

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง

รัตนารณ์ ทุมคำ, พย.บ.¹ กัมพล อินทรทะกุล, พย.ม.^{2*} กรวิภา เตชะอำภา, ป. ผู้ช่วยพยาบาล³

วันที่รับ: 5 กรกฎาคม 2568 วันที่แก้ไข: 25 ธันวาคม 2568 วันที่ตอบรับ: 29 ธันวาคม 2568

บทคัดย่อ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 คน คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง ของเขตบริการสุขภาพที่มารับบริการคลินิกอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.79$, $SD=0.27$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=2.52$, $SD=0.27$) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.66$, $p<.001$) หน่วยงานสาธารณสุขจึงควรนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างการตระหนักรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค ลดอุปสรรคที่ขัดขวางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง, ชุมชนเขตเมือง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องตรวจอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยมหาชีราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

³ ผู้ช่วยพยาบาลปฏิบัติการ ห้องตรวจอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

* ผู้ประพันธ์บทความนี้ อีเมล Kampon.int@gmail.com

Relationship between perceived health status and self-care behaviors among older adults with hypertension living in urban communities

Ratanaporn Thumkam, B.N.S.¹ *Kampon Introntakun*, M.N.S.^{2*} *Kornwipa Terumpa*, Cert. PN.³

Received: July 5, 2025 Revised: December 25, 2025 Accepted: December 29, 2025

Abstract

Thailand's transition into a super-aged society has resulted in an increased prevalence of non-communicable diseases, particularly hypertension, which remains a major public health concern. This descriptive correlational study aimed to examine the level of health perception, the level of self-care behaviors, and the relationship between health perception and self-care behaviors among older adults with hypertension living in urban communities. The sample consisted of 275 older adults with hypertension residing in urban communities within the health service area who received services at the Geriatric Medicine Clinic, Vajira Hospital. The research instruments included a Health Perception Scale and a Self-Care Behavior Scale, with Cronbach's alpha coefficients of .94 and .91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient. The results revealed that participants had a high level of health perception ($\bar{x}=2.79$, $SD=.27$) and a very good level of self-care behaviors ($\bar{x}=2.52$, $SD=.27$). Health perception was found to have a strong positive correlation with self-care behaviors, with statistical significance ($r=.66$, $p<.001$). Public health agencies should utilize this information in health promotion efforts by emphasizing awareness of disease severity and risk, reducing barriers to behavioral change, and developing strategies that align with lifestyles of older adults to continuously support and enhance self-care behaviors among older adults.

Keywords: Perceived health status, Self-care behaviors, Older adults with hypertension, Urban communities

¹ Professional nurse practitioner, Internal medicine outpatient clinic, Faculty of medicine vajira hospital, Navamindradhiraj university

² Professional nurse practitioner, Mahavajiravudh ward 6A, Faculty of medicine vajira hospital, Navamindradhiraj university

³ Practical nurses, Internal medicine outpatient clinic, Faculty of medicine vajira hospital, Navamindradhiraj university

* Corresponding email: Kampon.int@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไปจากร้อยละ 6.80 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2567 (National statistical office, 2024) การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและประเทศไทย (World health organization, 2024) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากวัยสูงอายุจะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด และการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงของกลไกการควบคุมความดันโลหิตในหลายระบบ ทั้งการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ การควบคุมของฮอร์โมน และการทำงานของไตที่ลดลง อันส่งผลต่อระดับของความดันโลหิต โดยเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ที่เพิ่มสูงขึ้น และยากต่อการควบคุมมากกว่าวัยอื่น (Oliveros et al., 2020) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาจนำมาสู่การเสียชีวิต อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักพบร่วมกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ และภาวะเปราะบาง ส่งผลให้การดูแลรักษามีความซับซ้อนและจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมด้วย (Panita & Manchumas, 2021) ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงควรให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ลดความจำเป็นในการใช้ยา และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Benetos et al., 2019; Nippapath Sinsap et al., 2017)

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมืองจะมีการดำเนินชีวิตภายใต้บริบทของเมืองใหญ่ที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ การจราจรหนาแน่น และมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจากการศึกษาของ Chantakeeree et al. (2021) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองและชนบท ประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท อาจสะท้อนถึงบทบาทของการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนจากระบบสุขภาพในเขตเมือง อย่างไรก็ตามการดำเนินชีวิตในเขตเมืองที่มีความเร่งรีบ ความแออัด และความเครียดจากสิ่งแวดล้อม อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง (Chantakeeree et al., 2021) อีกทั้งลักษณะสภาพแวดล้อมในเขตเมืองมักทำให้ประชากรมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสมลพิษทางอากาศและสารพิษจากสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก เช่น PM 2.5 รวมถึงสารพิษจากการเผาไหม้เชื้อเพลิง การจราจร และอุตสาหกรรม ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในการได้รับสารพิษเหล่านี้อย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบหลอดเลือด การอักเสบ และการบกพร่องกลไกการควบคุมความดันโลหิต จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Habeeb et al., 2022) นอกจากนี้การใช้ชีวิตในเขตเมืองอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น ความผูกพันในครอบครัวที่ลดลง และการอยู่อย่างโดดเดี่ยว ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งอาจลดทอนแรงจูงใจในการดูแลตนเองและนำไปสู่การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ลดลงด้วย (Tupanich et al., 2019)

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตั้งอยู่ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เป็นเหมือนศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินโครงการนาร่อง ดุสิตโมเดล ครอบคลุม 4 เขต ได้แก่ เขตดุสิต เขตพระนคร เขตบางซื่อ และเขตบางพลัด ภายใต้แนวคิดเวชศาสตร์เขตเมือง (urban medicine) ที่มุ่งเน้นการจัดการปัญหาสุขภาพตามลักษณะเฉพาะของพื้นที่เมือง (Kurathong, 2017) บริบทของเขตเมืองมีความแตกต่างจากพื้นที่ชนบทและกึ่งชนบทอย่างชัดเจน โดยมีความหนาแน่นของประชากรสูง วิถีชีวิตที่เร่งรีบ การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมเมือง

และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่พึ่งพาระบบเศรษฐกิจและสังคมสมัยใหม่มากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารสำเร็จรูป การใช้เทคโนโลยีในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว (Thatsana, 2015) ซึ่งล้วนส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแตกต่างจากพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ บริบทของชุมชนเมืองยังทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเงื่อนไขทางสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การลดลงของการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกัน ความแตกต่างด้านระดับการศึกษาและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคยังส่งผลให้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความหลากหลาย (Khumthaweporn & Jirathamakun, 2016) จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชนเมืองต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในบริบทที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (Sattawut et al., 2023) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาศูนย์สุขภาพชุมชน (Phromjuang et al., 2022) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Sasithom et al., 2020) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่มุ่งศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ยังมีจำกัด อีกทั้งบริบทของเมืองมีความหลากหลายทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งแตกต่างจากบริบทชุมชนและอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ทั้งนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญข้อจำกัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่ระบุว่า การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของโรค มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก นอกจากนี้ การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวกับหลักการส่งเสริมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2024) ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง ดังนั้น การศึกษาดังนี้จึงมีความสำคัญเนื่องจากช่วยเชื่อมโยงข้อมูลเชิงทฤษฎีและหลักการส่งเสริมสุขภาพ เข้ากับบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง ซึ่งมีความซับซ้อนและแตกต่างจากพื้นที่อื่น อันจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

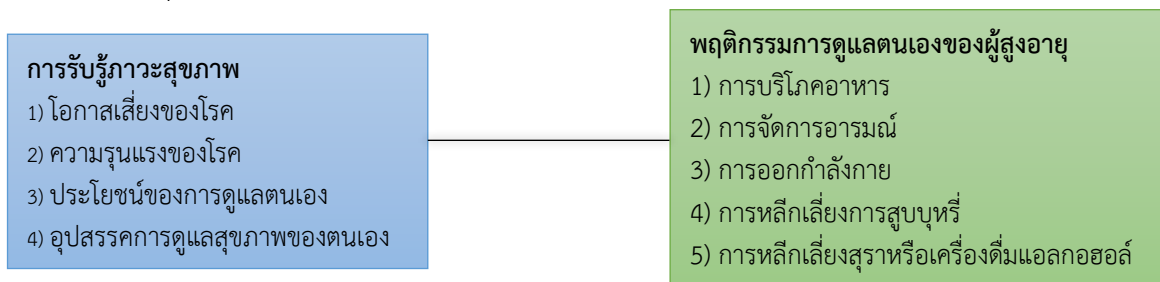
วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ

1. ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM) ของ Rosenstock (1974) ในการวิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์การดูแลตนเอง และ 4) การรับรู้อุปสรรค ร่วมกับแนวคิด 3อ. 2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Department of health service support ministry of public health, 2024) ประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหาร

2) การจัดการอารมณ์ 3) การออกกำลังกาย 4) การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และ 5) การหลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตเมือง รวบรวมข้อมูลระหว่าง 12 กุมภาพันธ์-10 พฤษภาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตเมืองของพื้นที่โครงการนำร่องเชื่อมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือโครงการดุสิตโมเดล 4 เขตพื้นที่ คือ เขตดุสิต เขตพระนคร เขตบางซื่อ และเขตบางพลัด เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) อาศัยอยู่ในเขตเมืองพื้นที่ของโครงการดุสิตโมเดล ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 2) มีคะแนนจากแบบประเมินการรู้คิด (mini cog test) มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสามารถให้ข้อมูลในการวิจัยได้ และ 4) สมารถใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ 1) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพขั้นวิกฤตหรือไม่คงที่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล เช่น เกิดภาวะฉุกเฉินวิกฤต และ 2) ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น มีปัญหาการสื่อสารหรือภาวะทางกายที่เป็นอุปสรรค คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร (Faul et al., 2007) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha=.05$ ระดับอำนาจทดสอบ (power of test) .90 และขนาดอิทธิพล (effect size) .25 ซึ่งอยู่ในระดับเล็กถึงปานกลาง (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 250 ราย กำหนดเตรียมสำรองขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จึงปรับให้ได้กลุ่มตัวอย่างสิ้น จำนวน 275 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยเริ่มจากการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการ และตรวจสอบที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเพื่อคัดกรองเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ใน 4 เขตพื้นที่เป้าหมาย เมื่อตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยกำหนดหมายเลขลำดับให้แก่รายชื่อที่ผ่านเกณฑ์เบื้องต้นทั้งหมด แล้วใช้วิธีการจับสลากหมายเลขโดยตรงเพื่อให้แต่ละรายมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน หลังจากนั้นจึงตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยครอบคลุมการสอบถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา พื้นที่พักอาศัย
2. แบบคัดกรอง mini-cog test ใช้สำหรับคัดกรองเบื้องต้นของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
3. แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 30 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ (rating scale) คือ 3 คะแนน เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่แน่ใจ และ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอิงเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Best and Kahn (2014) แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่า คือ คะแนน 2.34–3.00

หมายถึงระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง คะแนน 1.67–2.33 หมายถึงระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง และคะแนน 1.00–1.66 หมายถึงระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพน้อย

4. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขตามหลัก 3อ. 2ส. (Department of health service support ministry of public health, 2024) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรมด้านอาหาร พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านออกกำลังกาย พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 30 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คือ คะแนน 3 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ คะแนน 2 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้งคะแนน 1 หมายถึงปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และคะแนน 0 หมายถึงไม่ปฏิบัติเลย อิงเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Best and Kahn (2014) แบ่งออกเป็น 4 ช่วงเท่า คือ คะแนน 2.26–3.00 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก คะแนน 1.51–2.25 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนน .76–1.50 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และคะแนน .00–.75 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ด้านโรคอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 ท่าน คำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ทั้งฉบับของแบบแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ .88 และ .90 ตามลำดับ

