



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง

ชนกันันท์ คันธะยันต์* ศกุนตลา อนุเรือง** และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม และดัชนีมวลกาย กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

รูปแบบการวิจัย: เชิงพรรณนาสหสัมพันธ์

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ พระสงฆ์โรคความดันโลหิตสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ 84 รูป เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84, .81, .86, .87, .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและพอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษา: ประมาณ 1 ใน 3 ของพระสงฆ์ฯ เท่านั้น (ร้อยละ 38.1) ที่มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับ 4 คือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ และคงไว้ได้ แม้อยู่ในสภาวะกดดัน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาทางโลก ($r = .736$, $r = .659$, $r = .386$, $r = .295$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.765$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุป: การส่งเสริมความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์ อาจพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากการค้นพบในการศึกษานี้ เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง/ พระสงฆ์สูงอายุ/ โรคความดันโลหิตสูง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้รับผิดชอบหลัก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม)



Selected Factors Related to Patient Activation Among Older Buddhist Monks with Hypertension

Chanoknunt Kuntayunt* Sakuntala Anurung** and Siriphan Sasat***

Abstract

Objectives: To study patient activation among older Buddhist monks with hypertension and examine the relationships between depression, self-efficacy, illness perception, social support, secular education level, Dharma education level, and body mass index with patient activation.

Research Design: A descriptive correlational study.

Method: The sample included 84 hypertensive Buddhist monks aged 60 years and older who attended the medical outpatient department of a priest hospital in Bangkok, Thailand. The research instruments included a personal information form, the Thai Geriatric Depression Assessment Scale, a Self-Efficacy Perception Questionnaire, a Brief Illness Perception Questionnaire, a Social Support Questionnaire, and a Patient Activation Measure (PAM) Questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients for these instruments were .84, .81, .86, .87, and .88, respectively. Data were analyzed using means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and point-biserial correlation.

Results: Only about 38.1% of the monks exhibited a high level of patient activation (level 4), characterized by successful behavior modification and maintenance even under pressure. Factors positively associated with patient activation were self-efficacy perception ($r = .736$), illness perception ($r = .659$), social support ($r = .386$), and secular education level ($r = .295$). Depression was negatively associated with patient activation ($r = -.765$), with all findings statistically significant at the .05 level.

Conclusion: Promoting patient activation among older Buddhist monks may benefit from addressing the identified factors. These findings can inform the development of programs aimed at enhancing patient activation among older Buddhist hypertensive monks.

Keywords: Patient activation/ older Buddhist monks/ hypertension

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(3) : 38-51

Article info: received May 15, 2024; revised July 24, 2024; accepted December 3, 2024

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Chanoknunt061135@hotmail.com

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Thesis Advisor. Sakuntala.a@chula.ac.th

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Thesis Co-Advisor



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก ทัวโลกรมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกว่า 1.28 พันล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยจากสถิติรายงานว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น² ในหลายประเทศประสบความสำเร็จในการสร้างความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของกลุ่มที่ยังไม่เป็นโรคและการป้องกันโรค¹ แต่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว พบว่า สถิติการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย หากผู้ป่วยควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้จะนำสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล³ ส่งผลกระทบวงกว้างต่อระบบสุขภาพ

ประเทศไทยมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาหลัก จากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 มติที่ 7 “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” มอบหมายให้กรมอนามัยเป็นแกนหลักร่วมกับภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ปัจจุบันมีจำนวนพระสงฆ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2565 จำนวน 205,513 รูป พบว่า คณะพระสงฆ์ยังมีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระสงฆ์สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอาพาธโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2563 รายงานความชุกโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ไทย พบร้อยละ 6.7 ถึงร้อยละ 65.6⁴ ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญจนขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าร้อยละ 50 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 53 อีกทั้งปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม เช่น การเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขสูงขึ้น และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์และประสิทธิภาพการประกอบกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาลดลง

ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง (Patient Activation) การศึกษาในประเทศไทย มีการแปลจากคำศัพท์ Patient Activation เป็น “ความรับผิดชอบของผู้ป่วย” หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในที่นี้ ผู้วิจัยแปลและให้ความหมาย Patient activation เป็น “ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง” ตามแนวคิดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของ Hibbard et al. (2004) ได้ให้คำนิยามของความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยว่า การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลสุขภาพของตนเองจะเป็นจุดเริ่มต้นให้จัดการตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) ความมั่นใจ แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 (ผู้ป่วยไม่มั่นใจ ขาดความรู้ ขาดเป้าหมาย และขาดความร่วมมือในการดูแลตนเอง) ระดับ 2 (ผู้ป่วยเริ่มหาความรู้ ตั้งเป้าหมายง่าย ๆ ในการดูแลตนเองได้) ระดับ 3 (ผู้ป่วยมีเป้าหมายหลัก แต่ขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่) ระดับ 4 (ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ และคงไว้แม้อยู่ในสภาวะกดดัน) ซึ่งความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการที่มีผลต่อการพัฒนาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ทำนายพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลตนเอง การอ่านฉลากยา และรู้ฤทธิ์ของยา

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปีพ.ศ. 2555-2565 พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ และมีความพิการทั้งหมดจำนวน 26 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยในไทย 3 เรื่อง และงานวิจัยในต่างประเทศ 23 เรื่อง ปัจจัยมีดังนี้ 1) อายุพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้น



ในการดูแลตนเอง ($\beta = -0.207, p < .001$)⁷ 2) ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .471, p < .01$)⁸ 3) ภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.13, p = .025$)⁹ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .73, p < .01$)¹¹ ($r = .76, p < .001$)¹⁰ 5) การรับรู้ความเจ็บป่วย พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .282, p < .001$)¹⁰ 6) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .39, p < .01$) 7) การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = .524, p < .01$)^{8, 12} 8) ดัชนีมวลกาย พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง (95% CI = .48-10.34, $p = .032$) นอกจากนี้ในกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มผู้พิการแขนและอวัยวะส่วนบน มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง เพิ่มเติมจากการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) ระดับความปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.23, p = .01$) 2) ภาวะไร้ความสามารถ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.28, p < .01$) จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบตัวแปรที่เกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองทั้งหมด 10 ตัวแปร และมีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม ดัชนีมวลกาย ระดับความปวด ภาวะไร้ความสามารถ ตัวแปรที่ไม่เลือกมาศึกษา ได้แก่ ตัวแปรอายุ มีการศึกษาที่ชัดเจนก่อนหน้านี้ว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความ

กระตือรือร้นในการดูแลตนเอง และในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น ตัวแปรปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เนื่องจากการอธิบายบทบาทของแพทย์ที่มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย การให้ทางเลือกในการรักษา ซึ่งต่างจากบริบทการดูแลของพยาบาล ตัวแปรระดับความปวด และภาวะไร้ความสามารถ เป็นตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรมและผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และดัชนีมวลกาย ส่วนระดับการศึกษา ในบริบทของพระสงฆ์ผู้วิจัยจึงแยกออกได้เป็น ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม

ทั้งนี้ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองมีความสำคัญกับการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยสะท้อนถึงบทบาทพยาบาลในการให้ความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเองกับผู้ป่วย นำสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี⁶ การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง การกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ในประเทศไทยมีการศึกษานวนคิดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง แต่เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ของความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีนิวในทางเดินปัสสาวะ ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่พิการแขนและอวัยวะส่วนบน ซึ่งเป็นการศึกษาในประชากรทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การศึกษาเฉพาะในวัยสูงอายุยังมีน้อย ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับ



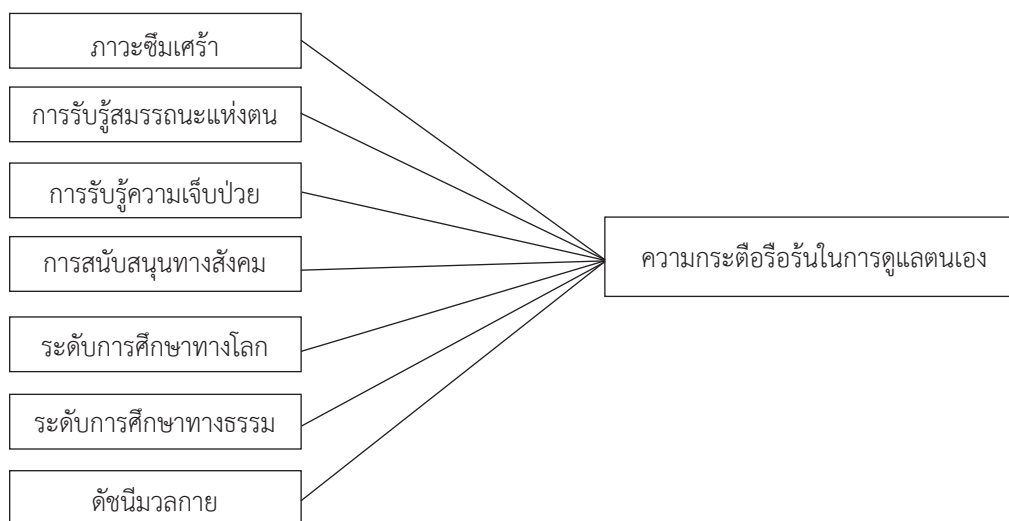
ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงยังพบปัญหาการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ทักษะในการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง อีกทั้งสถิติการอาพาธโรคความดันสูงของพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ในปี พ.ศ. 2564 เป็นอันดับ 2 รองจากโรคไขมันในเลือดสูง แต่ในปี พ.ศ. 2565-พ.ศ. 2566 พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก ด้วยช่องว่างแห่งความรู้จึงทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่ดูแลพระสงฆ์อาพาธ ได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ สนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธโรคความดันโลหิตสูง ประกอบกับองค์ความรู้ที่จะได้จากการศึกษา จะเป็นประโยชน์นำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง โดยพิจารณาตัวแปรที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ และมีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และดัชนีมวลกาย ส่วนระดับการศึกษา โดยในบริบทของพระสงฆ์จะแบ่งได้เป็นระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม และดัชนีมวลกาย กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



คำถามการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าและดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในลักษณะของการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับการรักษาอยู่ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลสงฆ์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดนัยสำคัญที่ .05 อำนาจในการทดสอบเท่ากับ .8 ยังไม่มีงานวิจัยที่ใกล้เคียง จึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางของ Cohen¹⁹ เท่ากับ .3 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power พบว่า ใช้กลุ่มตัวอย่าง 84 รูป

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ชนิด 2) สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1) มีกิจธุระเร่งด่วน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นเองโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ระดับความดันโลหิต วัดที่สถานพยาบาล ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของวันที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมารับการตรวจที่โรงพยาบาลสงฆ์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นแบบประเมินที่กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)¹⁴ แปลมาจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1982) มีทั้งหมด 30 คำถาม ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดให้ตอบ 2 คำตอบคือ ใช่-ไม่ใช่ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนนรวม 0-12 หมายถึง ปกติ คะแนนรวม 13-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนรวม 16-20 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวม มากกว่า 20 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง สำหรับงานวิจัยนี้มีค่า



วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นโดย อภินันท์ คุตระกุล (2545)¹⁵ สร้างจากแนวคิดของ Bandura (1986) Cronbach's alpha .78 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 6 ข้อ ด้านการรับประทานยา 5 ข้อ ด้านการตรวจตามนัด 2 ข้อ และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง 5 ข้อ รวมทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด ไปจนถึงระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ คือ ไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์ การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 29-145 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อของ พิมพา เทพวัลย์ (2553)¹⁶ แปลเป็นภาษาไทย จากเครื่องมือ The Brief Illness Perception Questionnaire โดย Broadbent et al. (2006) มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยดัดแปลงคำถามเหลือเพียง 8 ข้อ ตัดข้อ 9 เนื่องจากเป็นคำถามปลายเปิดไม่นำมาคิดคะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านความคิด คำถาม 6 ข้อ คำถามด้านบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5 คำถามทางด้านลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 7 2) ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ คำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 8 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-80 คะแนน

คะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social support questionnaire part 2) ของ มรุรส จันทร์แสงสี (2540)¹⁷ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) มีข้อความ 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยผู้วิจัยดัดแปลงปรับสำนวนภาษาในข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ลักษณะเครื่องมือเป็น Likert Scale 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ได้รับ” หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลยให้ 1 คะแนน จนถึง “มาก” หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตามข้อความมากให้ 4 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนน้อย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรับผิดชอบของผู้ป่วยของ สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ³ แปลเป็นภาษาไทย จากเครื่องมือ Patient Activation Measure (PAM-13) พัฒนาโดย Hibbard et al. (2005)¹⁸ โดยประเมินเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มีคำถาม 13 ข้อ โดยผู้วิจัยดัดแปลง ปรับสำนวนภาษาในข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ มีคำตอบแบบ Likert scale 4 ระดับ “ไม่เห็นด้วยอย่างมาก” ให้ 1 คะแนน ไปถึง “เห็นด้วยอย่างมาก” ให้ 4 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยการนำคะแนนที่ได้มาแปลงให้มีระดับคะแนน คือ 0-100 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง การแสดงออกในการดูแลสุขภาพของตนเองที่มากกว่า ซึ่งแบ่งได้เป็น



4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (คะแนน ≤ 47 คะแนน) บุคคลยังไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับที่ 2 (คะแนน 47.1-55.1) บุคคลยังขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ระดับที่ 3 (คะแนน 55.2-67.0) บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่ ระดับที่ 4 (คะแนน ≥ 67.1) บุคคลสามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สหสถาบันจุฬาฯ ชุดที่ 1 (IRB No. 660100) วันที่รับรอง 16 สิงหาคม 2566 ถึง 15 สิงหาคม 2567 และคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ (IRB No. 19/2566) วันที่รับรอง 22 พฤศจิกายน 2566 ถึง 22 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของการวิจัย และจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่ออนุมัติแล้วจึงดำเนินการยื่นขอจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลสงฆ์

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อกำหนดวันเวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเข้าพบพระสงฆ์อาพาธที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ด้วยตนเอง สอบถามข้อมูลการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

3.2 ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับพระสงฆ์อาพาธที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย

3.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อความถาม แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้หรือมองไม่ชัด ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เวลาการเก็บข้อมูลในพระสงฆ์แต่ละรูปใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้



1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับความดันโลหิตวัดที่สถานพยาบาล BMI นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก BMI โดยสถิติ Pearson's Product Moment correlation วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาทางธรรม โดยสถิติ Point biserial correlation กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง นัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.19) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.43) มีจำนวนพรรษามากกว่า 20 พรรษา กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.67) มีระดับ

การศึกษาทางโลกในระดับประถมศึกษา ส่วนการศึกษาทางธรรม ร้อยละ 45.24 เป็นนักธรรมชั้นเอก กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในอ้วนระดับ 1 (BMI 25-29.9) ร้อยละ 40.48 กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสามมีระดับความดันโลหิตวัดที่สถานพยาบาลอยู่ในระดับ Isolated systolic hypertension (ISH) (SBP $\geq$ 140 และ DBP < 90) ร้อยละ 35.71

2. พระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.1 (จำนวน 32 รูป) มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับ 4 (บุคคลปรับตัวแสดงพฤติกรรมสุขภาพใหม่และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียด) รองลงมาคือ ระดับ 3 (บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออกในการดูแลสุขภาพ) ระดับ 2 (บุคคลขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ) และระดับ 1 (บุคคลไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง) (ร้อยละ 36.90, 22.62, 2.38 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง (n = 84)

ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ระดับที่ 1 บุคคลไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง (คะแนน $\leq$ 47)	2	2.38	45.19	1.36
ระดับที่ 2 บุคคลขาดความรู้พื้นฐาน ไม่เข้าใจปัญหาสุขภาพ คำแนะนำการดูแลสุขภาพ (คะแนน 47.1-55.1)	19	22.62	51.22	2.15
ระดับที่ 3 บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออก (คะแนน 55.2-67.0)	31	36.90	60.42	3.36
ระดับที่ 4 บุคคลสามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่และคงไว้แม้ในภาวะเครียด (คะแนน $\geq$ 67.1)	32	38.10	76.02	8.68
โดยรวม	84	100	63.92	11.82



ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ภาวะซึมเศร้า	1							
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.569*	1						
3. การรับรู้ความเจ็บป่วย	-.552*	.525*	1					
4. การสนับสนุนทางสังคม	-.264*	.343*	.153	1				
5. ระดับการศึกษาทางโลก	-.307*	.163	.219*	.130	1			
6. ระดับการศึกษาทางธรรม	-.059	.017	.062	.042	.129	1		
7. ดัชนีมวลกาย	-.038	.085	.159	.131	-.049	-.007	1	
8. ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง	-.765*	.736*	.659*	.386*	.295*	.008	.070	1

*p-value < .05

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาทางโลก $p < .05$ ($r = .736$, $r = .659$, $r = .386$, $r = .295$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r = -.765$) ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูง มี 5 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาทางโลก สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษาทางธรรม และดัชนีมวลกาย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .736$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า พระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความ

ดันโลหิตสูงที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น จะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูงขึ้น เนื่องด้วยบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการและดำเนินการ จะนำมาซึ่งการแสดงพฤติกรรมออกมา เป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ Mirmazhari et al. (2022)¹⁰ ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะสูงขึ้น และระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูงขึ้น

2. การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .659$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า พระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตตนเองมาก จะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูง เนื่องด้วยการรับรู้ความเจ็บป่วยอาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา การรับรู้ความเจ็บป่วยรวมถึงอารมณ์ด้านลบที่ลดลงเมื่อการรักษาดำเนินไปและผู้ป่วย



ปรับตัวได้แล้ว ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2019)¹¹ ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยสูงขึ้น ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะสูงขึ้น

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .386$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ด้านความรู้ ด้านทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง เนื่องด้วยเมื่อบุคคลได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความเอาใจใส่ และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จะทำให้ความกระตือรือร้นในการดูแลสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu et al. (2022)⁸ และ Tang et al. (2022)¹² พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

4. ระดับการศึกษาทางโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .295$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า เมื่อพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการศึกษาทางโลกสูงขึ้น จะมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูง เนื่องด้วยเมื่อการศึกษาที่สูงขึ้น ผู้ป่วยจะเรียนรู้ได้ดีขึ้น เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคได้ดียิ่งขึ้น รู้บทบาทสำคัญในการจัดการกับโรค และมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu et al. (2022)⁸ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน

5. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.765$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

พบว่า พระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเครียดสูงจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองต่ำ เนื่องด้วยภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวังไร้ค่า จึงมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Zakeri et al. (2021)⁹ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

6. ระดับการศึกษาทางธรรมไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องด้วยการศึกษาทางธรรมเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพระพุทธศาสนา ด้านหลักธรรม พุทธประวัติ และพระวินัย ซึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องของความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิศร์ วุฒิสักดิ์สกุล (2561) พบว่า ระดับการศึกษาทางธรรมไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเกิดจากการที่พระสงฆ์สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองมาก

7. ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องด้วยวิถีชีวิตพระสงฆ์ที่ประกอบอาหารฉันเองไม่ได้ ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวขัดพระธรรมวินัย แต่ยังมีกิจกรรมทางกาย เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เดินจงกรม การเดินบิณฑบาต พระสงฆ์จึงมีดัชนีมวลกายสูง และเมื่อดัชนีมวลกายสูงขึ้น ไม่ได้ส่งผลให้ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองลดลง อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์นอกจากดัชนีมวลกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al. (2022) พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุน



ทางสังคม ระดับการศึกษาทางโลก และภาวะซึมเศร้า ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปจัดจจัยเหล่านี้ไปพัฒนาแนวทางในการดูแลพระสงฆ์สูงอายุอาพาธโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง การคัดกรองและจัดการกับภาวะซึมเศร้าในพระสงฆ์ เป็นต้น ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้คงไว้ได้แม้ในภาวะเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ได้แก่ การศึกษามุมมองและปัญหาของพระสงฆ์ในการกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

