษารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ด้านการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม (M = 4.45) และการควบคุมอาหารรสเค็ม (M = 4.42) สูงที่สุด ซึ่งสะท้อนว่าเมื่อกลุ่มเสี่ยงเข้าใจว่าพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงได้จริง ก็ยิ่งมีแรงจูงใจในการปฏิบัติมากขึ้น สอดคล้องกับหม่า (Ma, 2018) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นหนึ่งในตัวทำนายที่มีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนชาวจีนเช่นกัน ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล อาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมีอิทธิพลทางลบเมื่อเทียบกับกลุ่มเกษตรกรรม (β = -.167, p = .001) เช่นเดียวกับอาชีพอื่นๆ (β = -.106, p = .036) มีทิศทางเดียวกับทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม และคณะ (Srilatham et al., 2021) ที่ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงอายุ 35–59 ปี เขตสุขภาพที่ 4 และอภิปรายว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพรับจ้างมีรายได้ไม่แน่นอน ทำให้ความสำคัญกับการหารายได้มากกว่าการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้กลุ่มค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ต้องนั่งหรือยืนเป็นเวลานานและต้องรับประทานอาหารนอกบ้านบ่อย ทำให้ควบคุมอาหารได้ยากกว่ากลุ่มเกษตรกรรมที่มีกิจกรรมทางกายระหว่างทำงาน สำหรับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่ามีอิทธิพลทางบวกเมื่อเทียบกับกลุ่มประถมศึกษา (β = .112, p = .028) สอดคล้องกับพรทิพย์ ลยานันท์ และคณะ

(Layanan et al., 2023) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงจังหวัดปราจีนบุรี อย่างไรก็ตาม มีเฉพาะระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่เข้าสมการ ระดับที่สูงกว่ากลับไม่เข้า ซึ่งอาจเกิดจากอิทธิพลของตัวแปรอื่นในสมการที่ครอบคลุมความแปรปรวนส่วนนั้นไปแล้ว

นอกจากนี้ยังมีตัวแปรที่ไม่เข้าสมการ ตัวแปรที่น่าสนใจคือความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ผลดังกล่าวขัดแย้งกับชนกนันท์ ฝากมิตร และคณะ (Fakmit et al., 2024) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด (β = .39) ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วย่อมตระหนักถึงความจำเป็นในการนำความรู้ไปปฏิบัติมากกว่ากลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มีอาการ ประกอบกับอัลยาเฟอี และ อีสตันคาร์ (Alyafei & Easton-Carr, 2024) อธิบายว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะขับเคลื่อนพฤติกรรมได้ หากปราศจากความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 59.81) แต่ความรู้กลับไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสะท้อนปรากฏการณ์ "รู้แต่ไม่ทำ" ซึ่งเป็นข้อจำกัดของแนวปฏิบัติที่มักเน้นการให้ความรู้เป็นกลยุทธ์หลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในลักษณะเดียวกันการรับรู้ความรุนแรงของโรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติก็ไม่เข้าสมการ ที่น่าสังเกตคือ การรับรู้อุปสรรค ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.70) เป็นด้านเดียวที่ไม่ได้อยู่ในระดับสูง กลับไม่เข้าสมการพยากรณ์เช่นกัน ทั้งที่ตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดพฤติกรรม (Rosenstock, 1974) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีขนาดใหญ่มาก (β = .571) ครอบคลุมอิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้ไปในเชิงสถิติ โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการรับรู้อุปสรรคมีความใกล้ชิดกันในเชิงแนวคิด เนื่องจากผู้ที่เชื่อมั่นว่าตนเองจัดการพฤติกรรมสุขภาพได้ ย่อมมองอุปสรรคว่าเป็นเรื่องที่รับมือได้

เมื่อพิจารณาอำนาจทำนายโดยรวมของตัวแปรพยากรณ์ 6 ตัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 48.82 (Adjusted R^2 = .488) ค่าดังกล่าวใกล้เคียงกับหม่า (Ma, 2018) ที่ศึกษาปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวจีนและพบว่าตัวแปรในโมเดลร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 47.00 อีกร้อยละ 51.18 ที่ยังไม่สามารถอธิบายได้อาจเป็นผลจากปัจจัยที่ไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษาครั้งนี้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งชนกนันท์ ฝากมิตร และคณะ (Fakmit et al., 2024) พบว่าเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (β = .16) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม และคณะ (Srilatham et al., 2021) พบว่าเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุสำคัญที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรศึกษาต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ 1) เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง จึงระบุได้เพียงความสัมพันธ์เชิงทำนาย ไม่สามารถสรุปเป็นเชิงสาเหตุได้ 2) ข้อมูลได้จากแบบสอบถามที่รายงานด้วยตนเอง อาจเกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม และ 3) กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะจังหวัดนครศรีธรรมราช การนำผลไปใช้ในพื้นที่อื่นต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบริบท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด หน่วยบริการสาธารณสุขจึงควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มเสี่ยง และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่ายสุขภาพชุมชน