2. ความเที่ยง โดยทำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง 30 ราย ที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ .94 และ .91 ตามลำดับ และแบบคัดกรอง mini-cog test ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (เอกสารรับรองเลขที่ 030/2568 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568) ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วม พร้อมทั้งจัดให้มีการลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองโครงการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 12 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยทีมวิจัยจำนวน 3 คน และผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน ซึ่งทั้งหมดผ่านการอบรมและซักซ้อมแนวทางการเก็บข้อมูลร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเริ่มจากการขออนุเคราะห์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและลงพื้นที่ ทีมวิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอผลในภาพรวม โดยย้ำถึงการรักษาความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่กระทบต่อการรักษา หากยินยอมจะลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม ข้อมูลถูกรวบรวมแบบรายบุคคลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกรณีที่ผู้สูงอายุอ่านหนังสือไม่ได้หรือมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะช่วยอ่านคำถามทีละข้อพร้อมตัวเลือคำตอบอย่างเป็นกลาง โดยไม่ชี้นำคำตอบ และบันทึกคำตอบตามที่ผู้เข้าร่วมระบุ เพื่อรักษาความถูกต้องของข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนด ทีมวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ กำหนดรหัสแทนตัวบุคคล และบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป ทั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดเก็บรักษาโดยนักวิจัยอย่างปลอดภัย ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด รวมถึงการรายงานค่าพิสัยที่เป็นไปได้ (possible range) และค่าพิสัยจากข้อมูลจริง (actual range) เพื่ออธิบายระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในภาพรวมและรายด้าน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า ข้อมูลทั้งสองตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (Norman, 2010) แปลผลระดับความสัมพันธ์แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง .00–.19 หมายถึงระดับต่ำมาก ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง .20–.39 หมายถึงระดับต่ำ ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง .40–.59 หมายถึงระดับปานกลาง ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง .60–.79 หมายถึงระดับสูง และค่าความสัมพันธ์ระหว่าง .80–1.00 หมายถึงระดับสูงมาก (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.45 และเพศชาย ร้อยละ 38.55 อายุระหว่าง 60–69 ปี ร้อยละ 56.36 รองลงมาคือช่วงอายุ 70–79 ปี ร้อยละ 37.09 ($\bar{X}$ =68.10, SD =7.00, min=60, max=89) ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) อยู่ในช่วง 25.00–29.99 ร้อยละ 40.36 รองลงมาคือกลุ่มที่มี BMI มากกว่า 30 ร้อยละ 16.36 ($\bar{X}$ =25.60, SD =4.50, min=17.00, max=32.50) สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 18.91 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.64 รองลงมาคือมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 30.55 อาชีพหลัก เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 33.45 รองลงมาคือรับจ้าง/พนักงานเอกชน ร้อยละ 18.18 สิทธิเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด ร้อยละ 45.09 รองลงมาคือบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 40.00 ส่วนพื้นที่พักอาศัย เขตดุสิต ร้อยละ 32.36 เขตบางพลัด ร้อยละ 23.64 เขตพระนคร ร้อยละ 22.18 และเขตบางซื่อ ร้อยละ 21.82 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=275)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	106	38.55
หญิง	169	61.45
อายุ (ปี)		
60-69	155	56.36
70-79	102	37.09
80-89	18	6.55
($\bar{X}$ =68.10, SD =7.00, min=60, max=89)		
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
น้อยกว่า 18.5	10	3.65
18.50-22.99	56	20.36
23.00-24.99	53	19.27
25.00-29.99	111	40.36
มากกว่า 30	45	16.36
($\bar{X}$ =25.60, SD =4.50, min=17.00, max=32.50)		
สถานภาพสมรส		
คู่	165	60.00
แยก	1	0.37
โสด	48	17.45

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หม้าย	52	18.91
หย่าร้าง	9	3.27
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	8	2.91
ประถมศึกษา	120	43.64
มัธยมศึกษา / ปวช.	84	30.54
อนุปริญญา / ปวส.	13	4.73
ปริญญาตรี	38	13.82
สูงกว่าปริญญาตรี	12	4.36
อาชีพ		
แม่บ้าน	92	33.46
รับจ้าง/พนักงานเอกชน	50	18.18
ข้าราชการบำนาญ/พนักงานรัฐวิสาหกิจบำนาญ	43	15.64
พ่อบ้าน	35	12.73
ธุรกิจส่วนตัว	32	11.64
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	5.09
เกษตรกร	6	2.18
อื่น ๆ	3	1.08
สิทธิการรักษา		
เบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด	124	45.09
บัตรประกันสุขภาพ	110	40.00
ประกันสังคม	25	9.09
ชำระเงินเอง	16	5.82
พื้นที่พักอาศัย		
เขตดุสิต	89	32.36
เขตบางพลัด	65	23.64
เขตพระนคร	61	22.18
เขตบางซื่อ	60	21.82

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.79$, $SD=.27$) รายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=2.87$, $SD=.30$) และการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.54$, $SD=.38$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของของกลุ่มตัวอย่าง (n=275 คน)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจากข้อมูลจริง	$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้าน					
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1-3	1.57-3.00	2.87	.30	สูง
การรับรู้ความรุนแรง	1-3	1.38-3.00	2.87	.30	สูง
การรับรู้ประโยชน์	1-3	1.50-3.00	2.86	.31	สูง
การรับรู้อุปสรรค	1-3	1.57-3.00	2.54	.38	สูง
การรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวม	1-3	1.67-3.00	2.79	.27	สูง

ส่วนที่ 3 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}=2.52$, $SD=.27$) รายด้าน พบว่า พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.84$, $SD=.37$) และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.20$, $SD=.51$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($n=275$ คน)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจากข้อมูลจริง	$\bar{x}$	SD	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน					
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	0-3	1.00-3.00	2.51	.38	ดีมาก
พฤติกรรมการจัดการอารมณ์	0-3	.67-3.00	2.23	.53	ดี
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	0-3	.50-3.00	2.20	.51	ดี
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	0-3	.00-3.00	2.84	.37	ดีมาก
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสุรา	0-3	.00-3.00	2.82	.37	ดีมาก
พฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม	0-3	1.47-2.97	2.52	.27	ดีมาก