References

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization [Internet]; 2021 [cited 2022 Dec17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Aekplakorn W, editor. The Sixth survey of Thai people's health by physical examination 2019-2020. Bangkok: Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital [Internet]; 2021. 360 p. [cited 2022 Apr 2]. Available from: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/sreport6/sreport6_full.pdf. (In Thai).
3. Schmaderer MS, Zimmerman L, Hertzog M, Pozehl B, Paulman A. Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients. West J Nurs Res [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2022 Dec 17]; 38(10):1335-53. doi-org.chula.idm.oclc.org/10.1177/01939 45916 651264.
4. Jeamjitvibool T, Tankumpuan T, Lukkahatai N, Davidson PM. Noncommunicable diseases and social determinants of health in Buddhist monks: An integrative review. RINAH [Internet]. 2022 Feb 5 [cited 2022 Dec 17];45(2):249-60. doi-org.chula.idm.oclc.org/10.1002/nur.22215.
5. Choocherd S. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centred care and quality of life in patients with coronary artery bypass graft surgery [Thesis]. Mahidol university; 2015. 177 p. (In Thai).
6. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. Health Serv Res [Internet]. 2004 Aug 1 [cited 2022 Dec 17]; 39 (4p1): 1005-26. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x. PMID: 15230939; PMCID: PMC1361049.



7. Wilkinson TJ, Memory K, Lightfoot CJ, Palmer J, Smith AC. Determinants of patient activation and its association with cardiovascular disease risk in chronic kidney disease: A cross-sectional study. *Health Expect* [Internet]. 2021 Jun [cited Dec 17]; 24(3): 843-52. doi: 10.1111/hex.13225. Epub 2021 Apr 9. PMID: 33835670; PMCID: PMC8235879.
8. Zhu Y, Song Y, Wang Y, Ji H, Wang D, Cai S, et al. Relationships among social support, self-efficacy, and patient activation in community-dwelling older adults living with coronary heart disease: A cross-sectional study. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2022 Nov-Dec [cited Dec 17]; 48: 139-44. doi: 10.1016/j.gerinurse.2022.09.008. Epub 2022 Oct 8. PMID: 36219932.
9. Zakeri MA, Dehghan M, Ghaedi-Heidari F, Zakeri M, Bazmandegan G. Chronic patients' activation and its association with stress, anxiety, depression, and quality of life: A survey in Southeast Iran. *Biomed Res Int* [Internet]. 2021 Mar 25 [cited Dec 17]; 6614566. doi: 10.1155/2021/6614566. PMID: 33834068; PMCID: PMC8018869.
10. Mirmazhari R, Ghafourifard M, Sheikhalipour Z. Relationship between patient activation and self-efficacy among patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *Ren Replace Ther* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2022 Dec 17]; 8(1): 1-11. doi-org.chula.idm.oclc.org/10.1186/s41100-022-00431-6.
11. Kim S, Kim E, Ryu E. Illness perceptions, self-care management, and clinical outcomes according to age-group in Korean hemodialysis patients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Nov 13 [cited 2022 Dec 17]; 16(22): 4459. doi: 10.3390/ijerph16224459. PMID: 31766240; PMCID: PMC6888085.
12. Tang T, Dou B, Zha HX, Tao LS, Gu ZJ, Liu KY, Xie WP. Factors related to activation in Chinese patients with Chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional survey study. *J Nurs Res* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited Dec 17]; 30(3): e209. doi: 10.1097/jnr.0000000000000491. PMID: 35471203.
13. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centred care and quality of life in patients with coronary artery bypass graft surgery. *J Nurs Sci*. 2016; 34(2): 94-106.
14. Train the Brain Forum Thailand. Thai Geriatric Depression Scale. *Siriraj Hosp Gaz*. 1994; 46(1): 1-9. (In Thai).
15. Kutrakul A. Perceived self-care efficacy of hypertensive patients in Sansai hospital San Sai District [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002. 45 p. (In Thai).
16. Thepphawan P. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in prediction decision making for receiving treatment among



- patients with acute coronary syndrome [thesis]. Mahidol University; 2010. 99 p. (In Thai).
17. Junsangsri M. Relationship between personal factors, perception of health status, social support and activities of elderly in Rongmuang sub-district Pathumwan, Bangkok metropolis [thesis]. Chulalongkorn University; 1997. 120 p. (In Thai).
18. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. Health Serv Res [Internet]. 2005 Dec [cited Dec 17]; 40(6 Pt 1): 1918-30. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x. PMID: 16336556; PMCID: PMC1361231.
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic