

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ดูแล *

EFFECTIVENESS OF PROGRAM ENHANCING HEALTH CARE BEHAVIORS OF
HYPERTENSION ELDERLY FOR CAREGIVERS

รุ่งนภา สิงห์สถิตย์¹, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนท์^{1*}, ยุวดี รอดจากภัย¹, วรเดช ช้างแก้ว²
Runghnapa Singasatit¹, Aim-utcha Wattanaburanon^{1*}, Yuvadee Rodjarkpai¹, Woradate Changkaew²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย

¹Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand

²วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ราชบุรี ประเทศไทย

²College of Muaythai Study and Thai Traditional Medicine, Muban Chonbueang Rajabhat University, Ratchaburi, Thailand

*Corresponding author Email: aimutchaw@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.878 0.843 และ 0.713 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Repeated Measure ANOVA ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยโปรแกรมมีอิทธิพลต่อความรู้ ร้อยละ 67.1 ($\eta^2 = 0.671$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ร้อยละ 83.9 ($\eta^2 = 0.839$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ร้อยละ 85.4 ($\eta^2 = 0.854$) และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.2 ($\eta^2 = 0.362$) และเมื่อผ่านไป 4 สัปดาห์แล้วผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีความคงอยู่ของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง, การสร้างเสริม, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The objective of this research was to compare the effectiveness of the program enhancing health care behaviors of hypertension elderly for caregivers in the knowledge development program, self-efficacy, outcome expectation, and behaviors in caring for the elderly in the pre-

trial, post-trial, and follow-up phases. This program is quasi-experimental research. The sample was 86 caregivers in the family who were 20 years old and above. They were divided into two groups: 43 people for the experimental group and 43 people for the control group. The instrument used was a questionnaire. The reliability of questionnaires on self-efficacy, outcome expectation, and behavior in caring for the elderly were 0.878, 0.843, and 0.713. Data were analyzed using descriptive and repeated measures of ANOVA. The results found that after the experiment of the program Health care behavior promotion program for the elderly with hypertension found that in the post-experiment and follow-up phases, the caregivers in the experimental group had higher scores on knowledge, self-efficacy, outcome expectation, and behavior in caring for the elderly than before the experiment in significantly ($p < 0.001$). The program influenced knowledge in the percent of 67.1 ($\eta^2 = 0.671$), self-efficacy in the percent of 83.9 ($\eta^2 = 0.839$), outcome expectation in the percent of 85.4 ($\eta^2 = 0.854$) and behavior in caring for the elderly in the percent of 36.2 ($\eta^2 = 0.362$). After 4 weeks, the caregivers of the elderly still had persistence of knowledge, self-efficacy, outcome expectation, and self-care practices for hypertensive elderly care.

Keywords: Caregiver, The Elderly with Hypertension, Enhancing, Health Behaviors

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลกและยังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า ทั่วโลกมีอุบัติการณ์ของจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นซึ่งคาดว่าประมาณในปี 2568 จะมีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 1560 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization (WHO), 2013) โดยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอุบัติการณ์ป่วย 9.4 ล้าน เป็นโรคที่ทำให้มีความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจ ตา ไต หลอดเลือด และสมอง เป็นต้น ทั้งยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในทั่วโลก (World Health Organization (WHO), 2013) ซึ่งการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ลดลงจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การที่ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จในการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความผาสุกนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาและความสามารถในการดูแลตนเอง หากผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพหรือเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญกับ หัวใจ ตา ไต และสมอง ผู้สูงอายุจะได้รับความทุกข์ทรมาน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย (จินตนา นุ่นยะพริก และคณะ, 2562) ดังนั้นครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ เพราะว่า ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องจะรับหน้าที่ในการดูแล และนิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล ซึ่งนับว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม

ด้านความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล และศักยภาพการดูแลในครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีศักยภาพในการดูแล เช่น มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของผู้สูงอายุ มีความรู้เรื่องโรค การป้องกันโรคและการชะลอความเสื่อมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ สามารถช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติและวิธีการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุแล้วนั้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (ปาริชาติ รัตนา และคณะ, 2563) ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลที่เหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงยังมีจำนวนน้อย ทำให้องค์ความรู้ที่มียังไม่เพียงพอว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใดและมีความต้องการในการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านใด โดยเฉพาะในจังหวัดราชบุรีนั้น ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในชายและหญิงของกลุ่มอายุ 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 โรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 เบาหวาน ร้อยละ 20.4 โรคอ้วน ร้อยละ 38.4 ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 46.5 และภาวะ Metabolic Syndrome ร้อยละ 39.8 สำหรับสำนักงานสถิติจังหวัดราชบุรีมีรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่า จำนวนประชากรทั้งสิ้น 865,807 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 178,894 คน คิดเป็นร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งหมด มีจำนวนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 1 ของภูมิภาคตะวันตก ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งในจังหวัดราชบุรี พบว่า มีอัตราป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยความดันโลหิตสูงมีมากที่สุดในกลุ่มภูมิภาคตะวันตก โดยมีอัตราป่วย 49.22 ต่อประชากรแสนคน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งผลของการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนการรักษายาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินชีวิตโดยการปรับตัว ปรับวิถีชีวิตของตนเองให้ดำเนินไปได้ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง (Two Groups Pre-Posttest Design) และติดตามผล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย เป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในจังหวัดราชบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Version 3.1.9.2) โดยกำหนดขนาดของอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.25 (Cohen, J., 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) บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 2) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ 3) ในครอบครัวมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 - 79 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีผลการตรวจระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง 1) ขอดอนตัวในระหว่างดำเนินกิจกรรม และ 2) เกิดการเจ็บป่วยในระหว่างดำเนินกิจกรรม

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

1. ประกาศหาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการโดยการประชาสัมพันธ์ ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ดำเนินการคัดเลือกผู้เข้าโครงการตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง
3. ในกรณีที่ได้อาสาสมัครที่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ดูแลโดยนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura, A. (Bandura, A., 1977) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ของ Bandura, A. (Bandura, A., 1986) มาใช้ในการสร้างและพัฒนาโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 "เตรียมผู้ดูแลส่งต่อสุขภาพดี" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการบอกลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง ระบุสาเหตุ อาการ วิธีการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงได้ กิจกรรมที่ 2 "อาหารเพื่อสุขภาพ" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ เลือกประเภทของอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต กิจกรรมที่ 3 "การจัดการความเครียด" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดได้ เลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมได้ กิจกรรมที่ 4 "การออกกำลังกาย" เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกต้องได้ และสามารถสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกายได้ กิจกรรมที่ 5 "การรับประทานยาและการตรวจวัดความดันโลหิตสูง" เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถบอกอาการผิดปกติ อันตรายจากการรับประทานยาและสามารถบอกอาการผิดปกติของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ต้องไปพบแพทย์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยนำแนวคิดการรับรู้

ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura, A. (Bandura, A., 1977) มาเป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย 5 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

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มี 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถาม จากความคิดเห็นด้วยจนถึงไม่เห็นด้วย เป็น 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการความคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยเป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มี 3 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถาม จากความคิดเห็นด้วยจนถึงไม่เห็นด้วย เป็น 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยเป็นข้อคำถามทางบวกและทางลบ มี 3 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ (มีการปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือมากกว่านั้น) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือมีบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ) ไม่เคยปฏิบัติเลย (ไม่เคยปฏิบัติในเรื่องนั้นเลย) โดยเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามจากปฏิบัติเป็นประจำจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลยเป็น 3, 2, 1 คะแนนตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 คน และผู้ดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในพื้นที่ จำนวน 2 คน โดยคำนวณหาค่าความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี 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

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีเพื่อใช้พื้นที่ในการดำเนินการทดลองในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น



2. ผู้วิจัยนัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการเกี่ยวกับการศึกษา ผลการใช้โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมกิจกรรม

3. กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นชื่อลงในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

5. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของการจัดโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม จำนวน 6 สัปดาห์

6. การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมโดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโปรแกรม (Pre-test) ด้วยแบบสอบถาม

2. ดำเนินการทดลองตามรูปแบบโปรแกรมที่ได้กำหนดไว้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดทันที (Post-test) ด้วยแบบสอบถาม

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองสิ้นสุดแล้วไปอีก 4 สัปดาห์เพื่อต้องการศึกษาความคงทนของพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

5. หลังเสร็จสิ้นการศึกษา ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอ้างอิง ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยบูรพาอย่างเคร่งครัด และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-127/2566 รหัสโครงการ G-HS056/2566(C1) ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2566 ถึง 24 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางด้านประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
หญิง	43	100	43	100
2. อายุ				
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

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทางด้านประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส				
โสด	8	18.6	8	18.60
หม้าย/หย่า	14	14.0	15	34.88
สมรส	21	65.1	20	46.51
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	20	46.51	19	44.19
มัธยมศึกษา	21	48.84	21	48.84
ปริญญาตรี	2	4.65	3	6.98
5. อาชีพ				
รับจ้าง	20	46.51	22	51.16
เกษตรกร	17	39.53	15	34.88
ค้าขาย	6	13.95	5	11.63
6. สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
1 คน	33	76.74	31	72.09
2 - 3 คน	10	23.26	12	27.91
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน				
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				
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				
ปู่/ย่า	10	23.26	6	13.95
พ่อ/แม่	30	69.77	32	74.42
พี่สาว/น้องสาว	3	6.98	5	11.63

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 43 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 43 คน พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 และมีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.19 และ 48.84 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้าง มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 76.74 และ 72.09 ตามลำดับ รายได้จะอยู่ระหว่าง 5,000 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 86.05 และ 83.72 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม อยู่ในช่วง 2 - 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.47 และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมากที่สุด คือ เป็นพ่อแม่

2. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง 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			
การรับรู้ความสามารถของตน						
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			
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 2 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะ

ติดตามผล ($n = 86$) ทำการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

1. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 170.947, p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 67.1 ($\eta^2 = 0.671$)

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 436.636, p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 83.9 ($\eta^2 = 0.839$)

3. การเปรียบเทียบความคาดหวังในผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 249.090, p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 74.8 ($\eta^2 = 0.748$)

4. การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 47.533, p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 36.2 ($\eta^2 = 0.369$)

เพื่อให้ทราบว่าการทดลองใดมีความแตกต่างกันจึงได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ รายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล รายคู่

ตัวแปร/ ระยะเวลาการทดลอง	$\bar{x}$	Mean Difference		
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง				
ก่อนการทดลอง	11.279	-	-5.116**	-4.930**
หลังการทดลอง	16.395	-		.186
ระยะติดตามผล	16.2093	-		
การรับรู้ความสามารถของตน				
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	-		
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ				
ก่อนการทดลอง	36.302	-	-7.627**	-7.372**
หลังการทดลอง	43.930	-		.255
ติดตามผล	43.674	-		

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

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล รายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

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

2. การรับรู้ความสามารถของตน เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบช่วงเวลาก่อนการวัดรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน (Mean difference = 6.441) และ 2) การรับรู้ความสามารถของตนก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกัน (Mean difference = 6.348) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

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

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

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบข้างต้นสามารถยืนยันได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ดูแลส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการโปรแกรมที่ออกแบบมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและปฏิบัติได้จริงตามวิถีชีวิตและบริบทของตนเอง อีกทั้งในกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลใช้กิจกรรมที่หลากหลาย อาทิ เช่น การใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างทำใบงานเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ความคิดทำให้เข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคและพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ ญัฐปัทม ญวณสีทอง และธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย พบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองด้านความรู้การดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และธัญรัตน์ ภูซังค์ชัย, 2560)

การรับรู้ความสามารถของตนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมที่มุ่งเน้นในการฝึกปฏิบัติการเรียนรู้ด้วยตัวเองของผู้ดูแลนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ได้ทำการฝึกปฏิบัติและเรียนรู้การฝึกปฏิบัติกับกลุ่มเพื่อนผู้ดูแล โดยมีผู้วิจัยแนะนำทำให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการใช้สื่อวีดิทัศน์ ที่ใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลที่ได้ออกแบบให้ตรงตามปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ได้แก่ การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนได้รับผลของการกระทำที่ดีก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขามีความตั้งใจและความพยายาม เพราะลักษณะของการใช้ตัวแบบส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้ นอกจากสื่อวีดิทัศน์แล้วผู้วิจัยได้เชิญบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมาเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเสริมการชักจูง (Verbal Persuasion) ร่วมกับการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริรัตน์ ธีระประวัติ และคณะ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริรัตน์ ธีระประวัติ และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และธรรมาพร เชี่ยวชาญ พบว่า การจัดกิจกรรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง อาหารสำหรับความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และธรรมาพร เชี่ยวชาญ, 2566)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายและมุ่งเน้นสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ ปฐมธิดา บัวสม และคณะ, อัมมร บุญช่วย ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) (ปฐมธิดา บัวสม และคณะ, 2562); (อัมมร บุญช่วย, 2558)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาในการวัดระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลภายในกลุ่ม พบว่า การเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่วัดนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาจเนื่องมาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างสมาชิกกลุ่ม

ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพ และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในสัปดาห์แรก ซึ่งมีการทบทวนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา มีการชื่นชม ให้กำลังใจ วิเคราะห์ปัญหา หรืออุปสรรคที่ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura, A. (Bandura, A., 1977) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการค้นหาข้อมูลความรู้ และวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พิจารณาทางเลือกและตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของตนเองทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ จินตนา จักรสิงห์โต และรัตน พันธ์จัญ, ปฐมธิดา บัวสม และคณะ, Faghri, P. et al. ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .05$) (จินตนา จักรสิงห์โต และรัตน พันธ์จัญ, 2561); (ปฐมธิดา บัวสม และคณะ, 2562); (Faghri, P. et al., 2016)

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อผ่านไปหนึ่งเดือนแล้วผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีความคงอยู่ของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควบคู่กับการรักษาด้วยการรับประทานยา หรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ทั้งนี้ การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความพร้อมและความมั่นใจให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และธรรมาพร เชี่ยวชาญ. (2566). ประสิทธิภาพการจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสาริกา จังหวัดนครนายก. วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย, 7(4), 1370-1384.
- จินตนา จักรสิงห์โต และรัตน พันธ์จัญ. (2561). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โรงพยาบาลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. วารสารโรคและภัยสุขภาพ, 12(1), 56-64.
- จินตนา นุ่นยะพริก และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. วารสารสุขศึกษา, 42(1), 190-203.
- ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง และธัญรัตน์ ภูซังค์ชัย. (2560). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(4), 121-129.

- ปฐมธิดา บัวสม และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมประสิทธิภาพตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ตำบลรณณีย์ อำเภอกะพง จังหวัดพังงา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(4), 549-567.
- ปาริชาติ รัตนราช และคณะ. (2563). ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(1), 147-156.
- ศิริรัตน์ ะประวัติ และคณะ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 18(2), 290-303.
- อัมมร บุญช่วย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอยะบوري จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(2), 231-244.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1977). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press.
- Faghri, P. et al. (2016). Effects of self-efficacy on health behavior and body weight. Journal of Obesity & Weight Loss Therapy, 6(6), 2-7.
- World Health Organization (WHO). (2013). A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO Press.