



## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

จันทร์ทรา จินกลับ นศ.พย.<sup>1</sup> นาเดีย ดะแซ นศ.พย.<sup>1</sup>  
ชูไฮลา เจะเล็ง นศ.พย.<sup>1</sup> พัทมาวดี ลาเต๊ะ นศ.พย.<sup>1</sup>  
อาร์ลิมันท์ เบญจมาาศ นศ.พย.<sup>1</sup> ชูโฮมิง ปือชา นศ.พย.<sup>1</sup>  
ชิษณุพงศ์ หนูทิม นศ.พย.<sup>1</sup> จันทร์ญา ธนะปฐมชัย นศ.พย.<sup>1</sup>  
กฤตพร สิริสม ปร.ด.<sup>2</sup>

(วันรับบทความ: 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 18 ธันวาคม พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 23 ธันวาคม พ.ศ.2567)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 35 – 59 ปี ที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุงจำนวน 164 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างมีระบบจากทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติโคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 64.63 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 57.32 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้แนะให้เห็นว่าควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง

<sup>1</sup>นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

<sup>2</sup>อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

<sup>3</sup>ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: taya2507@gmail.com; krittaporn.s@tsu.ac.th Tel: 086-695-0297



## Factors Related to Health-Promoting Behaviors Among the People at Risk of Hypertension: A Case Study in Paphayom District, Phatthalung Province

Jantra Jeenklab NS.<sup>1</sup> Nadia Dasae NS.<sup>1</sup>

Suhaila Cheleng NS.<sup>1</sup> Phatmawatee Lateh NS.<sup>1</sup>

Aliman Benjamamads NS.<sup>1</sup> Suhaiming Buesa NS.<sup>1</sup>

Chitsanuphong Nuthim NS.<sup>1</sup> Janya Tanapatomchai NS.<sup>1</sup>

Krittaporn Sirisom Ph.D.<sup>2</sup>

(Received Date: November 8, 2024, Revised Date: December 18, 2024, Accepted Date: December 23, 2024)

### Abstract

This descriptive study aimed to investigate factors associated with health-promoting behaviors among people at risk of hypertension in Paphayom District, Phatthalung Province. A total of 164 individuals aged 35–59 years registered as high-risk for hypertension were selected using systemic sampling from the registry. Data were collected using a health literacy and health behaviors questionnaire based on the 3E2S (3 Es: Eating, exercise, emotions and 2Ss: avoid alcohol drinking and smoking) framework. The reliability of the questionnaire was confirmed with Cronbach's alpha values of 0.80 and 0.75, respectively. Descriptive statistics, Chi-square tests, and Pearson's correlation coefficients were employed for data analysis.

Results showed that 64.63% of the participants had moderate health literacy, while 57.32% exhibited poor health-promoting behaviors. Health literacy was positively associated with health behaviors at a moderate level ( $p < .001$ ). However, personal factors such as age, education, and BMI were not significantly associated with health-promoting behaviors. The findings suggest that initiatives to improve health literacy and health-promoting behaviors, particularly those aligned with the 3E2S framework, should be developed to prevent hypertension effectively and sustainably.

**Keywords:** health literacy, health-promoting behaviors, hypertension

---

<sup>1</sup>The fourth-year nursing student, Faculty of Nursing, Thaksin University.

<sup>2</sup>The lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University.

<sup>2</sup>Corresponding author, Email: taya2507@gmail.com; krittaporn.s@tsu.ac.th Tel: 086-695-0297



## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งไทย เนื่องจากอัตราการป่วยด้วยโรคดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> คาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 1,500 ล้านคน จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงภายในปี พ.ศ. 2568 สำหรับในประเทศไทยพบอัตราป่วยด้วยโรคนี้นั้นมาก ถึง 13 ล้านคน และประมาณ 7 ล้านคนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตนเองป่วยเนื่องจากโรคไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น<sup>2</sup> เช่นเดียวกับรายงานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup> ซึ่งพบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประชากรในจังหวัดพัทลุง มีแนวโน้มเพิ่มสูงจากร้อยละ 14.56 ปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 16.68 ในปีพ.ศ. 2566 สำหรับอำเภอป่าพะยอม พบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยจาก 1,008.44 ต่อประชากรต่อแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 1,009.68 ต่อประชากรต่อแสนคน ในปี พ.ศ. 2566 ขณะที่มียารายงานตัวเลขร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่สูงมากถึง 3.67, 4.61 และ 4.66 ในช่วงปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน เค็ม การขาดการออกกำลังกาย การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ และความเครียดที่สะสมมาเป็นเวลานาน<sup>1</sup> และเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่หายขาดต้องได้รับประทานยาควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตเสื่อมและจอประสาทตาเสื่อม<sup>1,2</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือทำให้เกิดความพิการ<sup>4</sup> แม้ว่าจะมีความรู้มากมายเกี่ยวกับวิธีป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูง แต่อุบัติการณ์ทั่วโลกเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและหัวใจไม่ได้ลดลง โดยส่วนหนึ่งเชื่อว่าเป็นเพราะการป้องกันโรคนี้อยู่ไม่เพียงพอ<sup>5</sup>

โรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การเพิ่มการออกกำลังกาย การรักษาให้น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การจัดการความเครียด การลดการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา<sup>6</sup> ถ้าประชาชนในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงไม่ได้ตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะส่งผลให้พัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต สำหรับประเทศไทย ภายใต้นโยบายทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมและชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>7</sup> อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมยังคงเป็นความท้าทายในการดำเนินงานบริการสุขภาพสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ รายงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในคนไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ<sup>8</sup> และระดับปานกลาง<sup>9</sup> โดยปัจจัยที่มีผลต่อการยึดมั่นในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในคนไทย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ<sup>10</sup> ปัจจัยด้านบุคคลนับเป็นปัจจัยที่ได้รับความสนใจและมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างไรก็ตาม จากทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีรายงานผลการศึกษามากมายที่แตกต่างกันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาของวานิช สุขสถาน<sup>11</sup> พบว่า อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่การศึกษาของ จำนง นันทะกมล และคณะ<sup>9</sup> พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง



ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือระดับที่บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ ประมวลผล และเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม<sup>12</sup> การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิต<sup>13</sup> ในขณะเดียวกันมีการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการควบคุมความดันโลหิตและส่งผลเสียต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ<sup>14</sup> ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม เช่น การดูแลตนเอง (Self-care) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence) ผลลัพธ์ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เช่น การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อแพทย์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ<sup>15</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบรายงานการวิจัยที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาของ ณัฐสิทธิ์ สีนโท และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งศึกษาในประชากรจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ระดับต่ำ ขณะที่ จำนง นันทะกมล และคณะ<sup>9</sup> ซึ่งทำการศึกษาในประชากรจังหวัดหนึ่งภาคเหนือ รายงานว่าความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ระดับดี และสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ<sup>17</sup> ซึ่งพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยึดมั่นในพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

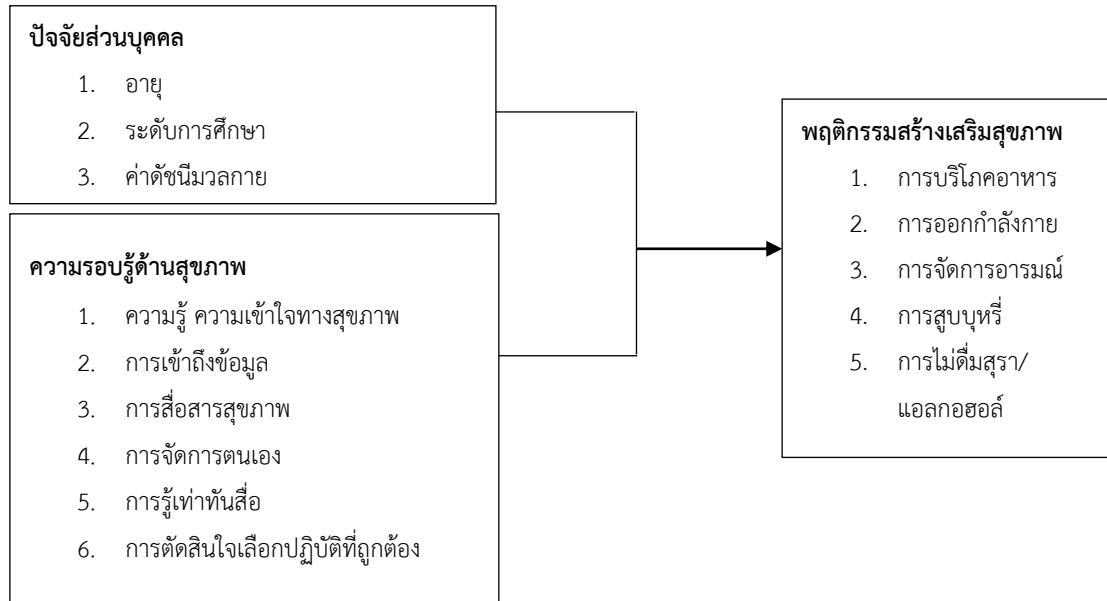
จะเห็นได้ว่าการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงยังมีข้อจำกัด ความรู้ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคอาจขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ประกอบกับประชากรในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ไม่มีรายงานตัวเลขกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างสูง แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ จะเป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่สามารถนำไปพิจารณา เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยไม่ใช้ยา ซึ่งก็จะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวได้

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย) และความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่และสุรา) ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ<sup>18</sup> ซึ่งถูกพัฒนาภายใต้องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทปัม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35-59 ปี เฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

### นิยามศัพท์

1. กลุ่มเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 – 59 ปี ซึ่งได้ผ่านคัดกรองตามแบบคัดกรองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) ระหว่าง 130 – 139 mmHg หรือผู้ที่มีค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure: DBP) ระหว่าง 85 – 89 mmHg และลงทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension)

2. ความรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ 1) การบริโภคอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการอารมณ์และความเครียด 4) การไม่สูบบุหรี่ และ 5) การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย) ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นประชาชนอายุ 35 - 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2567 ซึ่งได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) ระหว่าง 130 – 139 mmHg หรือมีค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure: DBP) ระหว่าง 85 – 89 mmHg จำนวน 1,242 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 19 มกราคม 2567 จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)



กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนอายุ 35-59 ปี ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power 3.1.9.7 กำหนดตามกรอบ การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ 0.8 และกำหนดค่า Effect size 0.3 โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ<sup>17</sup> ซึ่งศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. และการยึดมั่นในพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่ากลุ่มตัวอย่าง 138 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บข้อมูลและลดปัญหาการสูญหายของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้ปรับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 โดยใช้สูตรดังนี้

$$\begin{aligned} N \text{ adjusted} &= 100n/100-x \\ &= 100*138/80 \\ &= 172.50 \end{aligned}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 173 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกตัวแทนหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน จาก 2 ตำบลของ อำเภอป่าพะยอม คือ ตำบลลานห้อย และตำบลบ้านพร้าว ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างมีระบบ (Systemic sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุ 35 ถึง 59 ปี
2. มีค่าความดันซิสโตลิก (SBP) 130 – 139 mmHg หรือมีค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP) 85 – 89 mmHg และได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เคยมีประวัติรักษาโรคทางสมอง
2. เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยยืนยันโรคความดันโลหิตสูง หรือวัดความดันแล้ว ค่า SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ติดต่อกัน 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนักและส่วนสูง ค่าความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยดังนี้

2.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (จำนวน 6 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็น การถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 4 ตัวเลือก และมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.2 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตามหลัก 3อ.2ส. (10 ข้อ ๆ ละ 5 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการเข้าถึง การสื่อสาร การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 5 ระดับ



2.3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. (3 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนน) ลักษณะเป็นการถามคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ ที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. โดยให้เลือกคำตอบที่ตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ มี 4 ตัวเลือก และมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อ เดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

การสรุปคะแนนและการแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การสรุปคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 19 ข้อ มีคะแนนรวมเต็ม 68 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้  
54.40 – 68 คะแนน หรือมากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม ระดับดีมาก  
40.80 – 54.30 คะแนน หรือ  $\geq$  ร้อยละ 60แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม ระดับพอใช้  
< 40.80 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของ กลุ่มวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2561<sup>18</sup> เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความถี่ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ มีคะแนน 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการประเมิน และแปลผลดังนี้

ปฏิบัติ 6 - 7 วันต่อสัปดาห์	ให้ 5 คะแนน
ปฏิบัติ 4 - 5 วันต่อสัปดาห์	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

24 – 30 คะแนน หรือมากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม	ระดับดีมาก
18 – 23 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม	ระดับพอใช้
< 18 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม	ระดับไม่ดี

ผู้วิจัยนำมาแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง จำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงและนำข้อมูลวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) และวิธีคูเดอริชาร์ดสัน-20 (Kuder-Richardson-20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 0.83 เมื่อพิจารณาในแต่ละตอนพบว่าข้อคำถาม ด้านความรู้ความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.61 ด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและรู้เท่าทันสื่อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80 ในส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.75

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอมและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลเป้าหมาย หลังได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานผ่านเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง เพื่อขอข้อมูลรายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่เป้าหมาย พร้อมขอความช่วยเหลือในการติดต่อ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อแนะนำกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ของการวิจัย ตลอดจน การปกป้องสิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมด้วยวาจาและลายลักษณ์อักษรก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล



- อธิบายการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างและแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านสายตา ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบเอง จนครบข้อคำถามทุกข้อ
- เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ และถูกนำเข้ากระบวนการวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 94.80

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Q – Q plot test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีเกณฑ์การจำแนกระดับความสัมพันธ์ (r) 5 ระดับ<sup>19</sup> ดังนี้

$r = 0.91 - 1.00$  สูงมาก (Very Strong)

$r = 0.61 - 0.90$  ค่อนข้างสูง (Strong)

$r = 0.41 - 0.60$  ปานกลาง (Moderate)

$r = 0.21 - 0.40$  ค่อนข้างต่ำ (Weak)

$r = 0.01 - 0.20$  ต่ำมาก (Very Weak)

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ หมายเลข COA No.TSU 2024\_058 REC No.0157 วันที่รับรอง 27 เมษายน พ.ศ.2567 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม การวิเคราะห์และการรายงานผลการวิจัยที่ซึ่งจะถูกนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา กรณีที่รู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกที่จะตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด และให้ผู้ร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมวิจัยภายหลังได้รับฟังและอ่านคำชี้แจงอย่างเข้าใจ

#### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.37 ที่เหลืออยู่ในช่วงอายุ 35 - 45 ปี มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.66 รองลงมาเป็นระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 35.98 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์หรือมีภาวะอ้วน ร้อยละ 65.85 ค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 25.61 ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์หรือผอม ร้อยละ 8.54 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.15 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้



**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. (n=164)

ตัวแปร	จำนวน (n=164)	ร้อยละ
<b>ลักษณะส่วนบุคคล</b>		
<b>อายุ</b>		
35-45 ปี	65	39.63
46-59	99	60.37
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่ามัธยม	59	35.98
มัธยมศึกษา	88	53.66
ปริญญาตรีขึ้นไป	17	10.37
<b>ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)</b>		
< 18.50 (ผอม)	14	8.54
18.50-22.90 (ปกติ)	42	25.61
≥ 23.00 (ภาวะอ้วน)	108	65.85
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	138	84.15
มี	26	15.85
<b>ความรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 2ส (Mean =45.95 S.D. =7.42 Min =29.00 Max =65)</b>		
ระดับไม่ดี	20	12.20
ระดับพอใช้	106	64.63
ระดับดีมาก	38	23.17
<b>พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตาม 3 อ. 2ส (Mean =23.72 S.D. =3.87 Min =14.00 Max =30)</b>		
ระดับไม่ดี	94	57.32
ระดับพอใช้	58	35.37
ระดับดีมาก	12	7.32

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับพอใช้ (Mean =45.95 S.D.= 7.42) ร้อยละ 64.63 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 23.17 และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 10.20 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดี (Mean =23.72 S.D.=3.87) ร้อยละ 57.32 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 35.37 และอยู่ในระดับดีมาก เพียงร้อยละ 7.32 ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน (ตารางที่ 2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดีมาก (Mean =9.96 S.D.=1.46) ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ (Mean =7.13 S.D.=1.82) การสื่อสารสุขภาพ (Mean =9.64 S.D.=2.29) และความรู้เท่าทันสื่อ (Mean =7.47 S.D.=1.91) สำหรับด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดี (Mean =7.82 S.D.=2.34) และด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับที่ถูกต้องบ้าง (Mean =3.92 S.D.=1.16)



