

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนท้องถิ่น
ภาคเหนือ: กรณีศึกษาชุมชนแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย
จังหวัดเชียงราย

The Causal Factors that Affect Non-communicable
Diseases (NCDs) Prevention Behavior for Quality
of Life in Northern Thai Local Community:
Case Study of Mea Pao's Community, Phaya
Mengrai District, Chiang Rai Province

ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์* กันยธัญ สุชิน** ทิพวรรณ เมืองใจ**

Tanapat Janpipatpong,* Kanthanan Suchin,** Tippawan Muangjai**

*,** สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จ.เชียงราย

*,** School of Social Sciences, Chaing Rai Rajabhat University, Chaing Rai Province

* Corresponding Author: tnp_jun@outlook.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์นี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 335 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมาตรประเมินรวมค่า ทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คุณภาพชีวิต แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเอง การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน ที่มีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.70 - 0.89 และทำการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงเส้น โดยพบว่า ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังนี้ Chi-square = 251.43, df = 72, p-value = 0.000, RMSEA = 0.003, NFI = 0.93, CFI = 0.94, GFI = 0.87, SRMR = 0.010 ซึ่งพบว่า แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดีเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด ($\beta = 0.65$, $p < .05$) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน การเห็นตัวแบบที่ดีด้าน

Received: December 28, 2020, Revised: May 6, 2021; Accepted: May 18, 2021

สุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความภาคภูมิใจในตนเอง ตามลำดับ ($\beta = 0.44, 0.34, 0.32, 0.23, 0.18, p < .05$) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = 0.53, p < .05$) ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\beta = 0.22, 0.28, p < .05$) รองลงมา คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง ($\beta = 0.12, 0.26, p < .05$) สำหรับการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ และแรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = 0.39, 0.27, 0.16, 0.10, p < .05$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คุณภาพชีวิต ชุมชนท้องถิ่น การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์

Abstract

This behavioral science research is a causal model study. It aimed to study the causal factors that affect non-communicable disease (NCDs) prevention behaviors for quality of life. The sample consisted of people in Mae Pao sub-district, Phaya Mengrai district, Chiang Rai province. 335 people were selected by using the summated rating scale questionnaires in total of 8 variables such as non-communicable disease preventive behavior, quality of life, health motivation, media health literacy, self-esteem, health modeling, family support and community health agencies support with reliability between 0.70 - 0.89, and analyzed by path analysis.

The result showed that the harmony checking result of the hypothetical causal relationship with the empirical data with the consistency index were as follows: Chi-square = 251.43, df = 72, p-value = 0.000, RMSEA = 0.003, NFI = 0.93, CFI = 0.94, GFI = 0.87, SRMR = 0.010. It was found that health motivation is the variable that has the most direct influence on non-communicable disease prevention behaviors ($\beta = 0.65, p < .05$), followed by the community health agencies support, health modeling, media health literacy, family support and self-esteem respectively ($\beta = 0.44, 0.34, 0.32, 0.23, 0.18, p < .05$). Non-communicable disease prevention behaviors have a direct influence on quality of life ($\beta = 0.53, p < .05$). Family support was the variable which has the most direct and indirect influence on quality of life with statistical significance at the level ($\beta = 0.22, 0.28, p < .05$), followed by self-esteem ($\beta = 0.12, 0.26, p < .05$). Media health literacy, community health agencies support, health modeling and health motivation were the variables that have the indirect influences on quality of life ($\beta = 0.39, 0.27, 0.16, 0.10, p < .05$).

Keywords: non-communicate diseases prevention behavior, quality of life, Thai local communication, behavioral science research

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต่างต้องการ เพราะเมื่อบุคคลมีสุขภาพที่สมบูรณ์ดีแล้ว การดำเนินกิจการงานต่างๆ ย่อมดีตามไปด้วย และยังส่งผลต่อสุขภาพใจที่เป็นสุข ไม่เป็นทุกข์ สำหรับปัญหาด้านสุขภาพของคนในยุคปัจจุบันเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อนั้นลดลงกว่าเดิมด้วยวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ แต่กลับ มีอุบัติการณ์ของโรคที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยการแพร่ขยายของเชื้อโรคให้ติดต่อจากคนสู่คนและสร้างความเสียหายได้มากไม่แพ้กัน นั่นคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-communicable Diseases (NCDs) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพสำคัญของประเทศไทยในยุคปัจจุบัน โดยสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย พบว่า ร้อยละ 75 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด มีสาเหตุการเสียชีวิตมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นจำนวนราว 320,000 คนต่อปี และพบว่า จำนวนกว่าครึ่งเสียชีวิตด้วยอายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) จัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตปี พ.ศ. 2555 กับ ปี พ.ศ. 2558 จาก 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะบุคคลในช่วงอายุ 30 - 69 ปี โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือดจาก 22.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานจาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร

และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก 3.8 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ต่อแสนประชากร¹

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2554 รายงานว่า ผู้เข้ารับการรักษาซึ่งนับว่าเป็นผู้ป่วยสะสมมีจำนวน 455,369 ราย โรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง โดยจังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่ติดอันดับ 1 ใน 8 จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มโรคที่กล่าวไปมากที่สุด สำหรับจำนวนผู้เสียชีวิต พบว่า มีผู้เสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมากที่สุดทั้งในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุด อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 920.97 ต่อแสนประชากร รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 447.71, 80.33 และ 78.59 ต่อแสนประชากร^{2,3,4} และจากข้อมูลการสำรวจจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประจำปีงบประมาณ 2559 และ 2560 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยอยู่ที่ 172 และ 388 คน¹ เมื่อพิจารณาเฉพาะในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ที่สำรวจโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เปา ประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่า มีผู้ป่วยรวมจำนวน 1,123 คน โดยมีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดมีจำนวน 860 คน รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 245 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 13 คน โรคถุงลมโป่งพองจำนวน 4 คน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 คน⁵ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับอำเภอแล้วพบว่า สูงกว่าเป็นอย่างมาก ทำให้เห็นว่าพื้นที่

ตำบลแม่เปนกำลังประสบปัญหาด้านสุขภาพชุมชนนี้เป็นอย่างมากจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีจึงทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประเด็นพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พบว่า มีงานวิจัยในหลากหลายกลุ่มสาขาวิชาที่ทำการศึกษารายถึงกลุ่มปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางชีววิทยา โดยในแต่ละกลุ่มปัจจัยนั้นมีตัวแปรที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ซึ่งในงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยผสมผสานวิธีในแบบแผนการสำรวจตามลำดับที่ผู้วิจัยพัฒนาตัวแปรจากผลการวิจัยในระยะต้นที่เป็นการสำรวจเพื่อค้นหาเงื่อนไขของการมีสุขภาพกายที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ของบุคคล ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนในพื้นที่ตำบลแม่เปน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งการเลือกพื้นที่นั้นเป็นไปตามนโยบายการพัฒนาท้องถิ่นของมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษตามนโยบายหลักคือ “มหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นสู่สากล” จึงกำหนดให้คณะ/สำนักวิชามีบทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาพื้นที่บริการวิชาการภายใต้โครงการ 1 คณะ 1 ตำบล 1 นวัตกรรม (Triple one) โดยสำนักวิชาสังคมศาสตร์ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบพื้นที่ดังกล่าว โดยมีการกำหนดการทำความตกลงความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยกับองค์การบริหารส่วนตำบลแม่เปนที่มีการเปิดเวทีเสวนาเพื่อสืบเสาะและรับฟังปัญหาจากพื้นที่ จึงเป็นที่มาของปัญหาการวิจัยในครั้งนี้ ที่จะทำให้สามารถเข้าใจและสร้างแนวทาง

ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทของชุมชนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนตำบลแม่เปน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยภายในบุคคล (แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเอง) และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม (การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน) ที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ปัจจัยภายในบุคคล (แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเอง) และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม (การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน) มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต

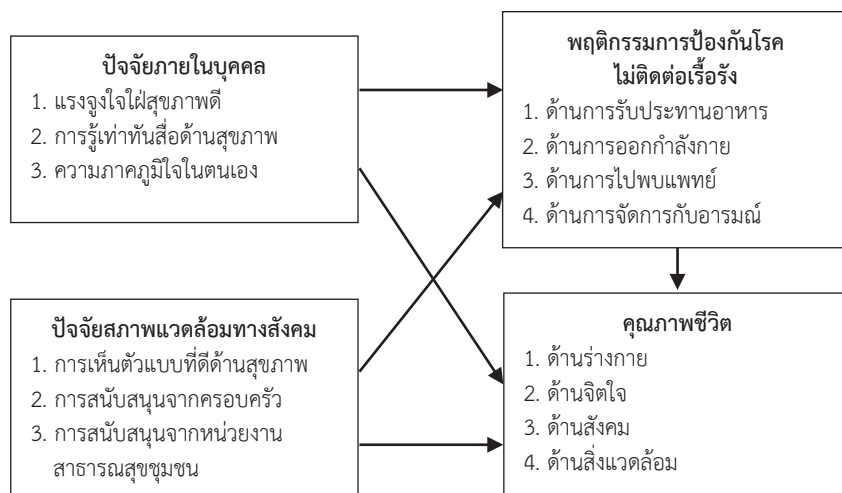
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยผู้วิจัยอาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยนำทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura⁷ เป็นทฤษฎีหลักที่อธิบายถึงสาเหตุ



พฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยหลักๆ 2 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล และ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม รวมถึงการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันสุขภาพทางสาธารณสุขศาสตร์และสังคมวิทยาร่วมด้วยในการกำหนดตัวแปรวิจัย โดยตัวแปรนั้นผู้วิจัยนำ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพขั้นสำรวจในระยะแรกจากพื้นที่ชุมชนแม่เปาที่ค้นหาเงื่อนไขของการมีสุขภาพดีมาใช้ในการกำหนดตัวแปร เพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพนี้ได้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากที่สุด โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยในชุมชนแม่เปา อำเภอฟญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 11,291 คน⁷

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยในชุมชนแม่เปา อำเภอฟญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการประมาณค่า 20 เท่าของพารามิเตอร์⁸ ที่มีทั้งหมด 16 ตัว ได้เท่ากับ 320 คน และเพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 335 คน โดยทำการสุ่มแบบ 2 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่ 1 สุ่มตามสัดส่วนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน และชั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 8 แบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม 2) ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม 3) ด้านการเลือกพบแพทย์อย่างเหมาะสม และ 4) ด้านการปรับอารมณ์ให้เหมาะสม ปรับปรุงจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของ อารยา เชียงของ⁹ และ วิชราวุฒิ หวังสม¹⁰ จำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ “ปฏิบัติเป็นประจำ” จนถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย”

ผู้ที่ตอบได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรม การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย โดยแบบสอบถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.29 - 0.77 และความเที่ยงเท่ากับ 0.84

2. แบบสอบถามปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อคุณภาพชีวิต เป็นการสอบถามคุณลักษณะต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 แบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของบุคคลที่จะทำให้ตนเองเป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดี โดยปรับปรุงจากแบบวัดแรงจูงใจด้านสุขภาพของ ณรงค์กร ชันวงศ์ และ ปณณทัต บณฺฑนท¹¹ จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากแสดงว่า เป็นผู้ที่มีแรงจูงใจใฝ่สุขภาพดีมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย โดยแบบสอบถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.20 - 0.69 และความเที่ยงเท่ากับ 0.70

2.2 แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของบุคคลโดยใช้การพิจารณาอย่างถี่ถ้วน โดยปรับปรุงจากแบบวัดการรู้เท่าทันสื่อของ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล¹² จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย โดยแบบสอบถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.23 - 0.84 และความเที่ยง เท่ากับ 0.73

2.3 แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกภายใน

ของบุคคลที่มีต่อตนเอง โดยปรับปรุงจากแบบวัด การเห็นคุณค่าในตนเองของ กันย์ธัญ สุชิน, ธนพัทธ์ จันทิพัฒน์พงศ์ และ ทิพวรรณ เมืองใจ¹³ จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีความภาคภูมิใจในตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย โดยแบบสอบถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.47 - 0.79 และความเที่ยง เท่ากับ 0.79

2.4 แบบสอบถามการเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการได้เห็นบุคคลอื่นในชุมชนมีกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามอิทธิพลจากคนรอบข้างของ รัตนภรณ์ อิมหมั่นงาน และ นัยนา อาภาสุวรรณกุล¹⁴ จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากจะเป็นผู้ ที่เห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย โดยแบบสอบถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.35 - 0.73 และความเที่ยง เท่ากับ 0.79

2.5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสอบถามเกี่ยวกับได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยปรับปรุงจากการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ สุปรานี หมื่นยา¹⁵ จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากจะเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย โดยแบบสอบถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.36 - 0.89 และความเที่ยง เท่ากับ 0.71

2.6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน เป็นการสอบถามเกี่ยวกับได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ในชุมชนในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ จิราวรรณ วิริยะกิจไพบุลย์ และ ชนกพร จิตปัญญา¹⁶ จำนวน 10 ข้อ โดยผู้ที่ตอบได้คะแนน

มากจะเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน
สาธารณสุขชุมชนมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย
โดยแบบสอบถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่
ระหว่าง 0.29 - 0.79 และความเที่ยง เท่ากับ 0.73

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นการ
สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลทั้งเชิงภาวะวิสัย
และอัตวิสัยเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ประกอบด้วย
4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้าน
ความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม
โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตปรับปรุงจากแบบ
วัดคุณภาพชีวิตของกรมสุขภาพจิต¹⁷ จำนวน 26 ข้อ
มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่
“จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” โดยผู้ที่ตอบได้
คะแนนมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตมากกว่า
ผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย โดยแบบสอบถามมีค่า
อำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.26 - 0.80
และความเที่ยง เท่ากับ 0.89

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 8 ชุดผ่านการตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5
ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง
0.60 - 1 ทำการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกราย
ข้อ และวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดย
การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
มีค่าอยู่ระหว่าง 0.70 - 0.89 โดยแบบสอบถามที่
ค่าความเที่ยงมากกว่า 0.60 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้¹⁸

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยนี้เริ่มจาก
การติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากพื้นที่วิจัย คือ
องค์การบริหารส่วนตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย
จังหวัดเชียงราย และขอรับรองจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัย

ราชภัฏเชียงราย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย
ลงพื้นที่แจกแบบสอบถามกับประชาชนในตำบล
แม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยให้
ประชาชนเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ในระหว่าง
เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2563 เมื่อเก็บ
แบบสอบถามคืนทำการตรวจสอบความครบถ้วน
สมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามมาลง
รหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม
สำเร็จรูปทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงราย รหัสเลขที่ ETH.CRRU 003/62
วันที่อนุมัติ 4 มีนาคม 2562 วันสิ้นสุดการอนุมัติ
4 มีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
1) สถิติที่ใช้ในการบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ตัวอย่างและตัวแปรวิจัย ที่ทำการวิเคราะห์
ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และ 2) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน
ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดย
การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
เพื่อใช้ในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ
และการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงเส้นตรง

ผลการวิจัย

ประชาชนตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย
จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งหมด 335 คน โดยสามารถ
จำแนกตามข้อมูลทั่วไปได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 335)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	149	44.47
หญิง	186	55.53
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	12	3.58
ระหว่าง 31 - 40	73	21.79
ระหว่าง 41 - 50	149	44.47
ระหว่าง 51 - 60	61	18.22
มากกว่า 60	40	11.94
อาชีพ		
เกษตรกร	264	78.80
รับจ้างทั่วไป	47	14.02
เจ้าหน้าที่รัฐ/รัฐวิสาหกิจ	18	5.73
ค้าขาย/อื่นๆ	6	1.45
ปัญหาด้านสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	287	85.67
มีโรคประจำตัว	13	3.88
เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	35	10.45
คุณภาพการนอน		
นอนหลับสนิท	195	58.20
ตื่นนอน 1 ครั้ง	86	25.68
นอนไม่หลับ/มีปัญหาการนอน	54	16.12
รายได้/เดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	47	14.02
ระหว่าง 5,000 - 10,000	254	75.82
ระหว่าง 10,001 - 20,000	32	9.57
มากกว่า 30,000	2	0.59
สถานภาพ		
โสด	84	25.07
สมรส	234	69.85
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	17	5.08



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 335) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.20
ประถมศึกษาปีที่ 6	43	12.83
มัธยมศึกษาตอนต้น	198	59.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	71	21.20
อนุปริญญา/ปวส.	5	1.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	14	4.17

ก่อนทำการวิเคราะห์หาค่าอิทธิพลเชิงสาเหตุของตัวแปร ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของข้อมูลก่อนที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงเส้น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่ควรมีค่าสูงกว่า 0.85¹⁹ โดยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.110 - 0.837 โดยตัวแปรทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2 ดังนั้นตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้จึงมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์อิทธิพลเชิงเส้น

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	-													
2	.322*	-												
3	.543*	.364*	-											
4	.277*	.333*	.290*	-										
5	.211*	.281*	.212*	.334*	-									
6	.197*	.201*	.121*	.287*	.213*	-								
7	.297*	.274*	.299*	.525*	.210*	.211*	-							
8	.332*	.452*	.328*	.576*	.533*	.255*	.200*	-						
9	.343*	.231*	.152*	.601*	.212*	.387*	.322*	.421*	-					
10	.521*	.200*	.224*	.307*	.431*	.549*	.234*	.431*	.837*	-				
11	.222*	.473*	.653*	.377*	.299*	.774*	.110*	.475*	.543*	.433*	-			
12	.540*	.444*	.217*	.265*	.332*	.566*	.281*	.322*	.211*	.319*	.307*	-		
13	.201*	.319*	.452*	.222*	.184*	.343*	.333*	.423*	.532*	.211*	.110*	.365*	-	
14	.321*	.124*	.223*	.510*	.548*	.287*	.801*	.332*	.452*	.120*	.448*	.276*	.561*	-

* p < .05

- 1 = พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2 = พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3 = พฤติกรรมการไปพบแพทย์
4 = พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ 5 = แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี 6 = การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ
7 = ความภาคภูมิใจในตนเอง 8 = การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ 9 = การสนับสนุนจากครอบครัว
10 = การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน 11 = คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 12 = คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ
13 = คุณภาพชีวิตด้านสังคม 14 = คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อทำการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงเส้น พบว่า ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังนี้ Chi-square = 251.43, df = 72, p-value = 0.000, RMSEA = 0.003, NFI = 0.93, CFI = 0.94, GFI = 0.87, SRMR = 0.010 เมื่อพิจารณา พบว่า ค่า GFI เข้าใกล้ 1, ค่า SRMR ต่ำกว่า .05 และค่า RMSE ต่ำกว่า .05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁰

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) ของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคุณภาพชีวิต (n = 335)

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม					
	พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			คุณภาพชีวิต		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
1. แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี	0.65*	-	0.65*	-	0.10*	0.10*
2. การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ	0.32*	-	0.32*	-	0.39*	0.39*
3. ความภาคภูมิใจในตนเอง	0.18*	-	0.18*	0.12*	0.26*	0.38*
4. การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ	0.34*	-	0.34*	-	0.16*	0.16*
5. การสนับสนุนจากครอบครัว	0.23*	-	0.23*	0.22*	0.28*	0.50*
6. การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน	0.44*	-	0.44*	-	0.27*	0.27*
7. พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	-	-	-	0.53*	-	0.53*

* p < .05

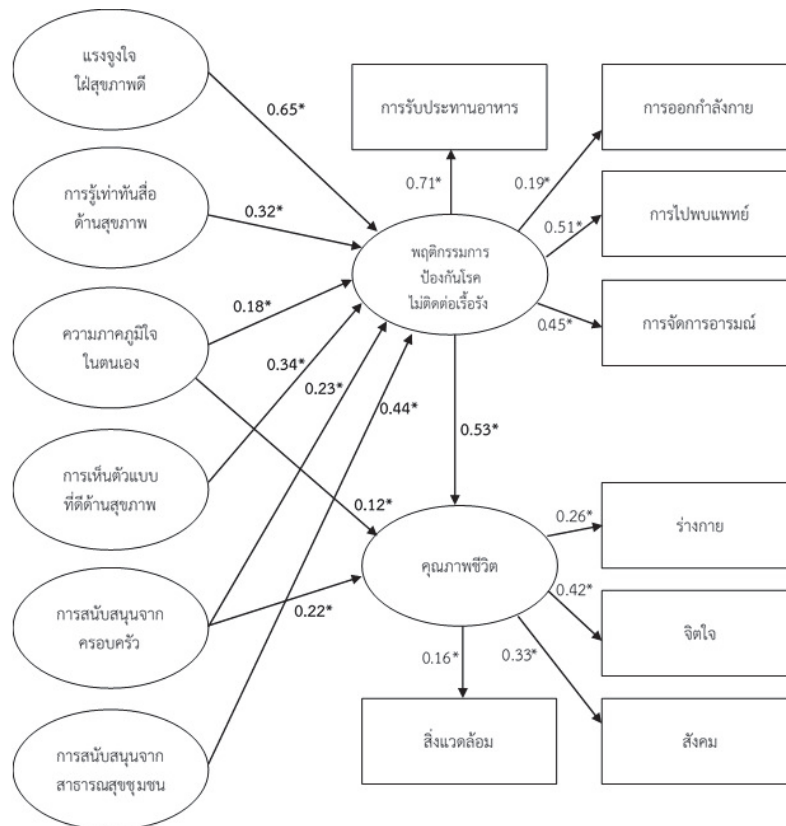
DE = อิทธิพลทางตรง IE = อิทธิพลทางอ้อม TE = อิทธิพลรวม

จากตารางที่ 3 อิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคุณภาพชีวิต พบว่า แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดีเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.65) รองลงมา คือ การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความภาคภูมิใจในตนเอง ตามลำดับ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.44, 0.34, 0.32, 0.23, 0.18 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)

อิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.22 และ 0.28) รองลงมา คือ ความภาคภูมิใจในตนเอง (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.12

และ 0.26) สำหรับการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ และแรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.39, 0.27, 0.16 และ 0.10)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.53)



แผนภาพที่ 2 อิทธิพลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และคุณภาพชีวิต

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยภายในบุคคล และสภาพแวดล้อมทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 โดยตัวแปรต้นทุกตัวแปรมีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรพฤติกรรม รวมถึงมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2

โดยตัวแปรต้นทุกตัวมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต และตัวแปรพฤติกรรมยังมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่หลากหลาย โดย Bandura⁶ กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม

ในรูปแบบการกำหนดซึ่งกันและกันแบบสามทาง (Triadic reciprocal determinism) ทำให้เห็นว่าทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรครวมถึงปลายน้ำอย่างคุณภาพชีวิต ต้องมีการผลักดันส่งเสริมกันจากหลายตัวแปร โดยผู้วิจัยทำการอภิปรายผลเป็นรายตัวแปร ดังนี้

1. ความภาคภูมิใจในตนเอง พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เพราะความภาคภูมิใจในตนเองเป็นคุณลักษณะทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องความรู้ถึงการคุณค่าในชีวิต การเข้าใจตัวตนของตนเอง การนับถือตนเอง การมีความสำเร็จ รวมถึงความรู้สึที่ดีต่อการทำได้ของบุคคล²¹ ในการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ก็ต้องอาศัยความรู้สึเชิงบวกในการผลักดันให้มีความต่อเนื่องของพฤติกรรมเช่นกัน ความภาคภูมิใจในตนเองจึงเป็นแรงผลักดันภายในที่ทำให้บุคคลยังคงกระทำพฤติกรรมสุขภาพอยู่ และเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้วก็จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นที่มีความเชื่อมโยงแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จากความภาคภูมิใจในตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัฏญา นพเกตุ, ชนิตดา แบนเกษร และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์²² อะเคื้อ กุลประสูติติลก, โสภณา จิรวงศ์นุส, ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์ และ ดุชนิ ศุภวรรณกุล²³ ที่ทำการศึกษาและพบว่า ความภาคภูมิใจในตนเองมีผลอย่างยิ่งต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

2. การสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลใช้

ชีวิตอยู่ในระยะใกล้มากที่สุด คนในครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อบุคคลมากที่สุดเช่นกัน โดยระดับของสังคมเป็นตัวจัดกระทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเชื่อ จนถึงการแสดงออกของพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลที่ทำให้เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญได้ เช่น พ่อแม่ คู่ชีวิต และบุตร เป็นต้น²⁴ โดยการสนับสนุนอาจแสดงออกด้วยการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพให้กับบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุมลี้ ธรศรี, พัชราณี ภวักกุล, มณีนันท์ ธีระวิวัฒน์ และ กานดาสิ มาลีวงศ์²⁵ ปารณนา วัชรานุรักษ์ และ อัจฉรา กลีบกลาย²⁶ สุกัญญา ปานเจริญ²⁷ สมพร รักความสุข และ ทูติรัตน์ รื่นเรือง²⁸

3. แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี พบว่า มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันสุขภาพ ที่กล่าวถึงการเกิดพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของบุคคลว่าต้องมาจากการมีแรงจูงใจเสียก่อนที่เป็นผลมาจากการเห็นถึงภัยคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแรงผลักดันที่ทำให้บุคคลเกิดความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งเป็นแรงจูงใจนั่นเอง²⁸ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิญา ราชศรีเมือง และ เกศินี สราญฤทธิชัย³⁰ Maneesriwongkul, Pajanket & Saengchamchai³¹ นิสากร วิบูลชัย และ รุ่งทิพา ศรีเดช³²

4. การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพนั้นจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงสื่อที่มีคุณภาพ ถูกต้องเหมาะสม และสามารถวิเคราะห์ตีความข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพนั้นได้อย่างมีวิจารณญาณก่อนที่จะเชื่อและทำตามข้อมูลจากสื่อ นั้น³¹ ซึ่งสอดคล้องกับ



งานวิจัยของ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล¹² เครือฟ้า ชาญจะโปะ และ รุจิรา ดวงสงค์³⁴

5. การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ
พบว่า มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งการเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพนั้นเป็นการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลอื่นกับตนเองในการเปรียบเทียบเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมของตนเอง เช่น การไปออกกำลังกาย อาจมีการเปรียบเทียบตนเองกับตัวแบบที่เห็นว่าเราก็อาจทำได้เช่นเดียวกัน จึงนำไปสู่การไปออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ทฤษฎีปัญหาสังคมของ Bandura³⁴ อธิบายถึงการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบว่า บุคคลมีการเรียนรู้จากความสำเร็จของบุคคลที่อยู่รอบตนเองและมีการเก็บจำนำมาเป็นต้นแบบในการกระทำของตนเอง ซึ่งตัวแบบจากบุคคลรอบข้างถือเป็นอิทธิพลภายนอกที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลการถ่ายทอดคุณลักษณะบางอย่างก็จะสามารถเกิดขึ้นได้เป็นการขัดเกลาในลักษณะหนึ่งจากบุคคลในสังคมนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนภรณ์ อิมหมั่นงาน และ นัยนา อาภาสุวรรณกุล¹⁴ กฤตย์วัฒน์ ฉัตรทอง, อรพินทร์ ชูชม, ฉันทนา ภาคบงกช และ สกัญ ภูงค์³⁶

6. การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต เป็นการสนับสนุนทางสังคมรูปแบบหนึ่งจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ที่ทำหน้าที่คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การสื่อสารสุขภาพ การสนับสนุนสิ่งของที่เป็นจำเป็นในบางสถานการณ์ ซึ่งถือว่าเป็นการเสริมกำลังใจให้กับบุคคลด้วย³⁵ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กมลพร สิริคุตตบุตร, วิราพร

