

การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

นนงุช หอมเนียม, พย.ม.^{1*} มุขจรินทร์ สมคิด, พย.ม.¹ รัชณี ผิวผ่อง, พย.ม.¹ สุภาพร มะรังษี, พย.ม.¹
สุจิตรา ยางนอก, ศศ.ม.² เยี่ยม คงเรืองราช, พย.ม.³ วาสุกี สายเพ็ชร, ส.ม.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสุขภาพและสภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 175 คน และตัวแทนชุมชน 5 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามสุขภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกสุขภาพ ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน มีนาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า 1) โปรแกรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ชุดกิจกรรมประเมินตนเอง และสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าแห่งตน ชุดกิจกรรมฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาพ และชุดกิจกรรมคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ 2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{x} = 4.51, SD = 0.34$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 4.05, SD = 0.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.719, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($t = 4.262, p < .001$) ค่าความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($t = 6.169, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม สุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

¹ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

² อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

³ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁴ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปราสาท

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nongnuch.hn@bru.ac.th

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2565 และมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

The Development of a Well-being Program for The Elderly with Hypertension in the Prasat Sub-District, Bandan District, Buriram Province

Nongnuch Hormniam, M.N.S.^{1*}, Mukjarin Somkid, M.N.S.¹, Ratchanee Piwpong, M.N.S.¹,
Supaporn Marangsee, M.N.S.¹, Sujitra Yangnok, M.A.², Yiam Kongreungrat, M.N.S.³,
Wasugree Saipech, M.P.H.⁴

Abstract

This research aimed to develop and study the effects of a well-being program for the elderly with hypertension in the Prasat Sub-District, Bandan District, Buriram Province. This study was conducted from March to October 2022. This research had three phases: Phase 1: the well-being and disease conditions were examined. The study included 175 elderly hypertensive individuals and five community representatives. Phase 2: Developed a well-being program based on Bandura's self-efficacy theory (1997). Five experts estimated the appropriateness and feasibility of the programs. Phase 3: Trial and evaluation. The sample group consisted of elderly individuals with high blood pressure. The experimental and control groups comprised 37 individuals each. The research tools consisted of a well-being questionnaire, an in-depth interview, and a health record form. The data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and t-tests.

The findings were as follows: 1) The well-being program for the elderly with hypertension consisted of self-assessment and self-worth awareness activities, well-being practice activities, and well-being behavior maintenance activities. 2) Following the intervention program, the participants' overall well-being mean scores ($\bar{x} = 4.51$, $SD = 0.34$) were higher than those in the control group ($\bar{x} = 4.05$, $SD = 0.47$), which was statistically significant at the .05 level ($t = -4.719$, $p < .001$). The mean systolic blood pressure was lower after joining the intervention program ($t = 4.262$, $p < .001$) than the scores in the pre-intervention phase ($t = 6.169$, $p < .001$) at the level of statistical significance .05. When comparing the experimental group with the control groups, the mean blood pressure was not significantly different.

The findings suggest that nurses and healthcare providers could apply the results to develop programs to promote the health of older adults with hypertension and other non-communicable diseases.

Key words: Program development, well-being, elderly, hypertension

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

² Lecturer, Faculty of Humanities and Social Sciences, Buriram Rajabhat University

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

⁴ Director of Prasat Health Promoting Hospital

* Corresponding author e-mail: nongnuch.hn@bru.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมที่มีผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อปี พ.ศ. 2564 คือ มีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และพบว่าร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคและมีปัญหาสุขภาพ (Department of Health, 2021) ที่มาจากการเสื่อมของร่างกายหรือการหย่อนสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ส่งผลต่อการเพิ่มอุบัติการณ์โรคติดต่อไม่เรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีความชุกตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Chantakeeree, Sormunenc, Jullamate, & Turunena 2022) จากผลการสำรวจสุขภาพ พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าประชาชนไทยมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 (Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2022) สาเหตุหลัก ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน มีภาวะเครียดสะสม มักไม่ปรากฏอาการในระยะเริ่มแรก จะมีอาการและอาการแสดงเมื่อค่าความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางถึงระดับสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตามัวมองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและมีกิจกรรมทางปัญญา รวมทั้งคุณภาพชีวิต และความสุขของผู้ป่วยที่ลดลง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ (Alencar & Sardinha, 2019; Songwatthanayuth & Sirikunwivat, 2019; Tudsri & Nakkling, 2018) สำหรับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ ในระดับปกติมักรักษาด้วยยา แต่อาจเกิดผลข้างเคียงตามมาจากรับประทานยาเป็นเวลานาน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมด้วย (Supasri, Wungrath, & Boonchieng, 2021) ซึ่งการจัดกิจกรรมเสริมสร้าง พฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมมิติสุขภาพและมิติทั่วไปให้มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน โดยมีมิติสุขภาพได้แก่ ด้านกายจิต สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ เช่น การออกกำลังกาย การลดปริมาณโซเดียม การไม่ดื่มแอลกอฮอล์และ สูบบุหรี่ การผ่อนคลายความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว การปรับเปลี่ยนทัศนคติในเชิงบวก เป็นต้น และมีมิติทั่วไป ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชุมชน สังคมที่มีส่วนช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพ ในชุมชน แหล่งอาหารที่เอื้อต่อสุขภาวะ เป็นต้น จะเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต (Chantakeeree et al, 2022; Naidoo & Wills, 2016; Sukadisai, Malapoot, & Kittiyanusan, 2015; Sukolpuk, Thanirat, Radabutr, Dechpoonyachit, & Muntraporn, 2018) หากสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีจะส่งผลต่อระดับ ความผาสุกและสุขภาวะที่ดี (Alencar & Sardinha, 2019; Kim, Jang, Park, & Min, 2020; Tudsri & Nakkling, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพจะสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยบุคคลมีความ สามารถที่จะควบคุมความคิด การจูงใจ และการกระทำของตนเองเมื่อได้รับการฝึกฝน ได้รับการสนับสนุน ได้เห็นตัวอย่าง ที่ดี และมีความพึงพอใจในการกระทำที่มีความสำเร็จนั้น (Bandura, 1997; Kim et al., 2020; Supasri et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองดีมากขึ้น รวมทั้งมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (Nakkling & Tudsri, 2017; Supasri et al., 2021; Thaprawat, Apinundecha, & Limtoprasert, 2021)

ชุมชนตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากรผู้สูงอายุ 1,573 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 ของประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมากที่สุดจำนวน 1,378 คน (ร้อยละ 87.60) โดยกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 320 คน (ร้อยละ 23.22) มีสถิติเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 29 ซึ่งถือเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดโรคและมีสถิติการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ

สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2564 (Prasart Health Promoting Hospital, 2021) จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่าชุมชนมีที่ตั้งอยู่ติดกับเขตอำเภอเมือง มีวิธีการดำเนินชีวิตที่เน้นความสะดวกสบาย ร่วมกับยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงที่หาซื้อได้ง่ายจากตลาดชุมชน ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนได้ดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพแต่ยังไม่ครอบคลุมสุขภาพทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ร่วมกับอัตราการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวแทนชุมชนต้องการให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเน้นการประยุกต์ใช้ได้อย่างจริงในชุมชนและเกิดความยั่งยืน

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลปราสาท โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองอันจะเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการลดค่าระดับความดันโลหิตอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