**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 164)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	Min-Max	Mean	S.D.	ระดับ
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส.	1-6	3.92	1.16	ถูกต้องบ้าง
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3-10	7.13	1.82	พอใช้
3. การสื่อสารสุขภาพ	4-15	9.64	2.29	พอใช้
4. การจัดการตนเอง	3-15	7.82	2.34	ไม่ดี
5. การรู้เท่าทันสื่อ	2-10	7.47	1.91	พอใช้
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	6-12	9.96	1.46	ดีมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (68 คะแนน)	29-65	45.95	7.42	พอใช้

## 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา และค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. โดยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ การศึกษา และค่าดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ต่างกัน และพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับปานกลาง ( $r = 0.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับปานกลาง ( $r = 0.41$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ ( $r$ ) เท่ากับ 0.30, 0.31, 0.26 และ 0.32 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=164)

ตัวแปร	ค่าสถิติ		p-value
	$\chi^2$	$r$	
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>			
อายุ	0.024	-	.998
การศึกษา	3.569	-	.467
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		$r = 0.30$	.672
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>			
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ		$r = 0.30^{**}$	.001
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		$r = 0.41^{**}$	.001
3. การสื่อสารสุขภาพ		$r = 0.41^{**}$	.001
4. การจัดการตนเอง		$r = 0.31^{**}$	.001
5. การรู้เท่าทันสื่อ		$r = 0.26^{**}$	.001
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง		$r = 0.32^{**}$	.001
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.โดยรวม</b>		$r = 0.50^{**}$	.001



## การอภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีข้อค้นพบที่เป็นประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาค้างนี้ พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 64.63 มีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ (Mean= 45.95 S.D.= 7.42) ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกล่าวคือ ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา<sup>20,21</sup> ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามระดับการศึกษาสูงขึ้น<sup>22</sup> เนื่องจากแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพมีรากฐานมาจากการรู้หนังสือ (Literacy) ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง Nutbeam<sup>23</sup> ผลการศึกษาที่สอดคล้องการศึกษาของ ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ<sup>17</sup> ที่รายงานว่าผู้ตอบแบบสอบถามในจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ ร้อยละ 69.89 มีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับเพียงพอ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในภาคอื่น ๆ ของประเทศไทยมีความแตกต่างกัน ทั้งในระดับไม่<sup>16</sup> ระดับพอใช้<sup>17</sup> และระดับดี<sup>11</sup> ความไม่สอดคล้องกันในผลลัพธ์นี้อาจเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ เพศ อาชีพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ<sup>24-26</sup> พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เมื่อกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับมากขึ้นด้วยเช่นกัน<sup>24</sup> นอกจากนี้ อาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพในพื้นที่ศึกษา<sup>24,26</sup> เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารของผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์และบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและนโยบาย 3อ.2ส.<sup>27</sup>

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาค้างนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.32 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี รองลงมาร้อยละ 35.37 อยู่ในระดับพอใช้ และมีเพียงร้อยละ 7.32 อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งจะมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ<sup>28</sup> การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญาทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองได้ดี<sup>23</sup> ในทางกลับกันในผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำหรือไม่เพียงพอ มีผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพต่าง ๆ ได้ไม่ดีเท่าควร ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ดี นอกจากนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยทางสังคม<sup>29</sup> เช่น วัฒนธรรมการรับประทานอาหารประจำวันในจังหวัดพัทลุง ที่นิยมรับประทานอาหารรสเค็มหรือค่อนข้างเค็ม วัฒนธรรมการเลี้ยงเหล่า/สุราในงานศพและงานมงคลสมรส อีกทั้งวิถีชีวิตความเป็นอยู่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคปัจจุบันที่ผู้คนต้องทำงานแข่งกับเวลา ไปทำงานนอกบ้าน ทำให้การเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพลดลง และหันไปรับประทานอาหารสะดวกซื้อ อาหารถุงแทนการปรุงอาหารรับประทานเองมากขึ้น ซึ่งข้อสังเกตนี้สนับสนุนด้วยผลการการศึกษาของ ศิริวรรณ ชูกำเนิด และคณะ<sup>17</sup> พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในคนไทยอยู่ในระดับต่ำ แม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดกรองโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับความรู้ คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วก็ตาม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาและค่าดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน อายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นเพราะการศึกษาค้างนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่เหมือนกัน อาศัยอยู่ในตำบลเดียวกันได้รับบริการด้านความรู้และสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพเดียวกัน ทำให้การได้รับประสบการณ์ การเรียนรู้ที่สั่งสมไม่แตกต่างกันอาจทำให้แนวคิดในการดูแลสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันได้