วิโรจน์รัตน์ และ นารีรัตน์ จิตรมนตรี³⁸ จีราวรรณ วิริยะกิจไพบูลย์ และ ชนกวร จิตปัญญา³⁹

7. พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการจัดการทางอาหาร โภชนาการ การออกไปพบแพทย์ การออกกำลังกาย การจัดการภาวะทางอารมณ์ ซึ่งเชื่อมโยงกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพมากพอแล้วจะมีความพึงพอใจในชีวิตนั่นเอง เท่ากับว่าการดูแลสุขภาพยิ่งมากเท่าใดจะมีผลทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิตร สกุลคุ, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท และ วราทิพย์ แก่นการ⁴⁰ สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล และ นพวรรณ เปียชื่อ⁴¹

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

1. ปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาให้เติบโตขึ้นได้ และผลการวิจัยที่พบว่า แรงจูงใจใฝ่สุขภาพดี การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ และความภาคภูมิใจในตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนจึงสามารถนำไปพัฒนาเป็นชุดกิจกรรม โครงการส่งเสริมคุณลักษณะอันพึงประสงค์ให้กับประชาชน นอกจากนี้ผลการประเมินแนวโน้มจากคะแนนการจัดอันดับคุณลักษณะที่จำเป็นต่อการพัฒนา ก็อาจทำให้สามารถจัดลำดับกิจกรรม หรือ เน้นกิจกรรมไปในการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเป็นหลักก็ย่อมได้

2. จากการผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การเห็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน มีอิทธิพลทางบวก คือ เป็นตัวเสริมที่จะทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยทั้งหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนและภาคการปกครองท้องถิ่นต้องเป็นส่วนช่วยในการเอื้อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาระดับของพฤติกรรมเอาไว้ได้ ซึ่งจากแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมก็พบว่า การขอความร่วมมือจะทำให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาชุดกิจกรรมชุดฝึกอบรมทางจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ออกแบบกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกตัวแปรทางจิตวิทยา หรือออกแบบเฉพาะการเสริมแรงจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control. National strategies of prevention and control non communicable diseases 5 Years (2017-2020). Nonthaburi: Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
2. Disease of Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai. Disease situation and health condition reported in 2011, Health Region 1. Chiang Mai: Disease of Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2011. (in Thai).
3. Disease of Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai. Disease situation and health condition reported in 2016, Health Region 1. Chiang Mai: Disease of Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai).

ใฝ่สุขภาพดีที่มีอิทธิพลมากที่สุดก็ได้ จากนั้นจึงทดลองใช้ชุดกิจกรรมและประเมินการใช้กิจกรรมว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่

2. ควรเพิ่มตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความเมตตาต่อตนเอง (Self-compassion) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตอีกด้วย

3. การเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำให้สามารถวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรได้ดีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้อาจทำการเปรียบเทียบทั้งภายในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันเพื่อหาความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมน้อย รวมถึงเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นภายนอกที่จะทำให้เห็นถึงความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพในระบอบวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ประจำปีงบประมาณ 2563

4. International Health Policy Program. Burden of disease of area health and regional level of Thailand in 2011: a research report. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
5. Mea Pao Health Promotion Hospital. Number of non-communicable patients in fiscal year 2017 (Thai). Interview 2019 October 1.
6. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
7. The Bureau of Registration Administration, Department of Provincial Administration. Population in Mea Pao district, 2018. [Internet]. [cited 2019 January 5]. Available from: <http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>. (in Thai).
8. Wiruchchai N. LISREL model: Statistical analysis for research. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 1999. (in Thai).
9. Chiangkhong A. Effectiveness of development of health literacy through controlled transformative learning due to glycemic control behavior among diabetic patients. [Doctoral Dissertation, Behavioral Science Research Institute]. Srinakharinwirot University; 2018. (in Thai).
10. Wangsom W. Intelligence and social aspects related to the health care behavior of patients at risk Ischemic stroke. [Master's Thesis, Behavioral Science Research Institute]. Srinakharinwirot University; 2018. (in Thai).
11. Chaiwong N, Bonkhonthod P. Predicting factors preventive behaviors for coronary heart disease among persons that risk disease. Journal of Nursing and Health Care 2019;37(2):6-15. (in Thai).
12. Chobthamsakul S. Relationship between health literacy and obesity prevention behavior of undergraduate students in Bangkok metropolitan region. Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies 2019;8(1):116-23. (in Thai).
13. Suchin K, Janpipatpong T, Muangjai T. A study and development of enhancing a model for happiness by using the factors affecting the happiness of the elderly of Chiang Khong district, Chiang Rai province: a research report. Chaing Rai: School of Social Sciences, Chaing Rai Rajabhat University; 2017. (in Thai).
14. Himmunngan R, Apasuwanakul N. Self-efficacy theory to consumption behavior change in diabetic patients attending to Joho community health center, Nakhonratchasima province. Disease Control Journal 2011;37(3):170-8. (in Thai).
15. Muenya S. Effectiveness of family support on exercise behaviors of elderly. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017;25(1):74-81. (in Thai).



16. Wiriakijpaiboon J, Jitpanya C. Relationships among knowledge, perceived benefit, depression, social support and secondary stroke prevention in stroke survivors. *Journal of Police Nurses* 2016;8(2):34-44. (in Thai).
17. Department of Mental Health. World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL – BREF – THAI. [Internet]. [cited 2019 April 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>. (in Thai).
18. George D, Mallery P. SPSS for window step by step: a simple guide and reference. 11.0 update. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2003.
19. Kline RB. Methodology in the social sciences: principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005.
20. Prasith-rathasint P. Multivariate techniques for social and behavioral sciences research. 5th ed. Bangkok: Samlada Press; 2005. (in Thai).
21. Rosenberg M. Society and adolescent self-Image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
22. Noppaket K, Nabkesorn C, Vatanasin D. Factors predicting psychological well-being of the elderly with diabetes mellitus receiving care at a health promoting hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(4):122-31. (in Thai).
23. Kulprasutdilok A, Jirawongnusorn S, Chitmanasak N, Supawantanakul D. Path analysis of factors affecting quality of life in the elderly in Bang Khen district, Bangkok. *Journal of Health Science Research* 2014;8(2):35-46. (in Thai).
24. Lakey B, Cohen S. Social support theory and measurement. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editor. Social support measurement and intervention: a guild for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 2000. p. 29-52.
25. Thonsri U, Pavadhgul P, Therawiwat T, Maleevong K. Nutrition promotion program: reducing sugar, fat, and salt intake applying self-regulation and family support among patients with type 2 diabetes. *Journal of Public Health* 2018;48(3):284-95. (in Thai).
26. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors influencing preventive behavior among stoke-risk patients in Songkla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(1):217-33. (in Thai).
27. Pancharean S. Effects of using health promoting program with family support on health promoting behavior of primigravida adolescents. *Journal of Nursing and Education* 2014;7(3):113-23. (in Thai).
28. Rakkwamsuk S, Reunreang T. Factors predicting health behaviors among type 2 diabetes patients dwelling in Muang district, Chon Buri province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2020;47(3):544-60. (in Thai).

29. Roger RW. Protection motivation theory. *Health Education Research Theory and Practice* 1986;1(3):153-61.
30. Ratsrimuang A, Saranrittichai K. The effects of health literacy and motivation application program on alcohol drinking behavioral reduction of male adolescents. *Journal of Nursing and Health Care* 2020;38(1):49-58. (in Thai).
31. Maneesriwongkul W, Prajanket O, Saengcharnchai P. Effects of motivational interviewing or an educational video on knowledge about HIV/AIDS, health beliefs and antiretroviral medication adherence. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2012;16(1):124-37.
32. Vibulchai N, Sridech R. Development of a program to enhance the motivation for self-management in delay the diabolic nephropathy progression of type 2 diabetic patients with hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2020;47(2):373-93. (in Thai).
33. Makesithongkum B, Janjuree D. Media literacy education: the path for empowering media literacy. *Executive Journal* 2011;31(2):63-9. (in Thai).
34. Chanjapoh K, Duangsong R. Association between health literacy and oral health care behavior of periodontitis patients age 60-74 years old in Wang Nam Khio district, Nakhon Ratchasima province. *KKU Journal of Public Health Research* 2019;12(3):72-80. (in Thai).
35. Bandura A. Social cognitive theory. In: Vasta R, editor. *Annual of child development*. Vol. 6. sixth theories of child development. Greenwich, CT: JAI Press; 1989. p. 1-60.
36. Chatthong K, Choochom O, Pakbongkoch C, Phukong S. Psychosocial factors related to nutritional having food behavior among secondary school students in Chumphon municipality, Chumphon province. *Journal of Behavioral Science for Development* 2011;3(1):172-84. (in Thai).
37. House JS. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
38. Sirikutjatuporn K, Wirojratana W, Jitramontree N. Factors predicting self-management behavior of elderly type 2 diabetes patients. *Thai Journal of Nursing Council* 2017;32(1):81-93. (in Thai).
39. Wiriyaakijpailoon J, Jitpanya C. Relationships among knowledge, perceived benefit, depression, social support and secondary stroke prevention in stroke survivors. *Journal of The Police Nurses* 2016;8(2):34-44. (in Thai).
40. Sakulkoo S, Wisitchainont W, Kankran W. Factors influencing quality of life in end-stage renal disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis, Nongkhai hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2020;38(1):117-26. (in Thai).



41. Partiprajak S, Hanucharurnkul S, Piaseu N. Factors predicting self-care abilities and quality of life in persons with type 2 diabetes. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(1):97-111. (in Thai).