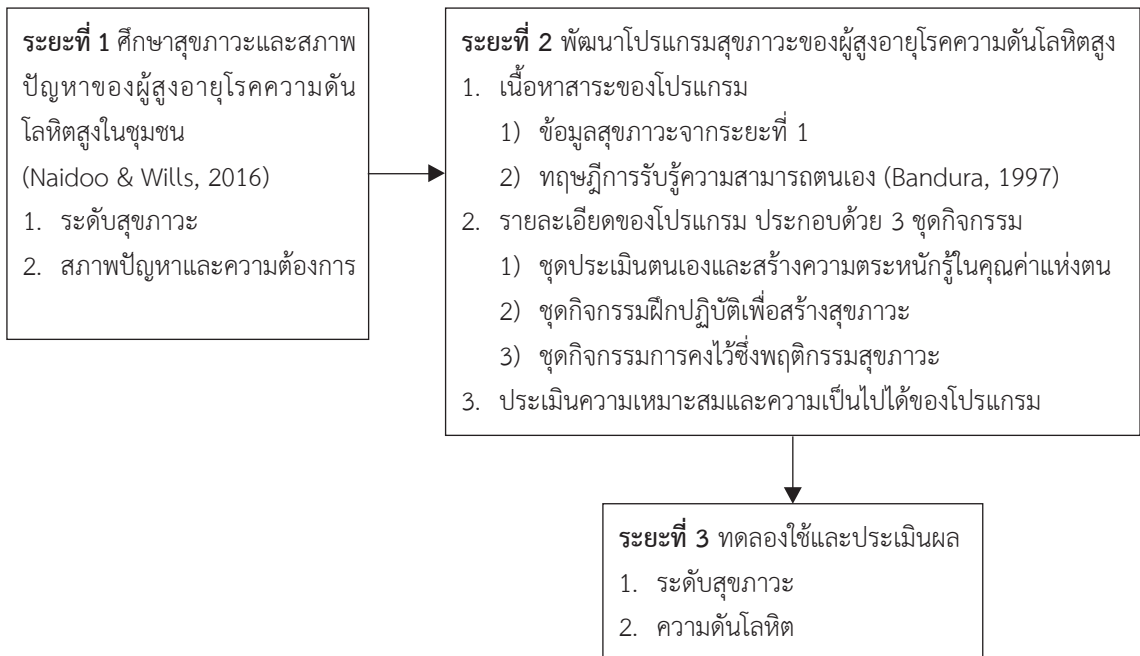
1. เพื่อศึกษาสุขภาพและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพและระดับความดันโลหิตหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐาน

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีระดับสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาพของไนตู และวิลส์ (Naidoo & Wills, 2016) เชื่อว่าการมีสุขภาพมาจากการมีมิติสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสุขภาพทางเพศ และมิติทั่วไป ประกอบด้วย สุขภาพด้านสังคมพื้นฐานและสิ่งแวดล้อม ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีผลกระทบจากสภาวะสุขภาพหรือมีความเสื่อมโทรมของร่างกายจะไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม การสนับสนุนจากชุมชน สังคมจึงมีความสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพที่ดี จะเป็นการชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย ยังเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพที่ดี จะเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ไปในทางที่ดีขึ้นได้ ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุทั้งด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อน และการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาี้ ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 แบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะ มีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสุขภาวะและสภาพปัญหา แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้ 2 กลุ่ม 1) ทำการศึกษาสุขภาวะในผู้สูงอายุ โดยประชากรเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วมอื่น ๆ ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลปราสาท จำนวน 320 คน กำหนดเกณฑ์ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้จำนวน 175 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ และสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม 2) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาสุขภาวะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านเวชกรรมสังคมในชุมชนจำนวน 1 คน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน และแกนนำผู้สูงอายุจำนวน 2 คน รวมเป็นจำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมสังคม อาจารย์พยาบาลที่มีคุณวุฒิปริญญาเอกด้านการวิจัยและประเมินผล อาจารย์พยาบาลคุณวุฒิปริญญาเอกเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานในชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการพิเศษ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมกิจกรรม สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้ แล้วทำการสุ่มแบบไม่เจาะจง (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนกลับ จากจำนวน 18 หมู่บ้านที่อยู่ในพื้นที่ของตำบลปราสาท เพื่อสุ่มหมู่บ้าน

เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 9 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1-4 หมู่ 6 หมู่ 8 หมู่ 9 หมู่ 14 และหมู่ 18 แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 8 - 9 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน ทำการจับคู่โดยพิจารณาจากอายุ ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ใกล้เคียงกัน โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่มีมารับบริการ ในสถานบริการสุขภาพชุมชนครั้งล่าสุด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบคลุมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยดัดแปลงจากงานวิจัยของ Sukadisai et al. (2015) ที่สร้างมาจากแนวคิดสุขภาพของไนดูและวิลส์ (Naidoo & Wills, 2009) เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 42 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มีพฤติกรรมมากที่สุด ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เมื่อนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยมาพิจารณาระดับสุขภาพตามเกณฑ์ (Srisa-ad, 2012) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีสุขภาพอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีสุขภาพอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าเท่ากับ 0.92 และทดสอบค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนใกล้เคียงจำนวน 30 คน มีค่าเท่ากับ 0.80

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแนวคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย 1) สภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาพ 3) ความต้องการในการพัฒนาสุขภาพ และ 4) ปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลการเสริมสร้างสุขภาพพร้อมการหาแนวทางแก้ไข นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าเท่ากับ 1

1.3 แบบบันทึกสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปศึกษาและประเมินตนเอง ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลความดันโลหิตชีพจร ของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมโปรแกรม ทำการบันทึกโดย อสม. และข้อมูลการรับประทาน การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ/ เจริญสติ ทำการบันทึกโดยกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียด ดังนี้ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา อุปกรณ์ที่ใช้ และการประเมินผลจากกิจกรรม ที่ครอบคลุมกิจกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ รวมถึงพิจารณาถึงรูปแบบ ระยะเวลา กิจกรรม สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน

2.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ยี่ห้อ OMRON รุ่น HEM-7121 ที่ควบคุมคุณภาพจาก รพ.สต. ในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสุขภาพและสภาพปัญหา โดยศึกษาสุขภาพในมิติสุขภาพผ่านการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 175 คน ซึ่งในการวิจัยไม่ได้นำสุขภาพทางเพศมาศึกษาเนื่องจากผู้สูงอายุไม่พร้อมให้ข้อมูล และทำการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 5 คน โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลหลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอความร่วมมือให้คัดเลือกตัวแทนแกนนำ อสม. เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. คณะผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ อสม. ที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัย โดยอธิบายโครงการวิจัย ความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูง การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต รายละเอียดเครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต ซีฟजर รวมทั้งสร้างช่องทางออนไลน์สำหรับการติดต่อสื่อสาร

3. เก็บข้อมูลระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยมีผู้ช่วยนักวิจัย ช่วยเก็บข้อมูล

4. คณะผู้วิจัยนัดหมายและดำเนินการสนทนาเชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรมตามความต้องการของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ทำการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรม แล้วปรับโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล คณะผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มาตรวจและรับยาตามนัดที่ รพ.สต. ในพื้นที่ที่กำหนดไว้ ดำเนินการ 8 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มควบคุม โดยชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ วัดความดันโลหิต ซีฟजर และประเมินระดับสุขภาวะครั้งที่ 1 (Pre test) รับการรักษาตามปกติ จากนั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (Post test) ในสัปดาห์ที่ 8 โดยมีคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยช่วยเก็บข้อมูล

กลุ่มทดลอง ชี้แจงกระบวนการตามกิจกรรมในโปรแกรม โดยใช้สถานที่เป็นศาลาวัดบ้านปราสาท มีคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูล มีการดำเนินงานตาม 3 ชุดกิจกรรม ประกอบด้วย

ชุดกิจกรรมที่ 1 ประเมินตนเองและสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าแห่งตน ดำเนินการสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินตนเองและการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (Pre test)

ขั้นตอนที่ 2 ฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาพ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 - 4 ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพครอบคลุม 5 ด้าน

ขั้นตอนที่ 3 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5 - 8 โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 และ 8 และรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (Post test) ในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น และวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของกลุ่มข้อมูล

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสุขภาวะ และค่าความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบ Dependent sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ หมายเลขใบอนุญาต เลขที่ 002/2565 ลงวันที่ 12 มกราคม 2565 และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย และให้เซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. สุขภาวะและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโรคความดันโลหิตสูง จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 175 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.7 มีอายุเฉลี่ย 70 - 79 ปี (ร้อยละ 39.9) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 82.1) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 61.3) อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน (ร้อยละ 37) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคภูมิแพ้ โรคกระดูกพรุน เป็นต้น (ร้อยละ 13.9) ไม่เคยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 85) แต่พบว่าปัจจุบันยังสูบบุหรี่บ้าง (ร้อยละ 9.2) ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 67.6) แต่พบว่ายังดื่มทุกวัน (ร้อยละ 6.4) และข้อมูลระดับสุขภาวะทั้ง 5 ด้านโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.01, SD = 1.13$) ส่วนสุขภาวะรายด้านเรียงตามลำดับ ดังนี้ ระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{x} = 4.23, SD = 1.76$) ระดับสูงมาก ได้แก่ ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 4.07, SD = 0.925$) ด้านร่างกาย ($\bar{x} = 3.97, SD = 0.97$) ด้านสังคม ($\bar{x} = 3.94, SD = 1.05$) และด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 3.82, SD = 0.96$) และนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน สุขภาวะด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และผู้สูงอายุบางส่วนไม่เห็นถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยมองว่าการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตเป็นการรักษาที่ครอบคลุมอยู่แล้ว และยังมีผู้สูงอายุหลายรายไม่มาตามนัดเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติจากโรค สุขภาวะมิติทั่วไป พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างทั่วถึง มีการจัดกิจกรรมคัดกรอง และส่งเสริมสุขภาพประจำปี โดยให้คำแนะนำเบื้องต้นในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เป็นต้น แต่ยังไม่ครอบคลุมด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุบางส่วนรู้สึกเหงาจากการต้องอยู่บ้านคนเดียวเนื่องจากลูกหลานไปประกอบอาชีพต่างถิ่น บางรายไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ จึงต้องซื้อจากตลาดในชุมชนที่มีรสชาติเค็มและมีไขมันเป็นส่วนประกอบ อยากเข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะศาสนิกทางศาสนาตามความเชื่อจากพระอาจารย์ที่เลื่อมใส ศรัทธา ไม่มีข้อเสนอแนะด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับความต้องการเพิ่มเติมคือ การนำหลักการดูแลสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในชุมชนให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น การออกกำลังกายในบ้าน การรับประทานอาหารที่บ้านที่เหมาะสมกับโรค และการจัดการด้านอารมณ์ รวมทั้งการรวมกลุ่มทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการคิด การพิจารณาสิ่งรอบข้างโดยใช้ปัญญา ดังนั้นจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าชุมชนมีความต้องการในการพัฒนาสุขภาพในมิติสุขภาพทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านจิตวิญญาณ ส่วนมิติทั่วไปไม่สามารถดำเนินการได้ในงานวิจัยครั้งนี้

2. การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมในโปรแกรมได้จากการนำข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 โดยมีกิจกรรมสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา 4 ประการ คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ มี 3 ชุดกิจกรรม โดยเริ่มต้นในทุกชุดกิจกรรมจะให้กลุ่มตัวอย่างได้ผ่อนคลายผ่านการสังเกตการหายใจก่อนการเริ่มต้นกิจกรรมการเรียนรู้ จัดสถานที่โดยใช้เก้าอี้ที่แข็งแรงให้กลุ่มตัวอย่างนั่งทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการล้ม กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างอยากที่จะเรียนรู้โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น รายละเอียด ดังนี้

ชุดกิจกรรมที่ 1 ประเมินตนเองและสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าแห่งตน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง มีรายละเอียดดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพผ่านกิจกรรมสนทนา การคณะผู้วิจัยแนะนำตัวและแนะนำผู้ช่วยนักวิจัย
- 2) ประเมินประเมินสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ชีพจร และระดับสุขภาวะ ครั้งที่ 1
- 3) ชมสื่อวีดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
- 4) ทำกิจกรรมเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยให้ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบจากโรคความดันโลหิต อาการแสดงที่พบและการแก้ไขปัญหาจนสามารถจัดการกับปัญหาดังกล่าวมาได้

5) ทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการใช้ตัวแบบที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถลดระดับความดันโลหิตได้มาแล้วถึงวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นประสบการณ์ตัวแบบที่ดี และเกิดแรงบันดาลใจในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต

6) สอนและเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาต่อเนื่อง การตรวจตามนัด อาการแทรกซ้อนและการแก้ไขเบื้องต้น ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจจะเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ชุดกิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาวะ ดำเนินการ 3 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 2 - 4 เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่เพื่อนช่วยเพื่อนตามความสมัครใจ ดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สุขภาวะด้านกาย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 1) กิจกรรมออกกำลังกาย โดยแนะนำหลักและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้เก้าอี้หรือ ผ้าขาวม้า ช่วยในการออกกำลังกาย หรือการเดินหรือการแกว่งแขน โดยให้ผู้สูงอายุเลือกวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเอง ให้คู่เพื่อนช่วยเพื่อนพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกายและตกลงกันว่า จะออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ประมาณ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ พร้อมทั้งพาผู้สูงอายุออกกำลังกายตามวิธีการดังกล่าว 2) กิจกรรมเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยบรรยายประกอบสื่อการสอน เรื่อง อาหารพื้นบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง DASH Diet ทำกิจกรรมเล่นเกมส์ผ่านคู่เพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อแข่งขันการเลือกอาหาร DASH Diet และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง มอบของรางวัลสำหรับคู่ที่สามารถตอบคำถามได้คะแนนมากที่สุด

ครั้งที่ 2 สุขภาวะด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1) การเจริญสติและฝึกสมาธิ โดยฟังพระเทศนาที่เน้นการพิจารณาสิ่งต่างๆ รอบตัวโดยใช้สติและปัญญา รวมทั้งฝึกปฏิบัติการเจริญภาวนาจิตจากพระอาจารย์ที่กลุ่มตัวอย่างเลื่อมใส ศรัทธา 2) กิจกรรมการจัดการอารมณ์ โดยให้ตัวแทนได้กล่าวประสบการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการด้านอารมณ์ ความเครียดของตนเอง เรียนรู้วิธีการฝึกหายใจที่ถูกต้องเพื่อคลายเครียด และ 3) กิจกรรมการช่วยเหลือ แบ่งปัน โดยจัดกิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา หากพบปัญหาให้กลุ่มช่วยหาแนวทางการแก้ไข

ครั้งที่ 3 สุขภาวะด้านจิตวิญญาณและการสำรวจตน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย 1) ฝึกการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง โดยเน้นการเล่าประสบการณ์ของผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการอบรมที่ผ่านมาไปปฏิบัติ และเน้นการกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย และให้กำลังใจ จูงใจเพื่อให้ปฏิบัติต่อเนื่อง 2) สำรวจตนโดยให้คู่เพื่อนช่วยเพื่อนสนทนาและตรวจสอบพฤติกรรมสุขภาพซึ่งกันและกันโดยตรวจสอบการบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพคู่ของตนเอง เรื่อง รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ/เจริญสติ และให้พันธสัญญาว่าจะนำไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยในทุกวันพระ

ชุดกิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 - 8 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่บ้าน ผู้ช่วยนักวิจัยเยี่ยมบ้านตามที่มีอบหมาย เพื่อติดตาม ชักถามข้อสงสัย และให้กำลังใจในสัปดาห์ที่ 6 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น ระดับสุขภาวะครั้งที่ 2 (Post test) ในสัปดาห์ที่ 8

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ (1) เพิ่มกิจกรรมสุขภาวะด้านจิตใจและด้านอารมณ์โดยเพิ่มกิจกรรมการรักษาศีล และการฝึกสมาธิที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือในทุกวันพระ หลังจากนี้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติจากพระวิทยากรที่เลื่อมใสศรัทธาแล้ว และ (2) เพิ่มกิจกรรมการให้พันธสัญญากับผู้สูงอายุว่าจะนำหลักการดังกล่าวนี้ไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถแสดงผลของการใช้โปรแกรมตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบระดับสุขภาวะโดยรวมเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะโดยรวมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.719, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะโดยรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ($\bar{x} = 4.51, SD = 0.34$) กลุ่มควบคุมมีระดับสุขภาวะอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.05, SD = 0.47$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสุขภาวะของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สุขภาวะโดยรวม	กลุ่มทดลอง (n = 37)			กลุ่มควบคุม (n = 37)			t	p-value
	\bar{x}	SD	ระดับคะแนน	\bar{x}	SD	ระดับคะแนน		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.12	0.41	สูงมาก	4.08	0.46	สูงมาก	460	.653
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.51	0.34	สูงมากที่สุด	4.05	0.47	สูงมาก	-4.719	< .001

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกโดยรวมเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05 ($t = 1.063, p = .291$) ค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05 ($t = 2.624, p = .051$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกโดยรวมเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 37)		กลุ่มควบคุม (n = 37)		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความดันซิสโตลิก						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	143.59	11.76	142.59	13.40	-.341	.734
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	137.35	13.75	140.57	12.23	1.063	.291
ความดันไดแอสโตลิก						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	82.05	7.79	83.41	8.23	.726	.470
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	76.70	9.61	82.22	8.43	2.624	.051

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 4.262, p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 6.169, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=37)

ข้อมูล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความดันซิสโตลิก	143.59	11.76	137.35	13.74	4.262	< .001
ความดันไดแอสโตลิก	82.05	7.78	76.70	9.61	6.169	< .001

การอภิปรายผล

สุขภาพและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากผลการสำรวจและการสนทนาเชิงลึกซึ่งเป็นตัวแทนจากชุมชนเพื่อให้ได้สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนมีความสอดคล้องกัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุและชุมชนให้ความสำคัญกับสุขภาพจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ สังคม ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolwat, Suwan, and Chanmolee (2019) ที่พบว่าการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชนมีประสิทธิภาพในการช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการประเมินสุขภาพ การพูดชักจูง การเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบ การใช้ตัวแบบมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และให้พันธะสัญญาว่าจะนำหลักการปฏิบัติเพื่อให้ง่ายซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Supasri et al., 2021) นอกจากนี้การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นจนสามารถนำสู่การลดระดับความดันโลหิตได้ (Wolwat et al., 2019)

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้น

1. สุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เกิดจากความต้องการและสภาพปัญหา ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อันจะสามารถเพิ่มระดับสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (Jing, Fan, Lei, & Dongfu, 2020; Rojpaisarnkit, & Rodjarkpai, 2018; Thamma-Aphiphol et al., 2014)

2. ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลบ้านด่านและเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ในการตรวจรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งจะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอยู่แล้ว ซึ่งในโปรแกรมนี้ไม่ได้ทำการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ปัจจัยภายใน เช่น ระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ติดตามมา ซึ่งการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997; Supasri et al., 2021) โดยในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด ส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลตนเองที่ลดลง ร่วมกับส่วนมากมีระดับการศึกษาคือ จบเพียงประถมศึกษา โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 78.4) กลุ่มทดลองมีจำนวน 33 คน (ร้อยละ 82.5) นอกนั้น

เป็นกลุ่มที่เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการดูแลตนเองที่ดีกว่าจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การค้นหาความรู้ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองที่ดีกว่า (Nunyapruk, Therawiwat, Kaeodumkoeng, & Imamee, 2019) ซึ่งระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถือว่าอยู่ในระดับต่ำใกล้เคียงกัน ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ อีกทั้งการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งต้องอาศัยบุตรหลานดำเนินการ (Tudsri & Nakklung, 2018) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้อาจส่งผลต่อระดับความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มที่ไม่มีความแตกต่างกันได้

3. ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ทั้งนี้ข้อนี้ได้ว่าการได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการจัดการเรื่องสุขภาวะทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและวัย สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ ทุกเวลา และปลอดภัย ได้ลองปฏิบัติด้วยตนเอง พร้อมกับกลุ่ม ทำให้เกิดความสนุกเพลิดเพลิน มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์การรับประทานยาของแต่ละคนที่ผ่านมา ได้ทราบถึงผลกระทบของการจัดการอารมณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ได้เรียนรู้ประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ การจัดการความเครียดที่สร้างสรรค์ การทำสมาธิที่มีประสิทธิภาพ และได้เรียนรู้วิธีการฝึกหายใจที่ถูกต้อง รวมทั้งฟังพระเทศนา เจริญภาวนาจิต มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ชื่นชมการปฏิบัติเพื่อทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทราบประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาวะที่ดี จะทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ผลที่ตามมาคือ ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติและต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Supasri et al., 2021; Thongsuk, Tipwareerom, & Supametaporn, 2020; Tudsri & Nakklung, 2018; Yang, Kim, & Lee, 2016)

การนำผลงานวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสุขภาวะไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมปัจจัยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง และทำการควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัดเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมเพิ่มเติม

References

Alencar, L., & Sardinha, A. (2019). Hypertensive elderly people: Assessing the quality of life. *Acta Scientiarum Health Sciences*, 41, e44652.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman: Henry Holt & Co.