2. จากผลที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลทางบวก ขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงกลับมีอิทธิพลทางลบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จึงควรสื่อสารด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโดยเน้นประโยชน์ของการป้องกันโรคมากกว่าการเน้นความน่ากลัวของโรค

3. จากผลที่พบว่ากลุ่มอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มเกษตรกรรม จึงควรให้ความสำคัญกลุ่มนี้โดยปรับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำปัจจัยทำนายที่ค้นพบไปพัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกัน เพื่อยืนยันผลการศึกษาที่ได้

.....

References

Aekplakorn, W., Phakkachareoen, H., & Sathiennoppakhao, W. (2021). *Thai National Health Examination Survey VI, 2019–2020*. Health Systems Research Institute. [in Thai]

Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). *The health belief model of behavior change*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Prentice Hall.

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Division of Non-Communicable Diseases. (2020). *NCD situation report: Diabetes, hypertension, and related risk factors 2019*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf [in Thai]

Duangpratoom, N. (2021). Personal perception in patients with hypertension, a sub-district in Bang Pa In District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of MCU Nakhondhat*, *8*(3), 188–199. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/251161 [in Thai]

Fakmit, C., Phikulthong, T., & Daradas, A. (2024). Factors affecting self-care behavior of elderly people with high blood pressure in Den Chai District, Phrae Province. *Academic Journal of Disease Prevention and Control, DPC Region 2 Phitsanulok*, *11*(2), Article 15. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/267128 [in Thai]

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149–1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

Islam, M. T., Arafat, S. M., Chowdhury, A., Orchi, K., Sultana, S., Bushra, T., Islam, M. R., Fatema, K., Khan, M. M. H., & Haque, M. A. (2025). Role of the health belief model in the management of hypertension: A systematic review. *Cureus*, *17*(10), e94139. https://doi.org/10.7759/cureus.94139

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine, 15*(2), 155–163. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

Layanan, P., Pusapukdepop, J., & Khemthong, A. (2023). Factors related to hypertension preventive behaviors according to 3E.2S. of the risk group, in a Sub-District, Kabinburi District, Prachinburi Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, *18*(2), 45–59. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/264772 [in Thai]

Ma, C. (2018). An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Heart & Lung*, *47*(2), 136–141. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.12.001

Maiyaem, J., Siritham, T., Boonchod, C., & Chooeiad, O. (2023). The application of health belief model on food consumption among pre-hypertension group in Khlong Hoi Khong District, Songkhla Province. *Journal of Public Health Research and Innovation*, *1*(3), 16–27. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jphri/article/view/265284 [in Thai]

Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., Chen, J., & He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control: A systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*, *134*(6), 441–450. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912

Ministry of Public Health. (2024). *Health Data Center (HDC)*. https://hdc.moph.go.th/nst [in Thai]

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, *2*(4), 354–386. https://doi.org/10.1177/109019817400200405

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, *15*(2), 175–183. https://doi.org/10.1177/109019818801500203

Srilatham, T., Chantamolee, S., & Suwan, P. (2021). Causal factors affecting the hypertension prevention behaviors of risk people in the Health Region 4 Ministry of Public Health. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, *6*(12), 425–438. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/253868 [in Thai]

Srisaard, B. (2017). *Introduction to research* (9th ed.). Suweeriyasan. [in Thai]

Tan, F. C. J. H., Oka, P., Dambha-Miller, H., & Tan, N. C. (2021). The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: A systematic review. *BMC Family Practice*, *22*(1), Article 44. https://doi.org/10.1186/s12875-021-01391-2

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

Thariwong, S., Rodkaew, A., Paethong, K., Karrunborirok, R., & Konkong, C. (2022). Self-care behavior of hypertension patients in Pak Tok Health Promoting Hospital, Mueang District, Phitsanulok Province. *Life Sciences and Environment Journal*, *23*(2), 539–551. https://doi.org/10.14456/lsej.2022.40 [in Thai]

World Health Organization. (2025). *Hypertension*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension