

DEVELOPMENT OF A PROGRAM FOR CAREGIVERS TO ENHANCE HEALTH CARE
BEHAVIORS AND QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSION ELDERLY



RUNGNAPA SINGSATIT

A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR DOCTOR DEGREE OF PUBLIC HEALTH
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒินิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุณวุฒินิพนธ์ได้พิจารณาคุณวุฒิ
นิพนธ์ของ รุ่งนภา สิงห์สถิตย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒินิพนธ์

คณะกรรมการสอบคุณวุฒินิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ศาสตราจารย์ ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์)

..... ประธาน

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นายแพทย์ศาสตรี

เสาวคนธ์)

..... กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ศาสตราจารย์ ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์)

.....

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.दनัย บวรเกียรติกุล)

..... กรรมการ

(ดร.วัลลภ ใจดี)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับคุณวุฒินิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอียด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63810105: สาขาวิชา: -; ส.ด. (-)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ/ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ/ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง/ คุณภาพชีวิต

รૂงนภา สิ่งสฤทธีย้ : การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. (DEVELOPMENT OF A PROGRAM FOR CAREGIVERS TO ENHANCE HEALTH CARE BEHAVIORS AND QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSION ELDERLY) คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ้: เอ็มอัชฌา วัฒนบูรานนท้, Ed.D., ยุวดี รอดจากภัย, ส.ด. ปี พ.ศ. 2567.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 30 คน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) พัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินมาตรฐานของโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน และ 2) ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test Independent t-test และ Repeated measure ANOVA ผลการวิจัยสรุปได้ 3 ข้อ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) วิธีการในการดูแลสุขภาพ 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ 3) ความต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพ 4) ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ และ 5) ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพ

2. โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี 2) อาหารเพื่อสุขภาพ 3) การจัดการความเครียด 4) การออกกำลังกาย และ 5) การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิตสูง โปรแกรมมีมาตรฐานอยู่ในระดับดีมาก จากการประเมินของ

ผู้เชี่ยวชาญและได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของกิจกรรมในภาพรวม เท่ากับ 0.96 และผลจากการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยโปรแกรมมีอิทธิต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 67.1 83.9 85.4 และ 36.2 ตามลำดับ

3. ผลการประเมินผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนค่าความดันโลหิตมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยโปรแกรมมีอิทธิต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 19.5 คุณภาพชีวิต ร้อยละ 13.2 และมีอิทธิพลต่อระดับค่าความดันโลหิตที่ลดลงของค่าซิสโตลิก ร้อยละ 54.9 และค่าไดแอสโตลิก ร้อยละ 83.1

อีกทั้งเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์แล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีความคงอยู่ของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพยังมีความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตที่ลดลง

ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

63810105: MAJOR: -; Dr.P.H. (-)

KEYWORDS: HEALTH CARE BEHAVIOR/ ENHANCE HEALTH CARE PROGRAM/
ELDERLY WITH HYPERTENSION/ QUALITY OF LIFE

RUNGNAPA SINGSATIT : DEVELOPMENT OF A PROGRAM FOR CAREGIVERS
TO ENHANCE HEALTH CARE BEHAVIORS AND QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSION
ELDERLY. ADVISORY COMMITTEE: AIMUTCHA WATTANABURANON, Ed.D. YUWADEE
RODJARKPAI, Dr.P.H. 2024.

The main objective of this research is to develop of a program for caregivers to enhance health care behaviors and quality of life of hypertension elderly. This research has specific objectives including: 1) to study the situation of health care of the elderly with hypertension, covered by 30 main informants and through semi-structured insight interviews and content analysis; 2) to develop the program for caregivers to enhance health care behaviors and quality of life of hypertension elderly, represented by a sample group of 5 experts of health enrichment program development, whereby the assessment form of program standards and the descriptive statistics analysis were applied; and 3) to study the effectiveness of the test-run outcome of program for caregivers in enhancing health care and quality of life of the elderly with hypertension, whereby the data were collected from 2 sample groups, including 1) 86 in-family caregivers, who are divided into 2 groups (43 caregivers each), namely test-run group and control group; and 2) 86 elderly with hypertension who are divided into 2 groups (43 elderly each), namely test-run group and control group. The tools used to collect data include questionnaire forms, and Paired t-test independent t-test and Repeated measure ANOVA to analyze the statistics data. According to the research outcome, it can be summarized as follows:

1. The circumstances of senior hypertension health care consist of 1) methods of health care; 2) problems and obstacles in health care; 3) demand in development of health care skills; 4) demand for help in health care and 5) one's capability in health care.

2. The program initiated for caregivers in enhancing health care and quality of life of the elderly with hypertension consists of 5 following activities: 1) caregivers' well-being; 2) healthy diet; 3) stress management; 4) physical exercises; and 5) medication and blood pressure monitoring. The program is ranged at a very-good level, based on the assessment of the experts, while the index of item objective congruency of the activities is overall rated at 0.96. The outcome following the activities provided to the caregivers reveals that the sample group of caregivers has the average scores of knowledge, perception of self-capacity, expectation in results and self-conduct of elderly health care are significantly and statistically higher than those before the test, and even significantly and statistically higher than those of the control ($p < 0.001$), since the program is influential to knowledge, perception of self-capacity, expectation in results and self-conduct of elderly health care, at the score percentage of 67.1, 83.9, 85.4 and 36.2, respectively.

3. According to the result of assessment on the sample elderly, it is found that the test-run group of elderly has the average scores of self-healthcare and well-being promotion significantly and statistically higher than those before the test and those of the control group ($p < 0.001$). Moreover, their blood pressure values are significantly and statistically lower than those before the test and those of the control group ($p < 0.001$). The program is influential to the self-healthcare behavior at the score percentage of 19.5, and to the well-being promotion at the score percentage of 13.2, as well as, it is influential to the level of blood pressure values, which are lower by Systolic value at the rate of 54.9% and Diastolic value at the score percentage of 83.1

When the period of 4 weeks has passed, the caregivers of the elderly still have knowledge existence, self-capacity perception, result expectation and conduct in taking care of the health of the elderly with hypertension. The elderly serviced by the caregivers who attained the development program also have the existence of self-healthcare and well-being promotion behavior, as well as the lower blood pressure values.

Therefore, the development program can help the caregivers to obtain, efficiently, skills and knowledge in taking care of the health of the elderly with

hypertension. This will result in the better control of blood pressure in the elderly and decrease the complication of chronic disease, and also, their better well-being.



กิตติกรรมประกาศ

ดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยการได้รับความเมตตาจาก ศาสตราจารย์ ดร. เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนเอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ข้าพเจ้าเสมอมา ซึ่งท่านมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์ ประธานกรรมการสอบดุชฎินิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.दनัย บวรเกียรติกุล อาจารย์ดร.วัลลภ ใจดี กรรมการสอบดุชฎินิพนธ์ ที่ได้เมตตา เสียสละเวลา และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.วรเดช ช่างแก้ว ที่ท่านได้เมตตา เสียสละเวลาในการให้ความรู้ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทุกท่าน และผู้ให้ข้อมูล ผู้ร่วมวิจัย และผู้สนับสนุนการทำวิจัยทุก ๆ ท่าน

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงในการสนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุชฎินิพนธ์บัณฑิตในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยบูรพาในการสนับสนุนทุนทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณนิสิตสาธารณสุขศาสตรดุชฎินิพนธ์บัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำต่าง ๆ ด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณครอบครัวของข้าพเจ้าที่เป็นกำลังใจสำคัญ และมีความปรารถนาดีต่อข้าพเจ้าทุกท่าน ทำให้มีพลังต่อสู้อุปสรรคต่าง ๆ จนมาถึงวันนี้ได้ ประโยชน์ที่เกิดจากการทำดุชฎินิพนธ์นี้ ข้าพเจ้าขออุทิศ ถวายเป็นเครื่องน้อมสักการบูชาคุณของพระรัตนตรัย และขอบูชาพระคุณของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด ผู้มีพระคุณ และครูบาอาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดทั้งผู้มีพระคุณของข้าพเจ้าทุกท่าน

รุ่งนภา สิงห์สถิตย์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ณ
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	13
แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง.....	17
โรคความดันโลหิตในผู้สูงอายุ.....	34
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy).....	41
แนวคิดทฤษฎีกำกับตนเอง (Self regulation)	45
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	47

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	57
ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแล สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	58
ระยะที่ 3 ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแล สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	65
จริยธรรมการวิจัย	79
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	80
ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	80
ระยะที่ 2 ผลการสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแล สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	87
ระยะที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	90
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	123
สรุปผลการวิจัย	123
อภิปรายผลการวิจัย.....	130
ข้อเสนอแนะ.....	141
บรรณานุกรม	142
ภาคผนวก.....	151
ภาคผนวก ก	152
ภาคผนวก ข	154
ภาคผนวก ค	156
ภาคผนวก ง.....	171
ภาคผนวก จ	184

ภาคผนวก ฉ 188

ภาคผนวก ช 241

ประวัติย่อของผู้วิจัย 245



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต 20

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิต 29

ตารางที่ 3 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป 35

ตารางที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 38

ตารางที่ 5 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา 41

ตารางที่ 6 ขั้นตอนดำเนินการจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 72

ตารางที่ 7 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยในระยะดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 77

ตารางที่ 8 สรุปผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 86

ตารางที่ 9 คุณภาพโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 88

ตารางที่ 10 มาตรฐานโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 89

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป 91

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาพรวมของ ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 93

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 95

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง.....	96
ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม	97
ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล.....	98
ตารางที่ 17 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล.....	100
ตารางที่ 18 การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อกิจกรรมโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล.....	104
ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป	107
ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	109
ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	110
ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	111
ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	113

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต
 ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง 115

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความ
 ดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม..... 115

ตารางที่ 26 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 ตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง..... 116

ตารางที่ 27 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะ
 ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล เป็นรายคู่..... 118



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	12
ภาพที่ 2 แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังใน ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	42
ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	43
ภาพที่ 4 กระบวนการการกำกับตนเองของแบนดูรา	46
ภาพที่ 5 ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย	56
ภาพที่ 6 กระบวนการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	60
ภาพที่ 7 รูปแบบการวิจัยของระยะพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	65
ภาพที่ 8 รูปแบบการวิจัยของระยะดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	74
ภาพที่ 9 การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามช่วงเวลา ...	101
ภาพที่ 10 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามช่วงเวลา	102
ภาพที่ 11 การเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามช่วงเวลา	102
ภาพที่ 12 การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามช่วงเวลา	103
ภาพที่ 13 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามช่วงเวลา	119
ภาพที่ 14 การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามช่วงเวลา	120
ภาพที่ 15 การเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตของค่าซิสโตลิกในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตาม ช่วงเวลา	120
ภาพที่ 16 การเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตของค่าไดแอสโตลิกในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตาม ช่วงเวลา	121

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลกและยังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นโรคที่ทำให้มีความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจ ตา ไต หลอดเลือด และสมอง เป็นต้น ทั้งยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในทั่วโลก (World Health Organization, 2013) ซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความเสื่อมถอยในทุกด้านที่ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงเวลา (Pender, 1996) ประกอบกับผนังหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลงและสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ หลอดเลือดจึงมีความต้านทานส่วนปลายมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั้งร่างกาย (นิพพานัทธ สนิททรัพย์, 2560) เมื่อผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การที่ผู้สูงอายุจะประสบผลสำเร็จในการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความผาสุกนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาและความสามารถในการดูแลตนเอง หากผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพหรือเกิดความพรัองในการดูแลตนเอง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญกับ หัวใจ ตา ไต และสมอง ผู้สูงอายุจะได้รับความทุกข์ ทรมาน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในชายและหญิงของ กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีร้อยละ 53.5 และ 56.2 ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นจนถึงร้อยละ 74.7 และ 78.5 ในเพศชายและหญิงตามลำดับของกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจในปี พ.ศ. 2552 และ 2557 และพบว่า โรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ พบว่า ความชุกของโรค

ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 เบาหวาน ร้อยละ 20.4 โรคอ้วน ร้อยละ 38.4 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 และภาวะ Metabolic syndrome ร้อยละ 39.8 (วิชัย เอกพลการและคณะ, 2564)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คือการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ขาดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ และการดูแลตนเองที่ไม่ต่อเนื่อง (กชกร ธรรมนาศีล, 2558) และพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการรับประทานยา มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต (ณัฐดนัย สดคมขำ, 2565) และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว (จินตนา นุ่นยะพริก และคณะ, 2562)

ส่วนการศึกษาพฤติกรรมที่อาจส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ องค์การอนามัยโลกแนะนำต้องบริโภคไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือ มีโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและประชาชนโดยทั่วไป 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสหวานมากเกินไป จะทำให้ร่างกายรับพลังงานเกินความจำเป็นจะถูกสะสมในรูปไขมันต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพหลอดเลือดและส่งผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ อาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา (Health Education Division, 2022) 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ถ้าทำอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้หลอดเลือดแข็งแรงมีความยืดหยุ่นส่งผลต่อความสามารถ ในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 4) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ คาเฟอีน จากการศึกษาของ Bailey et al. (2016) พบว่า คาเฟอีนมีผลทำให้ความดันโลหิตมีค่าสูงขึ้น แม้ได้รับร่วมกับยาลดความดัน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมคาเฟอีน สูงอย่างสม่ำเสมอ มีผลทำให้การควบคุมระดับความดันเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้นแม้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว แต่ถ้ายังดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนก็อาจทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ 5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จะทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลง เกิดหลอดเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วขึ้นขาดความยืดหยุ่น เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือดมีผลทำให้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตยากยิ่งขึ้น 6) พฤติกรรม การดื่มสุรา จากการศึกษาของ Wexler and Aukerman (2006) พบว่า การดื่มสุราจะ ทำให้ความดันโลหิตทั้งสองค่า (Systolic & Diastolic) สูงขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตจะยิ่งยากขึ้นไปด้วยและ 7) พฤติกรรมการรับประทานยาลดความดันโลหิต

จากการศึกษาของ Bureau (2022) พบว่า ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คือ น้อยกว่า ร้อยละ 80 มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาจำเป็นต้องมีความต่อเนื่อง

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา เพราะพฤติกรรมสุขภาพมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Division of Non Communicable Diseases, 2022) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการให้ความรู้ และตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับ วิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุ มีผลให้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและการผ่อนคลายความเครียดสูงขึ้น และมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลง (จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ, 2557) และการเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยหลัก 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่สูงขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลง (ชลลดา งอนสาโรง และ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, 2562) การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิผลจะต้องส่งเสริมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และจะต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ และพบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น (ธนายุส ธนธิตี และ กนิษฐา จำริญสวัสดิ์, 2558)

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรม การรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย (จินตนา นุ่นยะพริก และคณะ, 2562) ดังนั้นครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ เพราะว่า ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องจะรับหน้าที่ในการดูแลและนิยมนิยามเรียกว่า ญาติผู้ดูแล ซึ่งนับว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ด้านความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล และศักยภาพการดูแลในครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีศักยภาพในการดูแล เช่น มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของผู้สูงอายุ มีความรู้เรื่องโรค การป้องกันโรคและการชะลอความเสื่อมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ สามารถช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หาก

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ธรรมชาติและวิธีการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุแล้วนั้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (ปาริชาติ รัตนราช และคณะ, 2563) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุ เป็นภารกิจที่ยาวนานที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความเครียด โดยเฉพาะหากผู้ดูแลขาดความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่อยากดูแลผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเองไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลที่เหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้อง มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงยังมีจำนวนน้อย ทำให้องค์ความรู้ที่มียังไม่เพียงพอว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมี ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใดและมีความต้องการในการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านใด โดยเฉพาะในจังหวัดราชบุรีนั้นยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สำหรับสำนักงานสถิติจังหวัดราชบุรีมีรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่า จำนวนประชากร ทั้งสิ้น 865,807 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 178,894 คน คิดเป็นร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งหมด มีจำนวนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 1 ของภูมิภาคตะวันตก ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งในจังหวัดราชบุรีพบว่า มีอัตราป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยความดันโลหิตสูงมีมากที่สุดในกลุ่มภูมิภาคตะวันตก โดยมีอัตราป่วย 49.22 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2565)

การนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Bandura เมื่อปี ค.ศ. 1977 (เอมอชมา วัฒนบูรานนท์, 2556) ที่ระบุว่า ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไร และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีปฏิบัติตามดังกล่าว ซึ่งการคาดหวังในความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคลนั้น สามารถที่พัฒนาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้ง 4 วิธี คือ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ การเห็นตัวแบบ การสื่อสารชักจูงใจ และการกระตุ้นทางอารมณ์ ฉะนั้นถ้าผู้มีความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ก็จะมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ ซึ่งผู้มีความดันโลหิตสูงจะรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเรื่องใด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจก่อนว่าเรื่องนั้นปฏิบัติอย่างไร และเมื่อปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีตามที่คาดหวังอย่างไร ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไม่ถูกต้อง จึงต้องคำนึงว่าผู้มีความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติอย่างไร มีความรู้

และทักษะที่จำเป็นสำหรับเรื่องนั้นหรือไม่ เพื่อจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงต่อไป

ส่วนแนวความคิดการกำกับตนเอง (Self – regulation) ของ Bandura (1986) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการที่ 1 กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) คือ บุคคลใดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น บุคคลจำเป็นต้องรู้ว่าตนเองทำอะไร และก่อให้เกิดผลต่อตนเองอย่างไร กระบวนการที่ 2 กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากกระบวนการสังเกตตนเอง ซึ่งการตัดสินใจนั้นต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคม ที่ประกอบด้วย การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานทางสังคม โดยพฤติกรรมที่ตัดสินนั้นควรมีคุณค่าเพียงพอต่อความสนใจของบุคคลด้วย และกระบวนการที่ 3 กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self reaction) การพัฒนามาตรฐานการตัดสินนั้นจะนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองที่ขึ้นกับสิ่งล่อใจที่นำไปสู่ผลบวก ส่วนมาตรฐานภายในใจตนเองจะทำหน้าที่เป็นเกณฑ์ที่ทำให้บุคคลวางระดับการแสดงออกหรืออาจจะสูงขึ้นได้ ซึ่งหากนำแนวความคิดการกำกับตนเองมาใช้ในการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง คาดว่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักการสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สู่การเกิดกระบวนการตัดสินใจโดยอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลและการเปรียบเทียบทางสังคม มีการเปรียบเทียบกับเพื่อนหรือคนใกล้ชิดที่อาจจะม้น้อยหรือมากกว่าตนเองแล้วนำไปสู่กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งมาจากการพัฒนาจากขั้นการตัดสินใจที่จะกระทำนั้น ผู้สูงอายุย่อมจะเรียนรู้ว่าต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้เกิดการกระทำที่อาจเกิดจากสิ่งล่อใจในทางบวก การได้รับคำชม หรือการได้รับรางวัล อันจะนำไปสู่การปฏิบัติการการดูแลสุขภาพที่ถูกรวิธีได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยการให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างเสริมความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นกลไกสำคัญ ในการขับเคลื่อนสมาชิกในครอบครัวให้มีพลังที่มีความเข้มแข็งและสามารถดูแลตนเองได้ (Friedman, 2003) อีกทั้งเพื่อให้ทราบเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านความรู้และทักษะที่ต้องการพัฒนาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการส่งเสริมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป รวมถึงคุณภาพชีวิตและสถานการณ์ของความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตต้องเผชิญ โดยเฉพาะการมองปัญหาของการเจ็บป่วย ทั้งผลกระทบการดูแลตนเอง การปรับตัวปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือให้เชื่อมโยงกับการดำเนินชีวิตของ

ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งผลของการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนการรักษายาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินชีวิตโดยการปรับตัว ปรับวิถีชีวิตของตนเองให้ดำเนินไปได้ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร
2. โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิผลควรเป็นอย่างไร
3. ผลการประเมินการทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ผลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดย
 - 3.1 เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมในการพัฒนาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล
 - 3.2 เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งขอบเขตของการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. ขอบเขตด้านกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 30 คน

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

การศึกษาวิธีการในการดูแลสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ความต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพ ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ และความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพ

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

4. ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้วิจัยได้กำหนดเงื่อนไขการเลือกพื้นที่ศึกษาในเขตภูมิภาคตะวันตก ครอบคลุม 4 จังหวัด คือ ราชบุรี นครปฐม เพชรบุรี และการญจนบุรี ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกเฉพาะเจาะจง คือ จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดและมีอัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. ขอบเขตด้านตัวแปร

การตรวจสอบคุณภาพและการประเมินมาตรฐานของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย การประเมินดัชนีความสอดคล้องของกิจกรรมและประเมินมาตรฐานโปรแกรม จำนวน 5 เกณฑ์ ได้แก่ ความถูกต้อง ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นนัยทั่วไป

2. ขอบเขตด้านระยะเวลา

การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในช่วงเดือนมีนาคม 2567

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในการวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 3.1 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเป็นผู้เป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในจังหวัดราชบุรี จำนวน 43 คน

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองและแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง

ตัวแปรตาม ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4) การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะที่ 3.1 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในช่วงเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม 2567

ระยะที่ 3.2 การจัดโปรแกรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับ การพัฒนาศักยภาพ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในจังหวัดราชบุรีมีอายุ 65-79 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-79 ปี ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในจังหวัดราชบุรี จำนวน 86 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 43 คน

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น ได้แก่ การจัดโปรแกรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 3) ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะที่ 2 การดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในช่วงเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567

4. ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ของอำเภอที่ศึกษา คือ อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี

ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

1. ได้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และนำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาตามบริบทของพื้นที่ได้
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงของพื้นที่อื่น
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุ
4. เป็นแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง แบบแผนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองในการจัดทำโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าที่ได้จากเครื่องวัดความดันโลหิตในผู้สูงอายุขณะพักในการที่มีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65-79 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีผลการตรวจระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาไม่น้อยกว่า 6 เดือนไม่เกิน 5 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อยู่อาศัยในพื้นที่ศึกษาในจังหวัดราชบุรี

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่บรรลุนิติภาวะอายุ 20 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การรับประทานยา และการนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์

การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีความคาดหวังและความเชื่อในตนเองต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสามารถที่จะพัฒนาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือทั้ง 4 วิธี คือ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ การเห็นตัวแบบ การสื่อสารชักจูงใจและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Bandura, 1977)

การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ หมายถึง การให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ตรงจากการทำพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามเป้าหมายได้สำเร็จ

การเห็นตัวแบบ หมายถึง การให้ผู้ดูแลเห็นหรือสังเกตการกระทำของบุคคลที่เป็นตัวอย่างหรือตัวแบบเพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีตามตัวแบบ

การสื่อสารชักจูงใจ หมายถึง การใช้คำพูดแนะนำชักจูงให้เกิดกำลังใจและเห็นความสามารถของตน กระตุ้นให้ใช้ความพยายามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การกระตุ้นทางอารมณ์ หมายถึง การที่บุคคลถูกกระตุ้นความรู้สึก จะนำไปสู่การรับรู้ถึงความสามารถของตนที่มากขึ้นหรือน้อยลง เช่น การกระตุ้นให้กลัวอันตรายจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ถ้าอยู่ในระดับที่เหมาะสมก็จะเพิ่มความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง แต่ถ้ากระตุ้นให้กลัวก็อาจทำให้รู้สึกล้มเหลว ความรู้สึกบางอย่างอาจเกิดจากการแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้

การกำกับตนเอง หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีการกำกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสามารถที่จะพัฒนาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้ง 3 วิธี คือ การสังเกต การตัดสินใจและการแสดงปฏิกิริยา (Bandura, 1977)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสุขภาพของตนเองในด้านต่าง ๆ ภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและด้านสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อการปฏิบัติกิจวัตรด้านร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเดินทาง การใช้จ่าย และอุปสรรคของโรคต่อการทำกิจกรรมที่อยากทำ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อความสุขสงบด้านจิตใจและการมีความหวังในชีวิต การมีสมาธิในการทำงานการพอใจและภูมิใจในตนเอง การยอมรับในรูปร่างหน้าตาของตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ ความหดหู่ วิตกกังวล ผิดหวัง และความซึมเศร้า

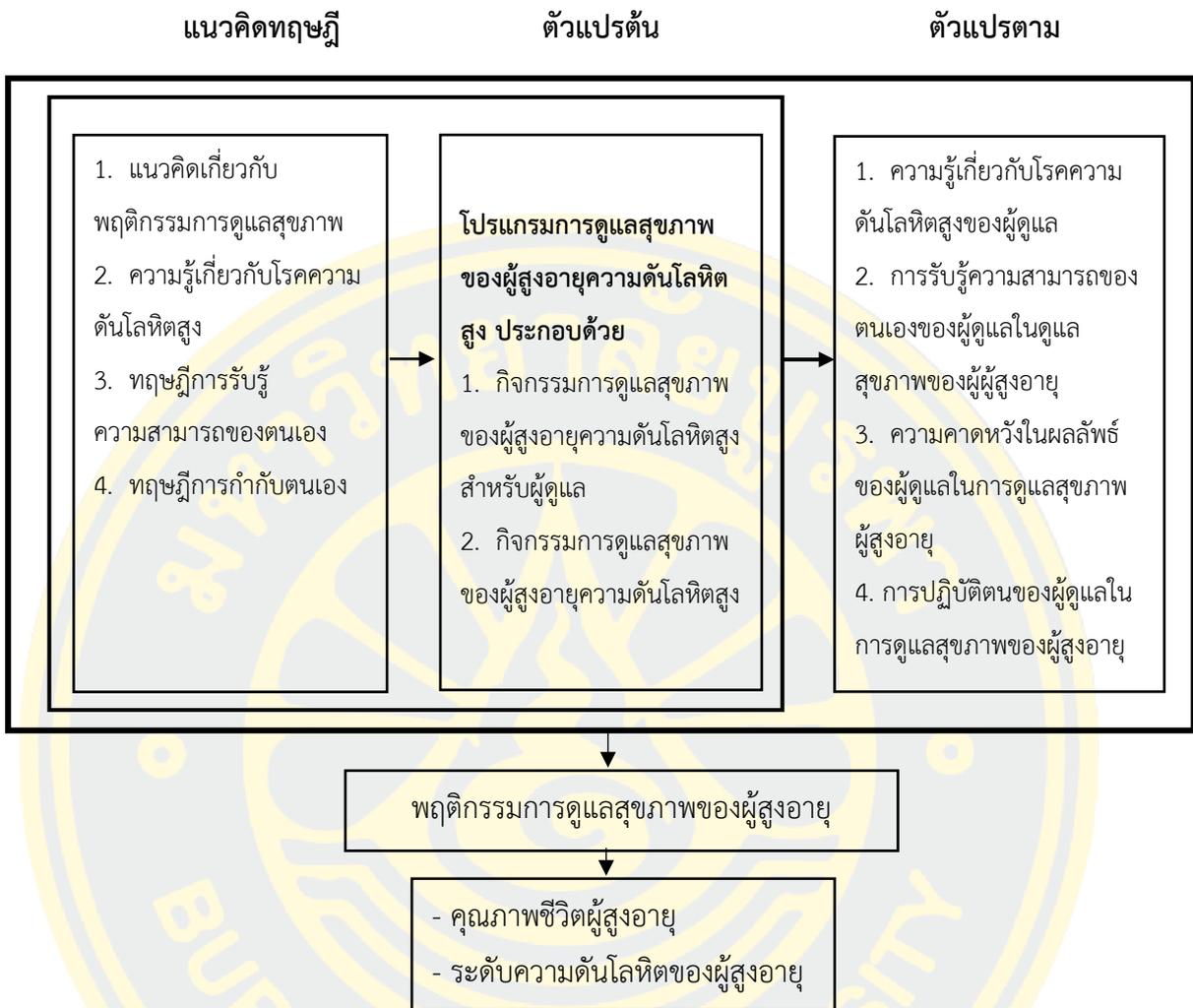
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการผูกมิตรกับผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นและสัมพันธภาพทางเพศ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ต่อสิ่งที่อยู่รอบตัวของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ได้แก่ บ้านเรือน ความปลอดภัยในชีวิต สิ่งแวดล้อม การเดินทางการพักผ่อนคลายเครียด การรับรู้ข่าวสารและการใช้บริการสาธารณสุข

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการกระทำที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทุษอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทุษยา การเผชิญและผ่อนคลายความเครียดและการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี สถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเอง
3. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
4. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
5. ทฤษฎีกำกับตนเอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งนับตั้งแต่อายุเกิด และมีการแบ่ง ผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย (United Nations, 2007)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ผ่านประสบการณ์ในการใช้ชีวิตมาสามารถถ่ายทอดประสบการณ์เหล่านี้ ให้กับผู้อื่นได้ และเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ มีกำลังน้อยลง เชื่องช้า จึง ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความปกติสุขต่อไป

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

การจัดกลุ่มแบ่งประเภทผู้สูงอายุจะมีการจัดกลุ่มที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทและปัจจัย ต่าง ๆ ทางสังคม เช่น ใช้ระดับอายุ ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ใช้การเปลี่ยนแปลง ทางจิตใจ ใช้ภาวะทางสังคม (ชินุฑา ภาณุจนะจิตรรา และคณะ, 2550) ดังนี้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ได้จัดประชุมสมัชชาโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย จึงได้มีการรวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ และแบ่งแยกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 – 69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดย Alfred J. Kahm แห่ง มหาวิทยาลัยโคลัมโบ ได้จัดเกณฑ์แบ่งช่วงอายุตามสภาพของการที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นที่เหมือนกัน ไว้ ดังนี้ (ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนตะวันออก, 2543)

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
2. คนชรา (Old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 75- 90 ปี
3. คนชรามาก (Very old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ยูริคและคณะ (Yurick et al., 1980) ได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุ แห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Aging) ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 – 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์และมีสัญชาติ ไทยเป็นผู้สูงอายุ และมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552)

1. วัยสูงอายุตอนต้น หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังมีสุขภาพดี แข็งแรง สามารถอยู่ลำพังได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงควรมีการจรรโลงสุขภาพที่ดีนี้ไว้
2. วัยสูงอายุตอนกลาง หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่ยังไม่มีโรคประจำตัวมีการดูแลสุขภาพที่ดี แต่ยังคงอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ควรได้รับการดูแลและช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รวมถึงการเฝ้าระวังทางสุขภาพ

3. วัยสูงอายุตอนปลาย หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเสื่อมของ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีการเจ็บป่วยมากขึ้น อาจมีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย จึงเป็นวัยที่ต้องมี ผู้ช่วยเหลือดูแลในด้านการแพทย์ตามสาเหตุของการเจ็บป่วย

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นวัยของความชรา ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นไปตามวัยและการปฏิบัติตนของแต่ละคน และมักมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ดังที่เรียกกันว่า “แก่เพราะโรคหรือแก่ก่อนวัย” ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพเป็นอย่างดี ปฏิบัติตัว

ได้อย่างถูกต้องจะสามารถลดปัญหาการเจ็บป่วยและความชราไว้ได้ และทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้น้อยกว่าคนที่ไม่ใส่ใจสุขภาพเลย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความเสื่อมของอวัยวะ

1.1 ผิวหนัง มีการบางและแห้งลง มีคอลลาเจนและอีลาสตินน้อยลง ต่อมไขมันทำงานได้น้อยลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่นเป็นรอยพับ มักเกิดกับบริเวณคอก่อนใบหน้า นอกจากนั้นสีผิวยังจางขึ้นเนื่องจากเซลล์สร้างเม็ดสีผิวทำงานน้อยลง มักพบจุดด่างขาว ดำ หรือน้ำตาลมากขึ้น ตกกระได้ง่ายเนื่องจากผิวหนังไวต่อแสงมากขึ้น และเกิดเส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังแตกได้ง่ายเป็นจ้ำเลือดสีดำ

1.2 ต่อมเหงื่อ มีการขับเหงื่อน้อยลงจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทนต่ออุณหภูมิแวดล้อมที่เปลี่ยนอย่างกระทันได้ จะเห็นได้จากการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในฤดูหนาวหรือฤดูร้อนจัด

1.3 ต่อมไขมัน มีการทำงานน้อยลง ทำให้ไม่มีไขมันเคลือบผิวหนัง ผิวหนังจึงเกิดอาหารเหี่ยวแห้ง รวมถึงน้ำลายลดลง ปากแห้ง

1.4 เส้นผมและขน เกิดการหลุดร่วงได้ง่ายขึ้น ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายหลุดร่วงได้ง่าย ผมเปลี่ยนมาเป็นสีขาว

1.5 ตา เกิดวงแหวนที่ตาดำซึ่งเป็นวงที่เกิดจากโปรตีนประกอบกับไขมันเกาะติดแน่นกัน ลักษณะนี้บ่งบอกได้ว่าร่างกายได้เข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้ว และผู้สูงอายุมักมีเลนส์หรือกระจกตาขุ่น เรียกว่า “ โรคต้อกระจก ” และนอกจากนั้นยังเกิดปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้เกิดการเมื่อยล้าดวงตาได้ง่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงคือสายตาวาว มีการปรับสายตาสายตา ความไวในการเห็นภาพลดลง ทำให้ปวดศีรษะได้ง่าย การสร้างน้ำตาหล่อเลี้ยงกระจกตาลดลง ทำให้ตาแห้ง และมีปัญหาน้ำวุ้นลูกตาเสื่อมคือมีอาการจุดดำลอยไปลอยมาหรือเป็นเส้นลอยไปลอยมา โดยเฉพาะในเวลาที่ยกตา

1.6 จมูก จมูกเสีรูปร่าง มีประสาทรับกลิ่นลดลง ทำให้การรับรู้กลิ่นลดลง ส่งผลให้เกิดการเบื่ออาหาร

1.7 หู เกิดอาการหูตึง ประสาทรับฟังเสียงเสื่อม อาจจะได้ยินเสียงต่ำ ๆ ได้ชัดกว่าหูตึงธรรมดาหรือในระดับเสียงสูง อาจได้ยินเฉพาะเสียงใกล้ ๆ

1.8 ลิ้น มีความสามารถในการรับรสได้น้อยลง แต่ความสามารถในการรับรสหวานยังคงมีอยู่ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ชอบรับประทานอาหารหวานเป็นโรคเรื้อรังได้

1.9 ฟัน เกิดการสึกกร่อนและแตกหักได้ง่าย ฟันผุ เหงือกกรัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเป็นโรคปริทันต์ เพราะสุขอนามัยช่องปากไม่ดีพอ หากแปรงฟันไม่ถูกวิธีและกินแคลเซียมไม่เพียงพอก็จะเกิดปัญหาสุขภาพในช่องปากได้เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังมีการสูญเสียฟัน ทำให้กลืนอาหารได้ลำบาก ประกอบกับต่อมน้ำลายหลั่งน้ำลายได้น้อยลง ทำให้ไม่มีเมือกหล่อลื่นอาหาร รวมถึงกล้ามเนื้อที่ควบคุมการกลืนอาหารทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดการสำลักได้

1.10 ภาวะอาหาร ปริมาณน้ำย่อยลดลง จึงทำให้เกิดการหมักหมมของอาหารที่ไม่สามารถย่อยได้ ทำให้เกิดอาการท้องอืด เกิดแก๊ส จุกเสียดได้ หากมีการเคลื่อนไหวน้อยอาจเกิดปัญหาท้องผูกได้

1.11 ตับและตับอ่อน มีการทำงานลดลงทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น ตับสร้างและหลั่งน้ำย่อยอาหารได้น้อยลง ทำให้ระบบย่อยอาหารทำงานได้ไม่ดี โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ซึ่งตับเป็นอวัยวะที่กำจัดสารพิษในร่างกาย เมื่อมีทำงานน้อยลงของเสียในร่างกายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ มีการเจ็บป่วยได้มากขึ้น

1.12 กระดูก มีการสร้างกระดูกลดลง และมีการเสื่อมสลายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยทองมีฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง และในผู้ที่รับประทานแคลเซียมไม่เพียงพอ จะส่งผลให้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เกิดปัญหาในเรื่องกระดูกพรุน แตกหักได้ง่ายเมื่อเกิดการหกล้ม

1.13 ข้อเสื่อม ข้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ข้อเข่า ข้อเท้า ข้อมือ และข้อต่ออื่น ๆ เกิดความเสื่อม น้ำไขข้อมีปริมาณลดน้อยลง ยิ่งในรายที่มีการใช้งานมากและใช้งานผิดวิธีบ่อย ๆ ยิ่งจะทำให้เกิดการเสื่อมเร็วมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะข้อเข่าที่ต้องมีการแบกรับน้ำหนักตัว เมื่อเกิดการเสื่อมจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

1.14 กล้ามเนื้อ มีการสร้างคอลลาเจนไฟเบอร์ในมัดกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อทำงานได้ไม่ดีประกอบกับการสับเหี้ยวเล็กน้อยของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดอาการล้า ออกแรงมากไม่ได้ และยังทำให้การทรงตัวไม่ดีเนื่องจากกล้ามเนื้อมีการพุงกระดูกที่อยู่ใกล้เคียงได้ไม่ดีนัก

1.15 กระดูกสันหลัง อาจเกิดโรคกระดูกทับเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการยุบโค้ง หลังค่อม กระดูกต้นคอแข็งทำให้เกิดอาการปวดลามไปถึงศีรษะ หันคอได้ลำบาก

1.16 การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวช้าลงเนื่องจากการเสื่อมของกล้ามเนื้อกระดูก เอ็นและข้อต่อต่าง ๆ กล้ามเนื้อไม่สามารถยืดหยุ่นได้ดีดังแต่ก่อน

1.17 ปอด เนื้อปอดมีความยืดหยุ่นน้อยลงจึงทำให้ปอดมีการหดและขยายตัวได้ไม่ดี ทำให้ไม่สามารถหายใจได้เต็มที่ ถุงลมมีการแลกเปลี่ยนแก๊สได้น้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อย ระบบหายใจมีความเสื่อม ทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย

1.18 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผนังของหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งมากขึ้น เพราะมีไขมันมาเกาะ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง มีอัตราการเต้นของหัวใจโดยเฉลี่ยลดลง

1.19 ระบบขับถ่าย ไตมีการกรองและขับของเสียได้น้อยลง แต่มีการขับน้ำออกมามาก มีการถ่ายปัสสาวะมากขึ้น กล้ามเนื้อหูรูดในการควบคุมการปัสสาวะเสื่อม ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.20 ระบบประสาท สมองเสื่อม มีการสร้างสารสื่อประสาทลดลง ทำให้การตอบสนองช้า มีปัญหาในเรื่องความจำ คิดช้าลง ไม่ค่อยมีสมาธิ มีการเคลื่อนไหวช้าลง ระบบการทรงตัวไม่ดี

นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่มาพร้อมกับความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิต โรคสมอง และมักพบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเสื่อมของกระดูกและข้อต่อของร่างกาย มีโอกาสที่จะพบกระดูกหักได้ง่าย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ร่างกายมีการเสื่อมเร็วขึ้นได้แก่ สิ่งแวดล้อม มลภาวะและสารพิษต่าง ๆ ที่ร่างกายได้รับ อาหาร การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การได้รับสารอนุมูลอิสระจากแหล่งต่าง ๆ พันธุกรรม และการขาดการออกกำลังกาย (รัชนิวรรณ แก้วรังสี, 2554)

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อารมณ์และจิตใจ มักเกิดความวิตกกังวล เครียด เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วย การเสื่อมของอวัยวะ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การถูกกลั่นแกล้ง ลุกหลอกให้ความสำคัญกับการทำงานทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ หรือการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงาน เมื่ออายุครบ 60 ปี เกษียณอายุการทำงาน ครบกำหนดต้องออกจากงาน มีการสูญเสียบทบาทการเป็นผู้นำทางครอบครัว เป็นต้น

จากการศึกษาแนวคิดและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุสรุปได้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเป็นขั้นสุดท้าย และมีการพัฒนาที่เสื่อมถอยลง ผู้วิจัยจึงได้นำความรู้เหล่านี้ไปเป็นแนวทางวางแผนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อก่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเอง และเพื่อตนเองของปัจเจกบุคคล ในการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การสืบค้นโรค การรักษาเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับ Orem (1991) ที่ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อ

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
2. ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม

3. ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคและการได้รับภัยอันตรายต่าง ๆ
4. ป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถภาพของบุคคล

ความสำคัญของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการกระทำของผู้ที่มีวุฒิภาวะซึ่งได้พัฒนาความสามารถการดูแลตนเอง ในสถานการณ์ต่าง ๆ ตามสิ่งแวดล้อมของตน เป็นการกระทำที่มีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผนและมี ลำดับของการกระทำ Orem (1991) การดูแลตนเองมีความสำคัญมากในเรื่องสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของบุคคลด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ในสมัยโบราณ เมื่อการแพทย์ยังไม่ได้พัฒนาประชาชนมากก็จริง ไม่สามารถตอบและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมและทั่วถึงโดยเฉพาะการแพทย์ที่มุ่งเฉพาะการรักษาโรค โดยปราศจากความเข้าใจขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิตของบุคคล ในส่วนของประชาชน จำเป็นต้องแทรกการดูแลตนเองและดูแลสมาชิกในครอบครัวเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อสุขภาพ และคุณภาพที่ดี เพราะสุขภาพที่ดีเริ่มต้นทั้งที่บ้านหรือในครอบครัว ในสถานที่ทำงาน ในโรงเรียน และในชุมชน (Levin, 1981) จากเหตุผลและข้อมูลต่าง ๆ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องเป็นผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพตนเองและผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมอีกด้วย

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

Orem (1995) กล่าวถึง การดูแลตนเองว่า “ที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตจะเรียนรู้วิธีการ ดูแลตนเอง และสนใจในสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปรับตัวในการป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ”

Levin (1981) นักเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้ความหมายของการดูแล ตนเองว่า “เป็นกระบวนการที่สามัญชนทาหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย ความผิดปกติ และการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในระบบบริการ สุขภาพขั้นพื้นฐาน” นอกจากนั้นเลวินมองเห็นว่า การดูแลตนเอง มักเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้และถ่ายทอดทางสังคมนับตั้งแต่การสังเกตตนเอง การเรียนรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การ ตัดสินความรุนแรง การเลือกรักษาโรค การรักษา ตลอดจนประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการปฏิบัติ ที่ประชาชนส่วนใหญ่ของทุกสังคมกระทำกันอยู่แล้ว

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2008 อ้างถึงในอุทัย สุตสุข, 2535) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชนโดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

ศัลยา คงสมบูรณ์เวช (2552) ให้ความหมายของ การดูแลสุขภาพตนเอง ไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองให้มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพนั้น ต้องปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำในเรื่อง การเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่มีสารอาหารชะลอวัย ชะลอโรค ออกกำลังกายสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ บอกลาบุหรี่ยาสูบยาเส้น และมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต

จากความหมายดังกล่าวจะเห็นว่า ในปัจจุบันการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะในความเป็นจริงการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงขึ้นอยู่กับ “เจ้าตัว” หรือตัวประชาชนเอง เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการจะพัฒนาภาวะสุขภาพของตนเองให้ประสบผลสำเร็จ จะต้องส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ การดูแลสุขภาพตนเองเป็นมิติหนึ่งของรูปธรรมการมีส่วนร่วม และการพึ่งพาตนเองทางสาธารณสุขซึ่งเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงของการพัฒนาของสาธารณสุขของประเทศไทย

ประโยชน์การดูแลตนเอง มีดังนี้

1. เสริมสร้างสุขภาพร่างกาย

การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอช่วยส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบหัวใจและหลอดเลือด การนอนหลับเพียงพอและโภชนาการที่เหมาะสมก็มีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูและเสริมสร้างร่างกาย (ณัฐพล สุวรรณภูมิกุล, 2564; วิทยาลัยพลศึกษาสถาบันการพลศึกษา, 2560).

2. เพิ่มความยืดหยุ่นและความทนทาน

การดูแลสุขภาพผ่านการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬา หรือมวยไทยเพื่อสุขภาพ ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกายและเสริมสร้างความทนทาน ซึ่งทำให้สามารถป้องกันการบาดเจ็บและเสริมสมรรถภาพของร่างกายให้ดีขึ้น (กรมพลศึกษา, 2562).

3. พัฒนาสุขภาพจิตและอารมณ์

การดูแลสุขภาพจิต เช่น การทำสมาธิ การบริหารความเครียด และการออกกำลังกาย ช่วยลดระดับความเครียดและเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่มั่นคง มีสมาธิและมีพลังบวกต่อการดำเนินชีวิต (นภดล ศรีสุข, 2561).

4. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

การดูแลสุขภาพตนเองโดยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการเลิกพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ช่วยลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมกีฬามวยไทยสมัครเล่นแห่งประเทศไทย, 2561).

5. เพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในตนเอง

การดูแลสุขภาพด้วยการตั้งเป้าหมายชีวิตและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมช่วยเพิ่มความพึงพอใจในตนเอง ทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ณัฐพล สุวรรณภูมิกุล, 2564).

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต พบว่า มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องหลายประเด็น ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง การลด/งด บุหรี่ แอลกอฮอล์ และคาเฟอีน การรับประทานยา การตรวจสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

ลำดับ	ผู้วิจัย (พ.ศ.)	พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต								
		การบริโภคอาหาร	การออกกำลังกาย	การจัดการความเครียด	การรับรู้ความสามารถตนเอง	การลด/งด บุหรี่แอลกอฮอล์ และคาเฟอีน	การรับประทานยา	การตรวจสุขภาพ	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	การสนับสนุนทางสังคม
1	ปัฐยาวัชร ปราบภูผล และคณะ (2558)	✓	✓	✓			✓			✓
2	สุภารัตน์ สีดา และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2559)	✓	✓	✓			✓	✓		
3	ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง และธัญรัตน์ ภูซงค์ชัย (2560)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
4	จินตนา จักรสิงห์โต และรัตนา พันจ้อย (2561)	✓	✓	✓	✓					

ตารางที่ 1 (ต่อ)

		พฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต								
ลำดับ	ผู้วิจัย (พ.ศ.)	การบริโภคอาหาร	การออกกำลังกาย	การจัดการความเครียด	การรู้ความสามารถตนเอง	การลด/งด บุหรี่แอลกอฮอล์ และ คาเฟอีน	การรับประทานยา	การตรวจสุขภาพ	การรู้ความรุนแรงของโรค	การสนับสนุนทางสังคม
5	ดาไลมา สำแดงสาร และคณะ (2562)			✓			✓			✓
6	ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา (2562)			✓	✓					✓
7	วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ และสุปรีชา แก้วสวัสดิ์ (2562)	✓	✓	✓	✓					✓
8	ณิชารีย์ ใจคำวัง และคณะ (2562)	✓	✓	✓			✓			✓
9	ไหมมุนะ สังขาว, เฟลินพิศ ฐานีวิฒนานนท์ (2563)						✓			
10	ประภาธิตา วุฒิชยา และคณะ (2563)	✓	✓	✓			✓	✓		
11	ปารีชาต รัตน์ราช และคณะ (2563)	✓	✓	✓			✓			✓
12	เสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล (2563)	✓	✓	✓			✓	✓		
13	นาตยา ดวงประทุม (2564)						✓		✓	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

		พฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต								
ลำดับ	ผู้วิจัย (พ.ศ.)	การบริโภคอาหาร	การออกกำลังกาย	การจัดการความเครียด	การรับรู้ความสามารถตนเอง	การลด/งด บุหรี่ แอลกอฮอล์ และ คาเฟอีน	การรับประทานยา	การตรวจสุขภาพ	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	การสนับสนุนทางสังคม
14	นายวัชร โอชะคลัง (2565)	✓	✓	✓			✓	✓		✓
15	พิมพ์ญานินท์ วัฒนแพง และคณะ (2565)	✓	✓	✓			✓	✓		
16	สมฤดี ดิโนนพะเนา และคณะ (2565)	✓	✓	✓			✓	✓	✓	
17	ศิริรัตน์ ธะปะวัติ และคณะ (2565)	✓	✓	✓			✓	✓		
18	ณัฐดนัย สดคมขำ (2565)	✓	✓			✓	✓			
	รวม	14	14	15	4	2	15	8	2	7

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสรุปได้ว่ามีองค์ประกอบหลักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงดังนี้

1. การบริโภคอาหารอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ลดอาหารเค็ม และเพิ่มผัก ผลไม้ และธัญพืชเต็มเมล็ด สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้
2. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว วิ่งเบาๆ หรือออกกำลังกายในน้ำ ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานดีขึ้น และช่วยลดระดับความดันโลหิต การจัดการความเครียดจากการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ ช่วยลดระดับความดันโลหิต
3. การรับรู้ความสามารถตนเองผู้ป่วยที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนในการควบคุมโรค จะมีการปฏิบัติตนได้ดีขึ้น
4. การลด/งด บุหรี่ แอลกอฮอล์ และคาเฟอีนผลในการลดระดับความดันโลหิต

5. การรับประทานยา การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรับประทานยาสม่ำเสมอ ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต

6. การตรวจสุขภาพ การตรวจระดับความดันโลหิตเป็นประจำช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับการรักษาได้อย่างเหมาะสม

7. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยที่เข้าใจถึงอันตรายจากความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคได้ดีขึ้น

8. การสนับสนุนทางสังคม การได้รับความกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

สำหรับในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เลือกพฤติกรรมที่มีความถี่ตั้งแต่ 15 ความถี่ขึ้นไป ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงดังนี้คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา การปฏิบัติตามองค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

สุภารัตน์ สีดา และ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลโคกสนวน อำเภอขานี จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษามีผลช่วยเพิ่มความรู้อะและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพเป็นประจำระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา เปรียบเทียบกับช่วงก่อนเข้าร่วม

ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และ ธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย (2560) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก ร้อยละ 18.46 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็นร้อยละ 21.96 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 40.93 ก่อนการทดลอง เป็นร้อยละ 44.73 หลังการทดลอง โปรแกรมสุขศึกษานี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนา

ความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จินตนา จักรสิงห์โต และ รัตนา พันจวบ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ผลการวิจัย กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) หลังจากการทดลอง พฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม ($p < .01$)

ดาไลมา สำแดงสาร และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานยา และการจัดการความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการรักษา ($r = 0.27, p < 0.01$)

ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา (2562) ศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในระดับสูงจะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและเหมาะสมมากกว่า ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การดูแลสุขภาพอนามัย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดที่ว่าทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลอย่างมากต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ และ สุปรีชา แก้วสวัสดิ์ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง ที่ตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มเดียวที่มีการ

ประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.001$) ระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ลดลงสู่ระดับที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม โดยมี 28 คนที่ความดันโลหิตลดลงสู่ระดับความดันโลหิตปกติ ($<120/80$) และมีเพียง 2 คนที่อยู่ในระดับปกติ (120-129/80-84)

ณิชารีย์ ใจคำวัง และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ ฟังฟัง ในตำบลคิ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยวัตถุประสงค์คือการศึกษาปัญหา ความต้องการ ศักยภาพ และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีปัญหาในระดับน้อยที่สุด โดยปัญหาด้านสวัสดิการทางสังคมพบมากที่สุด ความต้องการของ ผู้ดูแล ความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความต้องการด้านสวัสดิการทางสังคมมากที่สุด ศักยภาพของผู้ดูแล ศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการดูแลร่างกาย ส่วนศักยภาพด้าน การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับ ต่ำ โดยความเครียดที่สูงสุดเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านการเงินและการปรับตัวทางอารมณ์

ไหมมุนีะ สังขว และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมี นัยสำคัญในความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตโปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประภาธิตา วุฒิชา และคณะ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในบ้านแม่คาคลาด ตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัด เชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาและประเมินผลของโปรแกรมนี้อันต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการ

ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ของโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ปาริชาติ รัตนราช และคณะ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน เปรียบเทียบศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมืองของจังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมืองอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.05 และ 4.09 ตามลำดับ) ศักยภาพของผู้ดูแลในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมืองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบในด้านศักยภาพการดูแลด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุ มากกว่าบทบาทการส่งเสริมทัศนคติและดูแลด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมืองมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพควรมีบทบาทในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการดูแลด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง.

เสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล (2563) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 64.9% มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับดี พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 และในระดับดี ร้อยละ 47.4 ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ที่ ร้อยละ 37.6 ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต

นาตยา ดวงประทุม (2564) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีการศึกษาในหลายด้าน เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ส่วนบุคคลในระดับสูงที่สุด (ร้อยละ 52.60) และระดับสูง (ร้อยละ 46.70) ส่วนที่เหลือเพียงเล็กน้อยมีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 0.70) โดยด้านที่ผู้ป่วยรับรู้มากที่สุดคือการรับรู้ความรุนแรงของโรค (ค่าเฉลี่ย 4.63) รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา (ค่าเฉลี่ย 4.45)

และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.05) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการรักษาในระดับสูง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยายังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ดียิ่งขึ้น

วัชระ โอชะคลัง (2565) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในชุมชนคลองลาดนางแท่น ตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงผู้นำชุมชนและ อสม. ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนคลองลาดนางแท่นมีอายุเฉลี่ย 69.30 ปี มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยครอบครัวมีบทบาทในการชักชวนให้ออกกำลังกายและการเตรียมอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารลดเค็ม ลดโซเดียมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การตรวจวัดความดันโดย อสม. และการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

พิมพ์ญานินท์ วัฒนแพง และคณะ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาด้านความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถช่วยให้พวกเขาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในด้านความสามารถในการจัดการตนเอง และมีความเข้าใจในบทบาทของตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งส่งผลให้สุขภาพโดยรวมของพวกเขาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สมฤดี ดินวนพะเนา และคณะ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่าประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ มุมมองต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงถูกมองว่าเป็น "ภัยเงียบที่อันตราย" หรือเป็นโรคที่ไม่น่ากลัวและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมียังคงทางพันธุกรรมที่สืบทอดในครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การสังเกตและจัดการอาการผิดปกติของตนเอง การเลือกใช้ชีวิตแบบเคร่งครัดหรือตามแนวทางที่ยืดหยุ่น การแสวงหาหรือใช้การรักษาทางเลือก

ศิริรัตน์ ณะปะวัตติ และคณะ (2564) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินว่าการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองจะส่งผลให้พวกเขามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นหรือไม่ ผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ การรับรู้ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิต พบว่า มีลักษณะกิจกรรม ระยะเวลา กลยุทธ์/ วิธีการที่หลากหลาย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิต

ผู้วิจัย	กิจกรรม	กลยุทธ์/วิธีการ
สุภารัตน์ สีดา และ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2559)	<p>ระยะเวลา 12 สัปดาห์</p> <p>1. การให้ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง: จัดบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง วิธีป้องกัน และการจัดการโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>2. การฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพ: การสอนเทคนิคการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมอาหาร และการจัดการความเครียด</p> <p>3. การติดตามผลการเปลี่ยนแปลง: การติดตามผลในระหว่างและหลังจากการปฏิบัติ เพื่อติดตามพฤติกรรมและผลการควบคุมความดันโลหิต</p> <p>4. การทำกิจกรรมกลุ่ม: ให้ผู้เข้าร่วมทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การฝึกออกกำลังกายเป็นกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์</p>	<p>- ใช้วิธีการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำส่วนบุคคล และการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง</p> <p>- มีการติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม</p>
ณัฐภัสส์ นวลสีทอง และ ธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย (2560)	<p>ใช้เวลาศึกษาทั้งหมด 9 สัปดาห์</p> <p>- การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- การจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>- การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการตรวจสุขภาพตามนัดหมาย</p> <p>- กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเอง</p>	<p>ใช้การเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความรู้ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย	กิจกรรม	กลยุทธ์/วิธีการ
จินตนา จักร สิงห์โต และ รัตนา พันจวบ (2561)	<p>โปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตน เวลา 6 สัปดาห์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2. การบริโภคอาหาร โดยใช้หลักธง โภชนาการ/ DASH diet 3. ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การรับรู้ ความสามารถของตนเองและทักษะตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกาย เพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิต 4. การจัดการความเครียด 5. การเลาประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ตนเองจากในกลุ่มผู้ป่วย/ใช้ตัวแบบที่ ประสบความสำเร็จผ่านวิดีโอทัศน์วีดิทัศน์ 	<p>ตรวจวัดความดันโลหิต ส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวล กาย ตอบแบบสอบถาม และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและหาแนว ทางแก้ไข ทักการบริโภคอาหาร บันทึกการออกกำลังกาย บันทึกการลดความเครียด</p>
ไหมมุนีะ สังขวา และ เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์ (2563)	<p>โปรแกรม ห้าเอ (5A's) 8 สัปดาห์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมิน (Assess): ประเมิน พฤติกรรม การรับประทานยา ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และปัญหาที่อาจเกิดขึ้น 2. การแนะนำ (Advise): ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและวิธีป้องกันการ ล้มรับประทานยา 3. การทำข้อตกลง (Agree): ร่วมกับผู้ป่วย ในการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมในการ ดูแลตนเอง 4. การช่วยเหลือ (Assist): ช่วยหาวิธี แก้ปัญหาในการดูแลตนเองและช่วยในการ ดำเนินแผน 	<p>- กลยุทธ์ ห้าเอ (5A's) - การให้ความรู้ การทำ ข้อตกลงเพื่อปรับพฤติกรรม - การติดตามผลการ รับประทานยาผ่านการ ตรวจสอบ - การสื่อสารทางโทรศัพท์กับ ผู้ดูแลและผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย	กิจกรรม	กลยุทธ์/วิธีการ
	5. การจัดการ (Arrange): จัดการและติดตามการดำเนินการ โดยติดตามผลการรับประทายของผู้ป่วย	
ประภาธิดา วุฒิชยา และคณะ (2563)	<p>ดำเนินการ 12 สัปดาห์</p> <p>1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค การป้องกันและการจัดการโรค รวมถึงการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม</p> <p>2. การฝึกปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ: การสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมอาหาร และการจัดการความเครียด</p> <p>3. การทำกิจกรรมกลุ่ม: ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การฝึกออกกำลังกาย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ</p> <p>4. การติดตามผลการปฏิบัติ: มีการติดตามผลการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>- ใช้วิธีการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ และการให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและความเข้าใจในเนื้อหา</p> <p>- การสอนเน้นการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด</p> <p>- ใช้การติดตามผลอย่างใกล้ชิดโดยมีการให้คำแนะนำรายบุคคล และการประเมินผลหลังจากการปฏิบัติตามโปรแกรม</p>
พนิตนันท์ พราหมณ์ดำ และ นิตยา สุขชัยสงค์ (2564)	<p>1. การให้ความรู้และการกระตุ้นแรงจูงใจใช้สื่อประกอบ เช่น สไลด์ และตัวอย่างสถานการณ์เชิงลบที่มีผลจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบ</p>	<p>ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค สร้างความเข้าใจเรื่องความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง และประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย	กิจกรรม	กลยุทธ์/วิธีการ
	2. การฝึกทักษะ ฝึกทักษะในการ รับประทานยาอย่างถูกต้อง เช่น การจัดยา และบันทึกการรับประทานยา	ส่งเสริมความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)
	3. การสนับสนุนทางสังคม สมาชิกใน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขให้ กำลังใจ ให้คำแนะนำ และติดตามผล	การเสริมสร้างแรงจูงใจ ใช้ตัวอย่างเชิงลบเพื่อกระตุ้นความ กลัวในผลกระทบของโรค และ สร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.
	4. การติดตามผล ติดตามผลการปรับ พฤติกรรมผ่านโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน	การสนับสนุนทางสังคม เพิ่มแรงจูงใจจากการให้กำลังใจ และคำแนะนำจากคนในครอบครัว และชุมชน การติดตามและการกระตุ้นอย่าง ต่อเนื่อง ติดตามผ่านโทรศัพท์และ เยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนให้เกิด พฤติกรรมที่ยั่งยืน
	5. การประเมินผล ประเมินพฤติกรรมการ รับประทานยาก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงติดตามผลอย่างต่อเนื่อง	
ศิริรัตน์ ณะปะวัตติ และคณะ (2565)	ระยะเวลา 6 สัปดาห์ - การให้ความรู้ด้านสุขภาพ: ให้ข้อมูล เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพ และการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง - การสอนเทคนิคการดูแลตนเอง: แนะนำ วิธีการดูแลตนเอง เช่น การบริโภคอาหาร ที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการ จัดการความเครียด - การทำกิจกรรมกลุ่ม: ส่งเสริมการมีส่วน ร่วมของผู้สูงอายุในการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น	- การจัดการเรียนการสอน: ใช้วิธีการบรรยาย สาธิต และการ ฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจ และสามารถนำไปปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันได้ - การติดตามผลและประเมิน: มีการติดตามผลหลังจากการเข้า ร่วมโปรแกรม และมีการ ประเมินผลลัพธ์ในด้านการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและ ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย	กิจกรรม	กลยุทธ์/วิธีการ
	- การติดตามผลการปฏิบัติ: ติดตามพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความก้าวหน้าและปรับปรุงแผนการดูแลตนเอง	
ชนิกรัณย์ แดนกาไสย, ศุภวัฒน์ ยอดโปร่ง, และ กนิษฐา แก้วดง (2565)	กิจกรรม 1. การให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านการประชุมกลุ่ม. 2. ค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล. ฝึกทักษะการจัดการตนเองและการใช้คู่มือดูแลตนเอง. 3. การติดตาม ติดตามทางโทรศัพท์ 4 ครั้ง (ครั้งละ 30 นาที) เพื่อกำกับเป้าหมายและปัญหา. 4. การเยี่ยมบ้าน เยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง (ครั้งละ 30 นาที) เพื่อช่วยผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามเป้าหมาย. 5. การประเมินผล วัดพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง.	ใช้แนวความคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) - การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting). - การติดตามตนเอง (Self-Monitoring). - การประเมินตนเอง (Self-Evaluation). การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ผสมผสานการให้ความรู้และการฝึกทักษะจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลโดยใช้ข้อมูลที่สอดคล้องกับผู้ป่วย. การติดตามด้วย โทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน: เน้นการช่วยเหลือและให้คำแนะนำระหว่างกระบวนการจัดการตนเอง.

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปโปรแกรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิตที่ครอบคลุมหลากหลายรูปแบบและวิธีการ มีรายละเอียดดังนี้ โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพ กิจกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน และการจัดการฝึกปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

การจัดการความเครียด และการลดบุหรี่ยี่และแอลกอฮอล์ ติดตามผลการปฏิบัติและทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น การฝึกออกกำลังกายร่วมกัน มีการเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง โปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตน กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมการบริโภคอาหารตามหลักธงโภชนาการ/DASH diet สอนเทคนิคการออกกำลังกายและการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความเครียด ใช้ตัวอย่างประสบความสำเร็จเพื่อสร้างแรงจูงใจ โปรแกรม 5A's Model การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Assess) การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง (Advise) การทำข้อตกลงและตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Agree) การช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาในการดูแลตนเอง (Assist) การติดตามผลการปฏิบัติตนและการรับประทายยา (Arrange) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กิจกรรมประเมินตนเองในด้านความเชื่อสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมความดันโลหิต ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองเสริมแรงจูงใจผ่านการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางแอปพลิเคชันโปรแกรมส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์ชะลอวัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พัฒนาและฝึกปฏิบัติวิถีชีวิตที่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

สรุปโปรแกรมทั้งหมดมุ่งเน้นการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามผล เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ การสนับสนุนผ่านกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ถึง 12 สัปดาห์

โรคความดันโลหิตในผู้สูงอายุ

ความหมายของความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) \geq 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated Systolic Hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP \geq 140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP $<$ 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated Office Hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP \geq 140 มม.ปรอท และ/หรือ DBP \geq 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP $<$ 135 มม.ปรอท และ DBP $<$ 85 มม.ปรอท)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็นปกติ (SBP < 140 มม.ปรอท และ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP \geq 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP \geq 85 มม.ปรอท)

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

ระดับ	ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	ความดันไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-89
High normal	130-139	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	100-109
Hypertension ระดับ 3	\geq 180	\geq 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	\geq 140	<90

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562)

สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทย

การที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ได้ดีเท่าที่ควร เกิดจาก 3 สาเหตุ คือ

สาเหตุที่ 1 มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (คิดเป็นประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าอาจเคยได้รับการวัดความดันโลหิตมาก่อนแล้ว เนื่องจากผู้ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตและได้รับแจ้งว่าเป็นโรค ความดันโลหิตสูง มักจะไม่มีอาการและไม่มั่นใจในระบบและความถูกต้องแม่นยำของการวัดความดันโลหิต ตลอดจนขาดความเข้าใจถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นตามปกติจากการวัดความดันโลหิต อย่างไรก็ตาม การขาดความเอาใจใส่ในการใช้อุปกรณ์และในวิธีการวัดความดันโลหิตให้ถูกต้องของ บุคลากรทางการแพทย์ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่มั่นใจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะ มาติดตามเพื่อรักษาหรือเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุที่ 2 มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 6 (คิดเป็นประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ทราบ และตระหนักแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษา อย่างถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ความพยายามอย่างเหมาะสมที่จะอธิบาย และสร้างความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจ่าง ปลอบใจผู้ป่วยอาศัยข้อมูล จากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดี ตามวิธีการที่ ถูกต้องของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน

สาเหตุที่ 3 การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่ แต่ก็ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับ ยา ในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจ รักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีคุณภาพ หรือ อุบัติเหตุที่ต้อง ใช้ยา รวมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับ เพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการละเลยของทั้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ อื่น ๆ ก็เป็นสาเหตุที่มีความสำคัญไม่น้อย สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการรักษา คือ การที่แพทย์ ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอและผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของ ตนเอง ดังนั้นเมื่อรู้สึกว่ามีอาการแล้ว ก็มักจะไม่เรียกร้องให้แพทย์ได้ปรับยาเพื่อเข้าสู่ระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ดีที่สุด

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ ส่งผลให้เกิด การทำลายต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกาย ดังนี้

หัวใจ ความดันโลหิตสูงจะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนัก เนื่องจากแรงต้านที่ เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้น โดยการขยายตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังเกิดขึ้นต่อไปเส้นใยของกล้ามเนื้อจะ หย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีกหัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงานทำให้ไม่สามารถรับเลือดจาก ปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่อุดตามเดิมเกิดอาการเลือดคั่งในปอดหัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (ปราณี ทองพิลา, 2542)

สมอง เมื่อหลอดเลือดสมองเกิดแรงต้านทานและเป็นอยู่นาน หลอดเลือดจะแข็งตัวเสีย การยืดหยุ่น เกิดตุ่มโป่งพองเล็ก ๆ ที่ผนังเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้เกิดการแตก ทำลายเนื้อเยื่อ สมอง หรือในรายที่หลอดเลือดแข็งตัวก็จะเกิดการอุดตันได้ หลอดเลือดสมองแตกมีความสัมพันธ์กับ ความดันโลหิตสูงมากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแข็งตัวของหลอดเลือด และเมื่อความดันโลหิตสูงมากจะทำให้กลไกการควบคุมเสีย หลอดเลือดในสมองจะขยายตัวเกิดภาวะ

สมองพิการเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive encephalopathy) ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของระบบประสาทส่วนกลางที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะสมองพิการนี้มักเกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมองเสียไป พบได้บ่อยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติร่วมกับมีอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน อาจชักเป็นอัมพาต ผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (ปราณี ทองพิลา, 2542)

ไต ความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื้อรังมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยสมรรถภาพในการกำจัดของเสียของไตจึงบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย ที่สำคัญ คือ การคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นสารพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งอยู่ในระดับสูงอาจเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุดหลอดเลือด ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้หลอดเลือดหนาขึ้นและเกิดการบิดงอ ผนังที่ราบเรียบของหลอดเลือดจะถูกทำลาย ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ปกติและเกิดอุดตันได้หลอดเลือดที่ผิดปกติอาจทำให้เกิดเป็นนิ่วในหลอดเลือด ถ้าเป็นที่หัวใจจะทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจอุดตันเกิดหัวใจขาดเลือด และเกิดอาการหัวใจล้มเหลวตามมา ถ้าเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่สมองจะทำให้สมองขาดเลือด เกิดอัมพาต และการพูดผิดปกติได้

จอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดฝอยตีบแคบโดยทั่ว ๆ ไปอย่างรวดเร็ว และมีการเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกและ Exudate ในจอตา หัวประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งจะทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (Scotoma) ตามัว และอาจถึงตาบอดได้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิต systolic (Systolic Blood Pressure, SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิต diastolic (Diastolic Blood Pressure, DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิด stroke ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวย้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรัง

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมที่ควรปรับเปลี่ยน	เป้าหมาย	ผลของการลดของค่า systolic BP มม.ปรอท
การลดน้ำหนัก	ให้ BMI อยู่ในช่วง 18.5-25 ม ² /กก	5-20 มม.ปรอท ต่อทุก ๆ 10 กก. ของน้ำหนักที่ลดลง
รับประทานอาหารตาม DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension)	รับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้และใยอาหารวันละ 8-10 ลดส่วนไขมันอิ่มตัว และไขมันทั้งหมด	8-14 มม.ปรอท
การลดอาหารเค็ม	รับประทานโซเดียม \geq 2400 กรัมหรือเท่ากับเกลือแกงประมาณ 6 กรัม	
การออกกำลังกาย	เดินเร็ว ๆ วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5-7 วัน	4-9 มม.ปรอท
ลดการดื่มสุรา		2-4 มม.ปรอท
งดการสูบบุหรี่		ช่วยลดปัจจัยเสริมในการเกิดโรค Atherosclerosis ในอวัยวะต่าง ๆ

ที่มา: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2555)

1. การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอว อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิง ไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือ ไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชายและหญิง

2. การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็น ผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดย เน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย

ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับ โฟเลตเสริม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการ เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

อย่างไรก็ดีไม่แนะนำให้ใช้โฟเลตเสริม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปแบบของผลิตภัณฑ์เสริม อาหาร และสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่ เหมาะสมจากแพทย์หรือนักกำหนดอาหาร ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจาก สมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิต สูงขึ้นได้ เช่น มาฮวง ชะเอมเทศ ชะเอม ส้มขม โยฮิมบี เป็นต้น

3. การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการ บริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกิน วันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่ม ขึ้น ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือ แยก (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือ น้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือ ซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350 - 500 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มก.

4. การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายแบบ แอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้ หลายแบบ ดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตาม อายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วย จำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ ละ 150 นาที

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุด ตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้อ อยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหากยัง ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว

นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้อาจได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย หรือควร ออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์ คือ มีระดับ SBP ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มม.ปรอทขึ้นไป และมีอาการเจ็บหน้าอกหรือหายใจไม่สะดวกโดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรค ทาง ระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง

โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยสุดท้ายคือ สภาพของการเกิด target organ damage (TOD) โดยให้พิจารณาปฏิบัติตามภาพที่ 3 การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้สูงอายุ (ระหว่าง 65-79 ปี) ให้พิจารณาเช่นเดียวกันกับ ผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี แต่หากผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมี SBP ตั้งแต่ 160 มม.ปรอทขึ้นไป และ/หรือ DBP ตั้งแต่ 90 มม.ปรอทขึ้นไป อย่างไรก็ตามถ้าหาก ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากเนื่องจากเคยเป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้วไม่ว่าจะเคยเป็น Coronary Artery Disease (CAD) stroke หรือ transient ischemic attack (TIA) และมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปก็อาจพิจารณาเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมีค่า SBP ตั้งแต่ 140 มม.ปรอท เป็นต้นไป ได้ โดยควรพิจารณาจากสภาพความแข็งแรงของผู้ป่วย ความสามารถในการทนต่อการรักษา โรค ร่วมอื่น ๆ และความพร้อมต่าง ๆ ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกใหม่ ๆ และการรวบรวมข้อมูลแบบ meta-analysis แสดง ว่าการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 130 มม.ปรอท อาจให้ประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงลดการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้นจึงแนะนำว่าควรรักษาให้ความดันโลหิตของ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงมาอยู่ที่ 130/80 มม.ปรอท หรือต่ำกว่านั้น อย่างไรก็ตามมีข้อพึงระวังอยู่ 2 ประการ คือ

ประการที่ 1 ในเบื้องต้นควรจะลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาลให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทก่อน และหากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดีจึงค่อยปรับการรักษาเพิ่มเติมจนได้ระดับ $\leq 130/80$ มม.ปรอท

ประการที่ 2 มีข้อมูลแสดงว่าหากให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตลงมากเกินไป อาจมีผลเสีย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ อยู่แล้ว ดังนั้นจึงแนะนำว่าไม่ควรลด SBP ลงมาจนต่ำกว่า 120 มม.ปรอท ส่วนค่า DBP ที่เหมาะสมสมควรจะอยู่ระหว่าง 70-79 มม.ปรอท อย่างไรก็ตามให้คำนึงถึงการลด SBP เป็นสำคัญ แม้ว่า DBP อาจลดลงต่ำกว่า 70 มม.ปรอท บ้างก็สามารถทนได้ เนื่องจากว่าค่า DBP ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักจะต่ำตามสภาพปกติอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนให้ยารักษาความดันโลหิต คำแนะนำระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

ตารางที่ 5 ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

กลุ่มอายุ	เป็นเฉพาะโรค ความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน	โรคไตเรื้อรัง	โรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยมี Stroke/TIA
18-65 ปี	120-130	120-130	120-130	120-130	120-130
	/70-79	/70-79	/70-79	/70-79	/70-79
65-79ปี	130-139	130-139	130-139	130-139	130-139
	/70-79	/70-79	/70-79	/70-79	/70-79
≥ 80 ปี	130-139	130-139	130-139	130-139	130-139
	/70-79	/70-79	/70-79	/70-79	/70-79

*ความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาล วัดเป็น มม.ปรอท
ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562)

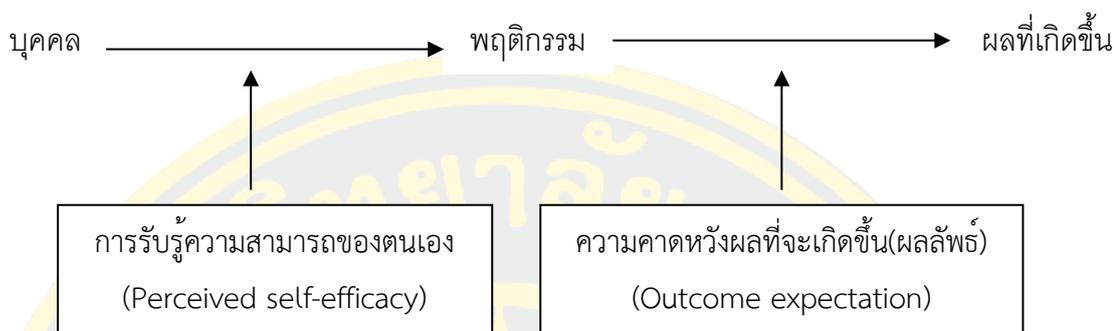
ในการให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต หากสามารถตรวจ HBPM ได้ควรตั้งเป้าหมายของการรักษาให้ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มม.ปรอท หากต้องการลดความดันโลหิตให้เข้มงวดขึ้นในผู้ที่เป็โรคเบาหวาน หรือมีโรคหัวใจ และหลอดเลือด หรือมีความเสี่ยงสูงมาก น่าจะตั้งเป้าหมายของการรักษาให้ระดับ SBP เฉลี่ยที่บ้าน ต่ำกว่า 125 มม.ปรอท สำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำให้เป้าหมาย ของการรักษา ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มม.ปรอทเช่นเดียวกัน ยกเว้นผู้ที่อายุ มาก (เช่นเกิน 80 ปี) อาจผ่อนผันให้ตั้งเป้าหมายให้ต่ำกว่า 140/85 มม.ปรอท

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy)

แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้อธิบายถึงแนวคิดของทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – efficacy) ว่าเป็นแนวคิดหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งการที่บุคคลจะตัดสินใจในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการกระทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดนั้น มีผลมาจากการรับรู้ความสามารถตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถอย่างไร ก็จะมีการแสดงการกระทำออกมอย่างนั้น รวมถึงการมีความพยายาม ไม่ท้อถอย สามารถกระทำได้จนเกิดความสำเร็จ ซึ่งความสามารถของแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกัน

แบนดูราได้ทดสอบและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – efficacy) โดยมีสมมติฐานคือ ถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง และเมื่อทำแล้ว

จะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดการณ์ไว้ บุคคลนั้นก็จะมีความโน้มที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมออกมาตามโครงสร้างของทฤษฎี ดังนี้



ภาพที่ 2 แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2553)

จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นองค์ประกอบของทฤษฎี คือ

1. **การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self – efficacy)** ซึ่งหมายถึงการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำได้ในระดับไหน หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต และความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด แรงจูงใจ และพฤติกรรม

2. **ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation)** ซึ่งหมายถึงความเชื่อที่บุคคลจะประเมินค่าของการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ หรือกล่าวได้ว่าเป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กัน โดยความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ จะมีผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรม โดยผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะส่งผลให้บุคคลกล้าเผชิญปัญหาต่าง ๆ แม้กระทั่งสิ่งที่ยากหรือความล้มเหลวต่าง ๆ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ จะส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการกระทำของตนเอง ไม่มีความพยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญกับปัญหา มีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำ ทำให้แนวโน้มของการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้นต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ เพราะ

บุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเหมาะสมเพียงพอของพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ดังแสดงในภาพที่ 3

ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

	สูง	ต่ำ	
การรับรู้	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ความสามารถตนเอง	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน

ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
ที่มา: Bandura (1977)

ตามแนวคิดของ Bandura (เอมอซมา วัฒนบูรานนท์, 2556) ได้กล่าว่วิธีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งเกิดมาจาก 4 แหล่ง คือ

1. **ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience)** หรือการประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง หากบุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดแล้วสำเร็จก็จะช่วยเสริมความสามารถของตนเอง ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และในการที่จะพัฒนาความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะทำให้ประสบความสำเร็จควบคู่ไปกับการทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะทำ จะทำให้บุคคลสามารถใช้ทักษะที่ได้รับได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถก็ย่อมที่จะมีความพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. **การเห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)** หรือการได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ โดยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบที่คล้ายคลึงกันจะทำให้ผู้สังเกตรู้ว่า ตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีความพยายามไม่ท้อถอย และหากบุคคลนั้นเกิดความรูสึกว่าจะกระทำพฤติกรรมเช่นตัวแบบก็จะสามารถทำได้สำเร็จและได้รับผลกรรมเช่นตัวแบบนี้ ซึ่งต้นแบบมี 3 ประเภท ตามแนวคิดของ Bandura (สุปรียา ตันสกุล, 2548) คือ

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคล (Live model) คือ ตัวบุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง

2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน วีดิทัศน์

2.3 ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Instruction model) ได้แก่ หนังสือ ตำราต่าง ๆ

จากแนวคิดของ Decker and Nathan (1985) ได้รวบรวมงานของ Bandura กล่าวว่า ตัวแบบควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

ลักษณะของตัวแบบ จะต้องมีความใกล้เคียงกับผู้สังเกตให้มากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ มีความสามารถและประสบการณ์สูง ความเป็นมิตรและให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้ดี มีความสำคัญ และสามารถควบคุมแหล่งที่ต้องการได้โดยผู้สังเกต

ลักษณะพฤติกรรมของตัวแบบ จะต้องชัดเจน มีความหมายต่อผู้สังเกต ไม่ซับซ้อนมากเกินไป และสังเกตได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกให้บุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองทำ ได้มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ แต่การใช้เพียงคำพูดชักจูงยังไม่ค่อยได้ผลดีมากนัก ซึ่งหากจะให้ได้ผล ควรใช้คำพูดชักจูงใจร่วมกับการทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไปตามขั้นตอน และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้น

4. การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกขูในการตัดสินใจ แต่พบว่า การกระตุ้นที่รุนแรงจะไม่ส่งผลดี มากนัก บุคคลจะมีความคาดหวังความสำเร็จเมื่อบุคคลไม่ได้ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พอใจหรือความกลัว ซึ่งความกลัวจะยิ่งส่งผลให้เกิดความกลัวมากขึ้น ทำให้เกิดความล้มเหลวที่จะทำให้เกิดการรับรู้ ความสามารถของตนเองต่ำ

แบนดูรา (Bandura, 1977) ยังได้เสนอแนวคิดที่ว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ ของตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับมิติทั้ง 3 ดังนี้

1. มิติระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการ กระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งจะแปรผันกับความยากง่ายของสิ่งที่จะกระทำ บุคคลที่มีความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองสูง ก็จะสามารถทำงานได้ในระดับที่ยาก ๆ หรือปัญหาต่าง ๆ มากมาย ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำก็จะสามารถทำงานได้ในเฉพาะ เรื่องที่ง่าย ๆ ถ้าเป็นเรื่องที่ยากก็จะไม่สามารถทำได้และประสบความล้มเหลว

2. มิติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณา ตัดสินความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติ ถ้ามีความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองมากก็จะทำให้บุคคลมีความมั่นใจ ความพยายามที่จะกระทำสิ่งนั้นมากขึ้น

3. มิติเป็นสากล (Generality) หรือมิติของการนำไปใช้ หมายถึง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งประสบการณ์ปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถใน การนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกันแต่อยู่ในปริมาณที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีความสามารถตนเองสรุปได้ว่า ทฤษฎีความสามารถของ ตนเองเน้นให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

จากการลงมือปฏิบัติ หากบุคคลมีความเชื่อเหล่านี้แล้วจะส่งผลให้บุคคลมีความพยายาม มุ่งมั่นที่จะกระทำให้เกิดความสำเร็จ เกิดผลลัพธ์ดังที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความสามารถตนเองมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยมีกิจกรรมเพื่อสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ได้แก่ กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการ เพื่อให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองว่าสามารถทำได้และเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เมื่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความเชื่อเหล่านี้จะเกิดความมุ่งมั่นพยายามให้เกิดผลสำเร็จ เมื่อเกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอก็จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

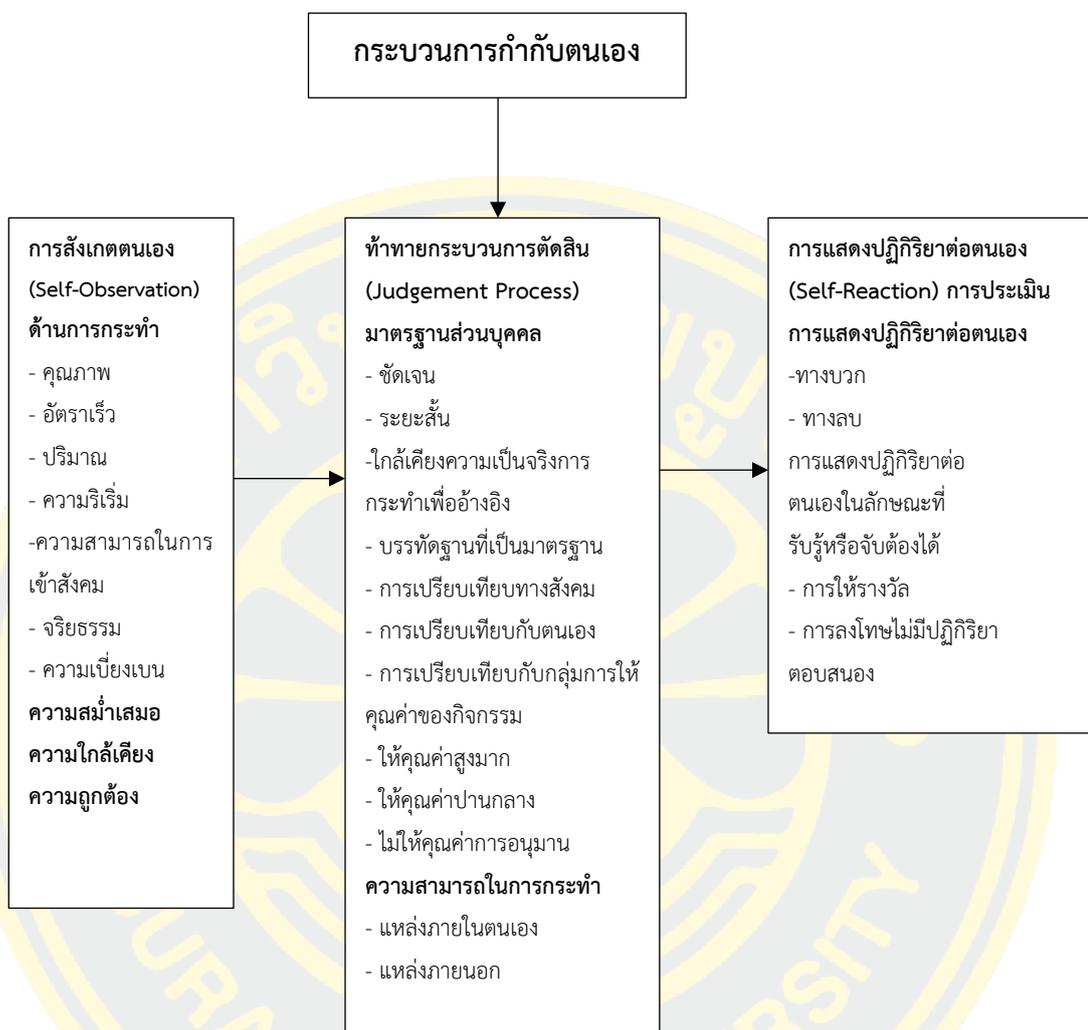
แนวคิดทฤษฎีกำกับตนเอง (Self regulation)

Bandura (1986) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เรานั้นไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียวหากแต่ตัวมนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุม ความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองด้วยผลกรรมที่เขาหามาเองเพื่อเขา ซึ่งความสามารถในการดำเนินการดังกล่าวนี้ Bandura เรียกว่า เป็นการกำกับตนเอง (Self regulation) ซึ่งจะสามารถทำได้ก็ต่อเมื่อมีการฝึกฝนและพัฒนาการฝึกฝนนั้น ประกอบไปด้วย 3 ประการ คือ

1. กระบวนการสังเกตของตนเอง (Self observation) บุคคลไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อการกระทำของตนเอง ถ้าเขาไม่สนใจว่าเขากำลังทำอะไรอยู่ ดังนั้นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเองคือ บุคคลจะต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จจากการกำกับตนเองนั้น ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจนสม่ำเสมอและแม่นยำของการสังเกตและบันทึกตนเอง การสังเกตควรพิจารณา 4 ด้าน คือ 1) การกระทำในด้านคุณภาพ ความเร็ว ปริมาณ ฯ 2) ความสม่ำเสมอ 3) ความใกล้เคียง 4) ความถูกต้อง

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองนั้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนไม่มากนัก ถ้าปราศจากกระบวนการตัดสินใจ ถ้าข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ โดยอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้มาจากการถูกสอน โดยตรงการประเมินปฏิกริยาตอบสนองทางสังคมต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และจากการสังเกตตัวแบบ การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยการตัดสิน

3. การแสดงปฏิกริยาต่อตนเอง (Self-reaction) การพัฒนามาตรฐานการตัดสินจะนำไปสู่การแสดงปฏิกริยาต่อตนเองขึ้นกับสิ่งล่อใจที่นำไปสู่ผลบวกส่วนมาตรฐานภายในตนเอง จะทำหน้าที่เป็นเกณฑ์ที่ทำให้บุคคลวางระดับการแสดงออกหรืออาจจะสูงขึ้นก็ได้



ภาพที่ 4 กระบวนการการกำกับตนเองของแบนดูรา

ที่มา: Bandura (1986)

ตั้งนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการกำกับตนเองมาใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้สูงอายุได้รู้จักการสังเกตตนเองจากการเรียนรู้ตามแผนการจัดกิจกรรม เมื่อเกิดการเรียนรู้แล้วนั้นผู้สูงอายุจะมีการตัดสินใจที่จะลงมือทำในบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ซึ่งนั่นคือการนำไปสู่กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ทำให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคต่าง ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุกของร่างกาย จิตใจและสังคม ที่ส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรเพื่อการดำเนินชีวิตได้ (Donald, 2014) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในความหมายใกล้เคียง ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ความเชื่อ ที่สามารถทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่และมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายความคาดหวังมาตรฐานและความตระหนักในชีวิต (Von Steinbuchel, Lishetzke, Gurny, & Eid, 2006) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อคุณภาพชีวิต องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะชีวิตในขณะนั้นภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (WHO, 2014) จากความหมายทั้งหมดของคุณภาพชีวิตครอบคลุมความผาสุกของสุขภาพของบุคคล ด้านร่างกาย(Physical health) จิตใจ (Psychological health) สัมพันธภาพสังคม (Social relationship) และสิ่งแวดล้อม (Environmental health)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical health) การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในด้านดีหรือไม่ดี ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในการดำเนินชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านดีส่งผลให้สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตให้อยู่ร่วมกับโรคอย่างมีความสุข ในขณะที่เดียวกันบุคคลที่รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองในด้านไม่ดี จะส่งผลให้มีความสุขในการดำรงชีวิตร่วมกับโรคที่ป่วย ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการปรับตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลพยายามส่งเสริมสถานะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ดังนั้นการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลด้านร่างกายมีทั้งดีและไม่ดีเกี่ยวกับสถานะสุขภาพร่างกายและความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อความผาสุกของบุคคล

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological health) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจว่ามีสภาวะจิตใจดีหรือไม่ดี ซึ่งมีผลต่อความผาสุกในการดำเนินชีวิต บุคคลที่ป่วยต้องเผชิญกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ความกลัว ความไม่แน่นอน และความซึมเศร้า อันเป็นมาจากการเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสียบทบาทและสัมพันธภาพในสังคมและปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ ภาวะสุขภาพจิตใจที่ไม่ดีนี้ส่งผลให้บุคคลได้อย่างผาสุก มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคม (Social relationship) ผลกระทบด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวเพื่อนบ้านและบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งดีและไม่ดี ซึ่งผลกระทบในด้านดีทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและมีสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นขึ้น เพื่อดูแลภาวะสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้น ผลกระทบในด้านไม่ดี ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยลงมีเรื่องกระทบกระทั่งกันหรือถูกทอดทิ้ง ทำให้มีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของบุคคล ทำให้ความผาสุกในการดำเนินชีวิตลดลง

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental health) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ต่อสภาพแวดล้อมของตนเอง สิ่งแวดล้อม รวมทั้งที่เป็นบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ สภาพแวดล้อม โดยทั่วไป ถ้าบุคคลรับรู้ได้ว่าสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตนเองเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีของบุคคลจะส่งผลถึงความผาสุกในการดำเนินชีวิต

ดังนั้นคุณภาพชีวิตของบุคคลในด้านต่าง ๆ การที่บุคคลจะพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถอ้างสถานะคุณภาพชีวิตจะต้องได้รับการดูแลและมีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่และความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

วริศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และ วินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$, $SD = 0.37$) มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 96.19) มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.62$) มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, $SD = 0.58$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.58$) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า อายุ รายได้ ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกันสามารถ อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28.1 (Adjusted $R^2 = .281$, $p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด ($\beta = .458$, $t = 8.061$, $p < .01$)

จินตนา นุ่นยะพริก และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม

จากบุคคลในครอบครัว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จากความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์, และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง พบว่า 1) ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 1.63, SD = .29$) 2) อาชีพ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.77, p < .05, \chi^2 = 5.34, p < .05$ และ $r = .27, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนระดับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ณัฐดนัย สดคมขำ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ($B = 3.61, p < 0.01$) มีผลเพิ่มความเสี่ยงในการควบคุมความดันโลหิตได้ยาก การออกกำลังกาย ($B = 1.081, p < 0.05$) ส่งผลเชิงบวกต่อการควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($B = 1.583, p < 0.05$) ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยากขึ้น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($B = 4.577, p < 0.01$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต สรุปได้ว่าพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างถูกต้องและการลดพฤติกรรมที่เสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารเค็มและการสูบบุหรี่

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ยุภาพร นาคกลิ่ง และ ปราณี ทัดศรี (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p = .000$) และมีจำนวนสมาชิกที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์, และ วราภรณ์ บุญเชียง (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวัง ผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

กวิณนาถ พลวัฒน์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และ สุรีย์ จันทร์โมลี (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชน พบว่า หลังการทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นกว่าการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และมีค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ คือ ค่าไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอวดีขึ้นและสูงกว่าก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินตนา นันทาแสง, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศกุนตลา อนุเรือง (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือด พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Fotios et al. (2011) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพในช่องปากเกี่ยวกับการแปรงฟันในผู้ป่วยทันตกรรมโดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบชี้แนะ พบว่า ความเชื่อในการรับรู้ความสามารถของตนเองและความรุนแรงของโรคในช่องปาก มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการแปรงฟันที่เพิ่มขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นด้วย

Blumenthal et al. (2010) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยได้รับการฝึกออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายสามารถช่วยลดความดันโลหิตเฉลี่ยได้ 7-10 mmHg และยังช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอีกด้วย

Smith et al. (2015) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

และการจัดการความเครียด ซึ่งทำการศึกษากับผู้ป่วย 200 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการลดระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

Whelton et al. (2017) งานวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับไปการใช้ DASH Diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ซึ่งเป็นโปรแกรมการควบคุมอาหารที่ออกแบบมาเพื่อลดความดันโลหิตสูง โดยการลดการบริโภคเกลือและเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ พบว่าผู้ป่วยที่ทำตามโปรแกรมสามารถลดระดับความดันโลหิตได้เฉลี่ย 11 mmHg ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงปานกลาง

3. วิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเรื้อรัง

ปัฐยาวัชร ปราบภูผล และคณะ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยคือการศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำที่สุด และคุณภาพชีวิตด้านร่างกายสูงที่สุด ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001-.05$) ต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ สถานภาพสมรส สัมพันธภาพในครอบครัว การออกกำลังกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค และการควบคุมโรค โดยสามารถอธิบายผลลัพธ์ได้ถึงร้อยละ 70 ดังนั้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเอง การมีครอบครัวที่สนับสนุน และการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการอารมณ์ และการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

กฤติเดช มิ่งไม้ (2561) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง สักทอง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า รายได้สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย

จังหวัดมหาสารคามจากผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.1 และในทุกองค์ประกอบมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ความพึงพอใจในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.1 ความพึงพอใจในชีวิต การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการดูแลตนเองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกษมณี นบน์อม และคณะ (2565) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอชุนธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงดี โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ การมีพาหนะส่วนตัวในการเดินทางไปสถานพยาบาล และภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในทิศทางลบ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการจัดการความเครียดมีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ทางสังคมให้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

โชติกา สมสุวรรณ และ อภิญญา เยาวบุตร (2566) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ ประสิทธิภาพในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระที่ผู้ดูแลต้องแบกรับ และการสนับสนุนทางสังคม โดยประสิทธิภาพในการดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลมากที่สุด เนื่องจากผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพยาวนานจะสามารถรับมือกับความเครียดและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การดูแลระยะยาวก็อาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

Lee and Kim (2020) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในประเทศเกาหลีใต้ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีภาวะจิตใจที่ดีกว่า และสามารถปรับตัวกับภาวะของโรคได้ดีกว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดความรู้สึกเหงาและเพิ่มพูนความสุขในชีวิตประจำวัน

จึงสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร และการจัดการความเครียด ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ลดความรู้สึกเหงา และช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

4. วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2561) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอแม่สอด จังหวัด จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง โดยเฉพาะทักษะในการดูแลด้านต่าง ๆ เช่น การให้ยาทางปาก การวัดความดันโลหิต และการดูแลผู้สูงอายุที่มีสายสวนปัสสาวะ การให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลก็มีส่วนช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงการประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นวพร วุฒิธรรม, พิมพนิภา ศรีนพคุณ, และ ชุตินา สีนวล (2562) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวกในจังหวัดราชบุรี จากผลการศึกษาพบว่าการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ การวิจัยใช้วิธีการมีส่วนร่วมแบบเชิงปฏิบัติการที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันตั้ง วิสัยทัศน์ เช่น "ลดเกลือ-ลดโรค" รวมถึงการสร้างแผนที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว เช่น การจัดการอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปาริชาติ รัตนราช, กชพงศ์ สารการ, และ ไพรวลัย โคตรตะ (2563) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในทั้งสองเขตมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง โดยศักยภาพด้านจิตใจของผู้ดูแลในนอกเขตอำเภอเมืองสูงกว่าผู้ดูแลในเขตอำเภอเมือง ส่วนผู้ดูแลในเขตอำเภอเมืองมีศักยภาพด้านเศรษฐกิจสูงกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ต้องการคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การฝึกทักษะการดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ และความต้องการการสนับสนุนด้านการเงิน บทบาทของพยาบาลวิชาชีพคือการให้คำปรึกษาและส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือมีโรคประจำตัว

นิชารีย์ ใจคำวัง และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคู้งตะเภา อำเภอมะเือง จังหวัดอุดรดิติถ์. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในระดับดี โดยเฉพาะด้านการดูแลร่างกาย ด้านการจัดสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามผู้ดูแลยังคงต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านสวัสดิการสังคม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการจัดการกับความเครียด โดยมีปัญหาหลักคือการขาดแคลนทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการเงิน ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะทางเศรษฐกิจและความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงเสนอแนะให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ การจัดการความเครียด และการสนับสนุนด้านการเงินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

Ottaviani et al. (2020) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้บทบาทของผู้ดูแลครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในบราซิล โดยเน้นถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทางประชากรและสังคมกับการตระหนักถึงบทบาทในหน้าที่ผู้ดูแล ผลการศึกษาชี้ว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้บทบาทของผู้ดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงกว่ามักจะสามารุเข้าใจความรับผิดชอบและตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทตนเองได้มากกว่า การวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและสนับสนุนผู้ดูแลที่คำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

Walker et al. (2020) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้เชี่ยวชาญสามารถจัดการกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น การมีการสนับสนุนด้านจิตใจช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลและเพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน

จึงสรุปได้ว่าศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น พบว่า ผู้ดูแลมีศักยภาพสูงในการดูแลผู้สูงอายุในหลายด้าน ทั้งด้านจิตใจและเศรษฐกิจ โดยผู้ดูแลในพื้นที่ชนบทมีศักยภาพในการดูแลด้านจิตใจสูงกว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเมือง ในขณะที่ผู้ดูแลที่อาศัยในเมืองมีศักยภาพด้านเศรษฐกิจสูงกว่า ซึ่งผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนและการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การฝึกทักษะการดูแล และการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ รวมถึงการสนับสนุนด้านการเงินและการฝึกอบรม ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานและลดความเครียดให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีส่วนร่วมของครอบครัว มีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ลดลง

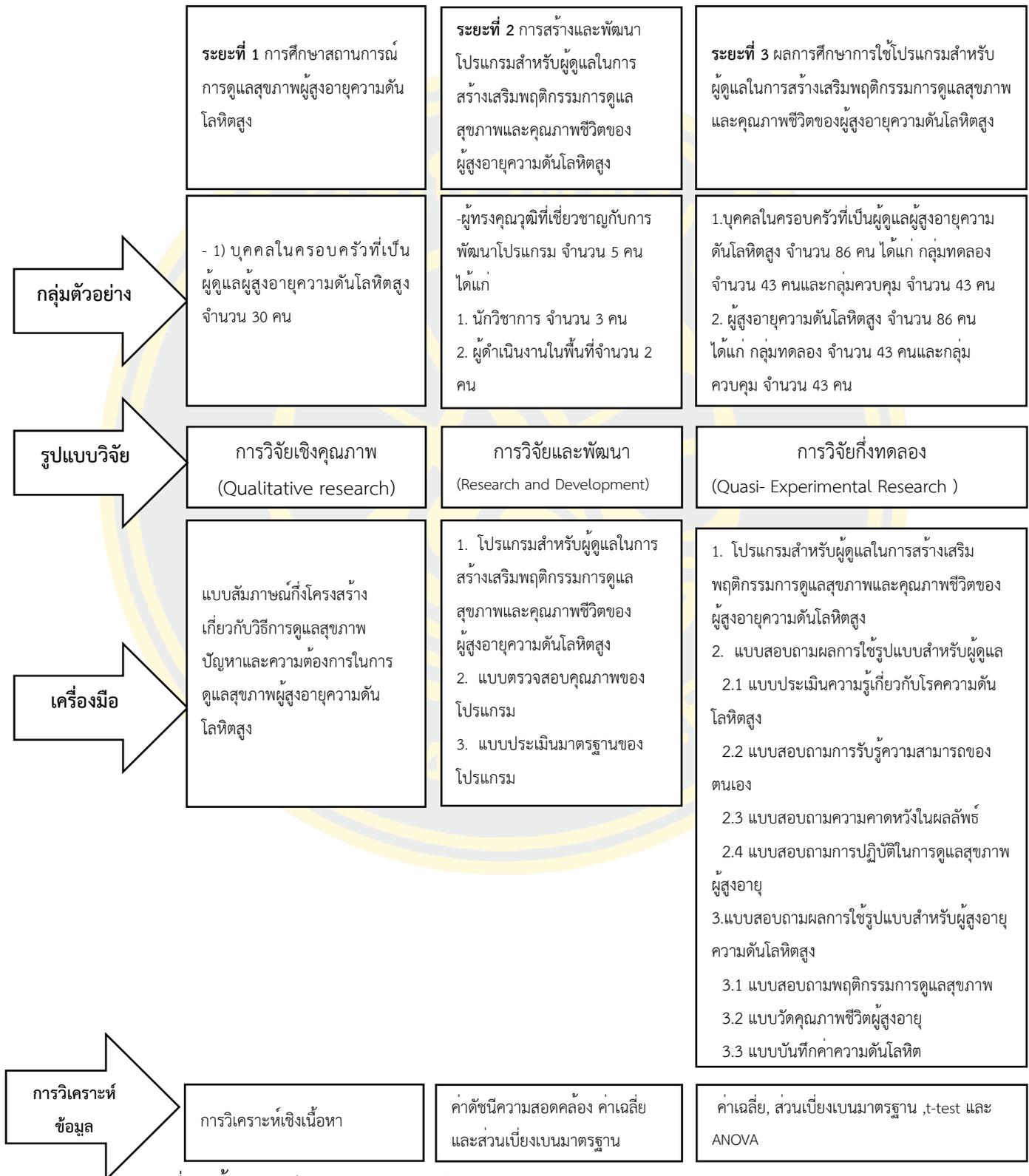
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงนี้มีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2) พัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ในเขตภูมิภาคตะวันตกครอบคลุม 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) คือ จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในกลุ่มภูมิภาคตะวันตก หลังจากนั้นใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เลือกมา 1 อำเภอ คือ อำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง** กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน **ระยะที่ 2 ระยะการสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง** โดยนำโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน ตรวจสอบคุณภาพและประเมินมาตรฐานโปรแกรม และ **ระยะที่ 3 ระยะผลการศึกษาการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง** ใช้กลุ่มกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 43 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 43 คน และ 2) ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 43 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 43 คน ซึ่งวิธีการดำเนินการวิจัยในภาพรวมสามารถสรุปดังแสดงในภาพที่ 5 ดังนี้

**การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง**



ภาพที่ 5 ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาวิธีการในการดูแลสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ความต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพ ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ และความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรีโดยมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ และสื่อสารได้ปกติ
3. ยินดีให้การสัมภาษณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักข้างต้น เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับวิธีการในการดูแลสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ความต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพ ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ และความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 5 ข้อ

4. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการสร้างเครื่องมือวิจัยประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 4.1 ศึกษาองค์ความรู้จากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 4.2 กำหนดขอบข่ายการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้
- 4.3 สร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างมีประเด็นคำถามครอบคลุมในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง
- 4.4 นำแบบแนวคำถามการสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและแก้ไขปรับปรุงตามที่คุณเชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความ

สอดคล้องของคำในข้อความแล้วนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคำนวณหาค่าความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) ซึ่งแบบสอบถามที่โครงสร้าง มีค่าความเที่ยงตรง S-CVI = 0.93

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ผู้วิจัยส่งหนังสือเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพาเสนอต่อหน่วยงานทางไปรษณีย์

5.2 ผู้วิจัยประสานงานทางโทรศัพท์เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและนัดหมายวัน เวลา ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants)

5.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีดำเนินการก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณคนละ 30-45 นาที

5.4 กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นชื่อลงในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form)

5.5 ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาศาสนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

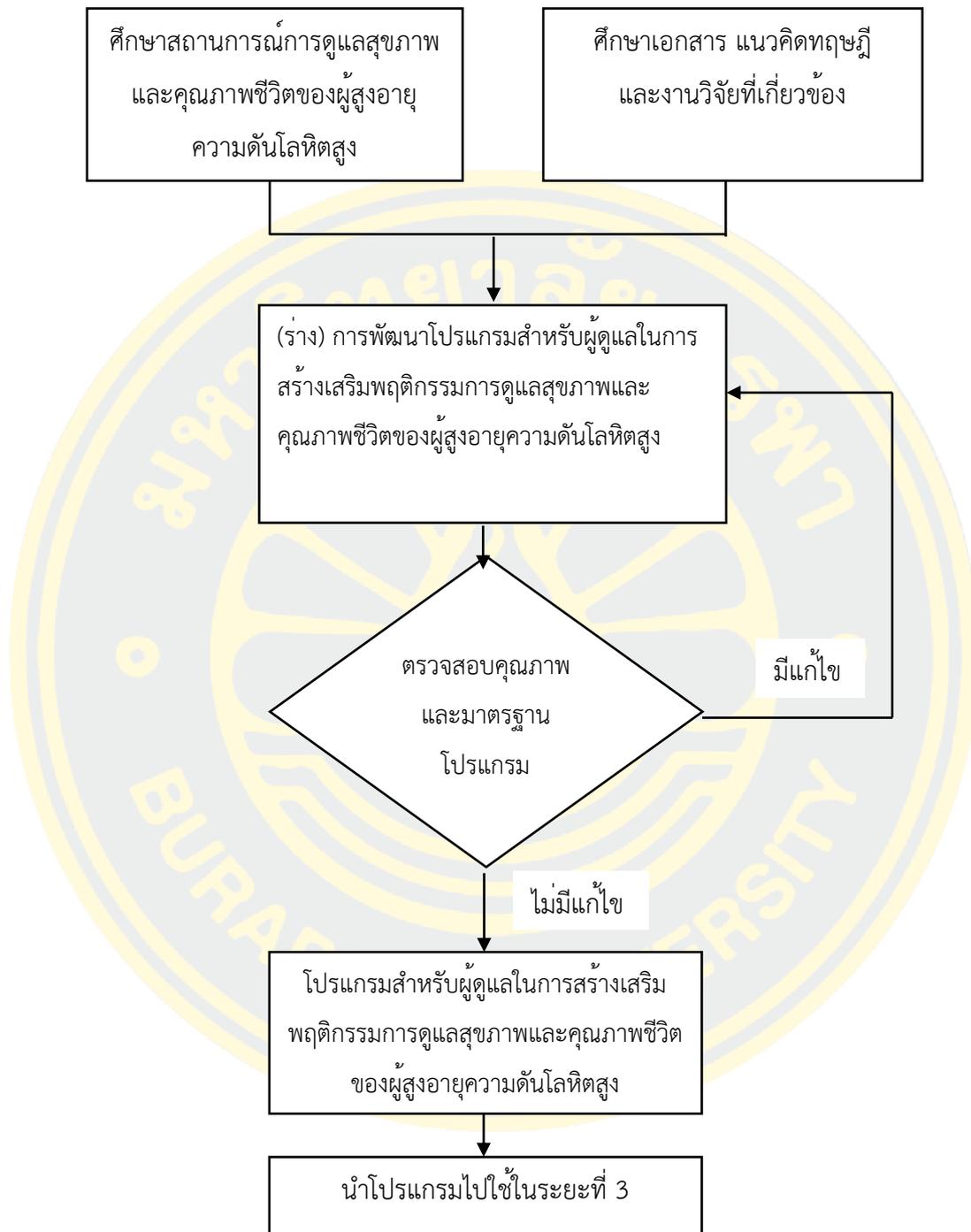
ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อยกร่างและยืนยันโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยการสนทนากลุ่มเพื่อวิพากษ์โปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 12 คน ได้แก่ นักวิชาการด้านการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงผู้จำนวน 4 คน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 4 คน ผู้ดำเนินงานด้าน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในพื้นที่ จำนวน 4 คน และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม และการประเมินมาตรฐานโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญกับการพัฒนาโปรแกรมการ สร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน ได้แก่ นักวิชาการด้านการ ส่งเสริมสุขภาพจำนวน 3 คน และผู้ดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จำนวน 2 คน โดยมีกระบวนการในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ดังแสดงในภาพที่ 6





ภาพที่ 6 กระบวนการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 3 ฉบับ ดังนี้

2.1 ร่างโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาโปรแกรม โดยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 และนำทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองหรือ Self-efficacy (Bandura, 1977) ซึ่งเป็นความคาดหวังและความเชื่อในตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสามารถที่จะพัฒนาได้ด้วยวิธี 4 วิธี คือ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ (Mastery experiences) การเห็นตัวแบบ (Modeling) การสื่อสารชักจูงใจ (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) และแนวคิดการกำกับตนเอง (Self – regulation) ของ Bandura (1986) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการที่ 1 กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) กระบวนการที่ 2 กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) และกระบวนการที่ 3 กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self reaction) โดยกิจกรรมของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการบอกลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง ระบุสาเหตุ อาการ วิธีการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ กิจกรรมที่ 2 "อาหารเพื่อสุขภาพ" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ เลือกประเภทของอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 "การจัดการความเครียด" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดได้ เลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมได้ กิจกรรมที่ 4 "การออกกำลังกาย" เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และสามารถสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกายได้ และกิจกรรมที่ 5 "การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิตสูง" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาการผิดปกติ อันตรายจากการรับประทานยาและสามารถบอกอาการผิดปกติของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ได้ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน ตรวจสอบคุณภาพและการประเมินมาตรฐานโปรแกรม

2.2 แบบตรวจสอบคุณภาพของร่างโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบ ว่าแต่ละแผนการจัดกิจกรรมมีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ และนำผลการพิจารณามาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

(Index of Item Objective Congruence, IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความสอดคล้องต้องมากกว่า 0.50 ขึ้นไป

2.3 แบบประเมินมาตรฐานโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินและมาตรฐานในการประเมิน แล้วพัฒนาเครื่องมือประเมินรูปแบบมาจากแนวคิดของ เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์ (2561) ทำให้ได้เกณฑ์ในการประเมินรูปแบบ ที่ต้องประเมินจำนวน 5 เกณฑ์ ได้แก่ ความถูกต้อง ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นนัยทั่วไป เป็นการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าระดับ (Likert scale) และขอแนะนำเพิ่มเติมสำหรับประเด็นหรือรายการในการประเมินมาตรฐานรูปแบบ มีดังนี้

1. มาตรฐานความถูกต้อง (Accuracy standards)
 - 1.1 โครงสร้างของรูปแบบมีความสำคัญและครบถ้วน
 - 1.2 โครงสร้างรูปแบบมีความสอดคล้องกัน
 - 1.3 กระบวนการการจัดกิจกรรมของรูปแบบมุ่งการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
 - 1.4 รูปแบบมีความถูกต้องเชื่อถือได้
2. มาตรฐานความเป็นประโยชน์ (Utility Standards)
 - 2.1 การจัดกิจกรรมช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง
 - 2.2 การจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ถูกต้อง
 - 2.3 การจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น
 - 2.4 รูปแบบนี้ทำให้ได้นวัตกรรมการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงใหม่
3. มาตรฐานความเหมาะสม (Appropriateness standards)
 - 3.1 รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง
 - 3.2 รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความชัดเจน
 - 3.3 รูปแบบการจัดกิจกรรมเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง
 - 3.4 รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความยืดหยุ่น ปรับได้
4. มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility standards)
 - 4.1 การจัดกิจกรรมง่ายต่อการนำไปใช้ ไม่ซับซ้อน
 - 4.2 การจัดกิจกรรมเป็นระบบ เป็นขั้นเป็นตอน
 - 4.3 ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปจัดกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง

- 4.4 แต่ละกิจกรรมในรูปแบบประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวันได้
5. มาตรฐานความเป็นนัยทั่วไป (Generalizability Standards)
- 5.1 รูปแบบนำไปใช้จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้
- 5.2 รูปแบบนำไปใช้จัดกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ ได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อื่นได้

ซึ่งผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนจากแบบประเมินมาตรฐานโปรแกรมแล้วนำค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินมาตรฐานโปรแกรมมาจัดระดับมาตรฐานโปรแกรม 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน 1.00 - 1.80	หมายถึง น้อยสุด
ค่าเฉลี่ยของคะแนน 1.81 - 2.60	หมายถึง น้อย
ค่าเฉลี่ยของคะแนน 2.61 - 3.40	หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยของคะแนน 3.41 - 4.20	หมายถึง มาก
ค่าเฉลี่ยของคะแนน 4.21 - 5.00	หมายถึง มากที่สุด

3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้วิจัยใช้ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาวิธีการในการดูแลสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ความต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพ ความต้องการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ และความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพ โดยนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura (1977) และแนวคิดการกำกับตนเอง (Self – regulation) ของ Bandura (1986) มาใช้ในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

3.2 สร้างและพัฒนานาเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพ และการประเมินมาตรฐานโปรแกรม (เอมอชฉมา วัฒนาบูรานนท์, 2561)

4. การดำเนินการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพและการประเมินมาตรฐานของโปรแกรมโดยรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

4.1 การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรมว่าแต่ละแผนการจัดกิจกรรมมีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และสอดคล้องกับ

วัตถุประสงค์หรือไม่ และนำผลการพิจารณามาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC)

4.2 การประเมินมาตรฐานของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) และข้อแนะนำเพิ่มเติม

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการดังนี้

5.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้วิธีการแนะนำตัวทางโทรศัพท์ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพและการประเมินมาตรฐานของโปรแกรมพอสังเขป เพื่อขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณภาพและประเมิน มาตรฐานของโปรแกรม

5.2 ดำเนินการส่งร่างโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบบตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม และแบบประเมินมาตรฐานของโปรแกรม ให้กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ผู้วิจัยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรมว่าแต่ละแผนการจัดกิจกรรมมีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และสอดคล้อง ประสงค์โดยดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความสอดคล้องต้องมากกว่า 0.50 ขึ้นไป

6.2 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหาค่าสถิติ ได้แก่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนจากแบบประเมินมาตรฐานของรูปแบบ มาจัดระดับมาตรฐานโปรแกรม 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน 1.00 - 1.80	หมายถึง	น้อยสุด
ค่าเฉลี่ยของคะแนน 1.81 - 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ยของคะแนน 2.61 - 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยของคะแนน 3.41 - 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ยของคะแนน 4.21 - 5.00	หมายถึง	มากที่สุด

ระยะที่ 3 ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะที่ 3.1 เสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย

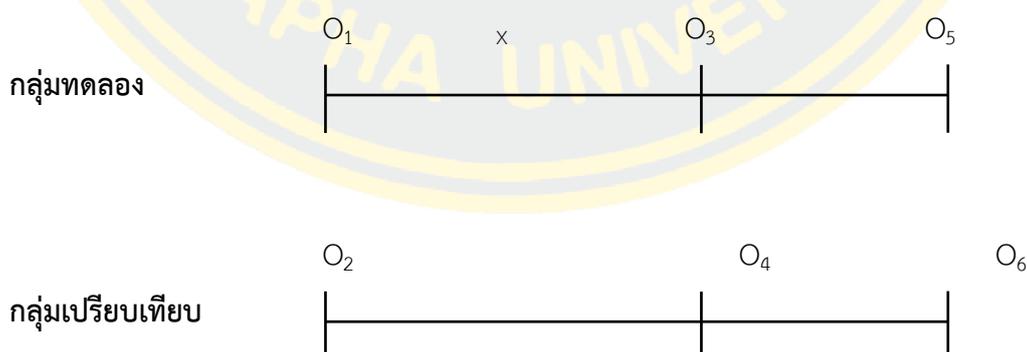
1.2 ระยะที่ 3.2 ดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ในวิธีการดำเนินการวิจัยนั้น จะนำเสนอตามระยะการวิจัยซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ระยะที่ 3.1 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 1 ใช้แผนการทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Pre test – Post test Control Group Designs) และติดตามผล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มทดลอง (Experimental group) 2) กลุ่มควบคุม (Control group) แสดงแผนการทดลองดังแผนภาพที่ 7



ภาพที่ 7 รูปแบบการวิจัยของระยะพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล

โดยกำหนดให้

O_1, O_2 : เก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

X : โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 สัปดาห์

O_3, O_4 : เก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

O_5, O_6 : เก็บข้อมูลระยะติดตามผลหลัง 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในจังหวัดราชบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Version 3.1.9.2) โดยกำหนดขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.25 (Cohen,1977) อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และ α error prob เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 86 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ มี
3. ในครอบครัวมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-79 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีผลการตรวจระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษาด้วยยาไม่น้อยกว่า 6 เดือนและไม่เกิน 5 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการ
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. ขอลอนตัวในระหว่างดำเนินกิจกรรม
2. เกิดการเจ็บป่วยในระหว่างดำเนินกิจกรรม

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

1. ประกาศหาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการโดยการประชาสัมพันธ์ ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ดำเนินการคัดเลือกผู้เข้าโครงการตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง
3. ในกรณีที่ได้จำนวนอาสาสมัครที่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เป็นโปรแกรมการจัดกิจกรรมการประกอบด้วยแนวคิด วัตถุประสงค์ กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินผล โดยนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นความคาดหวังและความเชื่อในตนเองต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยสามารถที่จะพัฒนาได้ด้วย 4 วิธี คือ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ (Master Experiences) การเห็นตัวแบบ (Modeling) การสื่อสารชักจูงใจ (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) และแนวคิดการกำกับตนเอง (Self – regulation) ของ Bandura (1986) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการที่ 1 กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) กระบวนการที่ 2 กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) และกระบวนการที่ 3 กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self reaction)

โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการบอกลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง ระบุสาเหตุ อาการ วิธีการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ กิจกรรมที่ 2 “อาหารเพื่อสุขภาพ” เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 "การจัดการความเครียด" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดได้ เลือกรับประทานอาหารการจัดการความเครียดที่เหมาะสมได้ กิจกรรมที่ 4 "การออกกำลังกาย" เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และสามารถสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกายได้ และกิจกรรมที่ 5 "การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิตสูง" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาการผิดปกติ อันตรายจากการรับประทานยาและสามารถบอกอาการผิดปกติของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 19 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือกจาก 2 ตัวเลือก ตอบใช่ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ได้ 0 คะแนน และกำหนดคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ โดยมีการประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (15.20 -19.00 คะแนน)

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 (11.40 -15.19 คะแนน)

ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0.00 - 11.39 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยเป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มี 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดเกณฑ์ให้ดังนี้

ข้อความเชิงบวก

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

ข้อความเชิงลบ

1 คะแนน

2 คะแนน

3 คะแนน

การแปลความหมายจากค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ใช้การประเมินแบบอิงกลุ่ม (Kiehl, 1989) โดยแบ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับน้อย โดยการแบ่งระดับขึ้นหาได้จาก

$$\text{ระดับขึ้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 43.00 – 54.00 คะแนน

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 31.00 – 42.00 คะแนน

ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 18.00- 30.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการความคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยเป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มี 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดเกณฑ์ให้ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน	
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน	
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน	

การแปลความหมายจากค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ใช้การประเมินแบบอิงกลุ่ม (Kiehl, 1989) โดยแบ่งความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับน้อย โดยการแบ่งระดับขึ้นหาได้จาก

$$\text{ระดับขึ้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 36.00 - 45.00 คะแนน

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 26.00 - 35.00 คะแนน

ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 15.00 - 25.00 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยเป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มี 3 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ (มีการปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่านั้น) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือมีบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ) ไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่เคยปฏิบัติในเรื่องนั้นเลย) โดยกำหนดเกณฑ์ให้ดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน	
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน	
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน	3 คะแนน	