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง
ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r=.66$, $p<.001$) ระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r=.70$, $p<.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r=.67$, $p<.001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ($r=.61$, $p<.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ($r=.28$, $p<.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($n=275$ คน)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ		
	r	p -value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.67	<.001***	สูง
การรับรู้ความรุนแรง	.70	<.001***	สูง
การรับรู้ประโยชน์	.61	<.001***	สูง
การรับรู้อุปสรรค	.28	<.001***	ต่ำ
การรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวม	.66	<.001***	สูง

*** $p<.001$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. **ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง** ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมืองมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=2.79$, $SD=.27$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ ส่วนการรับรู้อุปสรรคแม้อยู่ในระดับสูงแต่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) อธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงมี

ค่าเฉลี่ยสูง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตระหนักถึงความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง และเข้าใจถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่สามารถควบคุมโรคได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงจึงมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับ Phromjuang et al. (2022) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมในระดับสูงและรายด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเนื่องจากผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบของโรค รวมทั้งเห็นถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการดูแลตนเอง ซึ่งเอื้อต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Sattawut et al. (2023) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูงเนื่องจากผู้สูงอายุมีประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ทำให้เกิดความตระหนักต่อความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และเห็นประโยชน์ของการดูแลตนเอง อีกทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในขณะเดียวกัน การที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.45 และอยู่ในช่วงวัย 60–69 ปี ร้อยละ 56.36 อาจช่วยอธิบายระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงที่สูง และผู้สูงอายุในช่วงวัย 60–69 ปี ยังมีศักยภาพในการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุในช่วงวัยอื่น สอดคล้องกับ Thitima et al. (2023) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ ในช่วง 60–69 ปี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองซึ่งอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองเชื่อมั่นต่อผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมหรือการออกกำลังกาย ในทางกลับกัน แม้ด้านการรับรู้อุปสรรคจะอยู่ในระดับสูง แต่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอาจเผชิญข้อจำกัดบางประการในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=2.52$, $SD=.27$) พิจารณารายด้าน พบว่า การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ Somrat (2016) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและได้รับการสนับสนุนจากกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sasithorn et al. (2020) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมากในหลายด้าน ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง โดยผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสม ส่วนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 60 และประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 33.45 ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการจัดการอาหารภายในครัวเรือน ส่งผลให้สามารถเลือกและบริโภคอาหารได้เหมาะสมกับคำแนะนำด้านสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง ($r=.66$, $p<.001$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสมช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการจูงใจและการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่สามารถตระหนักถึงความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การรับรู้ความ

รุนแรงมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ย่อมให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากตระหนักว่าหากไม่ควบคุมโรคอย่างเหมาะสม อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Noin and Lillakul (2024) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และการรับรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมถึงเห็นประโยชน์ของการดูแลตนเอง จะให้ความสำคัญและปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมมากขึ้น ขณะที่การรับรู้อุปสรรคอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมแต่ไม่เป็นอุปสรรคหลักต่อการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sattawut et al. (2023) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเนื่องจาก เมื่อผู้สูงอายุตระหนักถึงความเสี่ยงจะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุตระหนักว่าโรคความดันโลหิตสูง อาจก่อให้เกิดผลรุนแรงต่อร่างกาย เช่น ความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตประจำวัน จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Joho (2021) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายพฤติกรรมในดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประเทศแทนซาเนีย พบว่าการรับรู้ในกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลดีที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสะท้อนความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นส่งผลเชิงบวกต่อตนเอง จึงมีความสัมพันธ์ในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพควรนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. บุคลากรทางสุขภาพควรออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนเมือง โดยเฉพาะในประเด็นที่ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ เช่น การจัดการอารมณ์และการออกกำลังกาย เพื่อช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อสำรวจเชิงลึกถึงปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้ารับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมหรือรูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเมือง เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Benetos, A., Petrovic, M., & Strandberg, T. (2019). Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circulation Research*, 124(7), 1045-1060.
<https://doi.org/10.1161/circresaha.118.313236>
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2014). *Research in education* .(10th ed.). Pearson education limited.
https://www.academia.edu/100602091/Research_in_education_Kahn_James_V_Best_John_W
- Chantakeeree, C., Sormunen, M., Jullamate, P., & Turunen, H. (2021). Health-promoting behaviors among urban and rural older Thai Adults with hypertension: A Cross-sectional Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(2), 242-254. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/243253> (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence erlbaum associates.
<https://www.utstat.toronto.edu/brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Habeeb, E., Aldosari, S., Saghir, S. A., Cheema, M., Momenah, T., Husain, K., Omid, Y., Rizvi, S. A. A., Akram, M., & Ansari, R. A. (2022). Role of environmental toxicants in the development of hypertensive and cardiovascular diseases. *Toxicology Reports*, 9(2), 521-533.
<https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2022.03.019>
- Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (2024). *Guidelines for assessing health behavior of the population based on the 3A 2S principles and emerging disease prevention*. Ministry of Public Health. Ministry of Public Health. Retrieved January 11, 2025 from <https://shorturl.asia/nfuAF> (in Thai)
- Joho, A. A. (2021). Using the Health Belief Model to Explain the Patient's Compliance to Anti-hypertensive Treatment in Three District Hospitals - Dar Es Salaam, Tanzania: A Cross Section Study. *East African Health Research Journal*, 5(1), 50-58.
<https://doi.org/10.24248/eahrj.v5i1.651>
- Khumthaweporn, P., & Jirathamakun, S. (2016). Health Management of Older Adults with Hypertension Living in Urban Communities in Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 154-162. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/66881/54622> (in Thai)
- Kurathong, S. (2017). Urban Medicine. *Vajira Medical Journal : Journal of Urban Medicine*, 60(1), 1-4. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/100306> (in Thai)
- National statistical office. (2024). *The 2024 survey of the elderly population in Thailand*. Statistical forecasting division, data services and dissemination group.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf (in Thai)
- Nippapath Sinsap, Jinnawat Jankra, & Buppa Jaiman. (2017). Hypertension in Elderly: Silence Killer Should be Aware. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 100-110. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/117884/90426> (in Thai)

- Noin, J., & Lillakul, N. (2024). The Relationship between Personal Factors, Knowledge, and Perception and Self-Care Health Behaviors among Older Adults with Hypertension. *Journal of Allied Health Sciences and Community Health*, 1(2), 9 - 22. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JAHSCH/article/view/274553> (in Thai)
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in health sciences education: Theory and practice*, 15(5), 625-632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., & Williams, K. A. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical Cardiology*, 43(2), 99-107. <https://doi.org/10.1002/clc.23303>
- Panita, L., & Manchumas, M. (2021). Hypertension in Older Adults. *KKU Journal of Medicine*, 7(1), 17-23. <https://www.kkujm.com/journal-detail/249> (in Thai)
- Phromjuang, K., Sae-ju, K., & Chanto, S. (2022). Predictors of Health Promotion Behaviors among Older Adults with Hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(2), 233-246. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/254327> (in Thai)
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Sasithorn, T., Phattrawadee, M., Nichapa, S., & Nawaporn, S. (2020). Factors Related to Self-Care Behaviors among Older Adults with Hypertension in Buriram Province Using the PRECEDE Framework. *VRU Research and Development Journal Science and Technology*, 15(1), 59-73. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/vrurdistjournal/article/view/239933/164336> (in Thai)
- Sattawut, U., Ladda, P., Nichapanrawee, P., Palama, S., Bunyada, W., & Chanidawadee, S. (2023). Factors Associated with Health Behaviors among Older Adults with Hypertension in the Community. *Mahasarakham Hospital Journal*, 20(1), 28-41. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/261073> (in Thai)
- Somrat, K. (2016). Self-Care Behaviors among Hypertension Patients in Tambon Nanglao Health Promoting Hospital, Amphur Satingpha, Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 155-169. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/68733/55958> (in Thai)
- Thatsana, P. (2015). Community Context Under the Semi-Urban, Semi-Rural Society. *Journal of Social Innovation and Lifelong Learning*, 9(1), 7-15. <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/FEU/article/view/38991/32286> (in Thai)
- Thitima, T., Saiphon, S., Warunee, P., & Varunya, M. (2023). Self-care behavior and self-perceived health status among the elderly in Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province. *Kuakarun journal of nursing*, 30(2), 213-227. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/265675> (in Thai)
- Tupanich, W., Chaiyalap, S., & Chaiyalap, K. (2019). Problems and Needs of Older Adults Living in Urban Area, Bangkok Metropolitan. *Vajira Medical Journal : Journal of Urban Medicine*, 63(Supplement), S83-92. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/205363> (in Thai)
- World health organization. (2024). *Hypertension: key facts*. World health organization. Retrieved January 11, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>