

# บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร\*

EFFECTS OF SELF-CARE PROMOTING PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIOR AMONG  
OLDER ADULTS WITH UNCONTROLLED HYPERTENSION IN BANGKOK METROPOLITAN

กชกร ธรรมนำสีล \*\*

ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ \*\*\* พัชรพร เกิดมงคล \*\*\* จินตนา อาจสันติยะ \*\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60-79 ปี มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 2 ชุมชน เขตเมือง กรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มทดลอง ( $n = 30$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบ ( $n = 30$ ) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเอง ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ การจัดการตนเอง การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนผลของการประยุกต์ทฤษฎีความรู้ในการดูแลตนเอง ต่อการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตเมืองอื่นๆและนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครสาธารณสุขในการกำกับติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษา ความคงทนของพฤติกรรม และผลลัพธ์ระยะยาวของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้และโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ/ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้/ การดูแลตนเอง

---

ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑาพร กมลารักษ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

\*\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

### ABSTRACT

This quasi-experimental study was conducted to evaluate self-care behavior among community-dwelling older adults with uncontrolled hypertension. A total of 60 subjects, and 60-79 years old with blood pressure over 140/90 mmHg within past 6 months, who met inclusion criteria and lived in the two communities in Bangkok metropolitan, were randomly assigned to be in an experimental (n = 30) and a comparison groups (n = 30). The experimental group received a 6-week self-care promoting program, consisting of health education and skill training regarding hypertension, self - management, and complication prevention; home visit; weekly telephone follow-up; and group discussion. The comparison group received regular services from the same primary health care center. Data were collected by the researcher using questionnaires before and after the intervention.

According to t-test analysis, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores of self-care behavior than before the intervention, and those in the comparison group (p-value < .001).

The findings support that the self-care promoting program, in applying the Self-care Deficit Nursing Theory, can increase self-care behavior among older adults with uncontrolled hypertension. A community nurse practitioner should apply this program to promote self-care among older adults with other chronic diseases in other urban communities. In addition this program can be applied for elderly leader groups and village health volunteer for monitoring chronic disease in community. A further study should examine the retention of self-care behavior and the long term effects of the program among older adults with uncontrolled hypertension and other chronic disease.

**Keywords:** Elderly/ Uncontrolled Hypertension/ Self-care

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ถึง 970 ล้านคน โดยองค์การอนามัยโลกคาดว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1,560 ล้านคน (WHO, 2012) สำหรับประเทศไทย พบว่ามีอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

จาก 259 เป็น 1,571 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543-2555 ซึ่งถือว่าอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่า 6 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 โดยกลุ่มที่รักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า

140/90 มิลลิเมตรปรอทไม่ได้ ถึงร้อยละ 24.03 มีอัตราความชุกในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบทโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีอัตราความชุก (ร้อยละ 29.8) (วิชัย เอกพลากร, 2553)

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ถูกต้องและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ จะมีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจตามมา (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจห้องล่างซ้ายโต ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดแดงส่วนปลายผิดปกติ จอประสาทตาเสื่อม (จันทนา รัตนวิชัย, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดการแตกและอุดตัน 3-5 เท่า (จันทนา รัตนวิชัย, 2552) ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะจากการพิการ ปีละ 600,000 คน (ร้อยละ 6 ของ DALYs) ทำให้เสียชีวิตประมาณปีละ 70,000 ราย (ร้อยละ 18) ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนา หลักประกันสุขภาพไทย, 2552) มีอัตราการตายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 37.9 ต่อแสนประชากร (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2555)

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ถูกต้อง โดยระดับบุคคล ยังคงรับประทานยาที่ผ่านการหมักดอง อาหารรสเค็ม (สิรินาถ คำใจหนัก, 2548; สมณา สัมฤทธิ์วัฒนาสัย, 2550) ส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอเนื่องจากรู้สึกอ่อนเพลีย (วิมุตขพรรณ ไชยชนะและหทัยรัตน์ นิยมาศ, 2550) มีปัจจัยด้านการรับรู้สภาพปัญหาเนื่องจากขาดความรู้ในการใช้ยา การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การรับประทานยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ร้อยละ 20 ปรับลดขนาดยาลดความดันโลหิต

ด้วยตนเอง (สุรภี ปิ่นอำพล, 2550) ขาดความตระหนักเนื่องจากไม่มีความรู้และไม่สนใจค่าความดันโลหิตที่วัดได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่สม่ำเสมอในด้าน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การพบแพทย์ ตามนัด (Boonchun et al., 2011)

การศึกษาที่ผ่านมา งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษา ในกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไป มีส่วนน้อยที่ศึกษาเฉพาะใน กลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (ดลรัตน์ รุจิวัฒนกร, 2553; จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธักดิ์ และชีวรัตน์ ต่ายเกิด, 2555; สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิรา บุญประดิษฐ์, 2555; ณัฐสุรารค์ บุญจันทร์ ปรางทิพย์ อุจะรัตน, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และนิตยา มีหาดทราย, 2554) กิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้ แบบรายกลุ่ม ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษาพร้อม ติดตามเยี่ยมบ้าน (จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธักดิ์ และชีวรัตน์ ต่ายเกิด, 2555; วราภรณ์ เพ็งพุด, 2554; ณัฐริสา ประสาทแก้ว, 2555; เสาวณีย์ ขวานเพชร, พัทธานี ภาวตุล, มันทนา ประทีปะเสน, นิรุตต์ อิมานี และฉวีวรรณ บุญสุยา, 2554; Gbenga et al, 2009) และส่วนใหญ่เน้นการให้สุขศึกษาในสถานบริการ มีงานวิจัยเพียงส่วนน้อยที่ทำการศึกษาในชุมชนที่เน้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (พัชรากัญท์ ไชยสังข์, 2553; ดลรัตน์ รุจิวัฒนกร, 2553; วราภรณ์ เพ็งพุด, 2554; เพ็ญศิริ สิริกุล, 2553; จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธักดิ์ และชีวรัตน์ ต่ายเกิด, 2555) จากกิจกรรม ดังกล่าวที่เน้นการให้ความรู้แบบรายกลุ่มยังไม่ เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การเรียนรู้ ในผู้สูงอายุต้องมีการผสมผสานการให้ความรู้แบบ รายกลุ่มร่วมกับรายบุคคล พร้อมทั้งชี้แนะร่วมกับการ ฝึกทักษะที่จำเป็น จะทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมได้ โดยมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ในการดูแลตนเองของโอเรม เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงต้องการการดูแลจากพยาบาลในส่วนที่ยังพ่องอยู่ โดยใช้กลวิธีด้านการสอน ชี้แนะ แนะนำ สนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ประยุกต์ให้เหมาะสมเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มและรายบุคคลร่วมกับการฝึกทักษะที่บ้านในสถานที่คุ้นเคย ทำซ้ำในช่วงเวลาสั้นๆ เพื่อทบทวนความจำ จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองในชุมชน ให้เหมาะสมเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยนำทฤษฎีความรู้ในการดูแลตนเองของโอเรม มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง ให้ความรู้จากการชมวีดิทัศน์และสไลด์ประกอบการบรรยาย มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการดูแลตนเอง 2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคล และคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 3) การสร้างเสริมพฤติกรรมในการดูแล

ตนเองที่จำเป็น 6 ด้าน มีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ การกำกับตนเอง ประเมินผล ให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยหรือปัญหาความพ่อง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาหรือแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