การแปลความหมายจากค่าคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้การประเมินแบบอิงกลุ่ม (Kiehl, 1989) โดยแบ่งการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับน้อย โดยการแบ่งระดับขึ้นหาได้จาก

$$\text{ระดับชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 39.00 - 48.00 คะแนน

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 28.00 - 38.00 คะแนน

ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 16.00 - 27.00 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบวัดความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมต่อกิจกรรมของโปรแกรม จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 4 ระดับ (Rating Scale) (กระทรวงศึกษาธิการ, 2554) ดังต่อไปนี้ ค่าเฉลี่ย 3.50-4.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.50- 3.49 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ซึ่งนำไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น

การสร้างเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำรา ทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. สร้างแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัย แนวคิด และทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยคำนวณหาค่าความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูง ค่าความเที่ยงตรง S-CVI = 0.91 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.730
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน ค่าความเที่ยงตรง S-CVI = 0.92 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.878
3. แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ ค่าความเที่ยงตรง S-CVI = 0.82 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.843

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ค่าความเที่ยงตรง S-CVI = 0.93 และค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.713

5. แบบวัดความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ค่าความเที่ยงตรง S-CVI = 0.93 และค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.713

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีเพื่อใช้พื้นที่ในการดำเนินการทดลองในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. ผู้วิจัยนัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการเกี่ยวกับการศึกษาผลการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการติดต่อสอบถามข้อมูลระหว่างการดำเนินการวิจัย

3. กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นชื่อลงในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form)

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

5. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของการจัดโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองประกอบด้วย 5 กิจกรรม จำนวน 6 สัปดาห์

6. การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมโดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ขั้นตอนดำเนินการจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ ที่	การดำเนินการวิจัย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	กิจกรรม เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี	การบรรยายหัวข้อการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง
2	กิจกรรม อาหารเพื่อสุขภาพ	
3	กิจกรรม การจัดการความเครียด	
4	กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย	
5	กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยโยคะเพื่อสุขภาพ	
6	กิจกรรมการรับประทานยาและการตรวจวัด ความดันโลหิต	

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโปรแกรม (Pre-test) ด้วยแบบสอบถาม
2. ดำเนินการทดลองตามรูปแบบโปรแกรมที่ได้กำหนดไว้ระยะเวลา 6 สัปดาห์
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดทันที (Post-test) ด้วยแบบสอบถาม
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดแล้วไปอีก 4 สัปดาห์เพื่อต้องการศึกษา

ความคงทนของพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมของรูปแบบ โดยดำเนินการตามแนวปฏิบัติการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 คือ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนการเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมของรูปแบบสถานที่เป็นระบบเปิด มีเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เว้นระยะห่างระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง 1-2 เมตร ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและการหมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังนี้

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโปรแกรม (Pre-test) ด้วยแบบสอบถาม
2. ดำเนินกิจกรรมตามปกติของชุมชนระยะเวลา 6 สัปดาห์
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดทันที (Post-test) ด้วยแบบสอบถาม

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดแล้วไปอีก 4 สัปดาห์เพื่อต้องการศึกษาความคงทนของพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

5. หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและมอบให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมของรูปแบบ โดยดำเนินการตามแนวปฏิบัติการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 คือ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนการเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมของรูปแบบสถานที่ที่เป็นระบบเปิด มีเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เว้นระยะห่างระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง 1-2 เมตร ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและการหมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอ้างอิง ได้แก่

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง และหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

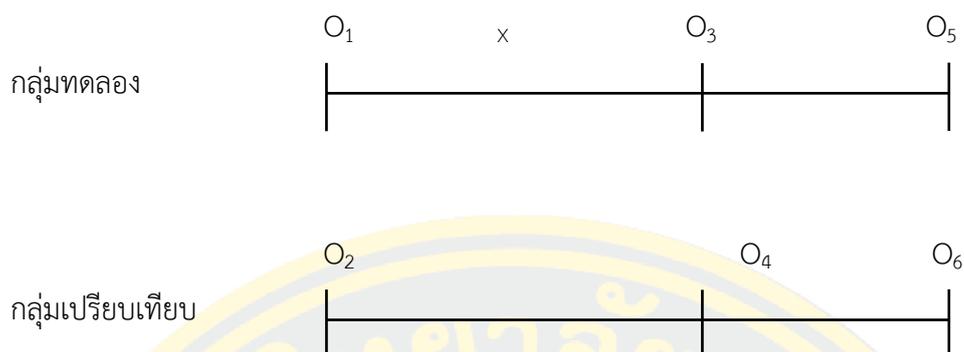
2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Independent Sample t-test

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

ระยะที่ 3.2 ดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากผู้วิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 3.2 ใช้แผนการทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Pre test – Post test Control Group Designs) และติดตามผล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มทดลอง (Experimental group) 2) กลุ่มควบคุม (Control group) แสดงแผนการทดลองดังแผนภาพที่ 8



ภาพที่ 8 รูปแบบการวิจัยของระยะดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

โดยกำหนดให้

- O_1, O_2 : เก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- X : โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลจำนวน 6 สัปดาห์
- O_3, O_4 : เก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- O_5, O_6 : เก็บข้อมูลระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในจังหวัดราชบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Version 3.1.9.2) โดยกำหนดขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.25 (Cohen, 1977) อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และ α error prob เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 86 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุช่วงอายุ 65-79 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีผลการตรวจระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาไม่น้อยกว่า 6 เดือนและไม่เกิน 5 ปี
3. เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ และสื่อสารได้ปกติ

4. มีบุคคลในครอบครัวที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพโดยผู้วิจัยในการดูแลสุขภาพที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. ขอลอนตัวในระหว่างดำเนินกิจกรรม
2. เกิดการเจ็บป่วยในระหว่างดำเนินกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 3.1 คือ เมื่อผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ไปดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามรูปแบบของโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ตำราทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมและพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต
2. สร้างแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัย แนวคิด และทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยคำนวณหาค่าความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ค่าความเที่ยงตรง S-CVI = 0.95 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.893
2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเที่ยงตรง S-CVI = 1.0 และค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.937

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 27 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยเป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มี 3 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ (มีการปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่านั้น) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือมีบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ) ไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่เคยปฏิบัติในเรื่องนั้นเลย) โดยกำหนดเกณฑ์ให้ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลความหมายจากค่าคะแนนเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้การประเมินแบบอิงกลุ่ม (Kieiss, 1989) โดยแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับน้อย โดยการแบ่งระดับขั้นหาได้จาก

$$\text{ระดับขั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}}$$

ระดับมาก หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 64.00 - 81.00 คะแนน

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 46.00 - 63.00 คะแนน

ระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง 27.00 - 45.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Whoqol-Bref-Thai) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2545) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ใช้ประเมินเหตุการณ์หรือ ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96-130 คะแนน หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตดี

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย รายการอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และแบบบันทึกการวัดค่าความดันโลหิต

การดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพแล้วดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่บ้านตามรูปแบบของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 6 สัปดาห์ พร้อมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้กำลังใจและการเสริมแรงในการปฏิบัติกิจกรรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีการเยี่ยมบ้านเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างทั้งประเด็นอุปสรรคที่ค้นพบจากโปรแกรมและจากดำเนินการตามแผนการปฏิบัติตนที่กลุ่มตัวอย่างวางแผนไว้ การควบคุมค่าความดันโลหิตเกิดความต่อเนื่องมากน้อยเพียงใด

2. กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่บ้านตามบริบททั่วไปของตนเองที่เคยดูแล

ตารางที่ 7 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยในระยะดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่	การดำเนินการวิจัย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1-6	ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่บ้านตามบริบททั่วไปของตนเองที่เคยดูแล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองมีรายละเอียดดังนี้

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโปรแกรม (Pre-test) ด้วยแบบสอบถาม
2. ดำเนินการทดลองตามรูปแบบโปรแกรมที่ได้กำหนดไว้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดทันที (Post-test) ด้วยแบบสอบถาม
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดแล้วไปอีก 4 สัปดาห์เพื่อต้องการศึกษา

ความคงทนของพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม โดยดำเนินการตามแนวปฏิบัติการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 คือ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนการเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมของรูปแบบสถานที่เป็นระบบเปิด มีเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เว้นระยะห่างระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง 1-2 เมตร ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและการหมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังนี้

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโปรแกรม (Pre-test) ด้วยแบบสอบถาม
2. ดำเนินกิจกรรมตามปกติของชุมชนระยะเวลา 6 สัปดาห์
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดทันที (Post-test) ด้วยแบบสอบถาม
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดแล้วไปอีก 4 สัปดาห์เพื่อต้องการศึกษา

ความคงทนของพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

5. หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและมอบให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เพื่อนำไปประยุกต์ในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมของรูปแบบ โดยดำเนินการตามแนวปฏิบัติการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 คือ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนการเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมของรูปแบบสถานที่เป็นระบบเปิด มีเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เว้นระยะห่างระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง 1-2 เมตร ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและการหมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอ้างอิง ได้แก่
 - 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง และหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Independent Sample t-test

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยบูรพา อย่างเคร่งครัด โดยมีการพิจารณาด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. หลักการเคารพในตัวตน คือการให้การเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ต้องยินยอมในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพและการบันทึกวีซีดีด้วยความสมัครใจ และไม่กระทำการใด ๆ ที่เป็นการขัดต่อกฎหมาย ประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง
2. มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและทำความเข้าใจในรายละเอียด รูปแบบการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและการนำผลการวิจัยให้ผู้ถูกวิจัยทราบ
3. ยึดหลักผลประโยชน์หรือการไม่ก่อให้เกิดอันตราย ระมัดระวังมิให้เกิดความผิดพลาดหรือความเดือดร้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ
4. มีการรักษาข้อมูลที่ได้ไว้เป็นความลับ โดยการเขียนและนำเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวม และตามความเป็นจริง
5. ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-127/2566 รหัสโครงการ G-HS056/2566(C1) ประเภท Full Board ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2566 ถึง 24 ธันวาคม 2567

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เป็นการนำโปรแกรมไปทดลองใช้และศึกษาผลการใช้โปรแกรม ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 3 ผลการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) จากบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน เป็นการศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ 6 ข้อ ดังนี้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

จากการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงหญิง จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.33 เพศชาย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 อายุอยู่ในช่วง 35 – 55 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 รับจ้างทั่วไป 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.33 และค้าขาย จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เป็นบุตร 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.00 และเป็นหลาน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00

2. วิธีการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมีวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในแบบพื้นฐาน ตามคำแนะนำของแพทย์ ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกายและการไปพบแพทย์ตามนัด ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“ก็ดูแลตามคำแนะนำของหมอ อย่างเช่นเรื่องอาหาร ให้ระวังอย่าให้แกกินของมัน ของเค็ม ของหวาน กินยาให้ตรงเวลา” (เพศหญิง อายุ 42 ปี)

“ดูแลตามที่หมอแนะนำมา เรื่อง การกินอาหาร ให้งดอาหารเค็ม หวาน ให้เน้นกินผักตัวเองก็ทำกับข้าวเองในครอบครัว แต่บางครั้งก็มีอาหารรสจัดบางเพราะในครอบครัวมีหลายคนอยู่” (เพศหญิง อายุ 39 ปี)

“ก็ดูแลทั่วไป พาไปหาหมอและคอยดูแลจัดยาให้กิน เพราะว่าแกก็ยังช่วยเหลือตัวเองได้” (เพศหญิง อายุ 46 ปี)

“ออกกำลังกายก็จะเดินเล่นไปบ้านลูกคนอื่น ๆ เดินไปวัด บางทีแกก็มาปลูกผักช่วยบ้านะ เป็นการออกกำลังกายไปด้วยแม่บอก” (เพศหญิง อายุ 46 ปี)

“ดูแลปกตินี้ละ พาไปหาหมอ แนะนำให้ดูแลเรื่องยา อาหาร แต่มีบางครั้งเวลาว่างไม่ตรงกับหมอนัด ก็ไม่ได้พาไปทำให้ขาดนัดหมอ” (เพศหญิง อายุ 35 ปี)

“จะเป็นคนแม่พาไปหาหมอเอง หากพาไปไม่ได้ก็ให้คนอื่นพาแกไป ส่วนใหญ่หมอจะบอกให้ดูแลเรื่องยา (เพศหญิง อายุ 48 ปี)

3. ปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงอธิบายว่าปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การรับประทานยา 3) การออกกำลังกาย และ 4) การไปพบแพทย์ตามนัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุต้องการรับประทานอาหารที่มีรสชาตือร่อยมีรสเค็ม และรับประทานอาหารไม่ครบมือและมักเบื่ออาหารเนื่องจากไม่รู้สึกลอยากอาหารที่มีรสจืด จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมโซเดียมในอาหารได้ ขาดความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและการจัดสมดุลอาหาร ทำให้ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมอาหารทำให้ยังรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีรสจัดและเค็มมาก ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“บางทีแกก็ไม่ค่อยจะทำตามที่หมอบอกหรอกนะ ว่าให้กินอาหารรสจืด ไม่เค็ม แต่แกบอกว่ามันไม่อร่อย กินข้าวไม่อร่อย ทำให้เบื่ออาหาร บางครั้งยังห้าม เหมือนยังงู พอพุดมากไปก็ไม่พอใจ โกรธเรา พี่ก็ไม่อยากให้แกมีโรคอื่นแทรกซ้อน อยากให้อยู่กับเราไปนาน ๆ ไม่อยากให้เป็นผู้ป่วยติดเตียง” (เพศหญิง อายุ 39 ปี)

“ก็แกไม่ค่อยทำตามที่เราบอกหรือแนะนำหรอก บางครั้งก็น้อยใจเรา ว่าให้กินแบบ อด ๆ อดยาก ๆ อดยากกินอะไรก็ได้กิน เราก็อยากให้แกหาย ไม่ต้องกินยาเยอะ ก็จะดู แกบ้าง” (เพศหญิง อายุ 42 ปี)

“เราไม่ได้ดูแลแกตลอด เพราะเราก็จะไปทำงาน ก็จะเตรียมอาหารเที่ยงไว้ให้ แกก็ชอบ ปรุงรสเพิ่ม เพราะพี่จะทำพวกต้มจืด อาหารไม่รสจัดไว้ให้แกบอกไม่อร่อย” (เพศหญิง อายุ 49 ปี)

“เห็นหมอบอกว่าต้องให้แกกินยาให้ครบ แต่บางครั้งพอยายดีขึ้นก็ไม่กินยาต่อ หยุดยาเอง เราบอกก็ไม่ฟัง ป้าก็ไม่รู้จะทำไฉนเห็นหยุดยาก็ไม่เป็นไร แต่หมอบอกว่ามันไม่ดี” (เพศหญิง อายุ 45 ปี)

“ดูแลปกตินี้ล่ะ พาไปหาหมอ แนะนำให้ดูแลเรื่องยา อาหาร เห็นหมอบอกว่าให้กิน น้อย ๆ บางทีก็ไม่เข้าใจว่ากินน้อย ๆ เป็นแบบไหน ว่าอาหารที่เรাজัดให้แกมันเหมาะสม ครบถ้วนไหม และบางครั้งเวลาว่างไม่ตรงกับหมอนัด ก็ไม่ได้พาไปทำให้ขาดนัดหมอ” (เพศหญิง อายุ 35 ปี)

การรับประทานยา พบว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการใช้ยาลดความดันและไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา อย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุไม่รับประทานยาตรงเวลา บางครั้งลืมรับประทานยา และพบปัญหาผู้สูงอายุ ทานยาผิดขนาดหรือทานซ้ำซ้อน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“เห็นหมอบอกว่าต้องให้แกกินยาให้ครบ แต่บางครั้งพอยายดีขึ้นก็ไม่กินยาต่อ หยุดยาเอง เราบอกก็ไม่ฟัง ป้าก็ไม่รู้จะทำไฉนเห็นหยุดยาก็ไม่เป็นไร แต่หมอบอกว่ามันไม่ดี” (เพศหญิง อายุ 45 ปี)

“อย่างที่บอกนะว่าเราก็ดูแลตามที่เรารู้และที่หมอบอกมา บางทีก็ไม่มั่นใจว่ายาที่ให้ ยายกินมันดียังไง ถูกต้องไหม เห็นหมอบอกให้กินยาให้ครบ บางทีอยากหายไวๆก็เพิ่ม ขนาดยาเอง เราบอกก็ไม่ฟัง ป้าก็ไม่รู้จะทำไฉนเห็นกินยาก็ไม่เป็นไร แต่หมอบอกว่ามัน ไม่ดี” (เพศหญิง อายุ 45 ปี)

การออกกำลังกาย พบว่า ผู้ดูแลไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะความ ดันโลหิตสูง ขาดความรู้เรื่องการสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้สูงอายุไม่มีกำลังใจในการ เริ่มต้นออกกำลังกาย และมีปัญหาด้านข้อเข่า ทำให้ไม่ชอบออกกำลังกายและออกกำลังกายหนักไม่ได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“เห็นหมอบอกว่าให้พาแม่ออกกำลังกายบ่อย ๆ แต่ก็รู้ว่าทำแบบไหน เวลาเท่าไร พี่ก็ บอกให้แกทำนะ แต่แกก็ไม่ออก บอกว่าไม่เป็นไรหรอกกินยาอยู่แล้ว มันไม่เกี่ยวกับออก กำลังหรอก ไม่รู้จะบอกแกยังไงให้ทำ” (เพศหญิง อายุ 40 ปี)

“ยายแก่ก็เดินออกกำลังกายรอบบ้านบ้าง เล่นกับหลาน แต่ก็ไม่ได้ออกเป็นจริงเป็นจังหรอก เห็นแต่หมอบอกว่าต้องออกกำลังกายนะ เพราะแกบอกว่าเจ็บขาเลยทำให้ไม่อยากจะออก หรือเดินไกล แกบอกว่าเหนื่อย” (เพศหญิง อายุ 48 ปี)

การไปพบแพทย์ตามนัด พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องการจัดการตารางเวลาและจดจำวันนัดแพทย์ ทำให้บางครั้งไม่ได้พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด ผู้สูงอายุไม่อยากจะไปพบแพทย์ตามนัดเพราะต้องรอคิวนานปัญหาด้านการเดินทางไปโรงพยาบาลเพราะบ้านอยู่ไกลและไม่มีรถส่วนตัวและปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“อย่างที่บอกไป เรื่องการไปหาหมอบตามนัด บางครั้งตนเองก็ไม่สะดวกไป แต่ก็ต้องไปไปแล้วก็ขาดรายได้ เพราะตนเองเป็นคนดูแลหลัก” (เพศหญิง อายุ 42 ปี)

“รอคิวนาน คนเยอะ ค่าเดินทางไปหาหมอ บ้านเราอยู่ไกล รถประจำทางก็ไม่มี ต้องพาขับรถซาเล้งไป” (เพศหญิง อายุ 45 ปี)

“เวลาไปหาหมอกคนเยอะมาก ทำให้รอคิวนาน ไปตั้งแต่เช้าเลย” (เพศหญิง อายุ 46 ปี)

“ตอนนี้เขาดูแลดีนะ แต่ว่าเวลาไปหาหมอรอคิวนาน คนเยอะ หมอน้อย พยาบาลก็น้อย ทำงานจะตายเลย” (เพศชาย อายุ 46 ปี)

“รอคิวนาน คนเยอะ ค่าเดินทางไปหาหมอ บ้านเราอยู่ไกล รถประจำทางก็ไม่มี ต้องพาขับรถซาเล้งไป” (เพศหญิง อายุ 42 ปี)

4. ความต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านความรู้พื้นฐานสุขภาพและโรคความดันโลหิตสูง 2) ด้านโภชนาการ โดยเฉพาะการเลือกอาหาร การเตรียมอาหารที่เหมาะสม และการอ่านฉลากโภชนาการ 3) ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การติดตามผลการรับประทานยา และการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน 4) ทักษะในการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การฝึกหายใจ การทำสมาธิ การใช้ดนตรีบำบัด และการสนทนาเพื่อสร้างกำลังใจ 5) ทักษะในการจัดการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งการเลือกประเภทของการออกกำลังกาย การวางแผนและตั้งเวลาในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 6) ทักษะการนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์และประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะวิธีการสื่อสารและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการไปพบแพทย์ วิธีเตรียมตัวก่อนเดินทาง วิธีการตรวจวัดความดัน และวิธีการบันทึกวันนัดให้ชัดเจน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“อยากให้มียาหรือมี อสม. พาไปรับยาแทนในบางครั้ง มาอบรม มาสอน มาพาลองทำสักครั้ง จะได้รู้ว่าทำไง บางครั้งเราก็ไม่รู้จะหยิบ จะจับแกยงัง จะบอกจะคุยยังไง”

(เพศหญิง อายุ 40 ปี)

“ป้าดูแลยายตามหมอบอกนะแต่ไม่รู้หรือกว่ามันดียังไง หมอว่าไม่ให้กินเค็ม กินหวาน มันไม่ดี ฟังเขามา” (เพศหญิง อายุ 45 ปี)

“ป้าว่าคนป่วยไม่สบายเป็นโรคเนาะ ก็มีความกังวลกลัวตัวเองตาย ไม่อยากเป็นภาระ ลูกหลาน อย่าวว่าแต่ยายเลย ป้าก็กังวลนะ กลัวแกเป็นอะไรไป เพราะบางทีแกไม่ค่อย ฟังที่เราบอก เราเตือนเรื่องอาหาร ป้าก็ได้แต่ให้กำลังใจ ปลอดภัยแก ก็ไม่รู้จะทำยังไง เหมือนกัน อยากรู้วิธีการจัดการความเครียดที่ดี” (เพศหญิง อายุ 42 ปี)

บางทีพี่ก็ลืมหืมแม่ทานยาเหมือนกัน เราทำงานค้า ถ้าได้วิธีจัดการ ก็นลืมหืมมันก็ดีนะ ” (เพศชาย อายุ 42 ปี)

5. ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า บุคคลในครอบครัว ที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ตามศักยภาพและความสามารถที่มีตาม คำแนะนำจากแพทย์ ที่ได้จากการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดและรู้สึกดีใจที่ได้ดูแล ได้ตอบแทน บุญคุณ ถึงแม้บางบางครั้งจะเหนื่อยและท้อในการดูแลผู้สูงอายุ ดังคำให้การสัมภาษณ์ของกลุ่ม ตัวอย่าง

“ไม่ได้เป็นภาระอะไร แต่ก่อนเขาเลี้ยงป้ามา พ่อแม่เรา ป้าเลี้ยงได้ เป็นการตอบแทน บุญคุณ ก็ดูแลตามความสามารถของตนเองที่มี เพราะต้องทำงาน” ตัวแทนผู้ดูแล ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง (เพศหญิง อายุ 42 ปี)

“สามารถดูแลได้ทั่วไป หากไม่ดูแลก็กลัวเป็นโรคเพิ่มหรือเป็นมากกว่าเดิม” ตัวแทน ผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง (เพศหญิง อายุ 48 ปี)

“ดูแลได้อยู่แล้ว พ่อเรา ไม่ได้เป็นภาระอะไร ดีใจที่ได้ดูแล แต่บางครั้งก็อาจไม่ได้ไปฟัง ผลตรวจกับหมอได้ เพราะว่าจะต้องทำงาน หากไปแล้วก็ขาดรายได้” (เพศหญิง อายุ 46 ปี)

“ตนเองก็เป็นคนดูแลเป็นหลัก แต่ถ้าไม่ว่างก็จะมีพี่สาวมาช่วยดูแล ก็บอก ๆ ต่อ ๆ กัน ว่าทำแบบนี้ละ แบบนั้นนะ การดูแลตรงนี้ไม่ได้เป็นภาระนะ ดีใจที่ได้ดูแลแก ถึงบางครั้ง ก็มีเหนื่อยท้อบ้าง บางทีแกก็ไม่ค่อยเชื่อเราหรอกนะ ป้าก็อยากให้แกหายไม่อยากให้เป็นหลาย ๆ โรค (เพศหญิง อายุ 49 ปี)

“ก็ดูแลได้ ตามหลักทั่ว ๆ ไปที่เขาพูดกันแต่ก็ยังไม่รู้ว่ามันดียังไง” (เพศหญิง อายุ 30 ปี)

จากการศึกษาในการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง สรุปได้ว่าสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) วิธีการในการดูแล 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ 3) ความต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง และ 4) ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากข้อค้นพบดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาพัฒนา (ร่าง) โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมประกอบด้วยแนวคิด วัตถุประสงค์ กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินผล โดยนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นความคาดหวังและความเชื่อในตนเองต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยสามารถที่จะพัฒนาได้ด้วย 4 วิธี คือ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ (Master Experiences) การเห็นตัวแบบ (Modeling) การสื่อสารชักจูงใจ (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) และแนวคิดการกำกับตนเอง (Self – regulation) ของ Bandura (1986) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการที่ 1 กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-observation) กระบวนการที่ 2 กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) และกระบวนการที่ 3 กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self reaction) มาใช้ในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการบอกลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง ระบุสาเหตุ อาการ วิธีการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงได้ กิจกรรมที่ 2 “อาหารเพื่อสุขภาพ” เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถบอกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ เลือกประเภทของอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 "การจัดการความเครียด" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดได้ เลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมได้ กิจกรรมที่ 4 "การออกกำลังกาย" เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และสามารถสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกายได้ และกิจกรรมที่ 5 "การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิตสูง" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาการผิดปกติ อันตรายจากการรับประทานยา และสามารถบอกอาการผิดปกติของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ได้ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สรุปผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพ		การนำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรม	แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรม
<p>ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>ผู้ดูแลขาดความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพและโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องการจัดการเวลาและจดจำวันนัดแพทย์</p>	<p>ความต้องการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล</p> <p>- ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพและโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- ทักษะการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์และประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์</p>	<p>นำข้อค้นพบไปใช้ในการวางแผนรูปแบบการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับด้านโภชนาการ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึง</p>	<p>การส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านโภชนาการ การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึง</p>	<p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี</p>
<p>ขาดความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและการจัดสมดุลอาหารทำให้ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุ</p>	<p>ความรู้ด้านโภชนาการและการจัดเตรียมอาหาร</p>	<p>ความเครียดและการพบแพทย์ตามนัด และการใช้แบบบันทึกการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ อาทิ เช่น แบบบันทึกอาหารประจำวัน</p>	<p>ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจในการจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ (ตามทฤษฎี Self-Efficacy) และการตั้งเป้าหมาย การวางแผนการปฏิบัติ</p>	<p>กิจกรรมที่ 2</p> <p>อาหารเพื่อสุขภาพ</p>
<p>ผู้สูงอายุมีความเครียดจากความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนและจากเผชิญกับโรคประจำตัวและการรักษา</p>	<p>ทักษะการสื่อสารและการจัดการความเครียด</p>	<p>ความเครียดและการพบแพทย์ตามนัด และการใช้แบบบันทึกการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ อาทิ เช่น แบบบันทึกอาหารประจำวัน</p>	<p>กิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนและควบคุมตนเองได้ดียิ่งขึ้น (ตามทฤษฎี Self-Regulation) เพื่อให้</p>	<p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>การจัดการความเครียด</p>
<p>ผู้ดูแลไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูง ขาดความรู้เรื่องการสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p>	<p>ทักษะในการส่งเสริมการออกกำลังกาย</p>	<p>ควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยเน้นให้ผู้ร่วมกิจกรรมลงมือปฏิบัติจริง</p>	<p>ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>การออกกำลังกาย</p>
<p>ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการใช้ยา ลดความดันโลหิตและไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง</p>	<p>ความรู้ด้านการจัดการยา</p>			<p>กิจกรรมที่ 5</p> <p>การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิต</p>

ระยะที่ 2 ผลการสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อยกร่างและยืนยันโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งโปรแกรมที่สร้างและพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วย แนวคิด วัตถุประสงค์ กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินผล โดยนำแนวคิด การรับรู้ความสามารถของตนเองและการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการบอกลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง ระบุสาเหตุ อาการ วิธีการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ กิจกรรมที่ 2 "อาหารเพื่อสุขภาพ" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีต่อค่าความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 "การจัดการความเครียด" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดได้ เลือกวิธีการจัดการความเครียดได้ กิจกรรมที่ 4 "การออกกำลังกาย" เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และสามารถออกกำลังกายถูกต้องได้ กิจกรรมที่ 5 "การรับประทานยาและการตรวจวัดค่าความดันโลหิต" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาการผิดปกติ อันตรายจากการรับประทานยาและสามารถบอกอาการผิดปกติของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ได้

โดยการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและการประเมินมาตรฐานโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญกับการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน ได้แก่ นักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 3 คน และผู้ดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในพื้นที่ จำนวน 2 คน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามหัวข้อดังนี้

1. ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรมว่าแต่ละแผนการจัดกิจกรรมมีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ และนำผลการพิจารณามาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index

of Item Objective Congruence, IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความสอดคล้องต้องมากกว่า 0.50 ขึ้นไป ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 9 คุณภาพโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

รายการ	ค่า IOC	แปลผล
โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง		
กิจกรรมที่ 1 เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี	1	นำไปใช้ได้
กิจกรรมที่ 2 อาหารเพื่อสุขภาพ	1	นำไปใช้ได้
กิจกรรมที่ 3 การจัดการความเครียด	1	นำไปใช้ได้
กิจกรรมที่ 4 การออกกำลังกาย	1	นำไปใช้ได้
กิจกรรมที่ 5 การรับประทานยาและการตรวจวัดความโลหิต	0.8	นำไปใช้ได้
รวม	0.96	นำไปใช้ได้

จากตารางที่ 9 คุณภาพของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีค่าดัชนีความสอดคล้องของกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม เท่ากับ 0.96

2. ผลการประเมินมาตรฐานโปรแกรม

ในการประเมินมาตรฐานโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อประเมินโปรแกรม จำนวน 5 เกณฑ์ ได้แก่ ความถูกต้อง ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นนัยทั่วไป ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 10 มาตรฐานโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

รายการ	\bar{X}	SD	แปลผล
มาตรฐานความถูกต้อง	4.65	0.49	มากที่สุด
1. โครงสร้างของรูปแบบมีความสำคัญและครบถ้วน	4.60	0.55	มากที่สุด
2. โครงสร้างรูปแบบมีความสอดคล้องกัน	4.40	0.55	มากที่สุด
3. กระบวนการการจัดกิจกรรมของรูปแบบมุ่งการบรรลุวัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	5.00	0.00	มากที่สุด
4. รูปแบบมีความถูกต้องเชื่อถือได้	4.60	0.55	มากที่สุด
มาตรฐานความเป็นประโยชน์	4.85	0.37	มากที่สุด
5. การจัดกิจกรรมช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	5.00	0.00	มากที่สุด
6. การจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ถูกต้อง	5.00	0.00	มากที่สุด
7. การจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดัน โลหิตสูง อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น	5.00	0.00	มากที่สุด
8. รูปแบบนี้ทำให้ได้นวัตกรรมการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงใหม่	4.40	0.55	มากที่สุด
มาตรฐานความเหมาะสม	4.40	0.55	มากที่สุด
9. รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง	4.40	0.55	มากที่สุด
10. รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความชัดเจน	4.40	0.55	มากที่สุด
11. รูปแบบการจัดกิจกรรมเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง	4.80	0.45	มากที่สุด
12. รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความยืดหยุ่นปรับได้	4.80	0.45	มากที่สุด
มาตรฐานความเป็นไปได้	4.60	0.55	มากที่สุด
13. การจัดกิจกรรมง่ายต่อการนำไปใช้ ไม่ซับซ้อน	4.40	0.55	มากที่สุด
14. การจัดกิจกรรมเป็นระบบเป็นขั้นเป็นตอน	4.40	0.55	มากที่สุด
15. ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปจัดกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง	4.80	0.45	มากที่สุด
16. แต่ละกิจกรรมในรูปแบบประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวันได้	4.80	0.45	มากที่สุด
มาตรฐานความเป็นนัยทั่วไป	4.60	0.50	มากที่สุด
17. รูปแบบนำไปใช้จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความ ดันโลหิตสูงได้	4.80	0.45	มากที่สุด
18. รูปแบบนำไปใช้จัดกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ ได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง อื่นได้	4.40	0.55	มากที่สุด
รวม	4.67	0.47	มากที่สุด

จากตารางที่ 10 มาตรฐานโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า มาตรฐานความถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.65 มาตรฐานความเป็นประโยชน์ ค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.85 มาตรฐานความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.40 มาตรฐานความเป็นไปได้ มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.60 และมาตรฐานความเป็นนัยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.60 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินรวม 5 มาตรฐาน เท่ากับ 4.67 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดทุกมาตรฐาน

ระยะที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และ 2) การดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ นำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 6 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในภาพรวมของ ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ได้จากการพัฒนา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 43 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 43 คน ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางด้านประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					1.000 ^a
หญิง	43	100	43	100	
2. อายุ					0.521 ^b
30 – 40 ปี	18	41.86	18	41.86	
41 – 50 ปี	19	44.19	21	48.84	
51 – 60 ปี	6	13.95	4	9.30	
\bar{X} , SD	43.14 , 8.64		41.67 , 9.47		
3. สถานภาพสมรส					0.564 ^a
โสด	8	18.6	8	18.60	
หม้าย/หย่า	14	14.0	15	34.88	
สมรส	21	65.1	20	46.51	
4. ระดับการศึกษา					0.684 ^a
ประถมศึกษา	20	46.51	19	44.19	
มัธยมศึกษา	21	48.84	21	48.84	
ปริญญาตรี	2	4.65	3	6.98	

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ลักษณะทางด้านประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
5. อาชีพ					0.825 ^a
รับจ้าง	20	46.51	22	51.16	
เกษตรกร	17	39.53	15	34.88	
ค้าขาย	6	13.95	5	11.63	
6. สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง					0.726 ^a
1 คน	33	76.74	31	72.09	
2 - 3 คน	10	23.26	12	27.91	
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน					0.654 ^b
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3	6.98	3	6.98	
5,000 - 15,000 บาท	37	86.05	36	83.72	
15,001 - 25,000 บาท	3	6.98	4	9.30	
8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ					0.647 ^b
ต่ำกว่า 2 ปี	4	9.30	6	13.95	
2 - 4 ปี	26	60.47	26	60.47	
5 - 7 ปี	13	30.23	11	25.58	
9. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ					0.989 ^a
ปู่/ย่า	10	23.26	6	13.95	
พ่อ/แม่	30	69.77	32	74.42	
พี่สาว/น้องสาว	3	6.98	5	11.63	

* หมายเหตุ ^a หมายถึง สถิติ Chi square ^b หมายถึง Independent test

จากตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.19 และ 48.84 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้าง มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรค

ความดันโลหิตสูงจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 76.74 และ 72.09 ตามลำดับ รายได้จะอยู่ระหว่าง 5,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 86.05 และ 83.72 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม อยู่ในช่วง 2 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.47 และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมากที่สุดคือ เป็นพ่อ และแม่ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยการใช้สถิติ Chi square และ Independent t-test ผลการเปรียบเทียบพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาพรวมของ ความรู้ การรับรู้

ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาพรวมของ ความรู้ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะเวลา ก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 43)			กลุ่มควบคุม (n = 43)		
		\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง	11.28	1.89	น้อย	11.16	1.86	น้อย
	หลังการทดลอง	16.40	1.92	สูง	11.26	1.85	น้อย
	ติดตามผล	16.21	1.44	สูง	11.23	1.89	น้อย
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อนการทดลอง	42.77	3.24	กลาง	42.56	3.94	กลาง
	หลังการทดลอง	49.21	2.60	มาก	42.72	3.56	กลาง
	ติดตามผล	49.12	2.60	มาก	42.70	3.09	กลาง
ความคาดหวังในผลลัพธ์	ก่อนการทดลอง	33.00	2.39	กลาง	32.95	2.41	กลาง
	หลังการทดลอง	40.93	1.98	มาก	33.02	2.57	กลาง
	ติดตามผล	40.58	1.95	มาก	32.86	2.41	กลาง
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง	36.30	7.12	กลาง	36.19	7.02	กลาง
	หลังการทดลอง	43.93	2.47	มาก	36.26	7.07	กลาง
	ติดตามผล	43.67	2.81	มาก	36.23	7.04	กลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ดูแลกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 11.28$ $\bar{X} = 16.40$ และ $\bar{X} = 16.21$ ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 11.16$ $\bar{X} = 11.26$ และ $\bar{X} = 11.23$ ตามลำดับ)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง สำหรับผู้ดูแลกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับกลาง ส่วนหลังการทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 42.77$ $\bar{X} = 49.21$ และ $\bar{X} = 49.12$ ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 42.56$ $\bar{X} = 42.72$ และ $\bar{X} = 42.70$ ตามลำดับ)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ สำหรับผู้ดูแลกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับกลาง ส่วนหลังการทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 33.00$ $\bar{X} = 40.93$ และ $\bar{X} = 40.58$ ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 32.95$ $\bar{X} = 33.02$ และ $\bar{X} = 32.86$ ตามลำดับ)

การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับกลาง ส่วนหลังการทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 36.30$ $\bar{X} = 43.93$ และ $\bar{X} = 43.67$ ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 36.19$ $\bar{X} = 36.26$ และ $\bar{X} = 36.23$ ตามลำดับ)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกลุ่มควบคุม แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไปยังไม่สามารถสรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยแต่ละตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันหรือไม่ ดังนั้นจึงต้องใช้การทดสอบสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเพื่อยืนยันผลการศึกษาดังแสดงในส่วนที่ 3 ต่อไป

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
		(n = 43)	(n = 43)		
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง	11.28±1.89	11.16±1.86	0.287	.775
	หลังการทดลอง	16.40±1.92	11.26±1.85	8.582	.000**
	ติดตามผล	16.21±1.44	11.23±1.89	13.744	.000**
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อนการทดลอง	42.77±3.33	42.56±3.94	0.129	.897
	หลังการทดลอง	49.21±2.60	42.72±3.56	6.626	.000**
	ติดตามผล	49.12±2.60	42.70±3.09	10.418	.000
ความคาดหวังในผลลัพธ์	ก่อนการทดลอง	33.00±2.39	32.95±2.41	0.090	.929
	หลังการทดลอง	40.93±1.98	33.02±2.57	15.987	.000**
	ติดตามผล	40.58±1.95	32.86±2.24	17.021	.000**
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง	36.30±7.12	36.19±7.02	0.076	.939
	หลังการทดลอง	43.93±2.47	36.26±7.07	6.718	.000**
	ติดตามผล	43.67±2.81	36.23±7.06	6.425	.000**

*P<.05 , ** p<.001

จากตารางที่ 13 พบว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ (p<0.001)

ดังนั้นผลการวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่เข้าโปรแกรม จะมีค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยสถิติ Paired t-test

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		t	p-value
	ก่อนการทดลอง $\bar{X} \pm SD$	หลังการทดลอง $\bar{X} \pm SD$		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	11.28±1.89	16.40±1.92	-7.819	.000**
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	42.77±3.33	49.21±2.60	-6.829	.000**
ความคาดหวังในผลลัพธ์	33.00±2.39	40.93±1.98	-16.162	.000**
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	36.30±7.12	43.93±2.47	-7.166	.000**

*P<.05 , **p<.001

จากตารางที่ 14 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		t	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	11.16±1.86	11.26±1.85	-1.431	.160
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	42.56±3.94	42.72±3.56	-.903	.372
ความคาดหวังในผลลัพธ์	32.95±2.41	33.02±2.57	.724	.473
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	36.19±7.02	36.26±7.07	-1.138	.262

