

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหานครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 240 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 – เดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ
3. พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.75) มีช่วงอายุระหว่าง 60 – 90 ปี อายุเฉลี่ย 71 ปี (SD = 6.75) สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 57.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.80) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.60) รายได้อยู่ในช่วง 1,001–5,000 บาท เฉลี่ย 7,862 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 1 - 45 ปี เฉลี่ย 7 ปี (SD = 6.13) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยา ชนิดของยารักษาความดันโลหิตสูงที่รับประทานมากที่สุด คือ กลุ่มของยาขับปัสสาวะ ได้แก่ ยาไฮโดรคลอโรไทไซด์ (hydrochlorothiazide: HCTZ) และยาลาซิก (Lasix) คิดเป็น (ร้อยละ 83.30) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้มในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 68.30) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป
($N = 240$)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	177	73.75
ชาย	63	26.25
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 71$, $SD = 6.75$, $Min-Max = 60 - 90$)		
60 – 69	102	42.50
70 – 79	100	41.70
≥ 80 ปี	38	15.80
สถานภาพสมรส		
โสด	7	2.90
คู่	137	57.10
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	96	40.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	42	17.50
ประถมศึกษา	146	60.80
มัธยมศึกษา	21	8.80
อนุปริญญา	16	6.70
ปริญญาตรีขึ้นไป	15	6.30

ตาราง 1 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

(N = 240)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	155	64.60
ประกอบอาชีพ	85	35.40
ข้าราชการบำนาญ	35	14.60
เกษตรกรรวม	30	12.50
ค้าขาย	13	5.40
รับจ้าง	7	2.90
รายได้ของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ($\bar{X} = 7862.57$, $SD = 7390.37$, $Min-Max = 500 - 35,000$)		
$\leq 1,000$	9	3.80
1,001 – 5,000	36	15.00
5,001 – 10,000	9	3.80
10,000 – 15,000	19	7.90
$\geq 15,001$	12	5.90
ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี) ($\bar{X} = 7.00$, $SD = 6.13$, $Min-Max = 1 - 45$)		
มีการใช้ยาในปัจจุบัน	240	100.00
ชนิดของยา*		
กลุ่ม 1 ได้แก่ hydrochlorothiazide (HCTZ) , lasix	200	83.30
กลุ่ม 2 ได้แก่ enalapril, captopril	92	38.30
กลุ่ม 3 ได้แก่ propranolol	40	16.70
กลุ่ม 4 ได้แก่ adalat, verapamil	15	6.30
กลุ่ม 5 ได้แก่ sodium nitroprusside, hydralazine	10	4.20
การหกล้มที่ผ่านมาในช่วง 1 ปี ($\bar{X} = 1.47$, $SD = .74$, $Min-Max = 1 - 4$)		
ไม่มี	164	68.30
มี	76	31.70

* ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มพบว่าปัจจัยเสี่ยงภายใน 3 อันดับแรกที่ทำให้เกิดการหกล้มมากที่สุด คือ การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น (ร้อยละ 67.50) การมีโรคประจำตัวอื่นนอกจากภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65.40) และการมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 64.60) ส่วนปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ทำให้เกิดการหกล้ม 3 อันดับแรกคือ บริเวณบันไดหรือภายในห้องน้ำไม่มีราวยึดเกาะ (ร้อยละ 53.80) พื้นบ้านมีระดับไม่เท่ากัน สูงๆ ต่ำๆ (ร้อยละ 46.30) และพื้นผิวที่บ้านมีลักษณะลื่นและเป็นมันวาว (ร้อยละ 38.30) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ (N = 240)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มใน 1 เดือนที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยงภายใน*		
มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เวลาเปลี่ยนท่า	155	64.60
มีอาการหลงลืม จำไม่ค่อยได้	150	62.50
มีอาการวิงเวียนศีรษะ/รู้สึกว่บ้านหมุน	114	47.50
มีอาการขาบริเวณปลายมือปลายเท้า	140	58.30
รู้สึกว่กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น	162	67.50
เดินลำบากและมีการทรงตัวที่ไม่ดี	106	44.20
มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากภาวะความดันโลหิตสูง	157	65.40
ใช้ยามากกว่า 4 ชนิด ขึ้นไป	83	34.60
ปัจจัยเสี่ยงภายนอก*		
ภายในบ้านมีแสงสว่างไม่เพียงพอ	23	9.60
พื้นผิวที่บ้านมีลักษณะลื่นและเป็นมันวาว	92	38.30
ภายในบ้านมีสิ่งกีดขวางทางเดิน	49	20.40
พื้นบ้านมีระดับ ไม่เท่ากัน สูงๆ ต่ำๆ	111	46.30
บริเวณบันไดหรือภายในห้องน้ำไม่มีราวยึดเกาะ	129	53.80
ภายในห้องน้ำวางของใช้เกะกะ	20	8.30

* ตอบได้มากกว่า 1 ปัจจัย

การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.55$, $SD = .14$) โดยมีการรับรู้รายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.30$, $SD = .32$) และ คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงสุด ($\bar{X} = 2.92$, $SD = .15$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งรายด้าน และ โดยรวม ($N=240$)

ตัวแปร	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้ของบุคคล				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม	1-3	2.76	.35	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการการหกล้ม	1-3	2.92	.28	สูง
ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม				
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	1-3	2.92	.15	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	1-3	1.30	.32	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ	1-3	2.87	.16	สูง
โดยรวม	1-3	2.55	.14	สูง

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่าระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.61$, $SD = .20$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าการลดปัจจัยเสี่ยงภายใน และการลดปัจจัยเสี่ยงภายนอกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.56$, $SD = .24$ และ $\bar{X} = 2.66$, $SD = .28$ ตามลำดับ) และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่าระดับการลดปัจจัยเสี่ยงภายในอยู่ในระดับสูงหมด ยกเว้นการใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยให้การทรงตัวดีขึ้นอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.41$, $SD = .74$) การลดปัจจัยเสี่ยงภายนอกอยู่ในระดับสูงหมด ยกเว้นการพิจารณาสำหรับเกาะยึดพุงกายบริเวณบันได/ในห้องน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.88$, $SD = .97$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม รายด้าน และรายข้อ (N=240)

พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	Min- Max	\bar{X}	S.D	ระดับ พฤติกรรม
การลดปัจจัยเสี่ยงภายใน	1-3	2.56	.24	สูง
1. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามรักษาภาวะความดันโลหิตสูงตามนัด	1-3	2.98	.11	สูง
2. การออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น เต้นแอโรบิก รำไทเก๊ก รำไม้พลอง เดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ	1-3	2.51	.64	สูง
3. การเปลี่ยนท่าทางท่าจากนอน เป็นนั่ง หรือจากนั่ง เป็นยืน อย่างช้าๆ	1-3	2.82	.48	สูง
4. การใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยในการทรงตัวดีขึ้น	1-3	1.41	.74	ต่ำ
5. การไปพบแพทย์เมื่อมีความผิดปกติจากการใช้ยา เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เพื่อปรับการใช้ยาที่เหมาะสม	1-3	2.65	.67	สูง
6. การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และไม่มีพฤติกรรม การหยุดยาเอง	1-3	2.96	.23	สูง
การลดปัจจัยเสี่ยงภายนอก	1-3	2.66	.28	สูง
7. การจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอภายในบ้าน โดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันได และในห้องน้ำ	1-3	2.97	.18	สูง
8. การดูแลสภาพพื้นบ้านไม่ให้เปียก หรือ ลื่น	1-3	2.93	.27	สูง
9. การจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบไม่วางกะทะทางเดิน	1-3	2.92	.30	สูง
10. การทำเครื่องหมายแสดงให้เห็นบริเวณพื้นบ้านที่มีความต่างระดับอย่างชัดเจน	1-3	2.37	.86	สูง
11. การได้ตรวจร่างกายสำหรับเกาะยึด พุงกาย บริเวณบันได/ ในห้องน้ำ	1-3	1.88	.97	ปานกลาง
12. การจัดวางของใช้ภายในห้องน้ำอย่างเป็นระเบียบ เรียบร้อย ไม่กีดขวางการก้าวเดิน	1-3	2.93	.28	สูง

โดยรวม	1-3	2.61	.20	สูง
--------	-----	------	-----	-----

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงต่อการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (ตาราง 5) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r = -.33, p < .01$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองที่เลือกมาศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีตัวแปรใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกินเกณฑ์ที่กำหนด คือ .65 (Burn & Grove, 1993 อ้างตาม เพชรน้อย, 2548)

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรดังกล่าวในการทำนายค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (multicollinearity test) พบว่าตัวแปรทุกตัวเป็นอิสระต่อกัน (ได้ค่า tolerance และค่า variance inflation factor ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เท่ากับ .88, .89, .87, .80, .87 และ 1.14, 1.11, 1.15, 1.26 และ 1.15 ตามลำดับ) นอกจากนี้เมื่อทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนโดยคู่อาคูบีน วัตสัน (Durbin-Watson) ได้เท่ากับ 1.84 ซึ่งอยู่ในช่วงปกติ คือ 1.5 – 2.5 (เพชรน้อย, 2548) จากนั้นจึงนำตัวแปรทุกตัวไปวิเคราะห์ในสมการทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

ตาราง 5

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($N = 240$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1.00					
2. การรับรู้ความรุนแรง	.48**	1.00				
3. การรับรู้ประโยชน์	.56**	.48**	1.00			
4. การรับรู้อุปสรรค	-.17**	-.13**	-.32**	1.00		
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.35**	.18**	.36**	-.45**	1.00	
6. พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	.17*	.18**	.31**	-.33**	.53**	1.00

** $p < .01$, * $p < .05$

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 30 ($R^2 = .30, p < .05$) โดยที่การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้มากที่สุดร้อยละ 28 ($R^2 \text{ Change} = .28, p < .001$) (ตาราง 6) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

ตาราง 6

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
($N=240$)

ตัวแปรที่ศึกษา	R	R ²	R ²	b	Beta	t
			change			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.53	.28	.28	.62	.48	8.26 ***
การรับรู้ประโยชน์	.54	.30	.02	.18	.13	2.28*

*** $p < .001$, * $p < .05$ Constant = .31

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.75) มีช่วงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 42.50) ซึ่งสอดคล้องตามโครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุไทย ที่พบว่าประชากรสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ปราโมทย์ และ ปัทมา, 2547) และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี และคณะ (2543) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 59.2 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นสัดส่วน 4 : 1 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 57.10) เนื่องจากส่วนใหญ่

อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นทำให้การจากไปของกลุ่มคนมีน้อย ส่วนใหญ่ยังแข็งแรงดีทั้งคู่ จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.80) จะเห็นว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย เนื่องจากช่วงวัยต้นของชีวิต อยู่ในระยะที่ประเทศมีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคมไม่คืบหน้า ระบบการศึกษาจะมีการกระจายไปไม่ทั่วถึงทุกท้องที่ (บรรลุ, 2544) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงได้เรียนแค่ชั้นประถมศึกษา และมีบางส่วนที่ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 17.50) มีความรู้พออ่านออกเขียนได้ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.60) เนื่องจากถูกหลอกลอนเห็นว่ามีโรคประจำตัวความแข็งแรงของร่างกายลดลง จึงให้ทำงานเล็กๆ น้อยๆ อยู่ที่บ้าน รายได้ส่วนใหญ่จึงมาจากบุตรหลาน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าเพียงพอต่อการดำรงชีพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 1 - 45 ปี เฉลี่ย 7 ปี ทุกคนมีการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยา (ร้อยละ 100) เนื่องจากยาสามารถลดความดันโลหิตและควบคุมความดันในหลอดเลือดแดง นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (สมจิต และ อรสา, 2542) ชนิดของยารักษาความดันโลหิตสูงที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานมากที่สุดคือ กลุ่มยาขับปัสสาวะ โดยเฉพาะยาไฮโดรคลอไรด์ ไธอะไซด์ (HCTZ) (ร้อยละ 83.30) เป็นกลุ่มยาที่ใช้บ่อย ได้ผลดี ราคาถูก ออกฤทธิ์โดยการขับน้ำและโซเดียมออกทางปัสสาวะ ทำให้ปริมาตรในระบบไหลเวียนลดลง และลดความต้านทานของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (จิตพงษ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของอารีวรรณ (2543) เกี่ยวกับรูปแบบการส่งยาลดความดันโลหิต พบว่าชื่อยาที่แพทย์สั่งจ่ายบ่อยเป็นอันดับ 1 คือ HCTZ คิดเป็นร้อยละ 17.4 ของชื่อยาทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์หกล้มในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา (ร้อยละ 68.30) เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 42.50) ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เป็นวัยที่ยังแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไม่มากนัก (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541) ทำให้ความเสี่ยงที่จะหกล้มมีน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนปลาย คือ 80 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ชู และคณะ (Chu et al., 2005) เกี่ยวกับอุบัติการณ์และตัวทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุชาวจีน พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการหกล้มได้

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับปัจจัยเสี่ยงภายใน 3 อันดับแรกที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการหกล้มมากที่สุดในการศึกษารุ่นนี้ คือ การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น (ร้อยละ 67.50) การมีโรคประจำตัวอื่นนอกจากภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65.40) และ การมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 64.60) (ตาราง 2) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การที่ปัจจัยเกี่ยวกับการมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงภายในที่พบบ่อยเป็นอันดับแรก เนื่องจากบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะมีภาวะอ้วนหรือไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย เป็นเพราะการรับประทานอาหารที่มีไขมันจำนวนมาก ทำให้มีความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อทำให้การทรงตัวไม่มั่นคง เช่น ความไม่มั่นคงของข้อตะโพก ข้อเข่าและข้อเท้า การที่ต้องรับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดข้อเสื่อมและการอักเสบของข้อ มีความปวดและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง (จันทนา, 2548) จึงอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจที่ต้องทำงานหนักขึ้นทั้งจากโรคความดันโลหิตสูงและความชรา รวมทั้งสภาพร่างกายที่เสื่อมลงของผู้สูงอายุทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณอ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้าได้มากกว่าตอนเป็นวัยกลางคน การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจึงเป็นปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการหกล้มที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้

ปัจจัยเสี่ยงภายในที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 คือ การมีโรคประจำตัวอื่นนอกจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ปวดข้อ และปัญหาเกี่ยวกับสายตาร่วมด้วย ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยชักนำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นได้ (Baum et al., 2002; Chu et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี (2540) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 320 ราย พบว่าการเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ปัญหาเกี่ยวกับสายตา โรคต่อกระดูก โรคต่อหิน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคชามือชาเท้า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของนารีรัตน์ และ คณะ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในบ้านที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 417 คน พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อาการหน้ามืดเวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า เป็นปัจจัยเสี่ยงภายในที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 100) ซึ่งพบว่ากลุ่มยาที่รับประทานมากที่สุด คือ กลุ่มของยาขับปัสสาวะ เช่น ยาไฮโดรคลอไรด์ ไธอะไซด์ (hydrochlorothiazide: HCTZ) และยาลาซิก (Lasix) (ร้อยละ 83.30) รองลงมา คือ ยายับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซิน (angiotensin inhibitor) เช่น ยาแคปโทพริล (captopril) และ ยาอีนาลาพริล (enalapril) (ร้อยละ 38.30) ยาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับจะมีผลข้างเคียงต่อการทรงตัว ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และเกิดภาวะความดันต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่าได้ (จักรพันธ์, 2546; สมจิต และอรสา, 2542)

สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี และ คณะ (2543) ซึ่งพบว่าอาการหน้ามืดจากการเปลี่ยนท่าเป็นสาเหตุของการหกล้มได้ร้อยละ 15 ทำให้อุบัติการณ์ของการหกล้มเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 10 (Couteur et al., 2003) อย่างไรก็ตามอาการหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะขึ้นกับระดับความดันโลหิตสูง ถ้ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความดันให้อยู่ในระดับปกติได้ อาการหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่าก็จะเกิดน้อยลง และการที่กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์สม่ำเสมอทำให้มีการปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสมกับอาการผิดปกติทำให้มีอาการหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าลดลง จึงให้เป็นอาการที่พบได้เป็นอันดับ 3

ปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ทำให้เกิดการหกล้ม 3 อันดับแรก คือ บริเวณบันไดหรือภายในห้องน้ำไม่มีราวยึดเกาะ (ร้อยละ 53.80) พื้นบ้านมีระดับไม่เท่ากัน สูงๆ ต่ำๆ (ร้อยละ 46.30) และพื้นผิวที่บ้านมีลักษณะลื่นและเป็นมันวาว (ร้อยละ 38.30) (ตาราง 2) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

บริเวณบันไดหรือภายในห้องน้ำไม่มีราวยึดเกาะเป็นปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่พบมากเป็นอันดับแรก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นที่ไม่จำเป็นเนื่องจากตนเองยังแข็งแรงและห้องน้ำมีขนาดเล็กจึงสามารถเกาะยึดผนังห้องได้ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถติดตั้งราวจับในห้องน้ำได้เอง ต้องอาศัยลูกหลานในการช่วยเหลือ ทำให้พบว่าส่วนใหญ่ภายในบ้านยังขาดราวจับโดยเฉพาะในห้องน้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุที่จะทำให้เกิดการหกล้มตามมาได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2542) ที่พบว่า การติดตั้งราวจับในห้องน้ำและห้องสุขาผู้สูงอายุยังไม่มีมีการปฏิบัติถึงร้อยละ 58 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เห็นถึงความสำคัญของการติดตั้งราวจับในห้องน้ำแม้หลายการศึกษาจะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าห้องน้ำเป็นบริเวณที่หกล้มได้ง่ายที่สุด (แดนเนาวรัตน์ และ คณะ, 2548; วรณนิภา และ คณะ 2544)