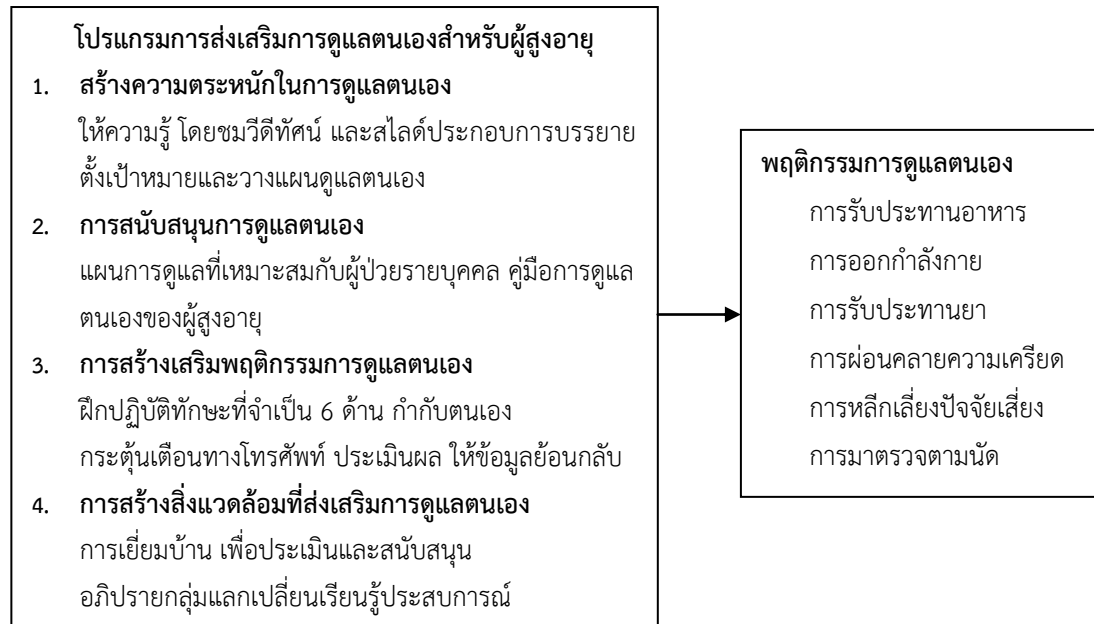
### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิด

### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two groups pre - posttest)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60-79 ปี โดยการสุ่มเลือกพื้นที่จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) และสุ่มเลือกชุมชนแบบเฉพาะเจาะจง 2 ชุมชน ในเขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G power 3.1 (Faul et al, 2009) ได้จำนวน 25 คน และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน รวมเป็น 60 คน จากการประชาสัมพันธ์โครงการมีผู้สนใจเข้าร่วม

โครงการทั้งสิ้นจำนวน 82 คน มีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเลือกทั้งสิ้น จำนวน 66 คน กลุ่มทดลอง มีจำนวน 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวน 34 คน เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ อยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 6 เดือน มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีคะแนนสมรรถภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ สมัครใจเข้าร่วมโครงการและร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง เมื่อสิ้นสุดการทดลองได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน คือ**

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mental state examination-Thai: MMSE-Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) โดยใช้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน

บ่งบอกว่า มีการสูญเสียการทำหน้าที่เกี่ยวกับปัญญา และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) ในงานวิจัยนี้มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีระดับคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้พร้อมในการดูแลตนเองของ โอเรม (Orem, 2001) คู่มือ “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง” แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ คู่มือสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

**ส่วนที่ 3** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือประเมินสภาวะร่างกาย (ซึ่งน้ำหนัก รอบเอว ส่วนสูง วัดความดันโลหิต)และแบบสัมภาษณ์ สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยส่งโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 38 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ รายได้ อาศัยอยู่กับใคร ใครเป็นผู้ดูแล ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพ

2) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด คำถามแบบมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ จาก 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) ถึง 4 (ปฏิบัติเป็นประจำ) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 18 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha = 0.76

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองทั้งหมด 6 สัปดาห์ มีกิจกรรมกลุ่มใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งใช้เวลา 45-60 นาทีต่อหลังคาเรือน และติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินสภาวะร่างกาย ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง (แบบสัมภาษณ์ก่อนได้รับกิจกรรม) (รายบุคคล)

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม (กลุ่มละ 5-10 คน) ดำเนินกิจกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มี 2 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ดูวีดิทัศน์ “มฤตยูเงียบโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน” สไลด์ประกอบคำบรรยาย “การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง” อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่นร่วมกัน 2) ฝึกทักษะปฏิบัติในการดูแลตนเองด้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ออกกำลังกายโดยการบริหาร 14 ท่า การหายใจผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด พร้อมรับคู่มือในการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมบ้าน (รายบุคคล) พร้อมประเมินระดับความดันโลหิต ร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 4-5 ติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมกลุ่ม (กลุ่มละ 5-10 คน) ประเมินสภาวะร่างกาย ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง (แบบสัมภาษณ์หลังได้รับกิจกรรม) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย สรุปผล

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2014-192) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และแจ้งสิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที ก่อนทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปร (พฤติกรรม การดูแลตนเอง) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

#### ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ลักษณะส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > .05$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) โดยในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 71.7 ปี อายุต่ำสุด 61 ปี อายุสูงสุด 79 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 71.2 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 79 ปี ในกลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย (ร้อยละ 46.7) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรส หม้าย (ร้อยละ 50.0) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 63.3 และ 50.0 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 73.3) กลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 80.0) รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากคนในครอบครัว บุตร หลาน หรือญาติ ในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 90.0) กลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 86.7) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในกลุ่มทดลองเท่ากับ 2,080.00 บาท และกลุ่มเปรียบเทียบ มีรายได้เฉลี่ย 2,933.30 บาท ประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 9.7 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 8.6 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 53.3 และ 43.3 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test ( $n = 60$ )

| พฤติกรรม การดูแลตนเอง | กลุ่มทดลอง |     | กลุ่มเปรียบเทียบ |     | t    | p-value |
|-----------------------|------------|-----|------------------|-----|------|---------|
|                       | $\bar{X}$  | S.D | $\bar{X}$        | S.D |      |         |
| ก่อนการทดลอง          | 54.0       | 4.2 | 52.4             | 5.9 | 1.3  | 0.106   |
| หลังการทดลอง          | 68.1       | 2.3 | 50.3             | 5.1 | 17.4 | < .001  |

**ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง**

ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = .106$ )

หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test ( $n = 60$ )

| พฤติกรรมการดูแลตนเอง   | กลุ่มการทดลอง    |                  | หลังการทดลอง     |                  | p-value         |                 |
|------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
|                        | ทดลอง            | เปรียบเทียบ      | ทดลอง            | เปรียบเทียบ      | ทดลอง           | เปรียบเทียบ     |
|                        | $\bar{X}$<br>S.D | $\bar{X}$<br>S.D | $\bar{X}$<br>S.D | $\bar{X}$<br>S.D | t               | t               |
| <b>คะแนนรวม</b>        | 54.0<br>(4.2)    | 52.4<br>(5.9)    | 68.1<br>(2.3)    | 50.3<br>(5.1)    | <.001<br>(16.1) | <.001<br>(-4.1) |
| <b>รายด้าน</b>         |                  |                  |                  |                  |                 |                 |
| ออกกำลังกาย            | 8.6<br>(2.4)     | 8.7<br>(2.6)     | 14.4<br>(1.3)    | 7.8<br>(1.9)     | <.001<br>(11.3) | 0.002<br>(-3.1) |
| รับประทานอาหาร         | 14.9<br>(2.2)    | 13.2<br>(2.1)    | 18.6<br>(0.8)    | 12.2<br>(2.2)    | <.001<br>(10.1) | <.001<br>(-4.6) |
| ผ่อนคลายความเครียด     | 6.3<br>(1.1)     | 6.1<br>(1.0)     | 7.6<br>(0.8)     | 5.9<br>(0.8)     | <.001<br>(7.3)  | 0.003<br>(-2.9) |
| มาตรวัดตามนัด          | 6.7<br>(1.4)     | 6.8<br>(1.1)     | 8.0<br>(0.2)     | 7.1<br>(1.0)     | < .001<br>(5.0) | 0.007<br>(2.6)  |
| รับประทานยา            | 10.6<br>(2.1)    | 10.1<br>(2.2)    | 11.8<br>(0.7)    | 10.1<br>(2.2)    | 0.002<br>(3.1)  | 0.21<br>(0.8)   |
| หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง | 7.1<br>(1.1)     | 7.4<br>(0.8)     | 7.7<br>(0.4)     | 7.2<br>(0.9)     | 0.002<br>(3.0)  | 0.011<br>(-2.4) |

**ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง**

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่ม

เปรียบเทียบ ภายหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ )

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง คือ จาก 54.0 เป็น 68.1 คะแนน และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired  $t$  - test พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมและแต่ละด้านภายหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม ลดลงจากก่อนทดลอง คือ จาก 52.4 ลดลงเหลือ 50.3 คะแนน และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p\text{-value} = .21$ ) ส่วนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด หลังการทดลองมีคะแนนลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จากการได้รับความรู้จากสื่อสถานการณ์จริงจากสื่อสาธารณะ แสดงถึงความพร้อมในการดูแลตนเองที่เป็นตัวแบบด้านลบเป็นสื่อ

ในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ถึงความน่ากลัวของโรค โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลเกิดความกลัวในระดับสูงจะส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มากกว่าบุคคลที่มีความกลัวเพียงเล็กน้อย (Boer & Seydel, 1998) และสไลด์ประกอบคำบรรยาย ทำให้เกิดกระบวนการคิดและคาดการณ์ (Estimative) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น เห็นผลดี ผลเสียของการดูแลตนเองสอดคล้องกับการจัดกระบวนการเรียนรู้จากปัญหาและเน้นการมีส่วนร่วมในผู้ใหญ่ของโนเวล (Knowles, 1978) ซึ่งกล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะเรียนรู้จากปัญหาสถานการณ์จริง และเน้นการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเรียนรู้ อีกทั้งกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการดูแลตนเองเกิดการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transitional) สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ เพ็งพุด (2547) การให้ความรู้และกิจกรรมแบบกลุ่ม ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การตั้งเป้าหมาย เพื่อการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ทำให้มีความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติ และนำมาสู่การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ถาดแสง (2554) การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผัก ทัศนคติการตั้งเป้าหมาย พบว่า มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้วิจัยได้แสดงบทบาทพยาบาลในการให้ความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อ การสนับสนุนคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและอุปกรณ์การดูแลตนเอง การสร้างเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยการสาธิตร่วมกับให้กลุ่มตัวอย่างฝึก

ทักษะที่จำเป็น 6 ด้าน มีการฝึกทักษะแบบรายกลุ่ม และรายบุคคล เน้นการทำซ้ำในช่วงเวลาสั้นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุทบทวนกิจกรรม เพิ่มการจดจำ มีการกำกับตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะ ให้ข้อมูลป้อนกลับ รายบุคคลจะช่วยผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม (Orem, 2001) มีการกระตุ้นเตือนทั้งทางโทรศัพท์และมีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองโดยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อเนื่อง ภายใต้บริบทที่เป็นบ้านของกลุ่มตัวอย่างจะจะทำให้สามารถนำมาปฏิบัติได้ง่ายขึ้นเหมาะสมกับชุมชนเขตเมือง คำนึงกับสถานที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกจะสามารถนำมาใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันสอดคล้องกับพัชรภักดิ์ ไชยสังข์ (2553) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการให้ความรู้ ใช้กระบวนการกลุ่ม ระดมความคิด สาธิตการทำอาหาร การรับประทาน ยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และฝึกปฏิบัติร่วมกัน ติดตามเยี่ยมบ้าน สนับสนุนให้กำลังใจ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม เชื่อว่า บุคคลจะเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง และกระทำอย่างต่อเนื่อง ต้องมาจากระบวนการเรียนรู้ ผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรอง เพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคคลที่ดูแลตนเองได้ ย่อมแสดงว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถสอดคล้องหลักการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถจะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Orem, 2001)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองไปใช้ในชุมชนเขตเมือง และประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องใช้ความต่อเนื่องในการรักษาและดูแลสุขภาพ อาจมีความท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จนกระทั่งเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนได้

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรจัดโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยกำหนดบทบาทด้านการสอนและการกำกับติดตาม ให้สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านภายในชุมชนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในเบื้องต้นเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของโปรแกรม ความคงทนของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวต่อไป ควรเพิ่มแบบประเมินผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การวัดคุณภาพชีวิต ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ เป็นต้น

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการดูแลตนเอง ในด้านอาหาร การรับประทานยา การปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง เพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองที่ยั่งยืน

3. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และที่เข้าโครงการแล้วไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ให้ได้รับการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องในรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- จันทนา รัตนฤทธิชัย. (2552). ภาวะความดันโลหิตสูงในลิวรรณ อนุนาภิรักษ์, จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสสมณท์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (หน้า 394-404). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธักดิ์, และชีวิรัตน์ ต่ายเกิด. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง น้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *รวมาธิบัติวารสาร*, 18(2), 223-235.
- ณัฐริรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(3), 19-31.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, ปรางทิพย์ อุจะรัตน, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และนิตยา มีหาดทราย. (2554). ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.

*วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29 (ฉบับเสริม 2), 93-102.

- ดลรัตน์ รุจิวัฒนากร. (2553). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิต ในผู้เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาศ ถาดแสง. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พัชรภรณ์ ชัยสังข์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเลี้ยวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 14(27), 21-36.
- เพ็ญศิริ สิริกุล, ชัยลิขิต สร้อยเพชรเกษม, และเสริม ทศศรี. (2553). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 2(3), 34-49.

- วรารณณ์ เฟื่องฟูด. (2547). ผลของการสนับสนุน และให้ความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา วิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เอกพลากร(บรรณาธิการ). (2553). รายงาน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์.
- วิมุตขพรรณ ไชยชนะ, และหทัยรัตน์ นิยมาศ. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข, 1(2), 92-98.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). การเปลี่ยนแปลงทาง กายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิต วิญญาณในผู้สูงอายุ. ในจินทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 51-82). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ภาวะความดัน โลหิตสูง. ในวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์การ พยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). แบบทดสอบ สภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ ไทย (สวปก.). (2552). บทความปัญหา สุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2555, [http://www.hisro.or.th/main/?name= knowledge&file=readknowledge&id](http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. (2555). จำนวนและอัตรา ผู้ป่วยใน/ตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2544-2555. สืบค้นเมื่อ 26 กันยายน 2556, <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สิรินาถ คำใจหนัก. (2548). การดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลลำ จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญทางเวช ศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์แห่งมหาวิทยาลัย.
- สุนทรีย์ คำเพ็ง และอริรา บุญประดิษฐ์. (2555). ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริม สุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะ งาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. วารสาร พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 112-123.
- สุนา สัมฤทธิ์วิวัฒนาสัย. (2550). การพัฒนา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ตำบลท่าข้าม อำเภอกำย บางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพุทธศาสตร์ การพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- สุรภี ปิ่นอำพล. (2550). การเกาะติดการรักษาและ ผลทางเวชกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(2), 222-228.

- เสาวณีย์ ขวานเพชร, พัชรานิ ภัตกุล, มันทนา  
ประทีปเสน, นิรัตน์ อิมานี และฉวีวรรณ  
บุญสุยา. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริม  
โภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ  
สาเหตุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่น  
ชัย จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา  
สตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)  
สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Boer, H. & Sedel, E.R. (1998). *Predicting  
health behavior Research and  
Practice with Social Cognition  
Models* (95-118). Hong Kong: Open  
University Press.
- Boonchun N., et al. (2011). Effects of an  
Empowerment Program on Self-care  
Agency for Elders with Hypertension.  
*Journal of Nursing Science*, 29(2),  
93-102.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang,  
A.-G. (2009). Statistical power  
analyses using G\*Power 3.1: Tests  
for correlation and regression  
analyses. *Behavior Research  
Methods*, 41, 1149-1160.
- Gbenga, O., et al. (2009). Counseling  
African Americans to Control  
Hypertension (CAATCH) Trial A  
multi-level Intervention to improve  
Blood Pressure Control in  
Hypertensive Blacks. *Cir Cardiovasc  
Qual Outcomes*, 2, 249-256.
- Knowles, M.S. (1978). *Modern Adult  
Learning Theory*. San Francisco:  
Jossey Bass Publishers.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concept of  
practice* (6<sup>th</sup> ed). St. Louis, MO:  
Mosby Year Book.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing  
research: Generating and assign  
evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup>  
ed). Philadelphia: Lippincott.