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n = 86) ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	ss	df	MS	F	p-value	η^2
ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มการทดลอง	253.959	1	253.959	170.947	.000	.671
ความคลาดเคลื่อน	124.791	84	1.486			
ภายในกลุ่ม						
เวลา	373.961	1.087	344.153	167.948 ^a	.000	.667
กลุ่มการทดลอง*เวลา	350.333	1.087	322.408	157.336 ^a	.000	.652
ความคลาดเคลื่อน	187.039	91.276	1.113			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มการทดลอง	2816.372	1	2816.372	436.636	.000	.839
ความคลาดเคลื่อน	541.814	84	6.450			
ภายในกลุ่ม						
เวลา	1096.775	1.776	617.415	94.653 ^a	.000	.530
กลุ่มการทดลอง*เวลา	2856.558	1.776	1608.060	246.525 ^a	.000	.746
ความคลาดเคลื่อน	973.333	149.218	6.523			
ความคาดหวังในผลลัพธ์						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มการทดลอง	617.884	1	617.884	249.090	.000	.748
ความคลาดเคลื่อน	208.233	84	2.479			
ภายในกลุ่ม						
เวลา	883.194	1.338	660.186	225.555 ^a	.000	.729
กลุ่มการทดลอง*เวลา	844.558	1.338	631.306	215.688 ^a	.000	.720
ความคลาดเคลื่อน	793.550	94.951	8.358			

ตารางที่ 16 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	ss	df	MS	F	p-value	η^2
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มการทดลอง	576.890	1	576.890	47.533	.000	.369
ความคลาดเคลื่อน	1010.977	84	12.035			
ภายในกลุ่ม						
เวลา	819.636	1.023	801.255	50.305 ^a	.000	.375
กลุ่มการทดลอง*เวลา	794.380	1.023	776.566	48.755 ^a	.000	.367
ความคลาดเคลื่อน	1368.651	85.927	15.928			

^aค่าสถิติของ Greenhouse-Geisser

จากตารางที่ 16 พบว่า การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ทำการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) ได้ผลการทดสอบดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 67.1 ($\eta^2 = 0.671$)
2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 83.9 ($\eta^2 = 0.839$)
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 74.8 ($\eta^2 = 0.748$)

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมน้อยละ 36.2 ($\eta^2 = 0.369$)

จากตารางที่ 16 จึงนำค่าเฉลี่ยไปทดสอบความแตกต่างของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล เป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni ดังแสดงในตารางที่ 17

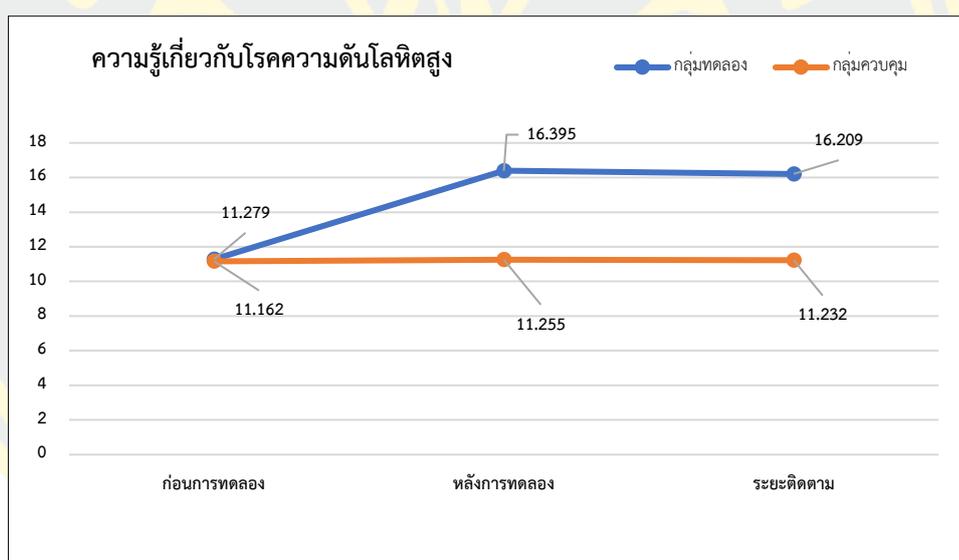
ตารางที่ 17 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

ตัวแปร/ ระยะเวลาการทดลอง	\bar{X}	Mean difference		
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง				
ก่อนการทดลอง	11.279	-	-5.116**	-4.930**
หลังการทดลอง	16.395	-		.186
ระยะติดตามผล	16.2093	-		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
ก่อนการทดลอง	42.767	-	-6.441**	-6.348**
หลังการทดลอง	49.209	-		.093
ติดตามผล	49.116	-		
ความคาดหวังในผลลัพธ์				
ก่อนการทดลอง	33.000	-	-7.930**	-7.581**
หลังการทดลอง	40.930	-		.348
ติดตามผล	40.581	-		

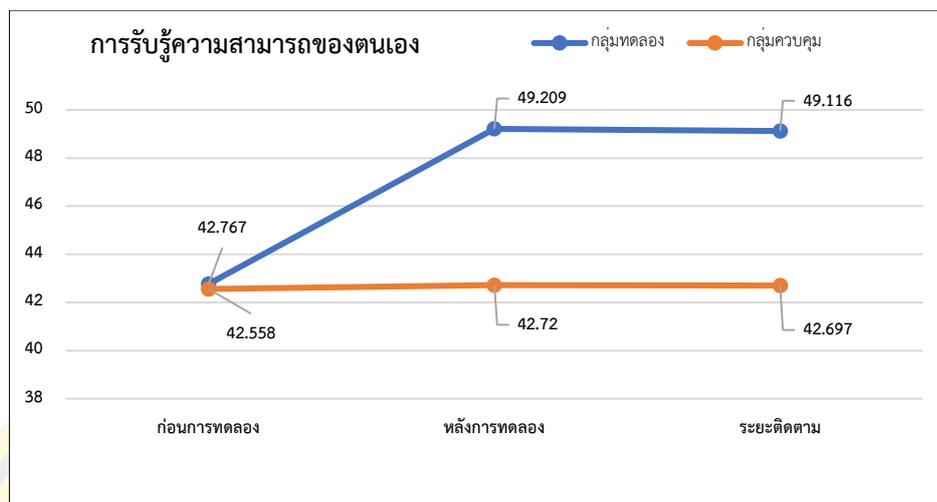
ตารางที่ 17 (ต่อ)

ตัวแปร/ ระยะเวลาการทดลอง	\bar{X}	Mean difference		
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ				
ผู้สูงอายุ				
ก่อนการทดลอง	36.302	-	-7.627**	-7.372**
หลังการทดลอง	43.930	-	-	.255
ติดตามผล	43.674	-	-	-

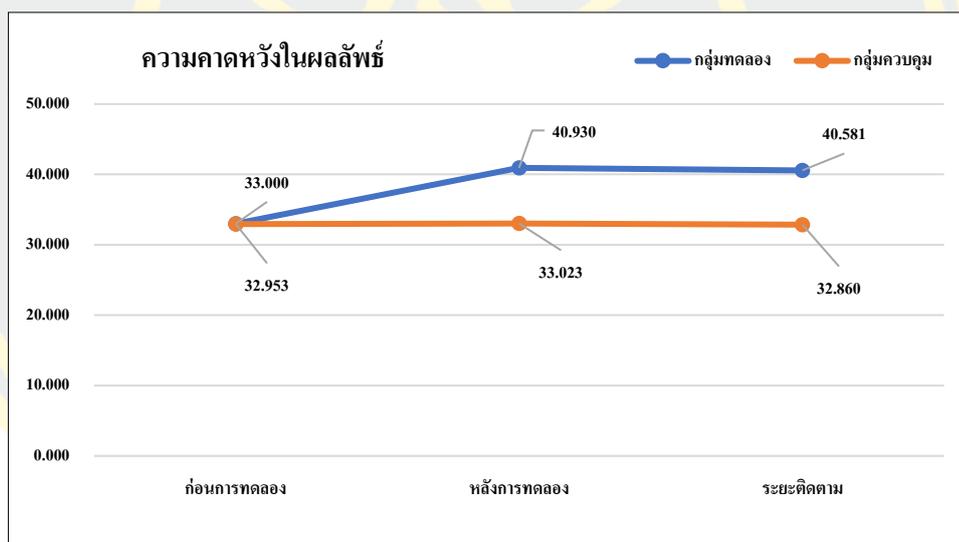
*P<.05 , ** p<.001



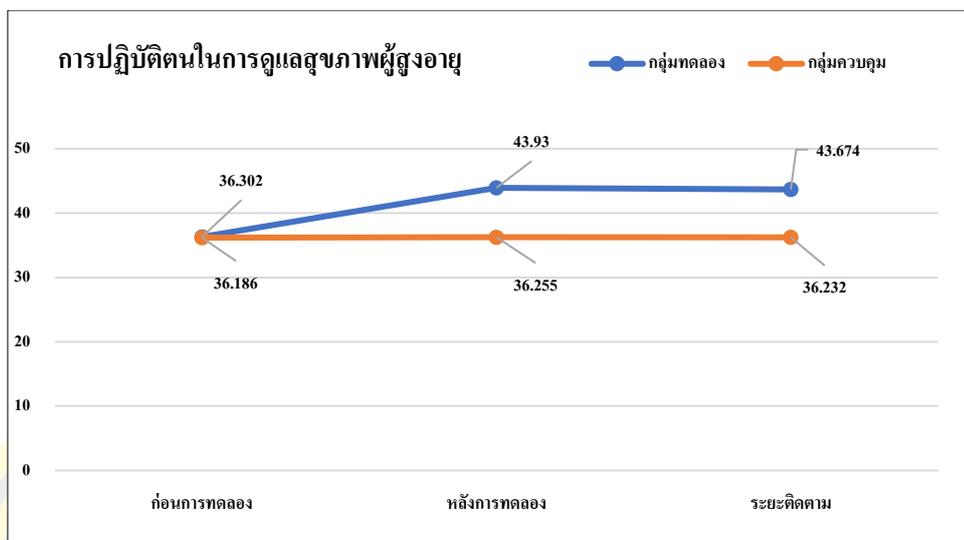
ภาพที่ 9 การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามช่วงเวลา



ภาพที่ 10 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามช่วงเวลา



ภาพที่ 11 การเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามช่วงเวลา



ภาพที่ 12 การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามช่วงเวลา

จากตารางที่ 17 และภาพที่ 9-12 พบว่า การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล รายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) ความรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 5.116) และ 2) ความรู้ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 4.930) ส่วนความรู้หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 6.441) และ 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 6.348) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

3. ความคาดหวังในผลลัพธ์ เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 7.930) และ 2.ความคาดหวังในผลลัพธ์ ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 7.581) ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

4. การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 7.627) และ 2) การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 7.372) ส่วนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ได้จากการพัฒนา

ตารางที่ 18 การวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อกิจกรรมโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล

รายการวัดความพึงพอใจต่อกิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี	3.60	0.49	มากที่สุด
1.1 สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	3.63	0.48	มากที่สุด
1.2 อาการของโรคความดันโลหิตสูง	3.58	0.49	มากที่สุด
1.3 การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.60	0.50	มากที่สุด

ตารางที่ 18 (ต่อ)

รายการวัดความพึงพอใจต่อกิจกรรม	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
2. อาหารเพื่อสุขภาพ	3.49	0.51	มากที่สุด
2.1 การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสูงอายุ ความดันโลหิตสูง	3.47	0.51	มากที่สุด
2.2 การหลีกเลี่ยงอาหารมีผลต่อค่าความดันโลหิต	3.51	0.50	มากที่สุด
3. การจัดการความเครียด	3.48	0.54	มากที่สุด
3.1 การฝึกบริหารจิต	3.53	0.51	มากที่สุด
3.2 การฝึกสมาธิ	3.47	0.55	มากที่สุด
3.3 การใช้แบบประเมินความเครียด	3.33	0.61	มากที่สุด
3.4 การฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ และการ จัดการอารมณ์และความเครียด	3.58	0.50	มากที่สุด
4. การออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย	3.52	0.52	มากที่สุด
4.1 ความสำคัญของการออกกำลังกายด้วยแม่ ไม้มวยไทย	3.53	0.55	มากที่สุด
4.2 ท่าของการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทยที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	3.51	0.51	มากที่สุด
4.3 การฝึกออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย	3.53	0.51	มากที่สุด
5. การออกกำลังกายด้วยโยคะเพื่อสุขภาพ	3.53	0.51	มากที่สุด
5.1 ประโยชน์ของการฝึกโยคะของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง	3.56	0.50	มากที่สุด
5.2 ท่าโยคะที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดัน โลหิตสูง	3.51	0.51	มากที่สุด
5.3 การฝึกปฏิบัติโยคะ	3.53	0.51	มากที่สุด
6. การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิต	3.56	0.50	มากที่สุด
6.1 การรับประทานยา	3.49	0.51	มากที่สุด
6.2 การตรวจวัดค่าความดันโลหิต	3.63	0.49	มากที่สุด
ภาพรวม	3.53	0.51	มากที่สุด

จากตารางที่ 18 พบว่า ความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 กิจกรรมอาหารเพื่อสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 กิจกรรมการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยโยคะเพื่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 และกิจกรรมการรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 ซึ่งทุกกิจกรรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ตอนที่ 2 การดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 6 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในภาพรวมและรายด้านของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในพื้นที่ของตำบลที่ศึกษา คือ อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมจำนวน 43 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 43 คน

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางด้านประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					0.485 ^a
ชาย	20	46.51	19	44.19	
หญิง	23	53.49	24	55.81	
2. อายุ					0.847 ^b
65 – 74 ปี	36	83.72	37	86.04	
75 – 80 ปี	7	16.27	6	13.95	
3. BMI					0.826 ^b
น้อยกว่า 18.50	3	6.98	4	9.30	
18.50 – 22.99	7	16.28	9	20.93	
23.00 – 24.99	19	44.19	17	39.53	
25.00 – 29.99	9	20.93	9	20.93	
30.00 ขึ้นไป	5	11.63	4	9.30	
4. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง					0.741 ^b
1 – 2 ปี	15	34.88	17	39.53	
3 – 4 ปี	19	44.19	19	44.19	
มากกว่า 4 ปี	9	20.93	7	16.28	
5. สถานภาพ					0.624 ^a
โสด	3	6.98	1	2.33	
หม้าย/หย่า	13	30.23	13	30.23	
สมรส	27	62.79	29	67.44	
6. ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	2	4.65	3	6.98	
ประถมศึกษา	35	81.40	35	81.40	
มัธยมศึกษา	6	13.95	5	11.63	

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ลักษณะทางด้านประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
7. อาชีพ					0.598 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	32.56	13	18.6	
ข้าราชการ/วิสาหกิจ	9	20.93	11	0.00	
เกษตรกร	11	25.58	10	44.2	
ค้าขาย	9	20.93	9	44.2	
8. สิทธิการรักษาพยาบาล					0.898 ^a
บัตรหลักประกัน					
สุขภาพถ้วนหน้า	41	95.35	39	90.70	
สวัสดิการราชการ	2	4.65	4	9.30	

* หมายเหตุ ^a หมายถึง สถิติ Chi square ^b หมายถึง Independent test

จากตารางที่ 19 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในช่วง 65 – 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.72 และ 83.72 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี BMI 23.00 – 24.99 คิดเป็นร้อยละ 44.19 และ 39.53 ตามลำดับ มีค่าความดันตัวบน 140 – 160 คิดเป็นร้อยละ 93.02 และ 95.35 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตอยู่ในช่วง 3 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.47 มีสถานภาพสมรสและการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ คือ บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยการใช้สถิติ Chi square และ Independent t-test ผลการเปรียบเทียบพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในระยะก่อนการทดลอง หลัง
การทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต
และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในระยะก่อนการทดลอง หลังการ
ทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 43)			กลุ่มควบคุม (n = 43)		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อนการทดลอง	63.53	6.57	กลาง	63.09	6.09	กลาง
	หลังการทดลอง	70.07	3.03	มาก	63.07	5.44	กลาง
	ติดตามผล	70.00	3.35	มาก	62.91	5.75	กลาง
คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	85.40	10.42	กลาง	85.41	10.49	กลาง
	หลังการทดลอง	92.88	10.25	กลาง	85.77	10.00	กลาง
	ติดตามผล	93.37	9.88	กลาง	85.81	10.30	กลาง

จากตารางที่ 21 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง
กลุ่มทดลองในก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับกลาง หลังการทดลองและระยะติดตามผล
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 63.53$ $\bar{X} = 70.07$ และ $\bar{X} = 70.00$ ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า
ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 63.09$
 $\bar{X} = 63.07$ และ $\bar{X} = 62.91$ ตามลำดับ)

คุณภาพชีวิต สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ในก่อนการทดลอง หลังการ
ทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 85.40$ $\bar{X} = 92.88$ และ $\bar{X} = 93.37$ ตามลำดับ)
ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มตัวอย่างอยู่
ในระดับกลาง ($\bar{X} = 85.41$ $\bar{X} = 85.77$ และ $\bar{X} = 85.81$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง
ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)	
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
ค่าซิสโตลิก (Systolic)	ก่อนการทดลอง	148.02	4.589	148.16	4.63
	หลังการทดลอง	138.07	3.43	148.26	4.71
	ติดตามผล	137.93	3.439	148.41	4.63
ค่าไดแอสโตลิก (Diastolic)	ก่อนการทดลอง	98.02	2.87	93.09	4.004
	หลังการทดลอง	93.19	2.89	93.14	3.991
	ติดตามผล	92.91	2.80	97.95	2.61

จากตารางที่ 21 พบว่า ค่าความดันซิสโตลิก (Systolic) ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 148.02 138.07 และ 137.93 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของค่าความดันซิสโตลิก (Systolic) ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 148.16 148.26 และ 148.41 ตามลำดับ

ค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.02 98.02 และ 93.19 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 93.09 93.14 และ 97.95 ตามลำดับ

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
คุณภาพชีวิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง					
การรับประทานยา	ก่อนการทดลอง	13.38	1.76	14.09	1.39
	หลังการทดลอง	16.05	1.79	15.98	1.92
	ติดตามผล	17.65	2.41	16.65	1.40
การรับประทานอาหาร	ก่อนการทดลอง	14.16	2.32	14.77	1.90
	หลังการทดลอง	17.67	2.37	14.74	1.88
	ติดตามผล	17.21	1.79	11.93	1.53
การออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง	8.37	2.33	8.30	2.16
	หลังการทดลอง	9.93	1.50	8.51	2.05
	ติดตามผล	9.84	1.49	8.74	1.65
การจัดการความเครียด	ก่อนการทดลอง	15.42	4.30	15.23	4.21
	หลังการทดลอง	18.26	2.74	15.65	3.69
	ติดตามผล	17.95	2.76	16.02	3.28
การตรวจสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	8.93	2.63	8.74	2.50
	หลังการทดลอง	10.12	1.65	9.09	2.20
	ติดตามผล	9.81	1.64	9.29	1.67
คุณภาพชีวิต					
ด้านสุขภาพกาย	ก่อนการทดลอง	20.60	1.38	22.77	3.81
	หลังการทดลอง	21.00	3.65	22.77	3.81
	ติดตามผล	24.74	3.65	22.77	3.81
ด้านจิตใจ	ก่อนการทดลอง	21.21	3.96	20.74	3.99
	หลังการทดลอง	22.09	3.38	20.81	3.47
	ติดตามผล	22.21	3.32	20.81	3.91
ด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อนการทดลอง	10.95	2.04	9.40	2.01
	หลังการทดลอง	10.77	1.80	9.40	2.01
	ติดตามผล	10.84	1.79	9.47	1.97

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (N = 43)		กลุ่มควบคุม (N = 43)	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ก่อนการทดลอง	26.44	4.47	26.33	4.42
	หลังการทดลอง	28.26	5.56	26.28	4.47
	ติดตามผล	28.49	5.51	26.44	3.16
ด้านสุขภาพโดยรวม	ก่อนการทดลอง	6.30	1.19	6.19	1.18
	หลังการทดลอง	7.02	1.39	6.30	1.12
	ติดตามผล	7.09	1.38	6.33	1.08

จากตารางที่ 22 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง มีดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 14.16$) การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 15.42$) การรับประทานยา ($\bar{X} = 13.38$) และการตรวจสุขภาพ ($\bar{X} = 8.93$) และการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 8.37$) ตามลำดับ

หลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 18.26$) การรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 17.67$) การรับประทานยา ($\bar{X} = 16.05$) การตรวจสุขภาพ ($\bar{X} = 10.12$) และการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 9.93$) ตามลำดับ

ระยะติดตามผล พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานยา ($\bar{X} = 17.65$) การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 17.95$) การรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 17.21$) การออกกำลังกาย ($\bar{X} = 9.84$) และการตรวจสุขภาพ ($\bar{X} = 9.81$) ตามลำดับ

ส่วนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง มีดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 15.23$) การรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 14.77$) การรับประทานยา ($\bar{X} = 14.09$) การตรวจสุขภาพ ($\bar{X} = 8.74$) และการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 8.30$) ตามลำดับ

หลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานยา ($\bar{X} = 15.98$) การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 15.65$) การรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 14.74$) การตรวจสุขภาพ ($\bar{X} = 9.05$) และการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 8.51$)

ระยะติดตามผล พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดการความเครียด ($\bar{X} = 16.02$) การรับประทานยา ($\bar{X} = 15.95$) การรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 11.93$) การตรวจสุขภาพ ($\bar{X} = 9.29$) และการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 8.74$)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไปยังไม่สามารถสรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยแต่ละตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันหรือไม่ ดังนั้นจึงต้องใช้การทดสอบสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเพื่อยืนยันผลการศึกษาดังแสดงใน ส่วนที่ 3 ต่อไป

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm SD$	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm SD$	t	p-value
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อนการทดลอง	63.53± 6.57	63.09 ±6.09	.323	.747
	หลังการทดลอง	70.07±2.55	63.07±5.44	4.931	.000**
	ติดตามผล	70.00±3.35	62.91±5.75	6.044	.000**
คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	85.40 ±10.42	85.42±10.49	-.010	.992
	หลังการทดลอง	92.88±10.25	85.71±10.00	3.176	.002*
	ติดตามผล	93.37±9.88	85.81±10.30	3.473	.000**
ค่าซิสโตลิก (Systolic)	ก่อนการทดลอง	148.02±4.59	148.16±4.63	-.140	.889
	หลังการทดลอง	138.07±3.43	148.26±4.71	-11.459	.000**
	ติดตามผล	137.93±3.44	148.42±4.63	-11.933	.000**

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm SD$	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm SD$	t	p-value
ค่าไดแอสโตลิก (Diastolic)	ก่อนการทดลอง	98.02±2.87	97.93±2.63	-1.51	.876
	หลังการทดลอง	93.19±2.89	98.05±2.87	-7.827	.000**
	ติดตามผล	92.91±2.80	97.953±2.61	-8.644	.000**

* p<0.05 ** p<0.05

จากตารางที่ 23 พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิต ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และค่าความดันโลหิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ (p<0.001) ส่วนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<0.05)

ดังนั้นผลการวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่เข้าโปรแกรม จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าความดันโลหิตที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติPaired-test

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		t	p-value
	ก่อนการทดลอง $\bar{X} \pm SD$	หลังการทดลอง $\bar{X} \pm SD$		
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	63.53±6.57	70.07±2.55	-5.146	.000**
คุณภาพชีวิต	85.40±10.42	92.88±10.25	-3.601	.000**
ค่าซิสโตลิก (Systolic)	148.02±4.59	138.07±3.43	10.060	.000**
ค่าไดแอสโตลิก (Diastolic)	98.02±2.87	93.19±2.89	18.324	.000**

* p<0.05 ** p<0.05

จากตารางที่ 24 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิต สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมีค่าความดันโลหิตลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		t	p-value
	ก่อนการทดลอง $\bar{X} \pm SD$	หลังการทดลอง $\bar{X} \pm SD$		
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	63.09±6.09	63.07±5.44	.020	.984
คุณภาพชีวิต	85.42±10.49	85.77±10.12	-1.918	.062
ค่าซิสโตลิก (Systolic)	148.16±4.63	148.26±4.71	-1.071	.290
ค่าไดแอสโตลิก (Diastolic)	97.93±2.63	98.05±2.87	-1.531	.133

จากตารางที่ 25 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ($n = 86$) ดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	ss	df	MS	F	p-value	η^2
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มการทดลอง	671.875	1	671.875	20.296	.000	.195
ความคลาดเคลื่อน	2780.674	84	33.103			
ภายในกลุ่ม						
เวลา	7414.381	1.738	411.049	11.847 ^a	.000	.124
กลุ่มการทดลอง*เวลา	767.497	1.738	441.612	12.728 ^a	.000	.132
ความคลาดเคลื่อน	5065.372	145.987	34.697			
คุณภาพชีวิต						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มการทดลอง	801.323	1	801.323	12.823	.000	.132
ความคลาดเคลื่อน	5249.267	84	62.490			

ตารางที่ 26 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	ss	df	MS	F	p-value	η^2
ภายในกลุ่ม						
เวลา	1048.814	1.573	666.773	11.498 ^a	.000	.120
กลุ่มการทดลอง*เวลา	865.837	1.573	550.447	9.492 ^a	.000	.102
ความคลาดเคลื่อน	7662.349	132.129	57.991			
ค่าซิสโตลิก (Systolic)						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มการทดลอง	1151.308	1	1151.308	102.132	.000	.549
ความคลาดเคลื่อน	946.907	84	11.273			
ภายในกลุ่ม						
เวลา	1390.333	1.045	1329.956	93.872 ^a	.000	.528
กลุ่มการทดลอง*เวลา	1491.543	1.045	1426.771	100.705 ^a	.000	.545
ความคลาดเคลื่อน	1244.124	87.813	14.168			
ค่าไดแอสโตลิก (Diastolic)						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มการทดลอง	283.959	1	283.959	413.406	.000	.831
ความคลาดเคลื่อน	44.953	84	.687			
ภายในกลุ่ม						
เวลา	346.612	1.642	211.064	211.064 ^a	.000	.772
กลุ่มการทดลอง*เวลา	365.403	1.642	222.507	209.011 ^a	.000	.781
ความคลาดเคลื่อน	723.566	99.502	7.272			

^a ค่าสถิติของ Greenhouse-Geisser

จากตารางที่ 26 พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล ทำการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 19.5 ($\eta^2 = 0.195$)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 13.2 ($\eta^2 = 0.132$)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยซิสโตลิก (Systolic) ระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าซิสโตลิก (Systolic) ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าซิสโตลิก (Systolic) ลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 54.9 ($\eta^2 = 0.549$)

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยไดแอสโตลิก (Diastolic) ระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าไดแอสโตลิก (Diastolic) ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าไดแอสโตลิก (Diastolic) ลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 83.1 ($\eta^2 = 0.831$)

จากตารางที่ 27 จึงนำค่าเฉลี่ยไปทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล เป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni ดังแสดงในตารางที่ 28

ตารางที่ 27 การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล เป็นรายคู่

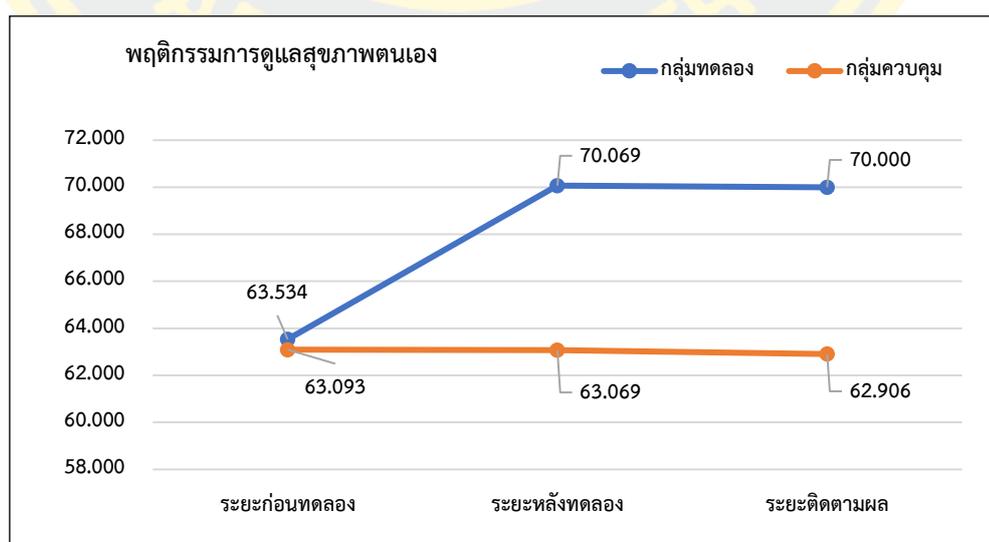
ตัวแปร/ ระยะเวลาการทดลอง	\bar{X}	Mean difference		
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง				
ก่อนการทดลอง	63.534	-	-6.534**	-6.465**
หลังการทดลอง	70.069	-		.069

ระยะติดตามผล	70.000	-
--------------	--------	---

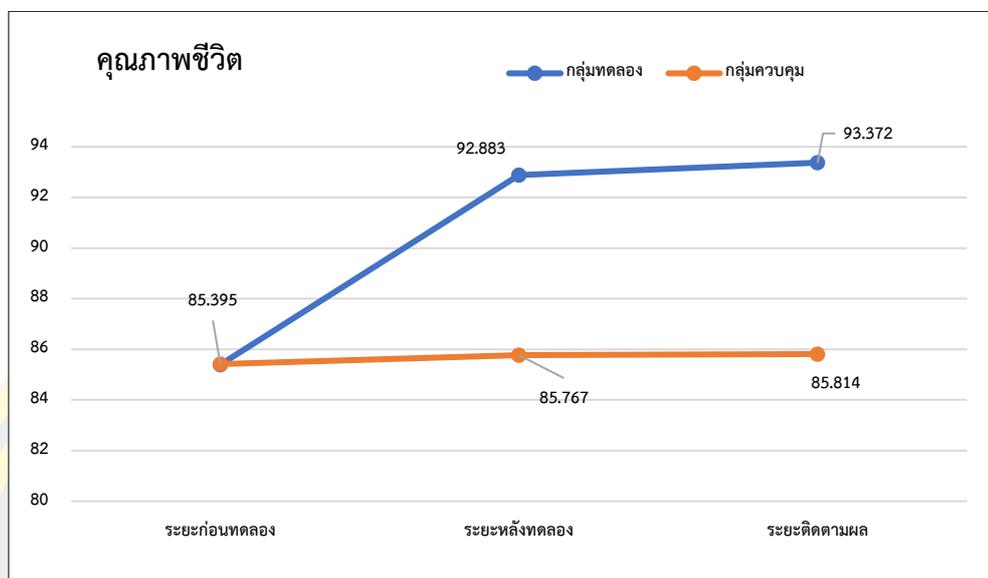
ตารางที่ 27 (ต่อ)

ตัวแปร/ ระยะเวลาการทดลอง	\bar{X}	Mean difference		
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม
คุณภาพชีวิต				
ก่อนการทดลอง	85.395	-	-7.488**	-7.976**
หลังการทดลอง	92.883	-		-488
ติดตามผล	93.372	-		
ค่าซิสโตลิก (Systolic)				
ก่อนการทดลอง	148.023	-	9.953*	10.093**
หลังการทดลอง	138.069	-		-139
ติดตามผล	137.932	-		
ค่าไดแอสโตลิก (Diastolic)				
ก่อนการทดลอง	98.023	-	4.837**	5.116**
หลังการทดลอง	93.186	-		.279
ติดตามผล	92.907	-		

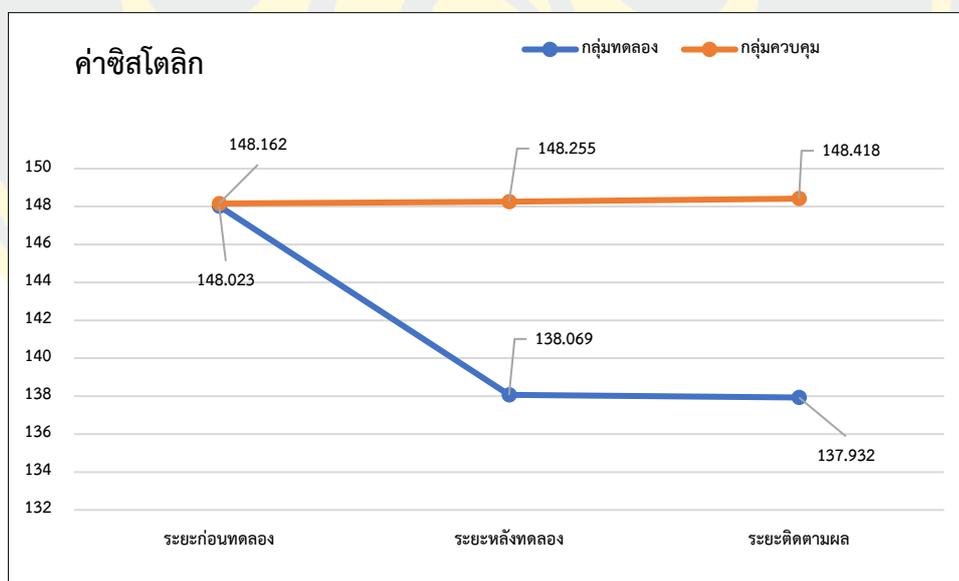
*P<.05 **p<.001



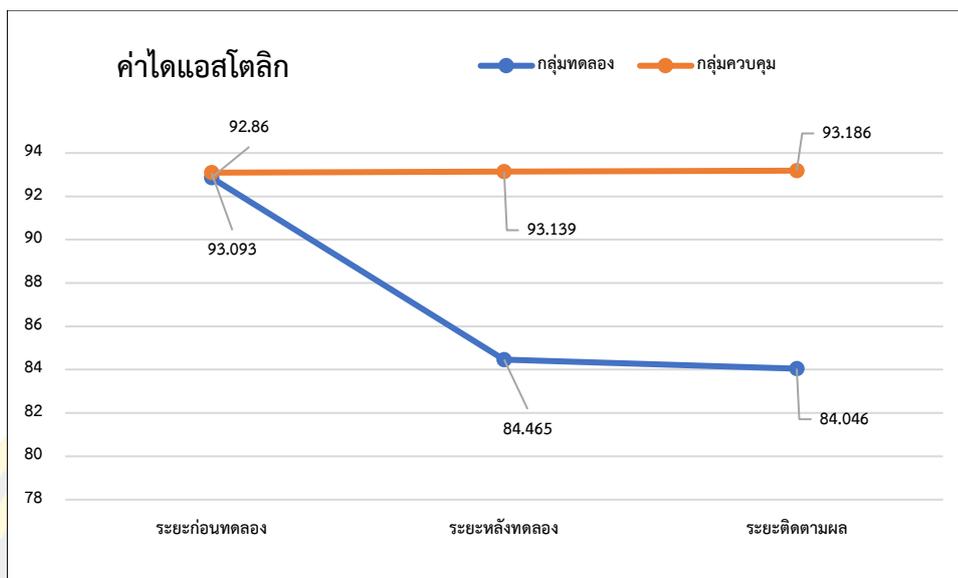
ภาพที่ 13 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามช่วงเวลา



ภาพที่ 14 การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามช่วงเวลา



ภาพที่ 15 การเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตของค่าซิสโตลิกในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามช่วงเวลา



ภาพที่ 16 การเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตของค่าไตเอสโตลิกในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามช่วงเวลา

จากตารางที่ 27 และภาพที่ 13-16 พบว่า การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล รายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 6.534) และ 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 6.465) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

2. คุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 7.488) และ 2) คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 7.976) ส่วนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

3. ค่าซิสโตลิก (Systolic) เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) ค่าซิสโตลิก ก่อนการทดลองและหลังการ

ทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 9.953) และ 2) ค่าซิสโตลิก ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 10.093) ส่วนค่าซิสโตลิกหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

4. ค่าไดแอสโตลิก (Diastolic) เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) ค่าไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 4.837) และ 2) ค่าไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 5.116) ส่วนค่าซิสโตลิกหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์นี้สามารถยืนยันได้ว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และมี วัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2) พัฒนา โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความ ดันโลหิตสูงและ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง** ใช้กลุ่ม ตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ด้วยการสัมภาษณ์ เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา **ระยะที่ 2 ระยะ การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรม สร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินมาตรฐานของโปรแกรม วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ **ระยะที่ 3 ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้าง เสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง** โดยเก็บข้อมูลจาก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน และ 2) ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test และ Repeated measure ANOVA ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) วิธีการในการดูแล 2) ปัญหาและ อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ 3) ความต้องการช่วยเหลือในการดูแล และ 4) ความสามารถของตนใน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพและโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องการจัดตารางเวลาและจดจำวันนัดแพทย์ ขาดความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและการจัดสมดุลอาหารทำให้ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนเหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความเครียดจากความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตน และจากการเผชิญกับโรคประจำตัวและการรักษา ผู้ดูแลไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูง ขาดความรู้เรื่องอาการสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการใช้ยาลดความดันโลหิตและไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ความต้องการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลต้องการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพและโรคความดันโลหิตสูง 2) ทักษะการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์และประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ 3) ความรู้ด้านโภชนาการและการจัดเตรียมอาหาร 4) ทักษะการสื่อสารและการจัดการความเครียด 5) ทักษะในการส่งเสริมการออกกำลังกาย และ 6) ทักษะความรู้ด้านการจัดการยา

ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ตามศักยภาพและความสามารถที่มีตามคำแนะนำจากแพทย์ ที่ได้จากการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดและรู้สึกดีใจที่ได้ดูแล ได้ตอบแทนบุญคุณ ถึงแม้บางบางครั้งจะเหนื่อยและท้อในการดูแลผู้สูงอายุ

การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุได้ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแลหรือบุตรหลานที่เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ แต่กลุ่มเหล่านี้ยังขาดองค์ความรู้และวิธีการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มเหล่านี้ยังต้องการการดูแลจากหน่วยงานภาครัฐทั้งในการเข้ารับบริการและการดูแลด้านการจัดการความรู้ต่าง ๆ ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐจึงมีบทบาทสำคัญที่จะร่วมพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพราะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขต่อไป

2. การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ผลการสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการบอกลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง ระบุสาเหตุ อาการ วิธีการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงได้ กิจกรรมที่ 2 "อาหารเพื่อสุขภาพ" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ เลือกประเภทของอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุความดัน

โลหิตสูงได้ หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 "การจัดการความเครียด" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดได้ เลือกวิธีการการจัดการความเครียดที่เหมาะสมได้ กิจกรรมที่ 4 "การออกกำลังกาย" เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้องได้ และสามารถสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกายได้ และกิจกรรมที่ 5 "การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิตสูง" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถบอกอาการผิดปกติ อันตรายจากการรับประทานยาและสามารถบอกอาการผิดปกติของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ได้ โดยการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบและการประเมินมาตรฐานรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน ได้ผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรม พบว่า โปรแกรมคุณภาพของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีค่าดัชนีความสอดคล้องของกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม เท่ากับ 0.96

2.2 ผลการประเมินมาตรฐานโปรแกรม พบว่า มาตรฐานความถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.65 มาตรฐานความเป็นประโยชน์ ค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.85 มาตรฐานความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.40 มาตรฐานความเป็นไปได้ มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.60 และมาตรฐานความเป็นนัยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 4.60 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินรวม 5 มาตรฐาน เท่ากับ 4.67 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดทุกมาตรฐาน

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และระยะที่ 2 การดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ผลการทดลองสรุปได้ 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย พบว่า การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ระยะหลังการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้

ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการเข้าร่วมโปรแกรมต่อการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่า

1. การเปรียบเทียบด้านความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 67.1 ($\eta^2 = 0.671$) การเปรียบเทียบช่วงเวลาใน 3 ช่วงเวลาที่วัดซ้ำนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอิทธิพลของเวลาการวัดมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 ($\eta^2 = 0.667$) และอิทธิพลร่วมระหว่างเวลากับการเข้าร่วมโปรแกรมมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.2 ($\eta^2 = 0.652$) และเมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1. ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 5.116) และ 2. ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 4.930) ส่วนความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบด้านการรับรู้ความสามารถของตนระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 83.9 ($\eta^2 = 0.839$) การเปรียบเทียบช่วงเวลาใน 3 ช่วงเวลาที่วัดซ้ำนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอิทธิพลของเวลาการวัดมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ร้อยละ 53.0 ($\eta^2 = 0.530$) และอิทธิพลร่วมระหว่างเวลากับการเข้าร่วมโปรแกรมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ร้อยละ 74.6 ($\eta^2 = 0.746$) และเมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 6.441) และ 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 6.348) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ($\eta^2 = 0.748$) การเปรียบเทียบช่วงเวลาใน 3 ช่วงเวลาที่วัดซ้ำนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอิทธิพลของเวลาการวัดมีผลต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ร้อยละ 72.9 ($\eta^2 = 0.729$) และอิทธิพลร่วมระหว่างเวลากับการเข้าร่วมโปรแกรมมีผลต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ ร้อยละ 72.0 ($\eta^2 = 0.720$) และเมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1. ความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 7.930) และ 2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 7.581) ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

