

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง

Applying an Empowerment Program to Enhance Perceived Empowerment and Care Behaviors among Elderly Individuals at Risk for Hypertension.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

นิภา สุทธิพันธ์¹ นันทิกา ตั้งเพียร²

Nipar Suttipun¹ Nuntika Tungpean²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการวัดค่าความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้สูงอายุ, ความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ดูแล

Abstract

This quasi-experimental research with a control group design aimed to examine the effects of an empowerment program on perceived empowerment and caregiving behaviors among caregivers of elderly individuals at risk for hypertension. The sample consisted of 60 participants—30 in the experimental group and 30 in the control group. The experimental group participated in a 4-week empowerment program based on Gibson's concept, which includes four stages: discovering reality, critical reflection, taking charge, and holding on. Research instruments included general information questionnaires, a perceived empowerment scale, a caregiving behavior assessment, and blood pressure measurements before and after the intervention. Data were analyzed using paired t-tests and independent t-tests.

The results showed that the experimental group had significantly higher mean scores for perceived empowerment and caregiving behaviors after the program ($p < 0.001$), whereas the control group showed no significant changes. Additionally, both systolic and diastolic blood pressure levels of elderly individuals in the experimental group significantly decreased ($p < 0.001$).

Keywords: Empowerment, Elderly, Hypertension, Caregiving Behavior, Caregiver

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบูรีรัมย์

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author: Nuntika Tungpean; Email: nuntika.tun@neu.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรในระดับชุมชน หนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง¹ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลโดยตรง แต่ในปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็ก และผู้ดูแลมักมีภาระงานอื่นร่วมด้วย ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุอาจไม่ครอบคลุม การขาดความเชื่อมั่นของผู้ดูแลต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นอุปสรรคสำคัญ²

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีบทบาทเชิงรุกในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแนวคิดของ Gibson³ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ได้รับการประยุกต์ใช้ในงานวิจัยหลายฉบับ และพบว่า สามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{2,4}

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการเกิดโรค ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค รับประทานอาหารที่มี

โซเดียมสูง เช่น ปลาาร้า อาหารหมักดอง และอาหารรสเค็มจัด⁵ ผู้สูงอายุจำนวนมากมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ความรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และมีอัตราการไม่ทานยาอย่างเคร่งครัดและภาวะโรคร่วม กล่าวคือ ผู้สูงอายุหลายรายมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ยากขึ้น

จากข้อมูลของ สำนักงานสถิติแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข (HDC, ปี 2566) ระบุว่า ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความดันโลหิตสูงคิดเป็นประมาณ 30–35% จังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยสูง ได้แก่ นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี และอุดรธานี^{5,6} อัตราการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี (BP <140/90 mmHg) ยังไม่ถึง 50% ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย ดังนั้น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่าน รพ.สต. และ อสม. อย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในชุมชน การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงผ่านการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล โดยคาดหวังว่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

อย่างยั่งยืน ดังนั้น การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อยกระดับการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่รับยาความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) คือ การสุ่มตัวอย่างที่ทุกหน่วยของประชากรมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆ กัน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่ง

ทดลอง โดยอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน (ผู้ดูแล-ผู้สูงอายุ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Gibson³ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การค้นพบสภาพจริง (Discovering Reality)

ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ (Taking Charge)

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ (Holding On)

โดยโปรแกรมมีกิจกรรมกลุ่ม และเอกสารประกอบ เช่น คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่จัดทำโดยผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชุด สำหรับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล (10 ข้อ) แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแล (10 ข้อ)แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (20 ข้อ)

ชุดที่ 2 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ การศึกษา ค่าความดัน

โลหิต และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงตรง และเชื่อมั่นในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการพิจารณาประเมินว่าเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และดำเนินการปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 20 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละฉบับโดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลที่ได้คือ แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลเท่ากับ 0.80 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเท่ากับ 0.84 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 0.87 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ (3อ. 2ส.) เท่ากับ 0.88 โดยค่า Cronbach's Alpha ทั้งหมดมากกว่า 0.75 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดีถึงดีมาก (สูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ, ระยะดำเนินการทดลอง, และ ระยะประเมินผล

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ศึกษาเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและสร้างเครื่องมือวิจัย

1.2 ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม

1.3 ติดต่อประสานงานหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษา

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.5 ดำเนินการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

1.6 เก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามและวัดค่าความดันโลหิต

2. ระยะดำเนินการทดลอง (ระยะเวลา 4 สัปดาห์) โดยดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson³ แบ่งเป็น 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การค้นพบสภาพจริง (Discovering Reality) สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย แนะนำโปรแกรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ และตระหนักรู้ถึงปัญหา

สัปดาห์ที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจญาณ (Critical Reflection) วิเคราะห์รูปแบบการดูแลที่ผ่านมา ระบุปัญหาอุปสรรค และสะท้อนความรู้สึก

สัปดาห์ที่ 3 การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ (Taking Charge) ร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละราย

สัปดาห์ที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ (Holding On) ติดตาม สนับสนุนการปฏิบัติ และเสริมแรงการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะประเมินผล

3.1 ประเมินผลหลังการทดลอง (Posttest) ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับช่วงก่อนทดลอง

3.2 เปรียบเทียบผลการรับรู้พลังอำนาจ
พฤติกรรมการดูแล และระดับความดันโลหิต

3.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (เช่น
ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติวิเคราะห์
(Paired
t-test, independent t-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วย
การวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป และ การทดสอบ
สมมติฐาน โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ สถิติเชิง
พรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน
(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย
(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard
Deviation) เพื่อนำเสนอคุณลักษณะของกลุ่ม
ตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์
กับผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน
โดยใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
ได้แก่ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน
ก่อนและหลัง การทดลองภายในกลุ่มเดียวกันได้แก่
คะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลพฤติกรรมการ
ดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ค่า
ความดันโลหิตของผู้สูงอายุ และ Independent
sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่ม
ทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเพื่อดูความ
แตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดจากการได้รับโปรแกรม

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์เลขที่ HE-RDI-NRRU.160/2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่ม
ทดลองมีสัดส่วนเพศหญิงมากถึงร้อยละ 86.7 ขณะที่
กลุ่มควบคุมมีร้อยละ 76.7 ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่
อยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่
อายุต่ำกว่า 40 ปี ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่
ของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับประถมศึกษา และมีความ
สัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะ สามเณร/ภรรยา หรือ
บุตร โดยกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์แบบสามเณร/
ภรรยามากที่สุด (ร้อยละ 56.7) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่
เป็นบุตร (ร้อยละ 66.7) นอกจากนี้ ระยะเวลาที่
ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10 ปี ใน
ทั้งสองกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน
โลหิตสูง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ
56.7) ขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากกว่า (ร้อยละ
60) กลุ่มผู้สูงอายุในทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง
60-70 ปี โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 และกลุ่ม
ควบคุมร้อยละ 76.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่ม
จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีสถานภาพ
สมรสเป็นคู่ครองมากกว่าครึ่งของแต่ละกลุ่ม ส่วน
จำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4-6
คน และในด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่ม
ทดลองส่วนใหญ่มีปัญหาทางสายตา เช่น ตาพร่ามัว
ขณะที่กลุ่มควบคุมประสบปัญหาการเคี้ยวอาหาร

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ
หลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนรับโปรแกรม ขณะที่
กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
แสดงว่าโปรแกรมมีผลต่อการเสริมสร้างการรับรู้พลัง
อำนาจของผู้ดูแล ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	n	ก่อนได้รับโปรแกรม	SD	หลังได้รับโปรแกรม	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	26.4	3.2	34.6	2.9	8.72	< 0.001
กลุ่มควบคุม	30	25.9	3.1	26.5	3.0	0.88	0.387

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) แสดงว่าแนวทางเสริมสร้างพลังอำนาจมี

ประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	N	ก่อนได้รับโปรแกรม	SD	หลังได้รับโปรแกรม	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	28.1	4.1	36.9	3.6	9.51	< 0.001
กลุ่มควบคุม	30	27.8	4.0	28.6	4.2	1.11	0.273

ค่าความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการดูแลโดยผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรม แสดงว่าโปรแกรมส่งผล

ทางอ้อมที่ชัดเจนในการช่วยลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	ก่อนได้รับโปรแกรม	SD	หลังได้รับโปรแกรม	SD	t	p-value
ความดัน Systolic (mmHg)	146.8	10.5	132.2	9.4	7.56	< 0.001
ความดัน Diastolic (mmHg)	92.5	6.3	84.7	5.9	6.89	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดของ Gibson³ ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม อภิปรายผลได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและสะท้อนตนเองช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในขั้นตอน "การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ" และ "การตัดสินใจเลือกแนวทาง

ปฏิบัติ" ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจบริบทของตนเอง และการลงมือปฏิบัติอย่างมั่นใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของน้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม⁷ พบว่า การเสริมพลังผู้ดูแลมีผลให้เกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองสูงขึ้น และสามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาดา สนวนุ่ม⁴ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตที่ดีขึ้นหลังรับโปรแกรม ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการควบคุมตนเองที่ดีขึ้น อันเป็นผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของผู้ดูแล ก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม อภิปรายผลได้ว่า พฤติกรรมการดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเสริมพลัง ทำให้ผู้ดูแลไม่เพียงรับรู้บทบาทของตนเอง แต่ยังสามารถนำความรู้และแนวทางที่ได้จากโปรแกรมไปประยุกต์ใช้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรดา ทองสุข และคณะ² พบว่า ผู้ที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาดา สนวนุ่ม⁴ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อภิปรายผลได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ การมีขั้นตอนกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม และการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มทดลองอาจเป็นปัจจัยหลักที่

ส่งเสริมผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม⁷ พบว่า ผลลัพธ์เช่นเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในด้าน พฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตที่ต่ำลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาดา สนวนุ่ม⁴ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและความดันโลหิตลดลงอย่างชัดเจน

จากการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีพื้นฐานจากแนวคิดของ Gibson³ พบว่า แนวทางดังกล่าวเน้นกระบวนการสร้างการตระหนักรู้ตนเอง ผ่านการทบทวนภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยผู้เข้าร่วมจะได้รับการฝึกให้ประเมินค่าความดันโลหิตของตนเอง และตระหนักถึงระดับที่เริ่มสูงขึ้น รวมถึง การฝึกฝนทักษะในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง การไตร่ตรองพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในด้านบวกและลบ และการให้เหตุผลเชิงสะท้อนผลกระทบจากการละเลยการดูแลสุขภาพ โดยมีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริมการเลือกวิถีดูแลสุขภาพอย่างมีเหตุผลและเหมาะสมกับตนเอง

ผลลัพธ์ของโปรแกรมสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรดา ทองสุข และคณะ² พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมหาดังกล่าวแล้ว มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย⁸ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หลังจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ การที่กลุ่มผู้มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามพฤติกรรมต่อเนื่อง โดยเน้นการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทาง 3อ. 2ส. ยังส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี⁹ และระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้อง

กับงานวิจัยของ เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง และบุรินทร์ ศรีศศลักษณ์¹⁰ ซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจเพื่อการป้องกันโรค มีพฤติกรรมในการป้องกันความดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. การนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในชุมชน หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง
2. การสนับสนุนบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว ควรจัดกิจกรรมอบรมสำหรับผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างทักษะ ความมั่นใจ และความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง และลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล
3. การมีส่วนร่วมของชุมชน ควรส่งเสริมให้ผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ ภาณุจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา.(2563). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สาธารณสุข.
2. วรดา ทองสุก, วรพรรณ ทิพย์วาริรมย์ และ ปิ่นหทัย สุขเมธพร.(2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;28(2):45-57.
3. Gibson, C. H.(1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing 1995;21(6):1201-10.
4. สุชาติ สอนนุ้ม.(2566). การใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลชุมชน 2566;31(1):33-47.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2565. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. [เข้าถึงเมื่อ 2568, มิถุนายน 27]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/>
6. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 2568, มิถุนายน 27]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/>
7. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม.(2560). การเสริมพลังผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560.

ร่วมในกิจกรรม เพื่อสร้างบรรยากาศสนับสนุนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายระยะเวลาศึกษา ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรม (เช่น 3-6 เดือน) เพื่อประเมินผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิตอย่างยั่งยืน
2. การเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่ เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถทั่วไปได้มากขึ้น ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาหลายตำบลหรือหลายจังหวัด
3. การเปรียบเทียบโปรแกรมอื่น อาจเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับโปรแกรมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อหากลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลกลุ่มเสี่ยง
4. การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม ควรศึกษาประสบการณ์ ความรู้สึก และมุมมองของผู้ดูแล และผู้สูงอายุผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจอุปสรรคและปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินโปรแกรมในบริบทชีวิตจริง

8. น้าทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย.(2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดีจังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;24(2):46-58.
9. สุนันทา ศรีสวัสดิ์ และชูศักดิ์ ปรานี.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;39(2):45-60.
10. เนติยา แจ่มทิม สีนีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศลักษณ์.(2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2559;22(1):65-76.