สำหรับระดับการศึกษา และค่าดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยร้อยละ 64 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้มีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงอย่างเพียงพอจะปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้<sup>25</sup> เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาในระยะยาว แต่การไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ<sup>9</sup> การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงหรือ ภาวะอ้วนไม่ใช่โรค<sup>9</sup> อย่างไรก็ตาม ธัญชนก ชุมทอง<sup>28</sup> พบว่า อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางอ้อมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในระดับปานกลาง ( $r = 0.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าในมิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในประเทศแถบเอเชีย<sup>30-33</sup> และรวมถึงการศึกษาในคนไทย<sup>10,11,16,17</sup> สามารถเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีเพื่อป้องกันโรค โดยรุ่งนภา อาระหัง และคณะ<sup>27</sup> พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง และมีบางงานวิจัย พบว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ต่อสุขภาพน้อยลง เช่น การไม่ดูแลสุขภาพ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการไม่ออกกำลังกาย<sup>34</sup>

### สรุปการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพตาม3อ.2ส.กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

- บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมความรู้สุขภาพตาม 3อ.2ส แก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังทุกราย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น โปรแกรมส่งเสริมความรู้ การใช้แอปพลิเคชัน เพื่อส่งเสริมความรู้
- บุคลากรด้านสุขภาพควรมีการวัดและประเมินความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส แก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังทุกราย เพื่อวางแผนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

### ขอเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการโรคด้วยวิธีที่หลากหลาย และการฝึกทักษะการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
- ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ด้านเพื่อนำพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม



### ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้จำกัดเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี ในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ที่แตกต่างออกไป
2. การเลือกใช้เครื่องมือในการวัดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส อาจเป็นการวัดในภาพกว้างเกินไป ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถมองเห็นพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นปัญหาได้อย่างแท้จริง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสริมตำบลลิ้นช้าง โรงพยาบาลเสริมตำบลลานข่อย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเสริมตำบลลิ้นช้าง โรงพยาบาลเสริมตำบลลานข่อย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

### References

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer [Internet]. 2023. [cited 2024 Oct 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081062>
2. Aekplakorn W. Thai national health examination survey VI (2019-2020) [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 11]. Available from: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/p=187>.
3. Ministry of Public health [Internet]. 2024. [cited 2024 Jan 19]. Available from: [https://plg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=populationpyramid.php&cat\\_id=ac4eed1bd db23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f](https://plg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=populationpyramid.php&cat_id=ac4eed1bd db23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f)
4. Kario K, Okura A, Hoshida S, Mogi M. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res.* 2024;47(5):1099-102.
5. Sakboonyarat B, Poovieng J, Srisawat P, Hatthachote P, Mungthin M, Rangsin R, et al. Prevalence, awareness, and control of hypertension and associated factors among Royal Thai Army personnel in Thailand from 2017 to 2021. *Sci Rep.* 2023;3:6946.
6. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang-Mai: Trick Think; 2019. (in Thai)
7. Strategy Planning Division. National Health Development Plan No. 12. (2560-2564). Ministry of Public Health. (in Thai)
8. Onsrinoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing,* 2017;37(1):63-74. (in Thai)
9. Nuntakamol J, Markmee P, Saengoen S. Health literacy factors influencing on hypertension preventive behaviors among risk group with hypertension in Tha Chai Subdistrict, Si Satchanalai District, Sukhothai Province. *Science and Technology Northern Journal.* 2022;3(3):18-37. (in Thai)
10. Chukumnird S, Boonyasophon U, Sirisom K. Factors influencing adherence to preventive behaviors among Thais with hypertension: a literature review. *Walailak Journal of Science and Technology.* 2018;16(8):509-21.



11. Suksatan W. Factors related to health - promoting behaviors among people at risk of hypertension under the universal coverage policy, Khemarat District, Ubon Ratchathani Province. *Public Health & Health Laws Journal*. 2018;4(3):431-41. (in Thai)
12. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 2009;54:303-15.
13. Visanuyothin S. Effectiveness of integrated health literacy and self-management model for hypertension control in urban community Nakhonratchasima Province [dissertation Ph.D Public health science.] Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
14. Shahid R, Shoker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1148.
15. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *Inter J Nurs Sci*. 2018;5(3):301-9.
16. Sinto N, Kamkaew W, Chummalee I, Srisaknok T. Health literacy and health behaviors among risk group of hypertension disease, Mahasarakham Province. *Research and Development Health System Journal*. 2022;15(3):99-113. (in Thai)
17. Chukumnird S, Chuakompeng A, Tejavanija N. Health literacy based on 3E2S and adherence to preventive behavior of people with high-normal blood pressure. *Journal of Nursing and Health Research*. 2022;(23)2:55-70. (in Thai)
18. Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University. ABCDE-Health literacy scale of Thai adults. Nonthaburi: Department of Health Service Support Ministry of Public Health; 2016. (in Thai).
19. Hinkle DE. *Applied Statistic for the Behavioral Sciences*. Boston: Houghton Mifflin; 1998.
20. Madican K, Oba N, Supametaporn P. Factors related to health literacy in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2020;14(1):38-53. (in Thai)
21. Photihung P. Relationship of health literacy to health promoting and disease prevention behavior in Thailand: a systematic review. *The Journal Faculty of Nursing Burapa University*. 2021;29(3):116-30. (in Thai)
22. Bodur AS, Filiz E, Kalkani I. Factors affecting health literacy in adults: a community based study in Konya, Turkey. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1):100-9.
23. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21th century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67.
24. Mongkolmoo S, Chanandchidadussadee Toonsiri, Pornnapa Homsin. Factors related to health literacy for hypertension prevention among high-risk individuals in Nadee District, Prachinburi Province. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2022;17(3):168-75. (in Thai)
25. Saleema L, Panpakdee O, Arpanantikul M, Chai-Aroon T. The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in Thais with hypertension. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2016;20(1):5-17.



26. Tanak L, Koshakri R, Jewpattanakul Y. Factors related to health literacy among high-risk hypertension population in Bangkok. *Journal Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(3):140-5. (in Thai)
27. Arahung R, Hoontrakul S, Roojanavech S. The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. *Thai Navy Medical Journal*. 2018;45(3):509-26. (in Thai)
28. Khumthong T. A causal model and effect of health literacy to health behavior and health outcome of risk Thai adults with diabetes and hypertension in Uthai Thani and Ang Thong Province [dissertation Ph.D Demography.] Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)
29. Urwannachotoma N. Social determinants of health and health promotion in population. *Journal of Health Science*. 2016;25(1):147-56. (in Thai)
30. Gaffari-Fam S, Babazadeh T, Oliaei S, Behboodi L, Daemi A. Adherence to a health literacy and healthy lifestyle with improved blood pressure control in Iran. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:499–506.
31. Froze S, Arif M. Determinants of health literacy and healthy lifestyle against metabolic syndrome among major ethnic groups of Sarawak, Malaysia: a multi-group path analysis. *Open Public Health J*. 2019;12:1.
32. Yang SC, Luo YF, Chiang CH. The associations among individual factors, eHealth literacy, and health-promoting lifestyles among college students. *J Med Internet Res*. 2017;19(1):e15.
33. Kudo N, Yokokawa H, Fukuda H, Hisaoka T, Isonuma H, Naito T. Analysis of associations between health literacy and healthy lifestyle characteristics among Japanese outpatients with lifestyle-related disorders. *J Gen Fam Med*. 2016;17(4):299–306.
34. Walters R, Leslie SJ, Polson R, Cusack T, Gorely T. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviors: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1040.