4. การเปรียบเทียบด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 36.2 ($\eta^2 = 0.362$) การเปรียบเทียบช่วงเวลาใน 3 ช่วงเวลาที่วัดซ้ำนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอิทธิพลของเวลาการวัดมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.5 ($\eta^2 = 0.375$) และอิทธิพลร่วมระหว่างเวลากับการเข้าร่วมโปรแกรมมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.7 ($\eta^2 = 0.367$) และเมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1. การปฏิบัติตัวในการดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 7.627) และ 2. การปฏิบัติตัวในการดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 7.372) ส่วนการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้สูงอายุ หลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตลดลง ซึ่งผลการนำโปรแกรมไปใช้ในการดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิต ดังแสดงในตอนที่ 2 การดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ตอนที่ 2 การดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตโดยผู้ดูแลที่ ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ผลการวิจัย พบว่า การเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ระยะหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการเข้าร่วมโปรแกรมต่อการพัฒนา พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าความดันโลหิต ในระยะก่อนการทดลอง หลัง การทดลองและระยะติดตามผล พบว่า

1. การเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 19.5 ($\eta^2 = 0.195$) การเปรียบเทียบช่วงเวลาใน 3 ช่วงเวลาที่วัดซ้ำ นั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอิทธิพลของเวลาการวัดมีผลต่อ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ร้อยละ 12.4 ($\eta^2 = 0.124$) และอิทธิพลร่วมระหว่างเวลากับการเข้าร่วม โปรแกรมมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ร้อยละ 13.2 ($\eta^2 = 0.132$) และเมื่อพิจารณาการ เปรียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 6.534) และ 2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 6.465) ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน
2. การเปรียบเทียบด้านคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดย กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 13.2 ($\eta^2 = 0.132$) การเปรียบเทียบช่วงเวลาใน 3 ช่วงเวลาที่วัดซ้ำนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอิทธิพลของเวลาการวัดมีผลต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 12.0 ($\eta^2 = 0.120$) และอิทธิพล ร่วมระหว่างเวลากับการเข้าร่วมโปรแกรมมีผลต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10.2 ($\eta^2 = 0.102$) และเมื่อ พิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1. คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 7.488) และ 2. คุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 7.976) ส่วนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของค่าซิสโตลิกระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าซิสโตลิกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 54.9 ($\eta^2 = 0.549$) การเปรียบเทียบช่วงเวลาใน 3 ช่วงเวลาที่วัดซ้ำนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอิทธิพลของเวลาการวัดมีผลต่อ ค่าซิสโตลิก ร้อยละ 52.8 ($\eta^2 = 0.528$) และอิทธิพลร่วมระหว่างเวลากับการเข้าร่วมโปรแกรมมีผลต่อค่าซิสโตลิก ร้อยละ 54.5 ($\eta^2 = 0.545$) และเมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) ค่าซิสโตลิก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 9.953) และ 2) ค่าซิสโตลิก ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 10.093) ส่วนค่าซิสโตลิกหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

4. การเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของค่าไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าไดแอสโตลิกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 83.1 ($\eta^2 = 0.831$) การเปรียบเทียบช่วงเวลาใน 3 ช่วงเวลาที่วัดซ้ำนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยอิทธิพลของเวลาการวัดมีผลต่อ ค่าไดแอสโตลิก ร้อยละ 77.2 ($\eta^2 = 0.772$) และอิทธิพลร่วมระหว่างเวลากับการเข้าร่วมโปรแกรมมีผลต่อค่าไดแอสโตลิก ร้อยละ 78.1 ($\eta^2 = 0.781$) และเมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) ค่าไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 4.837) และ 2) ค่าไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 5.116) ส่วนค่าซิสโตลิกหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

จากศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพที่สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อค่าความดันโลหิตที่ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาคำเนินการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในครั้งนี้ผู้วิจัยเล็งเห็นคุณประโยชน์ที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปพัฒนาเป็นนโยบายในการพัฒนาพื้นที่ชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้อภิปรายผลข้อมูลตามประเด็นผลการศึกษายกย่องได้วัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทาน การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งไม่ใช่บทบาทใหม่ของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว แต่เป็นบทบาทและความรับผิดชอบเพื่อช่วยเหลือผู้เป็นพ่อแม่หรือญาติพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพ (Schulz et al., 2020) ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นการ ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร เป็นต้น จะมีบทบาทสำคัญและทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักยามเจ็บป่วยด้วยความสมัครใจบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคม (Roth et al., 2015) ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะเป็นการดูแลด้วยความรัก ความผูกพันและความเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว (กันตวิญญู จูเปรมปรี และ วัชรดา ตาบุตรวงศ์, 2565) ผู้ให้ข้อมูลอธิบายปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของแพทย์สั่ง เช่น การรับประทานอาหารเช้าที่มีรสชาติเค็ม เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนยังมีพฤติกรรมในการเลือกชนิดอาหารในรสชาติที่ตนเองชอบ มีการเติมเกลือหรือน้ำปลาในการปรุงรสชาติอาหาร ก่อนรับประทานอาหารเช้า เพราะเป็นความเคยชินกับรสชาติอาหารเค็ม และหากต้องรับประทานอาหารเช้าที่มีรสชาติจืดจะทำให้รับประทานอาหารเช้าไม่อร่อย จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐดนัย สดคมขำ (2565) พบว่า การรับประทานอาหารเช้าที่มีรสเค็ม หรือการรับประทานโซเดียมมากเกินไปทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้ดูแลบางคนมีข้อจำกัดในการประกอบอาหารเนื่องจากในครอบครัวมีสมาชิกหลายคนและมีสถานภาพครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่ดี จึงทำให้ไม่สามารถแยกประกอบอาหารเฉพาะผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี ดินนวนพะเนา และคณะ (2565) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตต้องรับประทานอาหารเช้าตามที่คุณอื่นกำหนดเป็นอุปสรรคสำคัญในการเลือกชนิดของอาหารที่จะรับประทาน เพราะไม่ต้องการให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะในบริบทของสังคมไทยจึงส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้าที่มีรสชาติเค็มจึงช่วยให้สามารถควบคุม

ระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนี้พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือเมื่อผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงมีอาการดีขึ้นจะหยุดรับประทานยาเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรากร จันทร์ สงคราม (2564) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุมาจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา ดังนั้นผู้ดูแลต้องตระหนักถึงความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่อง ของอาการของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการบ่งชี้ชัดในบางรายไม่มีการแสดงใด ๆ ผู้ป่วยอาจ เข้าใจผิดคิดว่าหายป่วยและหยุดรับประทานยาเอง จึงควรเน้นย้ำให้เห็นโทษภัยร้ายแรงหากไม่ รับประทานยาอย่างเคร่งครัด

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมี ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในแบบพื้นฐานตามคำแนะนำของแพทย์และรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงไม่ใช่ภาระแต่รู้สึกดีใจและได้ตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ (กันตวิษญ์ จูเปรมปรี และวัช รา ตาบุตรวงศ์, 2565) นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุต้องมีความอดทนถึงแม้ว่าบางครั้งจะรู้สึก เหนื่อยและท้อ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นได้ว่า วัฒนธรรมไทยหรือสังคมไทยยังคงมีลูกหลานและคู่ สมรสคอยทำหน้าที่ให้การดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัวด้วยความรัก และความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว (Knodel et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ ถวัลย์ เนียมทรัพย์และคณะ (2563) พบว่า บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือของประเทศไทยยังคงสะท้อนให้ เห็นถึงการปฏิบัติต่อผู้สูงวัยว่าเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว นอกจากนี้การดูแลครอบครัวด้วยความ เชื่อ ค่านิยม ของครอบครัวในสังคมไทยด้วยसानสายใยแห่งรัก ซึ่งความรักและสัมพันธ์ภาพที่ดีใน ครอบครัว สามารถส่งเสริมและจัดการการดูแลสมาชิกในครอบครัวได้เป็นอย่างดี (กันตวิษญ์ จู เปรมปรี และ ดารุณี จงอุดมการณ์, 2562) ความต้องการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการพัฒนาทักษะด้านความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพและโรคความดันโลหิตสูง โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Whelton et al. (2018) กล่าวว่า การเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกัน สามารถลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิต สูงในกลุ่มประชากรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้ความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการ จัดการความเครียดถือเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับ สมบัติ บุญยอุดม (2561) ที่พบว่า ผู้ดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกและ จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งเน้นการลดเกลือ น้ำตาล และไขมัน ผู้ดูแลที่มีความรู้ในด้านนี้สามารถจัดการเรื่องอาหารได้ดีขึ้น ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันโลหิต สูงขึ้นได้

นอกจากผู้ดูแลมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนค่าใช้จ่ายและส่งเสริมให้มีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุในการเดินทางไปตรวจสุขภาพ มีหน่วย บริการเคลื่อนที่มายังชุมชน ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ ปัญหาหรือภาระที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุ (Del-Pino-Casado et al., 2018) ขณะเดียวกันผู้ดูแลหลัก ยังได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ เหนื่อยล้า ความตึงเครียด ตลอดจนขาดรายได้เพราะต้องลาหรือหยุดงานเพื่อพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ตามนัด (Bom et al., 2018) จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนหรือ การช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Bierhals et al., 2017) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลต้องการความ ช่วยเหลือจากญาติเพื่อทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว และการบริหารจัดการ ยาในผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมเพื่อ ช่วยลดความตึงเครียดจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (Couto et al., 2018)

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นผู้ดูแลต้องได้รับการสนับสนุนทั้งความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ญัฐดนัย สดคมขำ (2565) ให้ข้อเสนอแนะว่าการรับประทานยาที่ถูกต้องมีอิทธิพลในการควบคุมระดับ ความดันโลหิตสูงมากที่สุด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจกำหนดรูปแบบให้มีผู้ดูแลในการรับประทานยา ในระดับครอบครัว

2. การสร้างและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแล สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งโปรแกรมที่สร้างและพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วย แนวคิด วัตถุประสงค์ กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการประเมินผล โดยนำแนวคิด การรับรู้ความสามารถของ ตนเองและการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพ ดี" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการบอกลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง ระบุสาเหตุ อาการ วิธีการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงได้ กิจกรรมที่ 2 "อาหารเพื่อสุขภาพ" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ เลือกประเภทของอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 "การจัดการความเครียด" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดได้ เลือกวิธีการจัดการ

ความเครียดที่เหมาะสมได้ กิจกรรมที่ 4 "การออกกำลังกาย" เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้องได้ และสามารถสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกายได้ และกิจกรรมที่ 5 "การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิตสูง" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาการผิดปกติ อันตรายจากการรับประทานยา และสามารถบอกอาการผิดปกติของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ได้ มีการประเมินก่อนและหลังการจัดกิจกรรม ซึ่งโปรแกรมที่นำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาโปรแกรมโดยนำผลการศึกษาระยะที่ 1 สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) และแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura (1986) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เมื่อนำโปรแกรมมาใช้ก็ได้ผลดีส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น และเมื่อนำโปรแกรมไปใช้ในในกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพของโปรแกรมได้ผ่านการประเมินมาตรฐาน ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยผ่านการประเมินมาตรฐานโปรแกรมตามเกณฑ์พิจารณา 5 มาตรฐาน ได้แก่ ความถูกต้อง ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความเป็นนัยทั่วไปมาจากแนวคิดของเอมอซ์มา วัฒนบูรานนท์ (2561) ซึ่งเป็น การประเมินมาตรฐานรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน ซึ่งโปรแกรมได้รับการประเมินมาตรฐานพบว่าทุกมาตรฐานอยู่ในระดับมากที่สุดทุกมาตรฐาน

การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบว่าแต่ละแผนการจัดกิจกรรมมีความตรงเชิงเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่และนำผลการพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.96 และมีค่าดัชนีความสอดคล้องของกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม อยู่ในช่วง 0.8 – 1.0 ซึ่งผ่านเกณฑ์ค่าความสอดคล้องต้องมากกว่า 0.50 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555)

3. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และระยะที่ 2 การดำเนินการ จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพ

ระยะดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการ ทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สืบเนื่องมาจากในโปรแกรมมีการจัดกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ เรื่องอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนและความ รุนแรงที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องและชัดเจน การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น อีกทั้ง โปรแกรมมีการออกแบบที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและปฏิบัติได้จริงตามวิถีชีวิตและ บริบทของตนเอง และในกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลใช้กิจกรรมที่หลากหลาย อาทิ เช่น การใช้ สื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างทำใบงานเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ความคิด ทำให้เข้าใจ สาเหตุของการเกิดโรคและวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ งานวิจัยของ รักชนก จันทร์เพ็ญ (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี พบว่า ภายหลังจาก ทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง กับ จินตนา จักรสิงโตและคณะ (2560) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังสอดคล้องกับ ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย (2560) พบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองด้านความรู้การดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3

ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมที่มุ่งเน้นในการฝึกปฏิบัติการเรียนรู้ด้วยตัวเองของผู้ดูแลนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ทำการฝึกปฏิบัติและเรียนรู้การฝึกปฏิบัติกับกลุ่มเพื่อนผู้ดูแล โดยมีผู้วิจัยแนะนำทำให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการใช้สื่อวีดิทัศน์ ที่ใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลที่ได้ออกแบบให้ตรงตามปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ได้แก่ การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนได้รับผลของการกระทำที่ดีก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขามีความตั้งใจและความพยายาม เพราะลักษณะของการใช้ตัวแบบส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้ นอกจากนี้สื่อวีดิทัศน์แล้วผู้วิจัยได้เชิญบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมาเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเสริมการชักจูง (Verbal persuasion) ร่วมกับการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ ณะประวัตติ และคณะ (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และ ฐมาพร เชี่ยวชาญ (2566) พบว่า การจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องอาหารสำหรับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ดีกว่าก่อนการทดลองและดีว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการวิจัยของ ปฐมธิดา บัวสม และคณะ (2560) และ Yu Jeong and Su Mi (2014) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายและมุ่งเน้นสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและตั้งเป้าหมายเพื่อลดระดับค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ตนเองดูแล ทำให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม

ควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ ปฐมธิดา บัวสม และคณะ (2560) และอัมมร บุญช่วย (2558) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพ และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในสัปดาห์แรก ซึ่งมีการทบทวนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา มีการชื่นชม ให้กำลังใจ วิเคราะห์ปัญหา หรืออุปสรรคที่ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการค้นหาข้อมูล ความรู้ และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พิจารณาทางเลือกและตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของตนเอง อีกทั้งมีการฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับประทานยา และด้านการฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem and Taylor ที่ว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้และเป็นกิจกรรมที่จะทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ บุคคลจะ ปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกันควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง และสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าเตรียมประสบการณ์เรียนรู้ ข้อเท็จจริง แนวคิดหลักการที่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายใช้เวลา ใช้กระบวนการสอน สื่อการสอนหลายอย่างประกอบกันเพื่อให้ผู้ฟังเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อเจตคติและการปฏิบัติตน และสอดคล้องกับการวิจัยของ จินตนา จักรสิงห์โต และ รัตนา พันจยู (2561) ปฐมธิดา บัวสม และคณะ (2560) และ Faghri et al. (2016) ซึ่งได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะการดำเนินการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

พฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่มพบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพที่มีความมั่นใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถพิจารณาทางเลือกและตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น พร้อมทั้งผู้วิจัยได้มอบคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าใจง่าย ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านทบทวนเพื่อเตือนความจำได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จตามที่วางไว้เป้าหมายไว้ (Aanand et al., 2011) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการกำกับ ติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวคิดของการกำกับตนเอง (Self – regulation) ของ Bandura (1986) ในกรณีวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการตั้งเป้าหมายหลักคือ ผู้สูงอายุมีค่าความดันโลหิตที่ลดลง ส่วนเป้าหมายรองผู้วิจัยได้สาริตและแนะนำการตั้งจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้เป็นจุดหมายที่สามารถบรรลุได้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการอธิบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทีละขั้นตอนโดยละเอียด รวมทั้งชี้แนะแนวทางที่เหมาะสมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ในแต่ละกิจกรรมผู้ดูแลและผู้สูงอายุร่วมกันเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้นั้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้สำเร็จเป้าหมาย หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างมีการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้แล้ว ผู้วิจัยมีการฝึกทักษะและแนะนำการใช้แบบบันทึกการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ รวมทั้งจัดบันทึกจำนวนครั้งที่ได้ปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ด้านอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างจะทำเครื่องหมายเมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ

ตามเป้าหมาย (Maxine, Hossein, & Marcella, 2011) สอดคล้องกับการวิจัยของ จินตนา จักรสิงห์โต และ รัตนา พันจยุ (2561) ปฐมธิดา บัวสม และคณะ (2560) และ Faghri et al. (2016) ซึ่งได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจหรือมีปัญหาในการการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ ผู้วิจัยจะคอยให้กำลังใจและให้ข้อมูลแนะนำแนวทางต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างโดยผ่านทางกลุ่มไลน์ และผู้วิจัยมีการติดตามทางโทรศัพท์ คอยเสริมแรง พุดช้กจูงให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจะพยายามปฏิบัติจนสามารถทำได้ในที่สุด การพุดช้กจูงจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เป็นกำลังใจให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและเป็นการเสริมแรงจูงใจ สอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา ของปฐมธิดา บัวสม และคณะ (2562) พบว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นทางอารมณ์ กล่าวชมเชยผู้สูงอายุที่สามารถทำได้ ประสบความสำเร็จมาเป็นตัวแบบเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง และ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ของ ยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี (2560) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ ธีระประวีติ และคณะ (2564) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม การบรรยาย การใช้ตัวแบบมาเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ การฝึกปฏิบัติ การใช้ Application H4U Online ในการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้ Application Line ในการประชุม การใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เป็นบุคคลในครอบครัว อาทิเช่น บุตร หลาน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพราะเป็นการดูแลด้วยความรัก ความผูกพันและความเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว (กันตวิชัย จูเปรมปรี และ วัชรดา ตาบุตรวงศ์, 2565) อีกทั้งผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจะคอยให้กำลังใจ ชื่นชม ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งร่วมปฏิบัติกิจกรรมกับผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายด้วยมวยไทย การฝึกสมาธิในการจัดการความเครียด ทำให้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee and Kim (2020) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีภาวะจิตใจที่ดีกว่าและสามารถปรับตัวกับภาวะของโรคได้ดีกว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดความรู้สึกเหงาและเพิ่มพูนความสุขในชีวิตประจำวัน

ค่าความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อาจเนื่องมาจากการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่าทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมที่เพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับมาก จึงแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียดและการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ มีคู่มือในการดูแลสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลและจัดบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการกำกับและการกระตุ้นเตือนในผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้วิจัยมีการติดตามค่าความดันโลหิตผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมทั้งคอยเสริมแรง พุดช้กจูงใจให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าความดันโลหิตที่ลดลงก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee และ Kim (2020) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลควบคุมโภชนาการและเตรียมอาหารสุขภาพให้เป็นประจำมีค่าความดันโลหิตลดลงและคงที่มากกว่าผู้ที่ขาดการดูแลด้านโภชนาการ

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Garcia et al. (2021) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายจากผู้ดูแลจะมีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลคอยพาไปพบแพทย์และทำการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด มีแนวโน้มที่จะมีระดับความดันโลหิตลดลงและลด

ความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน Walker et al. (2020) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพรรณษา ยาใจ และ ดวงนภา ปราบโรด (2562) ได้ศึกษาการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้การดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ พบว่า ผลลัพธ์การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยหลัก ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดูแลต่อเนื่องโดยแพทย์คนเดียว พบว่า สามารถลดระดับความดันตัวบนจาก 135.8 mmHg เป็น 128.9 mmHg และสามารถลดระดับความดันตัวล่างจาก 79.6 mmHg เป็น 71.4 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาจากแพทย์คนเดิมและให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการ รักษา คือ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปรับยา ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นต่อการใช้ยาโดยเฉพาะผลข้างเคียงจากยา ให้ผู้ป่วยมี ส่วนร่วม โดยการจดบันทึกระดับความดันโลหิตของตนเองเพื่อนำมาปรึกษากับแพทย์ ให้ผู้ป่วยได้เลือกการดูแล สุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและ ร่วมมือในการปรับพฤติกรรม ทำให้สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นวพร วุฒิธรรม และคณะ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ปกติและใกล้เคียงปกติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนของ ทักษะการดูแล ความรู้ในการดูแล ทักษะคิดในการดูแล เพิ่มขึ้นก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพของ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการ การ จัดการยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดช่วยให้ ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ซึ่งการดูแลดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดระดับความดัน โลหิตแต่ยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ดังนั้นการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลด ความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและภาระทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ฉะนั้นการพัฒนาความรู้และทักษะ ของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความพร้อมและความมั่นใจให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ขึ้น จะส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว ซึ่งการให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักเข้า มามีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างเสริมความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มี ความต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าความดันโลหิตลดลงในระยะยาวและมีคุณภาพที่ดี เนื่องจาก ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นกลไกสำคัญ ในการขับเคลื่อนสมาชิกในครอบครัวให้มีพลังที่มีความ เข้มแข็งและสามารถดูแลตนเองได้ (Friedman, 2003)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถใช้โปรแกรมนี้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควบคู่กับการรักษาด้วยการรับประทานยา ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้
2. สำนักงานสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขพร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณให้เหมาะสมครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รวมทั้งเสริมสร้างความรอบรู้ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง เข้าใจนำไปใช้ บอกต่อ ให้ต่อเนื่องจากนโยบายเดิมอย่างเป็นรูปธรรม
3. เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ควรนำโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไปใช้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่มในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ และชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
4. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงอย่างเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงความเชื่อ วัฒนธรรม ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการใช้สื่อออนไลน์หลากหลายรูปแบบและหลาย ๆ ช่องทาง
2. ควรขยายผลโดยการศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมโดยขยายระยะเวลาในการติดตามผล 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการลดลงของความดันโลหิตในระยะยาว
3. ควรมีการประเมินสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเพื่อให้ทราบสมรรถนะของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดภาวะพึ่งบุคคลอื่น

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ*

<http://www.agingthai.org/blog/e-book/477>

กรมอนามัย. (2564). *คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรมอนามัย.

กฤติเดช มิ่งไม้. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 5(1), 13-19.

กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน และ ฐมาพร เชี่ยวชาญ (2566). ประสิทธิภาพการจัดกิจกรรมสุขศึกษาต่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสาริกา จังหวัดนครนายก. *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 7(4), 1370-1384.

กวินนาถ พลวัฒน์, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และ สุรีย์ จันทรีโมลี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 13(1), 210-221.

กัณฑ์วิษณุ จูเปรมปรี และ ดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). การรับรู้ของสตรีสูงวัยเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลครอบครัว: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 73-82.

กัณฑ์วิษณุ จูเปรมปรี และ วัชรา ตาบุตรวงศ์. (2565). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 14(1), 191-205.

เกษมณี นบน้อย, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ภัทรพล โพนไพรสันต์, และ สุไวยรินทร์ ศรีชัย. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภออุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 65-80.

ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. (2562). ประสิทธิภาพโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 26-37.

จินตนา จักรสิงห์โต และ รัตนา พันจอย. (2561). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ*, 12(1), 56-64.

จินตนา นันตาแสง, ชนกพร จิตปัญญา, และ ศกุนตลา อนุเรือง. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุหลังได้รับการขยายหลอดเลือด. *วารสารแพทย์*

นาวิ, 48(3), 516-533.

- จินตนา นุ่นยะพริก, มณีนรดี ธีระวิวัฒน์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และ นีรัตน์ อิมามิ. (2562). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา. *วารสารสุขศึกษา*, 42(1), 190-203.
- จุฬารณีย์ โสตะ. (2552). *แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ภาควิชา
สุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง, และ ดวงหทัย ยอดทอง. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการ
จัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(2), 179-192.
- ชลลดา งอนสาโรง และ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. (2562). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดัน
โลหิตสูง ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย
จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์*, 17(1), 102-110.
- ชินกรณัฏ์ แตนกาไสย, ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, และ กนิษฐา แก้วดู. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการ
จัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัย
ผู้สูงอายุตอนต้น. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 15(2), 205-215.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550*. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- โชติกา สมสุวรรณ และ อภิญา เยาวบุตร. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและ
การศึกษา*, 16(3), 93-109.
- ณรรกร จันทร์สงคราม. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*,
15(2), 142-159.
- ณัฐดนัย สดคมขำ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัด
สมุทรสงคราม. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมและคุณภาพชีวิต*, 2(2), 25-36.
- ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง และ ธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย. (2560). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้
ทฤษฎีการดูแลตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 121-129.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, ปรางค์ทิพย์ อุจระรัตน, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และ นิตยา มีหาดทราย (2554).
ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.
วารสารการพยาบาล, 29(ฉบับพิเศษ 2), 93-102.
- ณิชารีย์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู, และ อินธิรา ตระกูลฤกษ์.
(2562). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอเมือง

- จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*, 1(1), 1-19.
- ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์, และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 51-66.
- ถวัลย์ เนียมทรัพย์, บุศรินทร์ ผัดวัง, และ ดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). ทุกข์-สุขของผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัว: การศึกษาเชิงคุณภาพในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคเหนือประเทศไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 12(1), 151-164.
- ธนายุส ธนธิตี และ กนิษฐา จำริญสวัสดิ์. (2558). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), 57-72
- นริสา วงศ์พนารักษ์, จุฑามาศ คชโคตร, และ กัญจน์ณิชา เรื่องชัยวิสุข. (2562). คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *KKU Journal for Public Health Research วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(4), 1-9.
- นwor วุฒิธรรม, พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, และ ชูติมา สีนวล. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวกในจังหวัดราชบุรี. *พยาบาลสาร*, 46(2), 70-82.
- นาดยา ดวงประทุม. (2564). การรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, 8(3), 189-199.
- นิพพภัทร์ สิ้นทรัพย์. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 28(1), 100-101.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 9). ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษบา จินดาวิจักขณ์. (2554). *ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง...ใช้อย่างไร*. บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์, และ อติญาณ์ ศรีเกษตริน. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลมณีนี อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(4), 550-567.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล].

ปัฐยาวัชร ปรากุณผล, เยาวดี สุวรรณนาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สรวุฒิ สีถาน, และ มิชรี สร้อยศรีสวัสดิ์. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท, สถาบันพระบรมราชชนก, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ปาริชาติ รัตนราช, กชพงศ์ สารการ, และ ไพรวลัย โศตรตะ. (2563). ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 147-156.

ประภาธิตา วุฒิษา, เบญจพร ทองมาก, กมลพัชร วิสธิภักดี, และ จุน หน่อแก้ว. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงบ้านแม่คำตลาด ตำบลแม่คำ อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 6(1), 29-42.

พนิดนันท์ พรหมดำ และ นิตยา สุขชัยสงค์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 131-144.

พัชรวัลย์ ลอมแปลง, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, และ สุชาดา ชุมศรี. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 8(7), 240-252

พิมพ์ญาณิษฐ์ พัฒน์แพ่ง, ลัญจกร นิลกาญจน์, และ กฤตพร แข่งแ่ง. (2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสังคมมนุษย์, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 12(2), 19-39.

ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.

ยุภาพร นาคกลิ้ง และ ปราณี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(1), 210-221.

รักชนก จันทร์เพ็ญ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(2), 20-30

วริศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และ วินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 152-165.

- วัลย์ลักษณ์ สิทธิบรรณ และ สุปรีชา แก้วสวัสดิ์. (2562). ผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสียงระยะก่อนความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 116-124.
- วัชระ โอชะคลัง. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง โดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย].
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, และ วราภรณ์ เสถียนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. *อักษรกราฟิก แอนดดีไซน์*.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช (2552). โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานหลักสูตรพื้นฐาน. *กรุงเทพมหานคร*, 6(2), 70-109)
- ศิริรัตน์ ณะประวัตติ, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, และ ศิริวิทย์ หลิมโตประเสริฐ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(2), 290-303.
- ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคตะวันออก. (2543). *รายงานการติดตามการสำรวจข้อมูลผู้ด้อยโอกาสในเขตภาคตะวันออก (เด็กด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุ สตรีกลุ่มเสี่ยง) ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคตะวันออก.*
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.*
- สมบัติ บุญยอุดม. (2561). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวไทย: แนวทางปฏิบัติและกรณีศึกษา. สุขภาพจิตแห่งชาติ.*
- สมฤดี ดินวนพะเนา, ศรีัญญา นาคสระน้อย, และ ตะวัน แสงสุวรรณ. (2565). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(2), 1-18.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. ทริค อินค์.*
- สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วัชรราชภูร์, และ วราภรณ์ บุญเชียง. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 51(1), 33-42.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2565). *ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดราชบุรี.*

- สุปรียา ตันสกุล. (2548). *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง). ยุทธินทร์การพิมพ์.
- สุพรรณษา ยาใจ และ ดวงนภา ปราบโรค. (2562). การควบคุมระดับความดันโลหิตโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การดูแลต่อเนื่องในบริการปฐมภูมิ. *เชียงใหม่วารสาร*, 2(1), 25-33.
- สุภาภรณ์ ศรีสวัสดิ์. (2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลรามาริบัติ*, 28(2), 1-12.
- สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์, ปณิตทัต บนขุนทด, จิรวรรณ ชาประดิษฐ์, ชุมศรี ต้นเกตุ, ณรงค์กร ชัยวงศ์, และ รังสรรค์ ไชยคำ. (2565). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา ตำบลบ้านขาม อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(3), 649-658.
- สุภารัตน์ สีตา และ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. (2559). ผลของโปรแกรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสนวน อำเภอขาม จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 9(1), 40-47.
- เสงี่ยม จิวประดิษฐ์. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 15-30.
- ไหมนุณีะ สังขาว และ เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(1), 84-100.
- เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์. (2556). *หลักการทางสุขภาพศึกษา*. โอเดียนสโตร์.
- เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์. (2561). การวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารการแพทย์*, 45(2), 123-130.
- อัมมร บุญช่วย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(2), 231-244.
- Baker, L., Green, M., & Carter, P. (2021). Enhancing caregiving skills for elderly care: Effects of targeted training programs. *Journal of Elder Care Studies*, 28(3), 245-259.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive*.

- Beck, C. T. (2020). *Introduction to phenomenology: Focus on methodology*. SAGE.
- Bierhals, C. C. B. K., Santos, N. O. D., Fengler, F. L., Raubustt, K. D., Forbes, D. A., & Paskulin, L. M. G. (2017). Needs of family caregivers in home care for older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2870-e2870.
- Blumenthal, J. A., et al. (2010). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 170(13), 1163-1170.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2018). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(5), e629-e642.
- Burnier, M., Polychronopoulou, E., & Wuerzner, G. (2020). Hypertension and drug adherence in the elderly. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 7, 49. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00049>
- Couto, A. M. D., Caldas, C. P., & Castro, E. A. B. (2018). Family caregiver of older adults and Cultural Care in Nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 959-966.
- Cohen, J. (1997). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed.). Aczdeminc.
- Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., Ruzafa-Martinez, M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2018). Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(1), e0189874-e0189874.
- Faghri, J., Dehbanipour, R., Rastaghi, S., Sedighi, M., & Maleki, N. (2016). High prevalence of multidrug-resistance uropathogenic *Escherichia coli* strains, Isfahan, Iran. *J Nat Sci Biol Med.*, 7(1), 22-26.
- Fathia, A. M., & Nahed, A. M. (2015). Effect of evidence based lifestyle guidelines on self efficacy of patients with hypertension. *International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences*, 4(3), 244-263.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and Practice* (5th ed.). Prentice Hall.
- Fotios et al. (2011). Self-efficacy and oral hygiene beliefs about toothbrushing in dental patients: a Model-guided study. *Behavioral Medicine Journal*, 37(4), 132-139.
- Garcia, R. J., Martinez, M. A., & Torres, P. L. (2021). Exercise interventions for managing

- hypertension in older adults: A systematic review. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 44(3), 123-134.
- Kiess, H. O. (1989). *Statistic concepts for the behavioral science*. Allyn and Bacon.
- Knodel, J., Teerawichitchainan, B., & Pothisiri, W. (2018). Caring for Thai older persons with long-term care needs. *Journal of Aging & Health*, 30(10), 1516-1535.
- Lee, H., & Kim, S. (2020). Social support and health-related quality of life among elderly individuals living alone in South Korea: A cross-sectional study. *Journal of Community Health*, 45(1), 12-21. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00788-6>
- Levin, L. (1981). *Self-care in health: Potentials and pitfalls*. World Health Forum.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concepts of practice* (4th ed.). Mosby - Year Book.
- Ottaviani, A. C., Souza, E. N., Drago, N. C., Mendiondo, M. S., Pavarini, S. C., & Orlandi, F. S. (2020). Factors associated with the perception of the family caregiver role in caring for the elderly. *Rev Esc Enferm USP*, 54, e03622.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Appleton and Lange.
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: a Reappraisal from population-based studies. *The Gerontologist*, 55(1), 309-319.
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology*, 71, 635-659.
- Smith, P. et al. (2015). Impact of dietary interventions on cardiovascular health: a Systematic review. *Journal of Nutritional Science*, 4(e13).
- United Nations. (2010). *World population prospects*. Population Division, Department of Economic and Social Affairs.
- Walker, T., Smith, M., & Johnson, K. (2020). Caregiver stress and the role of effective communication in chronic care management. *International Journal of Caregiving Research*, 12(4), 245-256. <https://doi.org/10.1177/234567892345678>
- Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonpharmacologic strategies for managing hypertension. *American Family Physician*, 73(11), 1953-1956.
- Whelton, P. K. et al. (2017). Global and regional effects of hypertension treatment: a Systematic review. *Hypertension*, 69(4), 713-720.

World Health Organization (WHO). (2013). *A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis*. WHO.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.จุฬารณณ์ โสตะ | คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. คุณรัชณี บุญเรืองศรี | รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 4. คุณสินธพ ย่งกรับ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านเขาผึ้ง จังหวัดราชบุรี |
| 5. คุณศิศิลป์ชัย เนตรทานนท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี |



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของโปรแกรม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของโปรแกรม

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รชานนท์ งามใจรัก | อาจประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปจรรย์ อับดุลลากาซิม | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. อาจารย์ ดร.พันธสิริ คำทูล | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. คุณศิลาปชัย เนตรทานนท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
| 5. คุณดวงเดือน ก้อนทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต
และยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี |



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแล

คำชี้แจง : รายการข้อคำถามในเอกสารฉบับนี้ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ.....

1.2 อายุ.....ปี

1.3 อาชีพ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.1 ท่านมีวิธีการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร

.....

.....

.....

2.2 ปัญหาและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2.3 ท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2.4 ท่านต้องการให้หน่วยงานหรือใครเข้ามามีส่วนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

2.5 ท่านคาดว่าจะสามารถดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้หรือไม่อย่างไร

.....

.....

.....

ID No.

--	--	--

แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง เนื่องด้วยข้าพเจ้านางสาวรุ่งนภา สิงห์สถิตย์ นิสิตปริญญาเอก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้าจึงใคร่ขอความร่วมมือของท่านในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็นจำนวน 3 ส่วน ในการตอบแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนให้เข้าใจ แบบสอบถามนี้เป็นเพียงความคิดเห็นส่วนบุคคลไม่มีข้อถูกหรือผิด ไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยจะมีการนำเสนอในภาพรวม เพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิดเห็นและตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวรุ่งนภา สิงห์สถิตย์

นิสิตปริญญาเอก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง หน้าข้อความที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของท่านและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

หญิง

ชาย

2. อายุ..... ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด

หย่า/หม้าย

คู่

4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ข้าราชการ

รับจ้าง

เกษตรกร

ค้าขาย

6. สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ไม่มี

มี จำนวนกี่คน.....

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท

8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ..... ปี

9. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้สูงอายุที่ท่านดูแล

ปู่ย่า/ตายาย

พ่อ/แม่

พี่/น้อง

ลุง/ป้า/น้า/อา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง [] หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจเพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย		
2. ความดันโลหิตสูง คือ ค่าความดันโลหิต สูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท		
3. อาการบ่งชี้ที่สำคัญของงแนวโน้มเกิดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ ตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัด		
4. โรคอ้วนไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
5. ความเครียดเป็นสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง		
6. การรับประทานอาหารรสเค็มเป็นประจำไม่เป็นสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง		
7. การดื่มสุราและการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้		
8. อาการมีศีรษะและปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยไม่ใช่อาการของโรคความดันโลหิตสูง		
9. การรักษาอย่างโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องสามารถช่วยลดความรุนแรงจากโรคแทรกซ้อนได้		
10. โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดแตกในสมอง เป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง		
11. ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ปกติหากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดอัมพาตได้		
12. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเข้ารับตรวจและรับยาตามที่หมอนัดอย่างสม่ำเสมอ		
13. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมา		
14. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด		
15. ผู้ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงถ้าไม่มีอาการใด ๆ ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อก็สามารถลดความดันโลหิตได้		
16. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดอาการชาตามแขนขา ส่งผลให้แขนขาอ่อนแรงได้		
17. การวิตกกังวล หงุดหงิดและโมโหง่าย ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
18. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที		
19. การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าความดันโลหิตได้		

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดตอบแบบสัมภาษณ์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง [] หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- | | | | |
|---|-------|---------|-------------|
| 3 | คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 1 | คะแนน | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |

รายการ	ความคิดเห็น		
	3	2	1
1. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงการจัดอาหาร/ปรุงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เนื้อติดมัน หมูสามชั้น			
2. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงประกอบอาหารประเภทผัด ทอด หรือมีกะทิเป็นส่วนประกอบ			
3. ฉันสามารถประกอบอาหารที่เน้นผัก			
4. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงประกอบอาหารที่มีรสหวาน			
5. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงประกอบอาหารที่มีรสเค็ม			
6. ฉันสามารถแบ่งเวลาในการออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์			
7. ฉันสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายในแต่ละครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที			
8. ระหว่างออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หอบเหนื่อย ฉันจะให้ผู้สูงอายุหยุดออกกำลังกายแล้วรีบไปพบแพทย์			
9. ฉันสามารถเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ			
10. ฉันสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้สูงอายุได้เมื่อผู้สูงอายุมีเรื่องไม่สบายใจ			
11. เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้			
12. ฉันสามารถมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยการผ่อนคลายโดยวิธีการต่าง ๆ ด้วยตนเองได้			
13. ฉันสามารถให้คำแนะนำและเตือนการรับประทานยากับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่งได้ตรงเวลา			
14. ฉันสามารถดูแลการรับประทานยาของผู้สูงอายุตามเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ			
15. ฉันสามารถสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุหลังจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตในระหว่างการรักษา			
16. ฉันสามารถพาผู้สูงอายุมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง			
17. ฉันสามารถสังเกตอาการที่แสดงว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น ตาพร่ามัวทันทีทันใด เดินเซ ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง			
18. ฉันสามารถสลับการดูแลผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นในครอบครัวได้			

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง [] หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
 2 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ
 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย

รายการ	ระดับคะแนน		
	3	2	1
1. การรับประทานอาหารที่ไม่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เนื้อติดมัน หมูสามชั้น สามารถลดความดันโลหิตได้			
2. การไม่รับประทานอาหารประเภทผัด ทอดหรือมีกะทิเป็นส่วนประกอบสามารถลดความดันโลหิตได้			
3. การรับประทานอาหารที่เน้นผักสามารถลดความดันโลหิตได้			
4. การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจะทำให้ค่าระดับความดันโลหิตเพิ่มสูง			
5. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจะทำให้ค่าระดับความดันโลหิตเพิ่มสูง			
6. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์สามารถลดความดันโลหิตได้			
7. การออกกำลังกายในแต่ละครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาทีสามารถลดความดันโลหิตได้			
8. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถลดความดันโลหิตได้			
9. การเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุมีเรื่องไม่สบายใจสามารถลดความเครียดได้			
10. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ สามารถลดความดันโลหิตได้			
11. การรับประทานยาลดความดันโลหิตครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งสามารถลดความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนได้			
12. การรับประทานยาของผู้สูงอายุตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อสามารถลดความดันโลหิตได้			
13. การสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุภายหลังจากการรับประทานยาลดความดันโลหิต ในระหว่างการรักษาทำให้ผู้สูงอายุปลอดภัย			
14. การพาผู้สูงอายุมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและความดันโลหิตได้			
15. การสังเกตอาการที่แสดงว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดัน โลหิตสูง เช่น ตาพร่ามัว ทinnitus หูตึง เหนื่อยง่าย ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ป้องกันอันตรายและลดการเสียชีวิตได้			

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : โปรดตอบแบบสัมภาษณ์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง [] หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- | | | | |
|---|-------|---------|-------------|
| 3 | คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 1 | คะแนน | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |

รายการ	ระดับคะแนน		
	3	2	1
1. ฉันทัดอาหาร/ปรุงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เนื้อติดมัน หมูสามชั้น			
2. ฉันทประกอบอาหารประเภทผัด ทอด หรือมีกะทิเป็นส่วนประกอบ			
3. ฉันทประกอบอาหารที่เน้นผัก			
4. ฉันทประกอบอาหารที่ไม่มีรสหวาน			
5. ฉันทประกอบอาหารที่ไม่มีรสเค็ม			
6. ฉันทออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์			
7. ฉันทออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุในแต่ละครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที			
8. ระหว่างออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หอบเหนื่อย ฉันทให้ผู้สูงอายุหยุดออกกำลังกายแล้วรีบไปพบแพทย์			
9. ฉันทเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ			
10. ฉันทเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้สูงอายุได้เมื่อผู้สูงอายุมีเรื่องไม่สบายใจ			
11. ฉันทสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด			
12. ฉันทสามารถมีวิธีการจัดการความเครียดด้วยการผ่อนคลายโดยวิธีการต่าง ๆ ด้วยตนเองได้			
13. ฉันทสามารถให้คำแนะนำและเตือนการรับประทานยากับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่งได้ตรงเวลา			
14. ฉันทสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุหลังจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตในระหว่างการรักษา			
15. ฉันทพาผู้สูงอายุมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง			
16. ฉันทสังเกตอาการที่แสดงว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น ตาพร่า มัวทันทีทันใด เดินเซ ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง			

ID No.