การที่พื้นบ้านมีระดับไม่เท่ากัน สูงๆ ต่ำๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่พบมากเป็นอันดับ 2 เนื่องจากลักษณะบ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านที่ปลูกมานานเป็นแบบดั้งเดิม พื้นบ้านเป็นไม้ต่างระดับมีธรณีประตูจะต้องขึ้นลงโดยใช้ทางขึ้นหรือบันได สอดคล้องกับการศึกษาของวรณนิภา และ คณะ (2544) ที่พบว่าความชุกของปัจจัยเสี่ยงของสภาพแวดล้อมที่บ้าน คือ บริเวณบันไดและทางเดิน โดยเฉพาะทางเดินมีพื้นที่ต่างระดับถึงร้อยละ 68 และมีธรณีประตู ถึงร้อยละ 56 สอดคล้องกับความคิดเห็นของจิตพันธ์กุล และ คณะ (Jitapunkul et al., 1998) อ้างตาม วรณนิภา และ คณะ , 2544) ที่แสดงความคิดเห็นว่าคุณสูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านทรงไทยจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดการหกล้ม เนื่องจากบ้านส่วนใหญ่ปลูกสร้างมานานและเป็นแบบดั้งเดิม

ปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่พบมากเป็นอันดับ 3 คือ พื้นผิวที่บ้านมีลักษณะลื่นและเป็นมันวาว โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นที่พื้นที่บ้านส่วนใหญ่มีการปรับปรุงใหม่โดยใช้กระเบื้องเคลือบที่เป็นมันวาว เนื่องจากสะดวกในการดูแลทำความสะอาดและเป็นค่านิยมสมัยใหม่ทำให้เป็นปัจจัย

เสี่ยงที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของสตีเวน และ คณะ (Stevens et al, 2001) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มากกว่า 70 ปี โดยการประเมินอันตรายต่อการหกล้มที่บ้าน พบว่าทุกบ้านให้ข้อมูลว่าผู้สูงอายุที่บ้านมีการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง และยอมรับว่าการที่พื้นลื่น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการหกล้ม เช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญศรี และ คณะ (2543) พบว่าสาเหตุของการหกล้มส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยภายนอกโดยเกิดจากพื้นลื่นมากที่สุด (ร้อยละ 42.5) และการศึกษาของวรรณนิภา และ คณะ (2544) ที่พบว่าผู้สูงอายุทุกรายบอกว่าห้องน้ำ เป็นบริเวณที่อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายที่สุด เนื่องจากห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องจะลื่นเมื่อเปียกน้ำ และการที่พื้นลื่นทำให้เป็นสาเหตุของการหกล้มมากที่สุด (ร้อยละ 34) โดยเฉพาะหลังการอาบน้ำจะมีคราบสบู่คราบโคลนบนพื้นทำให้เสี่ยงที่จะหกล้มได้ง่าย

การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.55$, $SD = .14$) โดยมีการรับรู้รายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ตาราง 3) ยกเว้น การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.30$, $SD = .32$) การรับรู้ ความรุนแรงของการหกล้มและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับ สูงสุด ($\bar{X} = 2.92$, $SD = .28$ และ $SD = .15$ ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ ตนเองมีปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการหกล้มได้ ทั้งปัจจัยเสี่ยงภายในและปัจจัยเสี่ยงภายนอก เช่น การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น (ร้อยละ 67.50) การมีโรคประจำตัวอื่น นอกจากภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65.40) การมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 64.60) บริเวณบั้นใดหรือภายในห้องน้ำไม่มีราวยึดเกาะ (ร้อยละ 53.80) พื้นบ้านมีระดับไม่ เท่ากัน สูงๆ ต่ำๆ (ร้อยละ 46.30) และพื้นผิวที่บ้านมีลักษณะลื่นและเป็นมันวาว (ร้อยละ 38.30) ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น นอกจากนี้กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งแม้จะไม่ได้มีการศึกษาสูงมากแต่ การที่มาพบแพทย์สม่ำเสมอทำให้ได้รับคำแนะนำและข้อมูลในการป้องกันการหกล้ม ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง รับรู้ว่าการป้องกันการหกล้มมีประโยชน์ควรที่จะปฏิบัติ รับรู้ว่ามีอุปสรรคมาขัดขวางพฤติกรรมป้องกันการหกล้มน้อย และรับรู้ว่าคุณเองสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ ซึ่งสามารถอภิปรายตามรายด้านได้ ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม จากการศึกษพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.76$, $SD = .35$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองมีปัจจัยเสี่ยง ภายในเกี่ยวกับความชราและโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมภายนอกดังได้

กล่าวไปแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งจากแพทย์และพยาบาลว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าคนที่กลุ่มตัวอย่างเดินลำบากและ/หรือมีการทรงตัวที่ไม่ดี ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายมากที่สุด ($\bar{X} = 2.89$, $SD = .43$) รองลงมาคือคนที่พื้นบ้านมีลักษณะลื่นและเป็นมันวาว ($\bar{X} = 2.89$, $SD = .44$) (ภาคผนวก ก ตาราง ก1) ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา (2545) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 98.96 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.41$, $SD = .45$)

การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.92$, $SD = .28$) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การหกล้มในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 31.70 และกลุ่มที่ไม่เคยหกล้มบางส่วนให้ข้อมูลว่าเคยเห็นคนข้างบ้านหรือบุคคลที่เป็นโรคเดียวกับตนเกิดการหกล้มทำให้รู้สึกกลัวที่จะหกล้มด้วย จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มที่ทำให้กระดูกหัก พิการ และเสียชีวิต รวมทั้งความพิการที่เกิดขึ้นทำให้เป็นภาระของลูกหลานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.93$) ด้วยเหตุผลนี้จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา (2545) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 99.60 มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.40$, $SD = .45$) และการศึกษาของชนิดา (2543) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี อายุระหว่าง 30 – 50 ปี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.62$, $SD = 5.97$ จากคะแนน 5 - 20)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.92$, $SD = .15$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีประโยชน์ เนื่องจากรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาไม่หาย และมีภาวะแทรกซ้อนมากมายโดยเฉพาะมีโอกาสเสี่ยงที่จะหกล้มได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจึงพยายามปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำเพื่อไม่ได้นตนเองหกล้ม เนื่องจากกลัวจะเป็นภาระของลูกหลาน ซึ่งการรับรู้ประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อบุคคลทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาโดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆจากเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง (Becker, 1974 cited by Janz et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของแมรี่ และ คณะ (Mary et al., 1999 อ้างตาม อารักขา, 2548) ที่ศึกษาการรับประทานยาอย่างเคร่งครัดและไม่เคร่งครัดในผู้สูงอายุจำนวน 21 คน พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่

ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด จะมีการรับรู้ประโยชน์หรือผลดีต่อการรับประทานยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อช่วยในการควบคุมความดันโลหิต รับรู้ถึงประสิทธิภาพของยาว่าทำให้เขามีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการแสดงของโรค เช่น เป็นลม หน้ามืด สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น รับรู้ว่าการรับประทานยาเป็นวิธีการที่ปลอดภัย ไม่มีอันตรายเสียหายต่อสุขภาพ เป็นต้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.87, SD = .17$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพโดยรวมแข็งแรงและยินดีในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคได้ โดยไม่ให้เกิดการหกล้มตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของอกินันท์ (2545) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 4.27, SD = .46$) และสอดคล้องกับแบนดูรา (Bandura, 1986 อ้างตามสมโภชน์, 2543) กล่าวว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าและเร็วกว่าผู้ที่รับรู้ว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.30, SD = .32$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอุปสรรคที่มาขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นเป็นวัยที่ยังแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไม่มากนัก (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ทำให้มีบุคคลที่คอยกระตุ้นหรือให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่าตนเองแทบไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.61, SD = .20$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การลดปัจจัยเสี่ยงภายในอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.56, SD = .24$) และการลดปัจจัยเสี่ยงภายนอกอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 2.66, SD = .28$) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2542) เรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 200 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.80) เนื่องจากสังคมวัฒนธรรมไทยกำหนดบทบาทของเพศหญิงเป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว (อกินันท์, 2545) ทำให้เพศหญิงมีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ดี นอกจากนี้เพศหญิงมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย จึงอาจทำให้เพศหญิงมีความกระตือรือร้นและสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย (สมพันธ์, 2540) ทำให้พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับสูง

เมื่อจำแนกการลดปัจจัยเสี่ยงภายในรายชื่อพบว่าพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงเกือบทุกข้อ ยกเว้นการใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยให้การทรงตัวดีขึ้นอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.41$, $SD = .74$) ซึ่งการมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี โดยมีพฤติกรรมการไปพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามรักษาภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงและมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.98$, $SD = .11$) ทำให้ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินท์ (2542) เรื่องผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการรับการตรวจตามนัดอยู่ในระดับมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย จากแพทย์ (ร้อยละ 71.54) และ พยาบาล (ร้อยละ 11.92) ทำให้แนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมข้ออื่นๆ อยู่ในระดับสูงด้วย ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องและไม่มีพฤติกรรมหยุดยาเอง ($\bar{X} = 2.96$, $SD = .23$) และไปพบแพทย์เมื่อมีความผิดปกติจากการใช้ยา เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เพื่อปรับการใช้ยาที่เหมาะสม ($\bar{X} = 2.65$, $SD = .67$) สอดคล้องกับการศึกษาของอกินันท์ (2545) เรื่องการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล สันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการรับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง และไม่ซื้อยามารับประทานเอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.71$ และ $\bar{X} = 4.67$ จากคะแนน 1-5) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว และการเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.51$, $SD = .64$ และ $\bar{X} = 2.82$, $SD = .48$) ด้วย

การใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยให้การทรงตัวดีขึ้นอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60- 69 ปี ถือว่าเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (นิศยา, 2548) เป็นวัยที่ยังแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไม่มากนัก (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541) จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้ไม้เท้าในการช่วยพยุงกาย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับสูง

($\bar{X} = 2.51$, $SD = .64$) ทำให้เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความทนทานและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น (deVries, 1970 อ้างตาม ศิริพร, 2542) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.20 จะมีปัจจัยเสี่ยงในเรื่องของการเดินลำบากและมีการทรงตัวที่ไม่ดีแต่ส่วนใหญ่ก็ยังสามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้เอง และมั่นใจว่าตนเองสามารถเดินหรือทรงตัวได้โดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า และไม่เกิดการหกล้ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.30 ไม่เคยมีประสบการณ์หกล้มในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา และบางรายรู้สึกอายนที่ต้องใช้ไม้เท้าเนื่องจากการใช้ไม้เท้าบ่งบอกว่าตนพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จึงพยายามที่จะเดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือใดๆ ซึ่งโดยทั่วไปผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพยายามดำเนินชีวิตโดยปราศจากเครื่องช่วยก่อน แม้ว่าจะมีความต้องการก็ตาม (บรรลู่, 2548) จึงทำให้พฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยการใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยให้การทรงตัวดีขึ้นอยู่ในระดับต่ำ

การลดปัจจัยเสี่ยงภายนอกภายนอก พบว่าพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงเกือบทุกข้อ ยกเว้นการคิดรวสำหรับเกาะยึด พุงกาย บริเวณบันได/ในห้องน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.88$, $SD = .97$) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2542) เรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76 มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มด้านปัจจัยภายนอกอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.60) จึงมีเวลาส่วนใหญ่อยู่บ้าน มีเวลาในการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน โดยเฉพาะการจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอภายในบ้าน โดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันได และในห้องน้ำ ดูแลสภาพพื้นบ้านไม่ให้เปียกหรือลื่น การจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะทางเดิน การทำเครื่องหมายแสดงให้เห็นบริเวณพื้นบ้านที่มีความต่างระดับอย่างชัดเจน การจัดวางของใช้ภายในห้องน้ำอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่กีดขวางการก้าวเดิน ทำให้ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (ตาราง 4) สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณนิภา และ คณะ (2544) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของสภาพแวดล้อมต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุและกลยุทธ์ในการจัดการปัญหา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมักจะกระทำภายในบ้านเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92)

การคิดรวสำหรับเกาะยึด พุงกาย บริเวณบันได/ในห้องน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.88$, $SD = .97$) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงภายนอกเรื่องบริเวณบันไดหรือภายในห้องน้ำที่ไม่มีราวยึดเกาะ และอาจทำให้เกิดการหกล้มได้ง่ายถึง ร้อยละ 53.80 แต่ก็ยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเกี่ยวกับการคิดรวสำหรับเกาะยึดพุงกายบริเวณบันได/ในห้องน้ำอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าไม่จำเป็นเนื่องจากตนเองยังแข็งแรงอยู่ และห้องน้ำก็ค่อนข้างแคบสามารถยึดเกาะฝาผนังห้องหรือบ่อน้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2542) ที่พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมคิดรวจับในห้องน้ำห้องสุขามีน้อยจากเหตุผลใกล้เคียงกัน นอกจากนี้

การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.60) ไม่มีรายได้เป็นของตนเองทำให้ การตัดสินใจในการติตราวสำหรับเกาะยัด พุงกาย บริเวณบันได/ในห้องน้ำมีอุปสรรค เนื่องจากมี ปัญหาค่าใช้จ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง และต้องใช้การตัดสินใจของผู้ดูแลการเงินของครอบครัวประกอบการ พิจารณาร่วมด้วย จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การติตราวสำหรับเกาะยัด พุงกาย บริเวณบันได/ ในห้องน้ำอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึง ปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (ตาราง 5) เมื่อนำเข้าสมการทำนายพบว่า การรับรู้ ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ร้อยละ 30 ($R^2 = .30, p < .05$) โดยการรับรู้ความสามารถของ ตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด คือ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ร้อยละ 28 (ตาราง 6) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม และการรับรู้อุปสรรค ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ ซึ่งสามารถ อภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ มากที่สุด คือร้อยละ 28 ($R^2 \text{ Change} = .28$) เนื่องจากตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปร ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันโรคตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) จึงทำให้เป็นตัวแปรแรกที่สามารถเข้าทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.87, SD = .16$) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่สูงจะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ดี กลุ่ม ตัวอย่างเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆได้ไม่ยากจนเกินไป เช่น การมาตรวจตาม นัด เนื่องจากส่วนใหญ่แพทย์จะนัด 2 เดือนครั้ง กลุ่มตัวอย่างคิดว่าไม่ทำให้เสียเวลามาก และทำให้ ได้ทราบว่าคุณสามารถควบคุมความดันโลหิตได้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามทฤษฎีการ

รับรู้ความสามารถของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลทางสุขภาพ บุคคลที่มีความรู้สึกรู้สึกดีและเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้มากจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้มาก ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของวรรณวลี (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชายไทยมุสลิมในกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 68.80 เช่นเดียวกับการศึกษาของวิไลภรณ์ (2545) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .54, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 31.4 และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ (2543) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สูงสุด และการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ (อรพินท์, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านสุขภาพได้ดีและมีอิทธิพลมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค (หทัยรัตน์, 2542) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (อุบล, 2542; จิรรัตน์, 2543) เป็นต้น

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกัน การหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในอันดับรองลงมา แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูงด้วย โดยเป็นปัจจัยเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 2 เนื่องจาก ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เช่นเดียวกับตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อในประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการหกล้ม เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถทำได้และเกิดผลดีในการป้องกันการหกล้มที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่จะช่วยลด

ภาวะคุกคามของการเกิดการหกล้ม สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อบุคคลทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาโดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการรวบรวมงานวิจัยของแจนซ์ และ เบคเคอร์ (Janz & Becker, 1984 cited by Rosenstock, 1990) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ และมีอิทธิพลในการทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องที่คล้ายคลึงกันของวันเพ็ญ (2543) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดชลบุรี ที่มีอายุระหว่าง 35-55 ปี จำนวน 373 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 11.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของอารักขา (2548) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 21.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มถึงแม้จะมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r = -.33, p < 0.01$) แต่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ เนื่องจากเมื่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์เข้าร่วมสมการทำนายแล้ว อาจทำให้โอกาสที่การรับรู้อุปสรรคเข้าในสมการทำนายได้น้อย เพราะการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ยิ่งสูงจะยิ่งรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ (วัลลา, 2543) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับที่สูงกว่าการรับรู้ประโยชน์ เมื่อการรับรู้ความสามารถของตนเองถูกดึงเข้าสมการทำนายแล้วโอกาสที่การรับรู้อุปสรรคจะถูกดึงเข้าไปอธิบายเพิ่มเติมจึงน้อยลง

ตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม และการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 ตัว มีปัจจัยปรับเปลี่ยนอื่นเข้ามาแทรกแซงหรือเข้ามากระทบ ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มขึ้นกับปัจจัยอื่นด้วย ได้แก่ ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to action) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัย

ภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่างๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับต่ำ จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในการศึกษาครั้งนี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา (2549) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและหกล้มของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและหกล้มของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ และสอดคล้องกับแจนซ์ และ เบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984 cited by Rosenstock, 1990) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายน้อยที่สุดในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและจากงานวิจัยที่ผ่านมาไม่พบงานวิจัยใดที่การรับรู้ความรุนแรงสามารถทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพได้

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 30 ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด คือสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ร้อยละ 28 เป็นไปตามกรอบการวิจัย ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 70 ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยยังไม่ได้เลือกมาศึกษา

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอื่นๆในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพบางตัวที่ไม่ได้เลือกมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปี พบว่าตัวแปรต่างๆเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ (ภาคผนวก ก ตาราง ก2) จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่ยังไม่ได้ศึกษา ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ และแรงสนับสนุนทางด้านสังคม เป็นต้น