Chantakeeree, Ch., Sormunenc, M., Jullamateb, P., & Turunena, H. (2022). Understanding perspectives on health-promoting behaviours among older adults with hypertension. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(2103943). Retrieved from <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.210394>

- Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2022). *NCD annual report 2564*. Retrieved from <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/flap/#p=1>
- Department of Health. (2021). *Bureau of elderly health annual report 2021*. Retrieved from <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report>
- Jing, X., Fan, Y., Lei, S., & Dongfu, Q. (2020). Do integrated health care interventions improve well-being among older adults with hypertension? Evidence from rural China. *Social Indicators Research, 160*(1), 825-843.
- Kim, A., Jang, M., Park, K., & Min, J. (2020). Effects of self-efficacy depression and anger on health-promoting behaviors of Korean elderly women with hypertension. *International Journal Environmental Research and Public Health, 17*(6296), 1-14. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7504112/>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion* (4th ed.). London: Elsevier.
- Nakkling, Y., & Tudsri, P. (2017). Effect of self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension. *Apheit Journal, 6*(1), 27-35. [In Thai]
- Nunyapruk, Ch., Therawiwat, M., Kaeodumkoeng, K., & Imamee, N. (2019). Factors related to blood pressure control behaviors among hypertensive patients in Ranod hospital. Songkhla province. *Journal of Health Education, 42*(1), 190-203. [In Thai]
- Prasart Health Promoting Hospital. (2021). *Statistics of elderly patients with hypertension in responsible areas Prasart health promoting hospital, fiscal year 2022*. Babgkok: Prasart Health Promoting Hospital. [In Thai]
- Rojpaisarnkit, K., & Rodjarkpai, Y. (2018). Well-being of the elderly living in urban and rural areas of Thailand. *The Public Health Journal of Burapha University, 13*(1), 113-125. [In Thai]
- Srisa-ad, B. (2012). *The principle of research* (7th ed.) Bangkok: Suveeriyasarn. [In Thai]
- Sukadisai, P., Malapoot, Ch., & Kittiyanusan, R. (2015). Life style and guidelines for well-being of the elderly in the eastern region. *Journal of Education and Social Development, 10*(1), 90-102. [In Thai]
- Supasri, S., Wungrath, J., & Boonchieng, W. (2021). Effects of a health promotion program on perceived self-efficacy and outcome expectations on self-care among elderly with hypertension, Chiang rai province, Thailand. *Thai Journal of Public Health, 51*(1), 33-42. [In Thai]
- Songwatthanayuth, P., & Sirikunwiwat, J. (2019). Storyline for health promoting in persons with hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(3), 72-78. [In Thai]
- Sukolpuk, M., Thanirat, S., Radabutr, M., Dechpoonyachit, P., & Muntraporn, A. (2018). Health promotion strategies to prevent and control high blood pressure. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(3), 54-61. [In Thai]

- Thamma-Aphiphol, K., Soonthorndhada, K., Pornsiripongse, S., Wirojratana, V., Winichagoon, P., Srisupan, W., & Srivanichakorn, S. (2014). Participatory action research on the holistic care model for the elderly. *Journal of Health Systems Research, 8*(2), 120-131. [In Thai]
- Thaprawat, S., Apinundecha, Ch., & Limtoprasert, S. (2021). The effectiveness of self- efficacy enhancement program on health behaviors of elderly hypertensive patients. *UMT Poly Journal, 18*(2), 290-303. [In Thai]
- Thongsuk, W., Tipwareerom, W., & Supametaporn, P. (2020). Effects of empowerment program on health behaviors, body mass index and blood pressure levels in patients with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal, 47*(4), 229-241. [In Thai]
- Tudsri, P., & Nakkling, Y. (2018). Health promotion behaviors of persons with hypertension: Comparison between controlled and uncontrolled blood pressure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 29*(2), 157-169. [In Thai]
- Wolwat, K., Suwan, P., & Chanmolee, Ch. (2019). Development of the community elderly care model for hypertension, Wangwiset district, Trang. *EAU Heritage Journal Science and Technology, 13*(1), 210-221.
- Yang, S., Kim, S., & Lee, S. (2016). Effect of a South Korean community-based cardiovascular disease prevention program for low-income elderly with hypertension. *Journal of Community Health Nursing, 33*(3), 154-167.