--	--	--

แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง เนื่องด้วยข้าพเจ้านางสาวรุ่งนภา สิงห์สถิตย์ นิสิตปริญญาเอก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้าจึงใคร่ขอความร่วมมือของท่านในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็นจำนวน 3 ส่วน ในการตอบแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนให้เข้าใจ แบบสอบถามนี้เป็นเพียงความคิดเห็นส่วนบุคคลไม่มีข้อถูกหรือผิด ไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยจะมีการนำเสนอในภาพรวม เพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิดเห็นและตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวรุ่งนภา สิงห์สถิตย์

นิสิตปริญญาเอก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง □ หน้าข้อความที่ตรงกับ
ความคิดเห็นของท่านและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

1. หญิง

2. ชาย

2. อายุ..... ปี

3. น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

4. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิต..... ปี

5. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. หย่า/หม้าย

3. คู่

6. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษา

4. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. อาชีพ

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. ข้าราชการ

3. รับจ้าง

4. เกษตรกร

5. ค้าขาย

6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

8. สิทธิการรักษาพยาบาล

1. บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. สวัสดิการราชการ

3. ประกันสังคม

4. จ่ายเอง

5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง : โปรดตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง □ หน้าข้อความที่ตรงกับ

ความคิดเห็นของท่านและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ
2 คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

คำถาม	ระดับคะแนน		
	3	2	1
การรับประทานยา			
1. ฉันรับประทานยาลดความดันโลหิตตามจำนวนที่แพทย์สั่ง			
2. ฉันรับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ			
3. เมื่อฉันลืมรับประทานยาจะเพิ่มปริมาณเองในมือต่อไปโดยไม่ปรึกษาแพทย์			
4. เมื่อฉันมีอาการดีขึ้นจะหยุดยาเอง			
5. เมื่อฉันมีอาการผิดปกติภายหลังจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตในระหว่างการรักษายาจะแจ้งแพทย์ให้ทราบทันที โดยไม่หยุดยาเอง			
การรับประทานอาหาร			
6. ฉันหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม			
7. ฉันหลีกเลี่ยงจัดอาหาร/ปรุงอาหารที่ไม่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เนื้อติดมัน หมูสามชั้น			
8. ฉันหลีกเลี่ยงประกอบอาหารประเภทผัด ทอด หรือมีกะทิเป็นส่วนประกอบ			
9. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ผักผลไม้ไม่ต้องอาหารที่มีผงชูรส หรือขนมขบเคี้ยว			
10. ฉันเติมเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วหรือเกลือลงในอาหารทุกมื้อ			
11. ฉันรับประทานผัก			
12. ฉันรับประทานอาหารแต่พออิ่ม			
การออกกำลังกาย			
13. ฉันออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์			
14. ฉันออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ๆ ละอย่างน้อย 30 นาที			
15. ระหว่างออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หอบเหนื่อย ฉันหยุดออกกำลังกายแล้วรีบไปพบแพทย์			
16. ฉันเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพ			

คำถาม	ระดับคะแนน		
	3	2	1
การจัดการกับความเครียด			
17. ฉันพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
18. เมื่อฉันมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว			
19. เมื่อฉันเกิดความโกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้			
20. เมื่อฉันเกิดความเครียดมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ			
21. เมื่อฉันเกิดเครียดมักซื้อยาระงับประสาทมารับประทานเอง			
22. เมื่อฉันเกิดเครียดมักผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่			
23. เมื่อฉันเกิดเครียดมักผ่อนคลายโดยการดื่มสุรา			
การตรวจสุขภาพ			
24. ฉันมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง			
25. เมื่อมาตรวจสุขภาพจะสอบถามระดับความดันโลหิตของฉันจากเจ้าหน้าที่			
26. ฉันจะสังเกตอาการที่แสดงว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น ตาพร่ามัวทันทีทันใด เดี๋ยวเซ ลื่นล้มช้ำไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น			
27. เมื่อฉันมีอาการผิดปกติจะมาพบแพทย์ก่อนนัด			

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (ประยุกต์มาจากแบบสำรวจเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI))

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่
ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่านแล้วทำเครื่องหมาย/ลง
ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดโดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย
รู้สึกไม่พอใจ รู้สึกแย่มาก
ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ
หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่
สมบูรณ์ พอใจมากที่สุด

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		ความรู้สึก				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย						
1	ท่านรู้สึกว่าเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่อยากทำได้					
2	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
3	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน					
4	ท่านรู้สึกพอใจแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
5	ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน					
6	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา					
7	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		ความรู้สึก				
		ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ						
8	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบมีความหวัง)					
9	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี					
10	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองเพียงใด					
11	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง					
12	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่นรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
13	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม						
14	ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างเป็นที่ผ่านมาแค่ไหน					
15	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
16	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม						
17	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
18	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้					
19	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น					
20	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น					
21	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน					
22	ท่านมีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียด					
23	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		ความรู้สึก				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
24	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม)					
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม						
25	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



ภาคผนวก ง

โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ได้จากการพัฒนา

โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ได้จากการพัฒนา

ลำดับ/ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถตนเอง	การกำกับตนเอง
1/1	ชื่อกิจกรรม เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี (ใช้เวลา 90 นาที)		
	<p>1. โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>สาระสำคัญ</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง คือ การที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว Systolic Blood Pressure (SBP) หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว Diastolic Blood Pressure (DBP) เพิ่มขึ้นหรือ เพิ่มขึ้นทั้งสองค่าจากความดันปกติ ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ เวลา ภูมิอากาศ จิตใจและอารมณ์ ปริมาณการบริโภคเกลือ ลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่าย ซึ่งในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก ๆ อาจนำไปสู่ การเสียชีวิตแบบเฉียบพลันได้ การป้องกันควบคุมระดับความดันโลหิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มผู้ดูแลสามารถมีความรู้ความสามารถ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายสาเหตุ อาการ และวิธีการควบคุมระดับความดันโลหิตของโรคความดันโลหิตสูงได้ ระบุวิธีการควบคุมระดับความดันโลหิตของโรคความดันโลหิตได้ <p>สาระการเรียนรู้</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง</p> <ol style="list-style-type: none"> สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการของโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 		

สัปดาห์/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
1/1	ชื่อกิจกรรม เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	<p>ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม</p> <p>ขั้นนำ (ใช้เวลา 5-10 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยนำเสนอภาพข่าวที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2. ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง <p>ขั้นกิจกรรม (ใช้เวลา 60 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบ่งกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม 8 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน และอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ อาการ ของโรคความดันโลหิตสูง 2. ให้แต่ละกลุ่มออกมานำเสนอ กลุ่มละ 5 นาที 3. ผู้วิจัยสรุปผลจากที่แต่ละกลุ่มนำเสนอ 4. ขออาสาสมัครจำนวน 4-5 คน ออกมาเล่าประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จ 5. ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุบอกวิธีการเตือนตนเองอย่างไรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 6. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปวิธีการเตือนตนเองในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง <p>ขั้นสรุป (ใช้เวลา 10-20 นาที)</p> <p>ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วย Power point</p> <p>สื่อที่ใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาพข่าวที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง - Power point เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 	<p>ได้รับ ประสบการณ์ จากตัวแบบ</p> <p>ได้รับ ประสบการณ์ จากตัวแบบ</p> <p>ประสบ ความสำเร็จ ด้วยตนเอง</p>	<p>การเตือน ตนเอง</p> <p>การเตือน ตนเอง</p> <p>การกำกับ ตนเอง</p> <p>การกำกับ ตนเอง</p>

ลำดับท่า/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
1/1	ชื่อกิจกรรม เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	การประเมินผล 1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มผู้ดูแลพร้อมบันทึก 2. ผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกสาเหตุและอาการของโรคความดันโลหิตสูง		แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง
2/2	ชื่อกิจกรรม อาหารเพื่อสุขภาพ (ใช้เวลา 90 นาที)		
	สาระสำคัญ การเลือกอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้สุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง มีอายุที่ยืนยาวอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยในการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาหารที่เลือกรับประทานควรเป็นอาหารหลัก 5 หมู่ หลากหลายชนิด มีปริมาณและสัดส่วนตามความต้องการของร่างกายแต่ละบุคคลรวมทั้งมีคุณค่าทางโภชนาการสูง หลีกเลี่ยงอาหารรสชาติไม่หวาน ไม่มัน และไม่เค็ม และสามารถหามาบริโภคได้ง่าย ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มผู้ดูแลสามารถมีความรู้ความสามารถ ดังนี้ 1. จำแนกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ 2. ระบุวิธีการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตได้ 3. เลือกอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ 4. บันทึกรายการรายการอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้		

ลำดับที่/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
2/2	ชื่อกิจกรรม อาหารเพื่อสุขภาพ (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	<p>สาระการเรียนรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสูงอายุความดันโลหิตสูง 2. การหลีกเลี่ยงอาหารมีผลต่อระดับความดันโลหิต <p>ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม</p> <p>ขั้นนำ (ใช้เวลา 5-10 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ขออาสาสมัครกลุ่มผู้ดูแล 2-3 คน มาเล่าประสบการณ์การเลือกอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ตนเองดูแล 2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลสนทนาร่วมกันเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง <p>ขั้นกิจกรรม (ใช้เวลา 60 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยนำภาพอาหารที่เหมาะสมและที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมาให้ผู้ดูแลเลือก 2. ผู้วิจัยเฉลยและมอบรางวัลให้กับผู้ที่ตอบถูกมากที่สุด 3. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปอาหารที่เหมาะสมและที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 4. บันทึกรายการอาหาร 1-2 วันที่ผ่านมาพร้อมทั้งบอกปัญหาและอุปสรรค <p>ขั้นสรุป (ใช้เวลา 10-20 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วย Power point 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุวางแผนกำหนดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงใน 1 สัปดาห์ 	<p>ประสบ ความสำเร็จ ด้วยตนเอง</p> <p>การใช้คำพูด ชักจูง</p>	<p>แสดงปฏิกิริยา ต่อตนเอง</p> <p>การตัดสินใจ ตนเอง</p> <p>การเตือนตน</p>

ลำดับท่า/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
2/2	ชื่อกิจกรรม อาหารเพื่อสุขภาพ (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	<p>สื่อที่ใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Power point เรื่องอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2. ภาพอาหาร 3. โมเดลอาหาร 4. แบบบันทึก <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มผู้ดูแลพร้อมบันทึก 		
3/3	ชื่อกิจกรรม การจัดการความเครียด (ใช้เวลา 90 นาที)		
	<p>สาระสำคัญ</p> <p>การจัดการความเครียดด้วยการฝึกบริหารจิตและการฝึกสมาธิ เป็นการผ่อนคลายความเครียดและแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ดีวิธีหนึ่งที่ทำให้จิตใจสงบ ไม่หวั่นไหว และ ปลอดภัยจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เศร้า และโกรธ จึงทำให้แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งถือเป็นวิธีการสร้างเสริม สมรรถภาพทางจิตอย่างหนึ่ง เพราะการฝึกบริหารจิตที่ถูกต้อง และเหมาะสมจะเป็นการพัฒนาจิตใจหรือสุขภาพจิตได้ดีเพื่ออยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายหลักการบริหารจิตและการฝึกสมาธิได้ 2. บอกประโยชน์ของการบริหารจิตและสมาธิได้ 3. ฝึกวิธีการบริหารจิตและการฝึกสมาธิที่ถูกต้องได้ <p>สาระการเรียนรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การฝึกบริหารจิต 2. การฝึกสมาธิ 		

สัปดาห์/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
3/3	ชื่อกิจกรรม การจัดการความเครียด (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	<p>ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม</p> <p>ขั้นนำ (ใช้เวลา 5-10 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิทยากรเล่าประสบการณ์การประสบความสำเร็จจากการฝึกบริหารจัดการและการฝึกสมาธิ 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุออกมาเล่าประสบการณ์การทำสมาธิของตนเองและผลที่ได้รับจากการทำสมาธิ <p>ขั้นกิจกรรม (ใช้เวลา 60 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิทยากรอธิบายหลักการและประโยชน์ของการฝึกบริหารจัดการและฝึกสมาธิพร้อมแจกหนังสือการบริหารจิต 2. ให้ผู้ดูแลร่วมฝึกปฏิบัติบริหารจัดการและนั่งสมาธิ 1-2 นาที 3. ผู้วิจัยและผู้ดูแลสรุปผลร่วมกันจากสิ่งที่ได้จากการบริหารจัดการและฝึกสมาธิ 5. ขออาสาสมัครจำนวน 4-5 คน ออกมาเล่าประสบการณ์ที่เคยให้ผู้สูงอายุทำสมาธิที่ประสบความสำเร็จ 6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตนเองดูแล <p>ขั้นสรุป (ใช้เวลา 10-20 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุสรุปหลักการบริหารจัดการและการฝึกสมาธิร่วมกัน 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุวางแผนกำหนดเวลาการบริหารจิตและทำสมาธิใน 1 สัปดาห์ <p>สื่อที่ใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบวัดปฏิบัติกิจกรรมรายสัปดาห์ 2. หนังสือเรื่องการบริหารจิตและการฝึกสมาธิ 3. แบบบันทึก 	<p>ได้รับ</p> <p>ประสบการณ์</p> <p>จากตัวแบบ</p> <p>ประสบ</p> <p>ความสำเร็จ</p> <p>ด้วยตนเอง</p> <p>การใช้คำพูด</p> <p>ชักจูง</p> <p>ประสบ</p> <p>ความสำเร็จ</p> <p>ด้วยตนเอง</p>	<p>การตัดสินใจ</p> <p>ตนเอง</p> <p>แสดงปฏิกิริยา</p> <p>ต่อตนเอง</p> <p>การตัดสินใจ</p> <p>ตนเอง</p> <p>การตัดสินใจ</p> <p>ตนเอง</p>

สัปดาห์/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
3/3	ชื่อกิจกรรม การจัดการความเครียด (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	การประเมินผล 1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรมบริหารจัดการของกลุ่มผู้ดูแลพร้อมบันทึก		
4/4	กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย (ใช้เวลา 90 นาที)		
	<p>สาระสำคัญ</p> <p>การออกกำลังกายด้วยมวยไทย เป็นการนำท่าแม่ไม้มวยไทยมาประยุกต์ในการออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายครั้งละ 30-45 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บอกขั้นตอนการออกกำลังกายด้วยมวยไทยที่ถูกต้องได้ 2. บอกประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยมวยไทยได้ 3. เลือกท่าการออกกำลังกายด้วยมวยไทยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ <p>สาระการเรียนรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความสำคัญของการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย 2. ท่าของการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 3. การฝึกออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย <p>ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม</p> <p>ชั้นนำ (ใช้เวลา 5-10 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ขออาสาสมัครผู้ดูแล 2-3 คน มาเล่าประสบการณ์ในการให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย 	<p>ประสบ ความสำเร็จ ด้วยตนเอง</p>	<p>การกระตุ้น อารมณ์</p>

สัปดาห์/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
4/4	กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	<p>ขั้นกิจกรรม (ใช้เวลา 60 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิทยากรอธิบายหลักการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2. วิทยากรสาธิตการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทยให้กลุ่มผู้แลสังเกต 3. ผู้ดูแลวิเคราะห์และสรุปประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 4. วิทยากรและผู้ดูแลร่วมกันฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย 5. ผู้ดูแลเลือกทำการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง <p>ขั้นสรุป (ใช้เวลา 10-20 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยและผู้ดูแลสรุปหลักการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทยร่วมกัน 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุวางแผนกำหนดเวลาการออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทยใน 1 สัปดาห์ <p>สื่อที่ใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบบันทึกการออกกำลังกายรายสัปดาห์ <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมบันทึก 2. ผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกตารางการออกกำลังกายสัปดาห์ที่ผ่านมา 	<p>การใช้คำพูด ชักจูง</p>	<p>การตั้งเป้าหมาย</p> <p>การตัดสินใจ เอง</p> <p>การตัดสินใจ เอง</p> <p>การเตือน ตนเอง</p> <p>การตัดสินใจ เอง</p>

สัปดาห์/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
5/5	กิจกรรมโยคะเพื่อสุขภาพ (ใช้เวลา 90 นาที)		
	<p>สาระสำคัญ</p> <p>โยคะ เป็นวิธีบริหารกายเพื่อทำให้ร่างกายแข็งแรง และ จิต ผ่อนคลายความเครียด เพราะโยคะช่วยทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบ ไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทและระบบย่อยอาหาร ทำงาน อย่างสมดุล ซึ่งทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง จิตมีสมาธิมาก ขึ้น อันส่งผลให้มีสุขภาพดี</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้มีความรู้ความสามารถ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บอกประโยชน์ของการปฏิบัติโยคะได้ 2. ปฏิบัติโยคะได้ถูกต้อง <p>สาระการเรียนรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประโยชน์ของการฝึกโยคะของผู้สูงอายุความดันโลหิต สูง 2. ทำโยคะที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 3. การฝึกปฏิบัติโยคะ <p>ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม</p> <p>ขั้นนำ (ใช้เวลา 5-10 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิทยากรนำภาพท่าการฝึกโยคะที่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงให้กับผู้ดูแล <p>ขั้นจัดกิจกรรม (ใช้เวลา 60 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิทยากรบอกวิธีการและประโยชน์ของการฝึกโยคะ 2. วิทยากรสาธิตการฝึกโยคะให้กลุ่มผู้ดูแลสังเกต 3. ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติโยคะท่าต่าง ๆ ตามวิทยากร 4. ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติกิจกรรมโยคะด้วยตนเอง 	<p>ได้รับ ประสบการณ์ จากตัวแบบ</p> <p>การใช้คำพูด ชักจูง</p>	<p>การตัดสินใจ ตนเอง</p> <p>การตัดสินใจ ตนเอง</p>

สัปดาห์/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
5/5	กิจกรรมโยคะเพื่อสุขภาพ (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	<p>ขั้นสรุป (ใช้เวลา 10-20 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยและผู้ดูแลสรุปประโยชน์ของโยคะ 2. ผู้ดูแลเลือกทำโยคะที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง <p>สื่อที่ใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แบบวัดปฏิบัติกิจกรรมรายสัปดาห์ 2. แบบบันทึกตารางการออกกำลังกายรายสัปดาห์ 3. รูปภาพการฝึกโยคะ <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมบันทึก 2. ผู้วิจัยตรวจบันทึกการปฏิบัติโยคะ 		
6/6	กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (ใช้เวลา 90 นาที)		
	<p>สาระสำคัญ</p> <p>การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในด้านของการรับประทานยาและการตรวจสุขภาพนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งได้อย่างถูกต้อง ครบครัด</p>		

สัปดาห์/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
6/6	กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บอกประโยชน์และโทษของยาได้ 2. บอกอาการผิดปกติของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ได้ 3. ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติได้ <p>สาระการเรียนรู้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรับประทานยา 2. การตรวจสุขภาพ <p>ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม</p> <p>ขั้นนำ (ใช้เวลา 5-10 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ขออาสาสมัครจำนวน 4-5 คน ออกมาเล่าประสบการณ์ด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จ <p>ขั้นกิจกรรม (ใช้เวลา 60 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิทยากรอธิบายหลักการและประโยชน์ของการรับประทานยาและการตรวจสุขภาพ 2. ให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุบอกวิธีการเตือนตนอย่างไรในการรับประทานยาและการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 3. วิทยากรสาธิตการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ 4. ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ <p>ขั้นสรุป (ใช้เวลา 10-20 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยและผู้ดูแลสรุปหลักการรับประทานยาและการตรวจสุขภาพร่วมกัน 	<p>ได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ</p> <p>การใช้คำพูดชักจูง</p>	<p>การเตือนตน</p> <p>การตัดสินใจตนเอง</p>

สัปดาห์/ ครั้ง	แผนการจัดกิจกรรม	ความสอดคล้องกับทฤษฎี	
		ความสามารถ ตนเอง	การกำกับ ตนเอง
6/6	กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (ใช้เวลา 90 นาที) (ต่อ)		
	<p>สื่อที่ใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Power point เรื่องการรับประทานยาของโรคความดันโลหิตสูง 2. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ <p>การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างพร้อมบันทึก 		



ภาคผนวก จ

แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงรายสัปดาห์

แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงรายสัปดาห์
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติต่อสัปดาห์							
	0 วัน	1 วัน	2 วัน	3 วัน	4 วัน	5 วัน	6 วัน	7 วัน
1. ฉันทประกอบอาหารที่ไม่มีไขมัน สูงให้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง								
2. ฉันทประกอบอาหารที่ไม่มีรสเค็ม ให้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง								
3. ฉันทเลือกประกอบอาหารที่ไม่มี รสหวานให้กับผู้สูงอายุความดัน โลหิตสูง								
4. ฉันทออกกำลังกายร่วมกับ ผู้สูงอายุ ประมาณวันละ 30 นาที								
5. ฉันททำสมาธิร่วมกับผู้สูงอายุ ประมาณวันละ 20 นาที								
6. ฉันทจัดยาให้ผู้สูงอายุรับประทาน ตามเวลาที่แพทย์สั่งครบทุกมื้อ								

บันทึกเพิ่มเติม.....
.....
.....
.....

แบบบันทึกรายการอาหารใน 1 สัปดาห์

คำชี้แจง โปรดบันทึกรายการอาหารที่ท่านประกอบหรือจัดอาหารให้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

รายการอาหาร	มื้อเช้า	มื้อกลางวัน	มื้อเย็น	มื้อค่ำ
วันที่ 1				
วันที่ 2				
วันที่ 3				
วันที่ 4				
วันที่ 5				
วันที่ 6				
วันที่ 7				

บันทึกเพิ่มเติม.....

แบบบันทึกตารางการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดใน 1 สัปดาห์
 คำชี้แจง โปรดบันทึกวิธีการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดใน 1 สัปดาห์ของ
 ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

รายการ	วิธีการออกกำลังกายใช้เวลา 30 นาที	วิธีผ่อนคลายความเครียด
วันที่ 1		
วันที่ 2		
วันที่ 3		
วันที่ 4		
วันที่ 5		
วันที่ 6		
วันที่ 7		

บันทึกเพิ่มเติม.....



ภาคผนวก ฉ

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง



คู่มือ

การดูแลสุขภาพ

สำหรับผู้ดูแล ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

เรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา




คำนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญมากอย่างหนึ่งของประเทศ เนื่องจาก ผู้ที่มีภาวะนี้ส่วนมากมักไม่มีอาการหรืออาการแสดงในระยะแรก แต่มักมีอาการหรืออาการแสดงเมื่อ เป็นมากหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายเกิดขึ้นกับหัวใจ ตา ไต และสมอง เป็นภาวะเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทำให้มีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและ ครอบครัว ความดันโลหิตสูงเป็น ภาวะที่พบบ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย สมองพิการ ไตพิการ ฯลฯ ที่สำคัญคือภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการ แต่เป็นขบวนการเงียบ จึงควร ได้รับความเอาใจใส่ทั้งจากแพทย์ทุกแขนง และประชาชนทั่วไป เพราะโรคแทรกซ้อนและปัญหาต่างๆ จากความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่ป้องกันได้

คู่มือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ดูแลเล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อจัดทำโปรแกรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว และญาติ ให้ได้รับความรู้ มีความเข้าใจในแนวคิดการดูแลสุขภาพ และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง โดยในคู่มือประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของโรคความดันโลหิตสูง อาหารเพื่อสุขภาพ การจัดการความเครียด การออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย โยคะเพื่อสุขภาพ และการรับประทานยา และการวัดความดันโลหิต

ผู้จัดทำหวังว่าเอกสารฉบับนี้ จะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

นางสาวรุ่งนภา สิงห์สถิตย์
ผู้วิจัย

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	1
2 อาหารเพื่อสุขภาพ	6
3 การจัดการความเครียด	26
4 การออกกำลังกายด้วยแม่ไม้มวยไทย	31
5 โยคะเพื่อสุขภาพ	37
6 การรับประทานยาและการวัดความดันโลหิต	42
7 บรรณานุกรม	48

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคนในปี 2552 เป็น 13 ล้านคนในปี 2557 และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี 2561 จำนวนผู้เสียชีวิต จากโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วย จาก 5,186 คนในปี 2556 เป็น 8,525 คน ในปี 2560 ปี 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคน ในปี 2552 เป็น 13 ล้านคนในปี 2557 และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี 2561 จำนวนผู้เสียชีวิต จากโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วย จาก 5,186 คนในปี 2556 เป็น 8,525 คน ในปี 2560 ปี 2557 มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือปฏิบัติเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง

ความรู้ทั่วไป

ความดันโลหิตสูง คือ โรคหรือภาวะที่แรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐานขึ้น กับวิธีการวัด โดยถ้าวัดที่สถานพยาบาล ค่าความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท (มม.ปรอท, mmHg) และ/หรือความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ถ้าเป็นการวัดความดันเองที่บ้านค่าความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าหรือเท่ากับ 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท

ตารางแสดงค่าที่ตัดสินว่าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

	SBP	DBP
Office or clinic	140	90
24-hour	125-130	80
Day	130-135	85
Night	120	70
Home	130-135	85

หมายเหตุ SBP=systolic blood pressure, DBP=diastolic blood pressure

โรคความดันโลหิตสูง

แบ่งตามวิธีการวัดความดันโลหิตเป็น

1. ความดันโลหิตปกติ หรือ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (Sustained normotension or Controlled hypertension = normal office and home blood pressure) คือ วัดความดันโลหิตเฉลี่ยที่โรงพยาบาล ไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท และวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่เกิน 135/85 มม.ปรอท

2. ความดันโลหิตสูง หรือ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Sustained hypertension or Uncontrolled hypertension = persistent high office and home blood pressure) ตามคำจำกัดความของภาวะความดันโลหิตสูง ให้วัดที่โรงพยาบาล คลินิกหรือสถานพยาบาล ความดันโลหิตเฉลี่ย ก็สูงเกิน 140/90 มม.ปรอทและวัดความดันที่บ้านเฉลี่ยสูงเกิน 135/85 มม.ปรอทด้วย

3. ความดันโลหิตสูงเฉพาะที่สถานพยาบาล (Isolated office hypertension) หรือ ความดันโลหิตสูงเมื่อเห็นเสื้อสีขาวของเจ้าหน้าที่ (White coat hypertension = high office blood pressure but normal home blood pressure) คือ ผู้ที่วัดความดันโลหิตเฉลี่ยสูงเกิน 140/90 มม.ปรอท ที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล แต่มีความดันโลหิตปกติที่บ้าน (คือความดันโลหิตเฉลี่ยไม่เกิน 135/85 มม.ปรอท) พบได้ร้อยละ 20 ถึง 30 ของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง

4. ความดันโลหิตสูงเฉพาะที่บ้าน ที่พิก (Masked hypertension หรือ ความดันโลหิตสูง ซ่อนเร้น = normal office blood pressure but high home blood pressure) วัดความดันโลหิต เฉลี่ยที่โรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขจะมีค่าปกติไม่เกิน 140/90 มม.ปรอทแต่วัดความดันที่บ้านเฉลี่ยสูงเกิน 135/85 มม.ปรอท เป็นความดันโลหิตสูงประเภทที่อันตราย เพราะจะไม่ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ฯ พบได้ประมาณร้อยละ 10

โรคความดันโลหิตสูง

แบ่งตามวิธีการวัดความดันโลหิตเป็น

5. ความดันโลหิตสูงเฉพาะนอนหลับ (Nocturnal hypertension or non-dipper hypertension) เป็นประเภทหนึ่งของความดันโลหิตสูงซ่อนเร้น (Masked hypertension) แต่ความดันโลหิตสูงที่บ้านเฉพาะเวลานอนหลับ พบในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอน เช่น นอนกรนหยุดหายใจขณะนอนหลับ จะมีความดันโลหิตสูงทั้งคืนจนถึงเช้า พอบ่ายๆ เย็นๆ ความดันโลหิตก็กลับมาปกติต้องใช้วิธีวัดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมงอัตโนมัติ (Ambulatory 24 hour blood pressure monitoring or ABPM) ช่วยวินิจฉัย

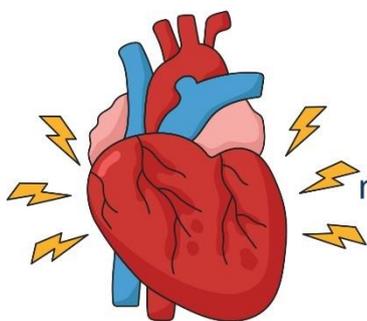
6. Isolated Systolic Hypertension (ISH) คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบน 140 มม.ปรอทหรือสูงกว่า และมีความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 90 มม.ปรอท (BP > 140/<90 mm.Hg)



โรคความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย โดยโรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ ดังนี้

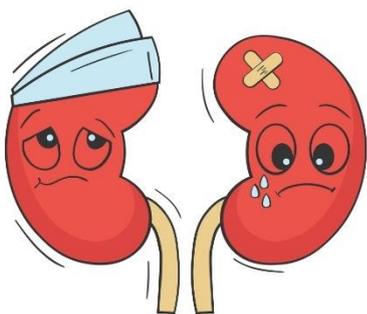


หัวใจ

เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนา ผนังกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัวใหญ่ขึ้น แต่ไม่แข็งแรง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น หลอดเลือดหัวใจหนาขึ้น เสี่ยงต่อการขาดเลือดได้ง่ายยิ่งขึ้น

ตา

เมื่อความดันโลหิตสูง อาจทำให้หลอดเลือดบริเวณจอรับภาพของตาแตกหรือมีเลือดออก ประสาทตาเสื่อม ตาฝ้า และตาบอดได้



ไต

ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง อาจทำให้เนื้อไตที่เกี่ยวข้องกับการกรองของเสียออกจากร่างกายเสื่อม เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหรือไตวายเรื้อรังได้

โรคความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย โดยโรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ ดังนี้



สมอง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดสมองตีบตัน หรือเลือดออกในสมอง

หลอดเลือดแดงใหญ่

เกิดการโป่งพองหรืออาจเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด หากรุนแรงอาจเสียชีวิตได้





อาหาร เพื่อ สุขภาพ

อาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง อาหารที่อุดมไปด้วยสารอาหารที่หลากหลาย เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมันดี วิตามินและแร่ธาตุ ซึ่งมีประโยชน์ในการช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้พลังงาน ควบคุมน้ำหนัก และส่งเสริมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ อาหารเพื่อสุขภาพยังอุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระที่อาจช่วยปกป้องร่างกายจากการติดเชื้อ และความเจ็บป่วย

โภชนาการ (Nutrition)

คือ

กระบวนการดูแลสุขภาพด้วยการคัดเลือกประเภทและปริมาณอาหารให้สอดคล้องกับความต้องการของร่างกายเพื่อรักษาสุขภาพที่ดี อาหารตามหลักโภชนาการแบ่งได้ 5 หมู่ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุ ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการอาจช่วยให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น

อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่



หมู่ที่ 1 โปรตีน



หมู่ที่ 2 คาร์โบไฮเดรต



หมู่ที่ 3 เกลือแร่ และแร่ธาตุต่าง ๆ



หมู่ที่ 4 วิตามิน



หมู่ที่ 5 ไขมัน

•
•
•
•
•

7

ธงโภชนาการ

ธงโภชนาการผู้สูงอายุ




ออกกำลังกาย
วันละ 30 นาที


ดื่มน้ำ
วันละ 8 แก้ว


นอน
วันละ 7-9 ชั่วโมง

1,400 กิโลแคลอรี
(หญิง-ชาย กิจกรรมเบา)
อยู่บ้าน ทำงาน/กิจกรรมเล็กน้อย

1,600 กิโลแคลอรี
(หญิง กิจกรรมปานกลาง)
เช่น ทำกิจกรรมและออกกำลังกายเป็นประจำ

1,800 กิโลแคลอรี
(ชาย กิจกรรมปานกลาง)
เช่น ทำกิจกรรมและออกกำลังกายเป็นประจำ

ธงโภชนาการ

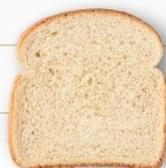
หมวดข้าวแป้ง

วันละ 8 - 12 ทัพพี



ข้าวสวย 1 ทัพพี = 5 ช้อนโต๊ะ

เท่ากับ ข้าวโพดคั่วฝัก



เท่ากับ ขนมปัง 1 แผ่น

เท่ากับ เส้น 1 ทัพพี



เท่ากับ เผือก มัน 1 ทัพพี

แนะนำ ข้าวขัดสีน้อย, สลัดบวกลิ้น
เป็นบางมื้อ

ธงโภชนาการ

หมวดผัก

วันละ 4 - 6 กำมือ

ผัก ก

ให้พลังงานน้อยมาก รับประทานได้ตามต้องการ

ผักกาดขาว ผักแว่น ผักปวยเล้ง กะหล่ำปลี มะเขือเทศ
แตงร้าน ฟักเขียว บวบ ถั่ว ผักกาดสลัด ผักบุ้งแดง
ผักกาดเขียว สายบัว ยอดผักทองอ่อน ใบโหระพา
ดอกกะหล่ำ คื่นช่าย มะเขือ ขมิ้นขาว แตงกวา
แตงโมอ่อน แอปเปิ้ล ชมพู่ ชมพู่ขาว ฝรั่ง กล้วย
กล้วยอ่อน กล้วยน้ำว้า



แนะนำ ผักปลอดสารพิษ, ผัก 5 สี,
ผักใบ, ผักที่หลากหลาย

ธงโภชนาการ

หมวดผัก

วันละ 4 - 6 กำมือ

ผัก ข (ให้พลังงาน)

1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 5 กรัม โปรตีน 2 กรัม.
ไม่มีไขมัน ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี.

หน่อไม้ ผักเชียงดา ผักหวานบ้าน ยอดผักแว่น ผักกูด
ยอดผักฮ้วน ผักป๋อง สะแล ผักเหือด ผักแมะ ผักแพว
ผักเม็ก ถั้วผักยาว แครอท ข้าวโปกดอ่อน ถั้วงู ถั้วลิ้นเต่า
ผักบุ้งไทย กะเฉด เห็ดป่า เห็ดนางรม ใบยอ สตอ
บร็อกโคลี ถั้วอกยอดกระถิน ยอดมะรุ้ม บร็อคโคลี่
คะน้า ดอกแค ขจร กระถิน ยอดชะอม ถั้วแขก สะเดา
ยอดมะพร้าวอ่อน ดอกกุยช่าย ขี้เหล็ก หอมใหญ่ มะระ
จีน มะเขือม่วง เห็ดเปาฮื้อ ผักโขม



แนะนำ ผักปลอดสารพิษ,
ผัก 5 สี, ผักใบ,
ผักที่หลากหลาย

ธงโภชนาการ

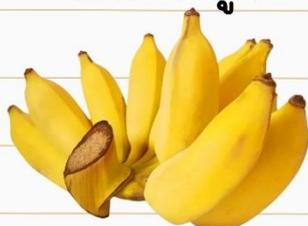
หมวดผลไม้

วันละ 3 - 5 กำป๋



ผลไม้ 1 ส่วน
เท่ากับ 6-8 ชิ้นดำ

เงาะ 4 ลูก



กล้วยน้ำว้า 1 ลูก

กล้วยหอม ครึ่งลูก



แนะนำ ผลไม้ปลอดสารพิษ,
ตามฤดูกาล

ธงโภชนาการ

หมวดเนื้อสัตว์

วันละ 6 - 12 ช้อนโต๊ะ

เนื้อสัตว์ไม่มีไขมัน

เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง



เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ

เนื้อสัตว์ไขมันสูง



แนะนำ เนื้อสัตว์ย่อยง่าย, เลี่ยงเนื้อ
สัตว์ไขมันสูง เนื้อสัตว์แปรรูป

ธงโภชนาการ

หมวดน้ำมัน

วันละ 1 - 2 แก้ว



นมไขมันเต็มส่วน

นมพร่องมันเนย



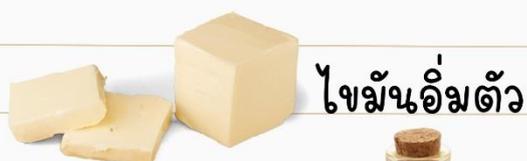
นมขาดมันเนย

แนะนำ นมวัว/นมถั่วเหลือง รสจืด
พร่องมันเนย

รงโภชนาการ

หมวดไขมัน

วันละน้อยๆ



ไขมันอิ่มตัว

ไขมันไม่อิ่มตัว



น้ำมัน 1 ช้อนชา

เท่ากับ กะทิ 1 ช้อนโต๊ะ



เท่ากับ ถั่วลิสง 10 เม็ด

เท่ากับ น้ำสลัด 1 ช้อนโต๊ะ



แนะนำ วันละไม่เกิน 6 ช้อนชา,
งดไขมันทรานส์

ปริมาณ โภชนาการ

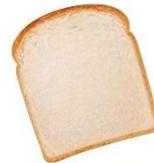
แป้ง
วันละ
7-9 ถ้วย



1 ถ้วย



1 ถ้วย



1 ถ้วย



1 ถ้วย

ผัก
วันละ
4 ถ้วย



1 ถ้วย



1 ถ้วย



1 ถ้วย



1 ถ้วย

ผลไม้
วันละ
1-3 ส่วน



1 ส่วน



1 ส่วน



1 ส่วน



1 ส่วน

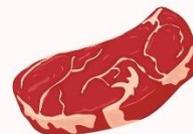
เนื้อสัตว์
วันละ
6-8 ช้อน



2 ช้อน



2 ช้อน



2 ช้อน



2 ช้อน

นม
วันละ
1-2 แก้ว



1 แก้ว



น้อยกว่า 4 ช้อน

ปริมาณ เกลือที่เหมาะสม

มาตรฐานปริมาณโซเดียม
ไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน



เกลือ

1 ช้อนชา



ซูปก้อน

ครึ่งก้อน



น้ำปลา

4 ช้อนชา



ซีอิ๊ว

2 ช้อนโต๊ะ



ไข่เค็ม

1 ฟอง



บะหมี่

1 ซอง

อ่านฉลากโภชนาการ อย่างไรให้ถูกต้อง

ฉลากโภชนาการ เป็นฉลากที่แสดงข้อมูลโภชนาการ โดยมีรายละเอียดของชนิด ปริมาณสารอาหาร พลังงานที่อยู่ในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มชนิดนั้น ๆ ฉลากโภชนาการมี 2 แบบ

ฉลากโภชนาการแสดงข้อมูลสารอาหารและพลังงาน ต่อ 1 หน่วยบริโภค

วิธีการอ่าน

ดูคำแนะนำการแบ่งกิน ว่าควรแบ่งกินกี่ครั้ง ต่อ 1 บรรจุภัณฑ์

ดูปริมาณ ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค เช่น 1 ซอง หรือจำนวนกรัม

ดูคุณค่าทางโภชนาการ ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ได้แก่ ปริมาณพลังงาน สารอาหารและร้อยละของสารอาหารที่ควรได้รับต่อวัน

ร้อยละของสารอาหารช่วยบอกว่า เป็นผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับสุขภาพของเราหรือไม่

1. สารอาหารที่ต้องการน้อย หรือต้องจำกัดไม่ให้ได้มากเกินไป

เช่น โซเดียมอิ่มตัว ไขมันทรานส์ โคลเลสเตอรอล และโซเดียม

ไม่ควรเกินร้อยละ 5

2. สารอาหารที่ต้องการมาก และมีประโยชน์

เช่น โยเกิร์ต วิตามิน แคลเซียม และเหล็ก

ควรมีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20

กรวยข้อมูลโภชนาการแบบมีรูปแบบมาตรฐาน

ข้อมูลโภชนาการ		ร้อยละของปริมาณในหน่วยบริโภค *	
ส่วนที่ 1	ชื่อหน่วยบริโภค (.....)	ปริมาณต่อหน่วยบริโภค	
ส่วนที่ 2	ชั่งตวงวัด	คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค	
ช่วงที่ 1	พลังงานทั้งหมด กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน กิโลแคลอรี)	พลังงานทั้งหมด%
ช่วงที่ 2	ไขมันอิ่มตัว ก.	ไขมันอิ่มตัว%
	ไขมันทรานส์ ก.	ไขมันทรานส์%
	โคเลสเตอรอล มก.	โคเลสเตอรอล%
	โซเดียม มก.	โซเดียม%
	คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด ก.	คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด%
	ใยอาหาร ก.	ใยอาหาร%
	น้ำตาล ก.	น้ำตาล%
	โปรตีน มก.	โปรตีน%
ส่วนที่ 3	วิตามินเอ%	วิตามินเอ%
	วิตามินซี%	วิตามินซี%
	แคลเซียม%	แคลเซียม%
	เหล็ก%	เหล็ก%

* ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน

ความเค็มของปริมาณสารอาหารที่แนะนำต่อวันในหน่วยบริโภคสำหรับคนอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (TFR) โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของประชากรผู้ใหญ่ในวัย 2,000 กิโลแคลอรี

ความต้องการพลังงานของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารดัง ข้าง ดังนี้

ไขมันอิ่มตัว	น้อยกว่า	65 ก.
ไขมันทรานส์	น้อยกว่า	20 ก.
โคเลสเตอรอล	น้อยกว่า	300 มก.
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	น้อยกว่า	300 ก.
ใยอาหาร	น้อยกว่า	25 ก.
โปรตีน	น้อยกว่า	2,000 มก.
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	น้อยกว่า	ไขมัน = 9, โปรตีน = 4, คาร์โบไฮเดรต = 4

เอกสารอ้างอิง
 1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2561). 12 พฤศจิกายน. คำชี้แจงองค์การอนามัยโลกฉบับที่ 102 (พ.ศ. 2561)
 2. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). 12 พฤศจิกายน. คำชี้แจงองค์การอนามัยโลกฉบับที่ 102 (พ.ศ. 2561)
 3. กรมอนามัย. (2561). 25 กันยายน. ประกาศกรมอนามัยฉบับที่ 384 (พ.ศ. 2561)
 4. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). 12 พฤศจิกายน. คำชี้แจงองค์การอนามัยโลกฉบับที่ 102 (พ.ศ. 2561)



ดร.ณ-พร ทองโณ นักวิชาการโภชนาการ กลุ่มสาขาวิชาโภชนศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
<https://www.rama.mahidol.ac.th/Infographics>

อ่านฉลากโภชนาการ อย่างไรให้ถูกต้อง

2 ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (Guideline Daily Amounts: GDA)
หรือฉลากหวาน มัน เค็ม

วิธีการอ่าน

คำแนะนำการแบ่งกิน
ว่าแบ่งกินกี่ครั้ง
ต่อ 1 บรรจุภัณฑ์

คุณค่าทางโภชนาการต่อ.....
ควรแบ่งกิน ครั้ง

พลังงาน	น้ำตาล	ไขมัน	โซเดียม
.....
กิโลแคลอรี	กรัม	กรัม	มิลลิกรัม
*.....%	*.....%	*.....%	*.....%

แสดงปริมาณพลังงาน น้ำตาล
ไขมัน และโซเดียมที่จะได้รับ
ต่อ 1 บรรจุภัณฑ์

*คิดเป็นร้อยละของปริมาณสูงสุดที่บริโภคได้ต่อวัน

ดูพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมใน 1 บรรจุภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละเท่าใด
ของปริมาณที่ควรได้รับ เช่น ปริมาณโซเดียมในนมผงเคี้ยว
ไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมต่อนม 1 ซอง (30 กรัม)
(ไม่เกินร้อยละ 10 ของปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับต่อวัน)

ฉลากอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2561, 12 พฤศจิกายน คำสั่งและประกาศคณะกรรมการอาหารและยา ฉบับที่ 392 (ร.ศ.2561)

ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) พ.ศ. 2522 ซึ่ง 284 ในพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2522

2. กรมอนามัยและกรมสาธารณสุข, 2561, 26 กันยายน, ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 (ร.ศ. 2561)

ฉลากหวาน มัน เค็ม ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2522 ซึ่ง 284 ในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ซึ่ง 284 ในพระราชบัญญัติฉบับที่ 394 (ร.ศ. 2561)

LINE Ramathibodi

RAMA
CHANNEL

ดร.วน-พร ทองโธม นักวิชาการโภชนาการ กลุ่มสาขาวิชาโภชนาการ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
<https://www.rama.mahidol.ac.th/Infographics>



วิธีคำนวณสารอาหารที่ควรได้รับต่อวัน

HOW TO CALCULATE DAILY NUTRIENT



*แคลอรี คือ หน่วยปริมาณของพลังงานที่ได้จากอาหาร
ตัวอย่าง ข้าว 100 กรัม ให้พลังงาน 130 แคลอรี



โปรตีนทาน 2 เท่า ของน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัว $\times 2 =$ โปรตีน (กรัม)

โปรตีน 1 กรัม = 4 แคลอรี

โปรตีน (กรัม) $\times 4 =$ โปรตีน (แคลอรี)

โปรตีน

ไขมันทาน 30% ของแคลอรีทั้งหมด

$TDEE \times 0.3 =$ ไขมัน (แคลอรี)

ไขมัน 1 กรัม = 9 แคลอรี

ไขมัน (แคลอรี) $\div 9 =$ ไขมัน (กรัม)



ไขมัน



$TDEE -$ โปรตีน (แคลอรี) $-$ ไขมัน (แคลอรี)

$=$ คาร์โบไฮเดรต (แคลอรี)

คาร์โบไฮเดรต 1 กรัม = 4 แคลอรี

คาร์บ (แคลอรี) $\div 4 =$ คาร์บ (กรัม)

คาร์โบไฮเดรต



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ดัชนีมวลกาย (BMI)

น้ำหนัก(กก.)

ส่วนสูง(ม.)²



BMI สมส่วน

ควรอยู่ที่

18.5 - 22.9

กก./ม.²

เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI)

น้อยกว่า 18.5	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
18.5 - 22.9	สมส่วน
23.0 - 24.9	น้ำหนักเกิน
25.0 - 29.9	โรคอ้วน
ตั้งแต่ 30.0	โรคอ้วนอันตราย

DDC
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

กองโรคไม่ติดต่อ
Division of Non Communicable Diseases

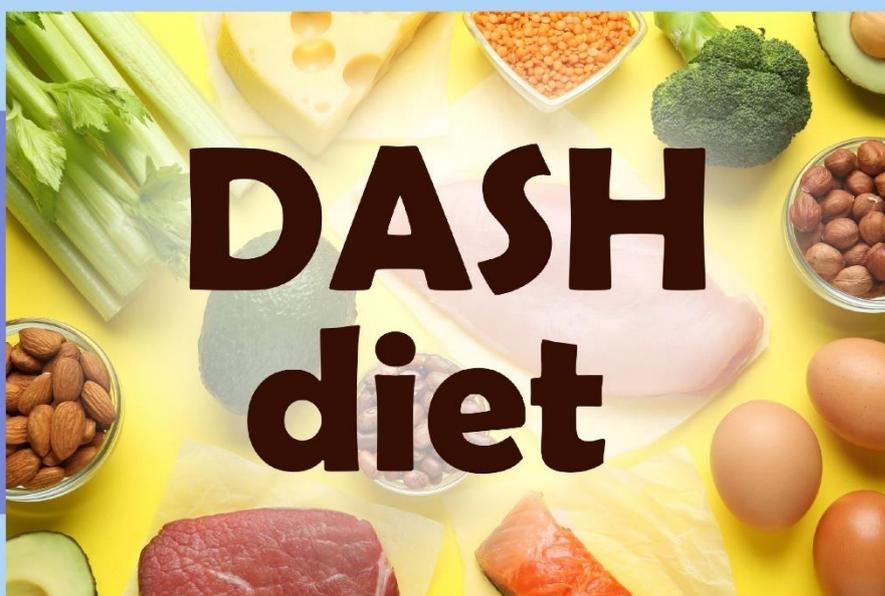


สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422

21

อาหาร DASH

DASH คือ แนวทางการกินอาหารตามหลักโภชนา ที่ถูก ออกแบบมาเพื่อป้องกันหรือลดความดันโลหิตสูงโดย เฉพาะ (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet) โดยมีหลักการคือเน้นกินใยอาหาร โปรตีน และแร่ธาตุ ต่าง ๆ ร่วมกับการลดปริมาณโซเดียม ไขมัน และ คอเลสเตอรอล เป็นแนวทางที่แพทย์ส่วนใหญ่แนะนำให้ผู้ ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติ ก่อนให้การรักษาด้วยยา หรือทำควบคู่กันไปกับการรักษาด้วยยา



อาหาร DASH



กินอาหาร
DASH Diet
ป้องกัน รักษา
ความดันโลหิตสูง
ในผู้สูงอายุ

- สัดส่วนอาหารต่อวัน -



อาหาร DASH

อาหาร DASH (DASH, Dietary Approaches to Stop Hypertension)

หรืออาหารช่วยลดความดันโลหิต เป็นแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันและควบคุมความดันโลหิต

กลุ่มอาหาร	ปริมาณต่อวัน	ปริมาณ 1 ส่วน	ตัวอย่างอาหาร	ประโยชน์ที่ได้
ข้าว ธัญพืชต่างๆ และผลิตภัณฑ์	6 - 8 ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> ข้าวสวยหรือก๋วยเตี๋ยว 1/2 ถ้วยตวง ขนมปัง 1 แผ่น ธัญพืชสุก 1/2 ถ้วยตวง 	ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท คอร์นเฟลก ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่	เป็นแหล่งพลังงานและใยอาหาร
ผัก	4 - 5 ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> ผักสด 1 ถ้วยตวง ผักสุก 1/2 ถ้วยตวง น้ำผักสด 180 มิลลิลิตร 	มะเขือเทศ แครอท บร็อคโคลี่ คะน้า ผักโขม ผักกาด	อุดมไปด้วยโพแทสเซียม แมกนีเซียมและใยอาหาร
ผลไม้	4 - 5 ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> ผลไม้ขนาดกลาง 1 ผล ผลไม้สด 6 - 8 ชิ้นคำ ผลไม้แห้ง 1/4 ถ้วยตวง น้ำผลไม้ 180 มิลลิลิตร 	กล้วย ส้ม มะม่วง ลิ้นจี่ ทับทิม สตอเบอร์รี่ แอปเปิ้ล น้ำส้มคั้น	เป็นแหล่งของโพแทสเซียม แมกนีเซียมและใยอาหาร
นมพร่อง/ขาดมันเนย และผลิตภัณฑ์	2 - 3 ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> นม 240 มิลลิลิตร โยเกิร์ต 1 ถ้วย ชีส 1 แผ่น 	นมพร่อง/ขาดมันเนย โยเกิร์ตพร่องมันเนย ชีสไขมันต่ำ	เป็นแหล่งของแคลเซียม และโปรตีน
เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ชนิดต่างๆ และปลา	< 6 ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> เนื้อสัตว์สุกไม่เกิน 180 กรัม หรือไม่เกิน 12 ช้อนโต๊ะ 	เนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือหนังปรุงโดยการย่าง ต้ม หรือนึ่งแทนการทอด	เป็นแหล่งของโปรตีน และแมกนีเซียม
ถั่วเปลือกแข็งและถั่วเมล็ดแห้ง	4 - 5 ส่วนต่อสัปดาห์	<ul style="list-style-type: none"> ถั่วเปลือกแข็ง 1/3 ถ้วยตวง (45 กรัม) เมล็ดพืช 1 ช้อนโต๊ะ ถั่วเมล็ดแห้งสุก 1/2 ถ้วยตวง 	ถั่วลิสง มะม่วงหิมพานต์ เมล็ดทานตะวัน ถั่วแดง ถั่วเขียว	เป็นแหล่งของพลังงาน แมกนีเซียม โพแทสเซียม โปรตีน และใยอาหาร
ไขมันและน้ำมัน	2 - 3 ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> น้ำมันพืช 1 ช้อนชา มายองเนสไขมันต่ำ 1 ช้อนชา น้ำสลัดไขมันต่ำ 2 ช้อนโต๊ะ 	น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก มายองเนสไขมันต่ำ น้ำสลัดไขมันต่ำ มากาเร็นชนิดนิ่ม	นอกจากไขมันและน้ำมันที่ใช้ในการปรุงอาหารแล้ว ควรเลือกอาหารที่มีไขมันต่ำ
ของหวาน	5 ส่วนต่อสัปดาห์	<ul style="list-style-type: none"> น้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะ แยม 1 ช้อนโต๊ะ 	น้ำตาล น้ำผึ้ง แยม เยลลี่ ไอศกรีม หวานเย็น ลูกอม	ควรเลือกขนมหวานที่มีไขมันต่ำ

เมนูอาหารสุขภาพ (ลดเค็ม)



พลังงาน (Kcal) ไขมัน (g)

122.87 1.01

โปรตีน (g) ใยเคียม (mg)

11.04 560.88

คาร์โบไฮเดรต (g)

16.65

โพแทสเซียม (mg)

448.52



66 กุ้งเลี้ยงกุ้งสด



ส่วนผสม สำหรับ 1 ที่
น้ำเครื่องแกงที่เตรียมไว้
กุ้งสด 4 ตัว
เห็ดนาง 30 กรัม (3 ดอก)
ข้าวโพดอ่อน 30 กรัม (1 ฝัก)
บวบเหลี่ยม 30 กรัม
เห็ดหูหนูดำ 30 กรัม
น้ำปลา 1/2 ช้อนชา
ใบแมงลัก 10 กรัม (10 ใบ)

วิธีทำ

1. นำน้ำเครื่องแกงตั้งไฟกลางจนเดือด ใส่ผักของบวบ ข้าวโพดอ่อน ต้มจนสุก
2. ใส่เห็ดลงไป ตามด้วยกุ้ง ต้มต่อจนสุก ปรุงรสด้วยน้ำปลา โรยด้วยใบแมงลัก คนให้เข้ากันต้มต่อจนสุก ปิดไฟ
3. ตักเสิร์ฟ

ส่วนผสม (เครื่องแกง) สำหรับ 1 ที่

หอมแดง 2 ช้อนโต๊ะ กะปิ 1/2 ช้อนชา

พริกไทยเม็ด 1/2 ช้อนชา กระชาย 2 ช้อนโต๊ะ

พริกขี้หนู ตามชอบ ปลาป่น 1 ช้อนชา น้ำเปล่า 1 1/2 ถ้วยตวง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การกำจัด ความเครียด

ความเครียด

หมายถึง กลไกความสัมพันธ์ระหว่างความดันเลือดสูงกับความเครียดเฉียบพลัน ผ่านการกระตุ้นมาจากระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและความดันเลือดสูงขึ้น ความเครียด คือสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก (รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส) และภายใน (สิ่งที่ใจนึกคิด) มากกระทบ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ จนเสียสมดุลก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ

การกำจัดความเครียด

หมายถึง เทคนิคที่หลากหลายและกระบวนการจิตบำบัด (psychotherapy) ที่มุ่งควบคุมระดับความเครียด โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรัง ปกติ เพื่อปรับชีวิตประจำวันให้ดีขึ้น เช่น

1. การบริหารจิต
2. การทำสมาธิ

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การจัดการความเครียด

1. การบริหารจิต



การฝึกบริหารจิต เป็นการผ่อนคลายความเครียดและแก้ปัญหามากมาย ที่วิธีหนึ่งที่ทำให้จิตใจสงบ ไม่หวั่นไหว และปลอดจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เศร้า และโกรธ จึงทำให้แก้ปัญหามากมาย ได้ดี ซึ่งถือเป็นวิธีการสร้างเสริมสมรรถภาพทางจิตอย่างหนึ่งเพราะการฝึกบริหารจิตที่ถูกต้องและเหมาะสมจะเป็นการพัฒนาจิตใจหรือสุขภาพจิตได้ดีเพื่ออยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข

ประโยชน์

1. ทำให้มีความเมตตา กรุณา เห็นอกเห็นใจผู้อื่น
2. ทำให้สมองแจ่มใส จดจำได้เร็ว และทำงานได้ดีขึ้น
3. ช่วยในการผ่อนคลายความเครียด
4. ทำให้มีสติ สมานธิ ปัญญา อยู่กับตัวตลอดเวลา
5. ทำให้มีสัมปชัญญะ รู้ตัวอยู่เสมอ
6. ทำให้มีจิตตั้งมั่น และมีความมั่นคงในชีวิต
7. ทำให้มีปัญญารอบรู้ รู้จักเหตุและผล
8. ช่วยให้สำนึกในหน้าที่ และทำหน้าที่นั้นได้อย่างสมบูรณ์
9. ช่วยให้ไม่ประมาทในชีวิต

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การจัดการความเครียด

1. การบริหารจิต

วิธีการฝึก

การบริหารจิตโดยกำหนดลมหายใจพร้อมกับนับเลข มีวิธีปฏิบัติดังนี้

1. นั่งบนเก้าอี้ให้ตัวตรงถูกสุขลักษณะ หรืออาจทรงตัวในอิริยาบถอื่น ๆ ได้

2. นับเลขในใจซ้ำ ๆ ตามลมหายใจเฉพาะตอนหายใจเข้า ดังนี้

2.1 หายใจเข้าให้ลึก ยาว โดยกำหนดให้รู้ว่ากำลังหายใจเข้า ซึ่งลม จะเริ่มวิ่งผ่านจากจมูกลงไปสู่บริเวณสะดือ พร้อมกับนับเลขในใจตามไปเรื่อย ๆ ตลอดลมหายใจเข้า

2.2 หายใจออก ไม่ต้องกำหนดให้รู้ว่ากำลังหายใจออก และไม่ต้องนับเลข

2.3 เมื่อครบรอบการหายใจ 1 ครั้ง (เข้า-ออก) ให้หยุดพักสักครู่ ตามธรรมชาติของการหายใจ

3. การนับเลขให้นับตั้งแต่ 1,2,3...เรื่อย ๆ ไปจนถึง 10 เมื่อครบ 1 รอบแล้วให้ขึ้นต้นนับเลข 1 ใหม่

4. ควรใช้เวลาฝึก ครั้งละประมาณ 10-15 นาที

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การจัดการความเครียด

2. การทำสมาธิ



การทำสมาธิ เป็นการเอาจิตไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ยุติการคิดเรื่องอื่น ๆ การทำสมาธิจะส่งผลทำให้จิตสงบ มั่นคง ไม่หวั่นไหว สมองแจ่มใส มีความจำดีขึ้น มีสติ อารมณ์แจ่มใส ผ่อนคลายความเครียด และมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

ประโยชน์

1. ช่วยผ่อนคลายความเครียด
2. ช่วยทำให้จิตแจ่มใส ใจเบิกบาน อารมณ์เย็น
3. ช่วยทำให้สมองแจ่มใส มีความจำดีขึ้น
4. ช่วยทำให้มีสติ มีสมาธิ และมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น
5. ช่วยให้นอนหลับได้ดี
6. ช่วยทำให้ร่างกายมีภูมิต้านทานโรคต่างๆ ได้ดี
7. ใช้รักษาโรคทั้งทางกายและทางจิตได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขข้อ โรคเบาหวาน เป็นต้น

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การจัดการความเครียด

2. การทำสมาธิ

วิธีการฝึก

ขั้นที่ 1

1. นั่งในท่าที่สบาย
2. หลับตา หายใจเข้า - ออกอย่างช้า ๆ
3. เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้

3.1 หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2 นับไปเรื่อย ๆ จนถึง 10 ครบ 10 ก็เป็น 1 รอบ แล้วเริ่ม 1-5 ใหม่ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1,1 2,2 3,3 4,4 5,5

1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6

1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6 7,7

1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6 7,7 8,8

1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6 7,7 8,8 9,9

1,1 2,2 3,3 4,4 5,5 6,6 7,7 8,8 9,9 10,10

ขั้นที่ 2

1. เมื่อจิตใจสงบมากขึ้น ให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นกว่าเดิม โดย

1.1 หายใจเข้า นับ 1 หายใจออก นับ 2 หายใจเข้า นับ 3 หายใจออก นับ 4 หายใจเข้า นับ 5 หายใจออก นับ 1 ใหม่ จนถึง 6,7,8,9,10 ตามลำดับดังนี้

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

30

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกาย ด้วยแม่ไม้มวยไทย

หมุนร่างกายแหวน



ท่าหิรัญม้วนแผ่นดิน



ท่าวิรุฬห์กลับ



อิเหนาแทงกริช



คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล
ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกายด้วย แม่ไม้มวยไทย

หมุนแขนควายแหวน



ประโยชน์ : เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ กล้ามเนื้อส่วนหลังบน ช่วยขยับเคลื่อนไหวข้อต่อ กล้ามเนื้อ Deltoid, Trapezius, Pectoralis major, Supraspinatus ช่วยให้กล้ามเนื้อไม่ยึดติดนอกจากนี้กล้ามเนื้อส่วนสะโพก (Hip flexor) กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง Biceps femoris เป็นกล้ามเนื้อในการเหยียดและกางต้นขา Gluteus maximus ยังช่วยเสริมสร้างความอ่อนตัว (Flexibility) และการทรงตัวของร่างกาย

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล
ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกายด้วย แม่ไม้มวยไทย

พิธีกรรม้วนแผ่นดิน



ประโยชน์ : เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ การบริหารหัวไหล่ และกล้ามเนื้อทรงอกด้านหน้าและด้านหลัง กล้ามเนื้อส่วนลำตัวด้านหลังและส่วนคอ ได้แก่ กล้ามเนื้อ Deltoid, Sternomastoid, Trapezius, Pectoralis major, Supraspinatus, Latissimus dorsi ช่วยให้กล้ามเนื้อไม่ยึดติดและขยับส่วนบนร่างกายได้ดีขึ้น ถ้ากล้ามเนื้อส่วนนี้แข็งแรงอาการไหล่ห่อจะลดลงและหายไปมากที่สุด

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกายด้วย แม่ไม้มวยไทย

วิธีพลิกกลับ



ประโยชน์ : ช่วยยับยั้งเคลื่อนไหวข้อต่อ กล้ามเนื้อส่วนสะโพก (Hip flexor) กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง Bicep femoris กล้ามเนื้อในการเหยียดและกางต้นขา Gluteus maximus เพื่อเป็นการเสริมสร้างความอ่อนตัว (Flexibility) และการทรงตัว

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล
ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกายด้วย แม่ไม้มวยไทย

อิเหนาแทงกริช



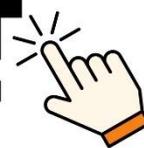
ประโยชน์ : ทำสลับฟันปลาและอิเหนาแทงกริชช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงทั้งร่างกาย ตั้งแต่กล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ (Muscles of the shoulder) เป็นการการบริหารหัวไหล่ กล้ามเนื้อต้นแขน (Muscles of the arm) กล้ามเนื้อหลังและด้านข้าง (Muscle of back) กล้ามเนื้อลำตัวด้านหน้า (Muscles of the chest) นอกจากนี้ยังมีส่วนกล้ามเนื้อขาด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งโดยเฉพาะกล้ามเนื้อขาเป็นกล้ามเนื้อที่ใช้งานบ่อย เพราะเป็นกล้ามเนื้อหลักที่ใช้ในการเดินควบคู่กับต้นขา เวลาเรารู้สึกปวดขาปวดเข่า ก็เนื่องจากกล้ามเนื้อขาด้านหลังและต้นขามีความตึงตัว ในการออกกำลังกายทำนี้จะช่วยในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อขาได้

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

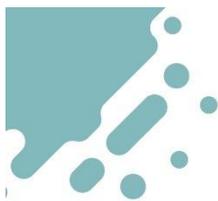
การออกกำลังกายด้วย แม่ไม้มวยไทย

วีดีโอการออกกำลังกาย
ด้วยมวยไทยสำหรับผู้สูงอายุ



แสกนคิวอาร์โค้ดรับชมวีดีโอการออกกำลังกาย
ด้วยมวยไทยสำหรับผู้สูงอายุ

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล 
ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง



ทำโยคะเพื่อสุขภาพ



4 ท่าโยคะ สำหรับผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง



1.ท่าแห่งความสุข
3.ท่าตรีโกณ

2.ท่านักรบ
4.ท่าต้นไม้

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล
ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

37

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ทำโยคะเพื่อสุขภาพ

ท่าที่ 1. ท่าแห่งความสุข



ประโยชน์

1. ช่วยฟื้นฟูสมดุลการทรงตัว ความยืดหยุ่น
2. ช่วยทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงจิตใจสงบ และมีความสมดุลทางอารมณ์
3. ช่วยทำให้ระบบย่อยอาหารและระบบไหลเวียนโลหิตทำงานได้ดีขึ้น
4. ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และผ่อนคลายความเครียด
5. ช่วยทำให้มีสมาธิ และมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

วิธีการฝึก

- วิธีการ 1. นั่งขัดสมาธิกับพื้น หายใจฝ่ามือทั้งสองข้างบนเข้า กำหนดลมหายใจเข้า-ออกให้ลึกและสัมพันธ์กัน อย่างน้อย 5 ครั้ง
2. หลับตาเบาๆ และทำจิตให้สงบนิ่ง
 3. หายใจเข้าให้ลึกที่สุด กลั้นลมหายใจ นับ 1-4 และหายใจออกให้ยาวที่สุด นับ 1-8
 4. ฝึกการหายใจ 3 รอบ (หายใจออก-กลั้นหายใจ-หายใจเข้าคิดเป็น 1 รอบ)

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ทำโยคะเพื่อสุขภาพ

ท่าที่ 2. ท่านักรบ



วิธีการ

1. ยืนท่าภูเขา หายใจออกช้าๆ และแยกเท้าออกกว้าง 3-4 ฟุต กางแขนออกขนานกับพื้น
2. หมุนเท้าซ้ายไปทางซ้าย 90 องศา ส่วนเท้าขวาเฉียงมาทางซ้ายเล็กน้อย
3. งอเข่าซ้ายลงให้สะโพกซ้ายอยู่ในระดับเข่าซ้าย เข่าซ้ายและส้นเท้าซ้ายอยู่ในแนวเดียวกันในแนวตั้ง ขาขวาตั้ง
4. เหยียดแขนทั้ง 2 ข้างแขนซ้ายไปทางซ้าย แขนขวาไปทางขวา แขนทั้ง 2 ข้างขนานกับพื้น หันหน้าไปทางซ้ายมองที่ปลายนิ้ว
5. ยึดเอว ลำตัว และแขนไปทางซ้ายให้มากที่สุด
6. ค้างไว้ 30 วินาที- 1 นาที และผ่อนคลาย
7. สลับข้าง ทำท่าเหมือนเดิม
8. ทำซ้ำท่าเดิม 5-7 ครั้ง

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ทำโยคะเพื่อสุขภาพ

ท่าที่ 3. ท่าตรีโกณ



- วิธีการ**
1. ยืนตัวตรง มือทั้ง 2 ประสานกันแบบนมัสการ
 2. หายใจเข้า ค่อยๆ ก้าวเท้าขวาไปด้านหลัง เปิดปลายเท้าออกด้านนอก ทำมุมประมาณ 90 องศา ห่างจากเท้าซ้ายประมาณ 1 เมตร ให้ฝ่าเท้าซ้ายอยู่กึ่งกลาง ฝ่าเท้าขวา เข่งงอเล็กน้อย ลำตัวช่วงบนอยู่ศูนย์กลางเข่าจนถึงปลายเท้าเป็นเส้นขนาน เก็บท้อง สะโพกเข้าแกนกลางลำตัว
 3. หายใจออก เหยียดมือขนานหัวไหล่ งอศอกเล็กน้อย มือขวาวางพื้น ขนานกับฝ่าเท้าซ้าย งอศอกเล็กน้อย มือซ้ายเหยียดขึ้นขนานหัวไหล่ ตามองตามปลายนิ้วมือซ้าย หรือเหยียดมือขนานลำตัว ชิดใบหู พยายามเปิดอก ไหล่ แขนซ้าย ตามองขึ้นข้างบน ผ่อนคลายคอ ให้น้ำหนักลงที่ฝ่าเท้าทั้งสองมากกว่าฝ่ามือขวา ค้างไว้และนับ 1-5
 4. กลับมาสู่ท่าเริ่มต้น ในท่ายืนตรง แล้วทำสลับข้าง
 5. ทำซ้ำท่าเดิม 5-7 ครั้ง

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

40

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ทำโยคะเพื่อสุขภาพ

ท่าที่ 4. ทำต้นไม้



วิธีการ

1. ยืนตัวตรง มือทั้ง 2 ประสานกันแบบนมัสการ
2. ยกขาขวาขึ้น ใช้ฝ่าเท้าประคบที่โคนขาซ้าย ฝ่าเท้าขวาวนกับต้นขาซ้าย
ด้านใน ปลายเท้าขวาชี้ลง เปิดเข่า เปิดสะโพก
3. เท้าซ้ายรับน้ำหนักตัว เข่าองเล็กน้อย เก็บท้อง เก็บสะโพก เปิดอก เปิด
ไหล่ ยึดตัวตรง พนมมือ ยึดตัวตรง
4. เหยียดมือขึ้นเหนือศีรษะ ขนานลำตัว หรือจะเอามือประคบกัน ค้างไว้
และนับ 1-5
5. ทำซ้ำท่าเดิม 5-7 ครั้ง

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล
ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การรับประทานยา และการวัดความดันโลหิต

ยาลดความดัน

ยาลดความดันคืออะไร

ยาลดความดันโลหิต คือยาที่ใช้เพื่อลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยาลดความดันโลหิตยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว และช่วยป้องกันการกำเริบของไตไม่ให้เสื่อมได้อีกด้วย



ประเภทของยาลดความดัน

ยาลดความดันโลหิต สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs), Angiotensin Receptor Blockers (ARBs), Beta-Blockers, Calcium-Channel Blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ ซึ่งผู้ที่ยาลดความดันควรรู้จักชนิดของยาที่รับประทานและอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในขณะที่ใช้ยา และสามารถแจ้งข้อมูลกับแพทย์ได้อย่างถูกต้องหากเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยระหว่างการใช้ยา

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การรับประทานยา และการวัดความดันโลหิต

ผลข้างเคียงยาลดความดัน

ผลข้างเคียง
ยาลดความดัน

- ✓ ปวดศีรษะ
- ✓ คลื่นไส้
- ✓ ไอแห้ง
- ✓ ใจสั่น
- ✓ เบื่ออาหาร
- ✓ วูบ ซา
- ✓ หายใจลำบาก
- ✓ หัวใจเต้นผิดจังหวะ



BeDee
Powered by SCMG

กลุ่มยาลดความดัน	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
ยายับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors; ACEIs)	<ul style="list-style-type: none"> - ไอแห้ง เวียนหัว ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร ไม่จำเป็นต้องหยุดยาทันที - คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร - ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ วิงเวียน วูบ ซา
ยายับยั้งตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Receptor Blockers; ARBs)	<ul style="list-style-type: none"> - เวียนศีรษะ (เกิดได้น้อยกว่ายาในกลุ่ม ACEI) - ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ วิงเวียน วูบ ซา
ยาปิดกั้นตัวรับเบต้า (Betablockers)	<ul style="list-style-type: none"> - ความดันในเลือดต่ำ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ มึนงง อ่อนเพลีย (ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการรับประทานยา ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกอ่อนเพลีย แต่อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น) - หายใจลำบาก ควรระวังการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

43

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การรับประทานยา และการวัดความดันโลหิต

ผลข้างเคียงยาลดความดัน

ผลข้างเคียง
ยาลดความดัน

- ✓ ปวดศีรษะ
- ✓ คลื่นไส้
- ✓ ไอแห้ง
- ✓ ใจสั่น
- ✓ เบื่ออาหาร
- ✓ วูบ ซา
- ✓ หายใจลำบาก
- ✓ หัวใจเต้นผิดจังหวะ



BeDee
Powered by SDIG

กลุ่มยาลดความดัน	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
ยาปิดกั้นแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ (Calcium Channel Blockers; CCBs)	- ปวดหัว ใจสั่น คลื่นไส้ ปวดท้อง อ่อนเพลีย - มีบวม ขาบวม ข้อเท้าบวม แนะนำให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยาทันที
ยาขับปัสสาวะ (Diuretic)	- ปวดหัว คลื่นไส้ ท้องเสีย - อาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ ตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะลำบาก



คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

44

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การรับประทานยา และการวัดความดันโลหิต

วิธีการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง

การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตชนิดใดชนิดหนึ่งใน 5 กลุ่มข้างต้นนี้ให้ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ใกล้เคียงกัน แพทย์จะพิจารณาเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตจากโรคร่วมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง และพิจารณาจากข้อห้ามต่าง ๆ ของการใช้ยาแต่ละชนิดด้วย คำแนะนำของการรับประทานยาลดความดันโลหิตมีดังนี้



1. รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ และพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ

2. ควรรับประทานยาลดความดันโลหิตในเวลาเดียวกันทุกวันหรือตามที่แพทย์แนะนำ



3. ไม่ปรับเพิ่ม ลด หรือหยุดยาด้วยตัวเอง

4. หากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ ไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่าในมือถัดไป



คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือเรื่องการพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การรับประทานยา และการวัดความดันโลหิต

การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

เพื่อติดตามและควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หรือเพื่อนำข้อมูลให้แพทย์ใช้ประกอบการรักษา โดยผู้วัดจะต้องเตรียมตัวก่อนการวัดใช้เครื่องและอยู่ในท่าวัดที่ถูกต้อง

การวัดความดันโลหิตที่บ้าน ควรวัดต่อเนื่องอย่างน้อย 7 วัน



วัดช่วงเวลาเช้า
ภายใน 1 ชั่วโมง
หลังตื่นนอน
และปัสสาวะแล้ว
2 ครั้งติดกัน
ห่างกันครั้งละ 1 นาที

วัดช่วงก่อนเข้านอน
★ 2 ครั้งติดกัน
ห่างกันครั้งละ 1 นาที



คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล
ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การรับประทานยา และการวัดความดันโลหิต

ขั้นตอนการวัดความดันโลหิตที่บ้าน



1. นั่งเก้าอี้ให้หลังพิงพนัก และหลังตรง
2. เท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น



3. วางแขนให้อยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

4. ขณะวัดความดันโลหิตไม่กำมือ ไม่พูดคุย หรือขยับตัว



5. นั่งพักอย่างผ่อนคลาย 3 - 5 นาที

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของคู่มือพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแล
ในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

บรรณานุกรม

1. Rainforth MV. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Current Hypertension Report* 2007, 9:520-528.
2. Rozanski A. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 2024 Apr 9;99(16):2192-217.
3. Blumenthal JA. Biobehavioral approaches to the treatment of essential
4. hypertension. *Journal of Consultation Clinical Psychology* 2002; 70(3):569-89.
5. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. คู่มือความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง.
6. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์, 7th edition.
7. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแนววัดความเครียดสวนปรง. โรงพยาบาลสวนปรง จังหวัดเชียงใหม่. พฤษภาคม 2540



ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองจริยธรรม

สำเนา

ที่ IRB3-127/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS056/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้
สูงอายุความดันโลหิตสูง

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวรุ่งนภา สิงห์สถิตย์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : ศาสตราจารย์เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัย
ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 16 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 6.1 ประกาศประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 16 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566

วันที่รับรอง : วันที่ 24 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

สำเนา

วันที่หมดอายุ : วันที่ 24 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมร. แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมร. แยมประทุม)ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)****หมายเหตุ การรับรองนี้มีรายละเอียดตามที่ระบุไว้ด้านหลังเอกสารรับรอง ****

สำเนา

ผู้วิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet) (AF 06-02), เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form) (AF 06-03), แบบสัมภาษณ์ และ/หรือแบบสอบถาม รวมถึงเอกสารอื่น ๆ เช่น ใบประชาสัมพันธ์ หรือ ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น
ที่ผ่านการรับรองและประทับตราจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา แล้วเท่านั้น
2. ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (Progress Report Form) (AF 09-01) ต่อคณะกรรมการฯ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
3. การรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการฯ มีกำหนด 1 ปี หลังจากวันที่คณะกรรมการฯ มีมติให้การรับรอง หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยสามารถยื่นขอต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย อย่างน้อย 30 วัน ก่อนวันหมดอายุตามที่กำหนดไว้ในเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
4. หากมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย เช่น เปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัย/ เพิ่มเพิ่มผู้ร่วมวิจัย การแก้ไข หรือเพิ่มเติมวิธีดำเนินการวิจัย การแก้ไขการสะกดคำ เป็นต้น ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย โดยส่งแบบรายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment Form) (AF 08-01) ต่อคณะกรรมการฯ โดยอ้างอิงรหัสโครงการวิจัยที่ได้รับไว้ และต้องระบุรายละเอียดให้ชัดเจนว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร และเหตุผลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ในกรณีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัย/ เพิ่มเพิ่มผู้ร่วมวิจัยท่านใหม่ให้แนบประวัติมาด้วย
5. ผู้วิจัยมีหน้าที่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (Standard Operating Procedures, SOPs) ให้แก่คณะกรรมการฯ ตามแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง (Serious Adverse Event (SAE) Report Form) (AF 10-01)
6. ผู้วิจัยมีหน้าที่รายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบ เมื่อมีการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด หรือการระงับโครงการวิจัยโดยผู้วิจัยหรือผู้สนับสนุนทุนวิจัย พร้อมทั้งคำอธิบายเป็นลายลักษณ์อักษรโดยละเอียดถึงสาเหตุของการยุติหรือระงับโครงการวิจัย ตามแบบรายงานการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Study Termination Memorandum) (AF 12-01)
7. ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Non-compliance / Protocol Deviation / Protocol Violation Report) (AF 13-01) ให้คณะกรรมการฯ และผู้สนับสนุนทันทีที่ตรวจพบ หรือได้รับรายงานว่ามีปฏิบัติที่ไม่ตรงกับขั้นตอนที่ระบุไว้ในโครงการวิจัย หรือขอ กำหนดของคณะกรรมการฯ
8. เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยมีหน้าที่ส่งแบบรายงานสรุปผลการวิจัย (Final Report) (AF 11-01) ให้คณะกรรมการฯ ทราบ ภายใน 30 วัน หลังจากสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวรุ่งนภา สิงห์สถิตย์
วัน เดือน ปี เกิด	30 กรกฎาคม 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดเลย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	174 หมู่ 5 ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	ปัจจุบัน อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554 วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2557 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2567 สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา