

Effects of an Empowerment Program on Self-care Agency for Elders with Hypertension *

Naturang Boonchun, Prangtip Ucharattana, Wattana Punsakd,
Nittaya Meehardsai

Corresponding author:

N. Boonchun

E-mail: nsnbc@mahidol.ac.th

Naturang Boonchun RN MS

Assistant Professor

*Department of Fundamental Nursing
Faculty of Nursing, Mahidol University,
Bangkok, Thailand*

Prangtip Ucharattana RN MA

Associate Professor

*Department of Fundamental Nursing
Faculty of Nursing, Mahidol University,
Bangkok, Thailand*

Wattana Punsakd RN MS

Associate Professor

*Department of Fundamental Nursing
Faculty of Nursing, Mahidol University,
Bangkok, Thailand*

Nittaya Meehardsai RN BNS

Health Care Center 29,

*Choung Nuchanatr,
Bangkok Metropolitan Administration,
Thailand*

** This research project is supported by
Mahidol University.*

Abstract

Purposes: The objectives of this action research study were to develop an empowerment program to increase self-care agency in elders with uncontrollable hypertension and to examine the effects of the program.

Design: Action research.

Methods: A total of 78 elders with uncontrollable hypertension were recruited using convenience sampling. Exclusion criteria were paralysis, critical heart disease, renal failure, and any condition inhibiting self care. A practice guideline based on Gibson's process of empowerment was developed for use in the program which consisted of self respect, problem analysis, reflection, goal setting, supportive planning, evaluation and self-care behavior. The subjects joined the empowerment groups 3 times. Data analysis using descriptive statistics and t-test were performed for quantitative data, and content analysis for qualitative data.

Main findings: Elders' self-care behaviors between pre and post program enrollment were significantly different ($p < .05$). Blood pressure was significantly decreased after program enrollment ($p < .05$). Content analysis was revealed that elders were not aware of high blood pressure, lacked of knowledge, and depended on physicians' orders. After the program, the subjects' self-care behaviors were positively changed with, for example, increased awareness of diet control and daily exercise, increased participation in elder's group activities for reducing stress, and consistently self-monitoring in medication use.

Conclusion and recommendations: The use of an empowerment program to develop self-care agency can increase self care behaviors and reduce blood pressure in elders. The program should be applied in primary health care settings to empower the elders for controlling their blood pressure effectively.

Keywords: Development of self-care agency, elders, hypertension, self-care behavior

ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง *

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ นิตยา มีหาดทราย

Corresponding author:

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์

E-mail: nsnbc@mahidol.ac.th

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ วท.ม.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์ ค.ม.

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ วท.ม.

รองศาสตราจารย์

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิตยา มีหาดทราย พย.บ.

ศูนย์บริการสาธารณสุข 29

ช่วง นุชนคร กรุงเทพมหานคร

* ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 78 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ โรคหัวใจระยะรุนแรง โรคไตวายและอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยเป็นแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson ประกอบด้วย การเคารพในความเป็นบุคคล วิเคราะห์ปัญหา สะท้อนคิด ตั้งเป้าหมาย วางแผนสนับสนุนและติดตามประเมินผล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น 3 ครั้ง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบค่าที่ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการจัดกลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าโครงการฯ แตกต่างจากคะแนนก่อนเข้าโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการ ($p < .05$) การวิเคราะห์ด้านเนื้อหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่สม่ำเสมอ ไม่มีความรู้และไม่สนใจค่าความดันโลหิตที่วัดได้ หวังพึ่งแพทย์ในการควบคุมความดันโลหิตเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร การเห็นความสำคัญและแบ่งเวลาในการออกกำลังกาย การคลายความเครียดโดยการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และการตรวจสอบการใช้ยาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

สรุปและข้อเสนอแนะ: การใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรนำโครงการการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองไปใช้ในระดับปฐมภูมิ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังอันดับแรกที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.1 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในเพศชายและหญิง กลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 และ 45 ตามลำดับ และมีเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนถึงร้อยละ 61.7 และ 57.4 ของ เพศชายและหญิงในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 43.13 ไม่ได้รับการวินิจฉัย และร้อยละ 7.2 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 25.66 ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมได้ และร้อยละ 24.03 ได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอทไม่ได้ การที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด^{2,3} เป็นสาเหตุการตายหรือทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเป็นภาวะแก่ครอครว และต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ดังนั้นหากสามารถควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท จะทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย

ปัจจัยสำคัญของผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง Lee⁴ ได้ศึกษาถึงความตระหนักเกี่ยวกับความดันโลหิตของตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ดี อายุระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 276 คน พบว่า ผู้ที่สอบถามการนัดครั้งต่อไปร้อยละ 90 ไม่ตระหนักในค่าความดันโลหิต และร้อยละ 32 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทั้งนี้เพราะระบบการักษาพยาบาลที่ผ่านมา ไม่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนำศักยภาพตนเองมาใช้ การปฏิบัติให้ควบคุมความดันโลหิต มักกำหนดโดยทีมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ สูญเสียพลังอำนาจ ไม่สามารถคิดหรือทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง⁴ รับรู้สภาพปัญหาตนเองน้อย ไม่ตระหนักหรือเห็นความสำคัญ ขาดแรงจูงใจ ขาดความรู้ ต้องพึ่งใจในการปรับพฤติกรรม⁵ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปฏิบัติไม่เต็มที่ควร เช่น รับประทานอาหารเช้ามากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปริมาณมากเกินไป⁵ ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ มีความวิตกกังวล

รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น⁶ ทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนัก หรือเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม มีอำนาจในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง จึงเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของ Gibson⁷ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ เกิดความตระหนัก และพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการตอบสนองความต้องการ การแก้ปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากร เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง การสร้างพลังอำนาจสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองขององค์การอนามัยโลก⁸ ที่ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองด้วยการให้ความรู้ และใช้กระบวนการสร้างพลังอำนาจให้ประชาชน สามารถกำหนดหรือจัดการกับสุขภาพของตนเองได้ มีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ประชาชน สามารถกำหนดหรือจัดการกับสุขภาพของตนเองได้ มีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ กระบวนการกลุ่ม การสนับสนุนการจัดการตนเองในการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติและเพิ่มความสามารถในการควบคุมได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น^{9-10, 11} สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และลดการใช้บริการทางสุขภาพเป็นอย่างดี¹²

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ชุมชนหนึ่งในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับแรก จำนวนถึง 1,070 คน คิดเป็นร้อยละ 27.93 ของผู้ป่วยทั้งหมด¹³ และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความรู้แต่ยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ไม่สนใจน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ชอบรับประทานอาหารทอด ดื่มชา กาแฟ บางรายดื่มเบียร์ทุกวัน ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง ไม่ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน นอกจากนี้ ผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้รับประทานยาไม่ตรงเวลา มักให้เหตุผลเข้าข้างตัวเองและไม่บอกให้ทีมสุขภาพทราบ ไม่สนใจในค่าความดันโลหิตที่วัดได้หวังพึ่งแพทย์ในการควบคุมความดันโลหิตเท่านั้น¹⁴ ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน จึงทำให้

ที่มีสุขภาพไม่เข้าใจพฤติกรรมที่แท้จริงนำไปสู่การเกิดอุปสรรคด้านความร่วมมือในการรักษา กลวิธีส่งเสริมการดูแลตนเองต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีทีมสุขภาพสนับสนุนที่สำคัญต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคมหรือวัฒนธรรม⁶ การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ต้องหันกลับไปแก้ไขและทำความเข้าใจที่ความคิดของผู้ป่วย ให้เกิดความตระหนักในอันตรายที่อาจเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ทีมสุขภาพควรหาวิธีกระตุ้นให้มีความรู้และเห็นความสำคัญในการบันทึกพฤติกรรมของตนเอง¹⁵ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาของตนเอง รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง แลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม ตั้งเป้าหมายร่วมกันและการเสริมสร้างพลังอำนาจสนับสนุนการดูแลตนเอง สามารถวางแผนและร่วมตัดสินใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่กระบวนการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการ 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งชายและหญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ให้มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท ได้รับการรักษาด้วยยาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่มีโรคร่วมได้แก่ อัมพาต/อัมพฤกษ์ โรคหัวใจระยะรุนแรง โรคไตวายและอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง สามารถพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2551 ถึงเดือนตุลาคม

2552 ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 83 คน แต่ในระหว่างที่ทำการวิจัยมีผู้สูงอายุเสียชีวิต 1 คน และไม่สามารถร่วมกิจกรรม 4 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคประจำตัวที่พบร่วม น้ำหนักและส่วนสูง

2. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ข้อคำถามด้านบวกให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ข้อคำถามด้านลบให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ

3. แนวปฏิบัติในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁷ ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้กลยุทธ์สนทนากลุ่มเพื่อเพิ่มพลังอำนาจ (empowerment group) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันค้นหาปัญหา การสะท้อนคิด การตั้งเป้าหมาย การให้ความรู้ วางแผนเลือกวิธีการดูแลตนเอง ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผลการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเอง มีดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.5 ขึ้นไป แสดงว่ามีพฤติกรรมเหมาะสมมากที่สุด 2.5 - 3.49 พฤติกรรมเหมาะสมมาก 1.5 - 2.49 พฤติกรรมพอใช้ และน้อยกว่า 1.49 พฤติกรรมต้องปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร (เอกสารหมายเลข IRB 0080.51)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตตามสายการบังคับบัญชาจาก

ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่าง นุชเนตร กรุงเทพมหานคร ให้ดำเนินโครงการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 137 คน

2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง และนำผลมาพัฒนาคู่มือการดูแลตนเอง และแนวทางการสนทนากลุ่ม มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 83 คน

3. ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อเพิ่มพลังอำนาจตามแนวปฏิบัติในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 7 กลุ่มๆ ละ 8-12 คน ใช้กลยุทธ์สนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 3 ครั้ง ทางการเมือง 1 เดือน มีขั้นตอนดังนี้

3.1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย ให้เกียรติ และให้การยอมรับ เคารพในความเป็นผู้สูงอายุ ประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ น้ำหนักตัว ค่าความดันโลหิต

3.2 ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการดูแลสุขภาพตนเอง การสะท้อนคิด ให้เห็นคุณค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูล (facilitator) ซึ่งให้เห็นถึงผลแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

3.3 พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยกลุ่มตั้งเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/80 มม.ปรอท

3.4 ใช้กลยุทธ์เพิ่มพลังอำนาจการดูแลตนเอง ด้วยการให้ความรู้ สาธิตอาหารที่เหมาะสม ประกอบการใช้คู่มือเพื่อฝึกทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน ในด้านการรับประทาน อาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้านการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ วางแผนและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการที่เหมาะสมและตนเองสามารถปฏิบัติได้

3.5 ระยะเวลาประเมินและติดตามผลการพัฒนาศักยภาพครั้งที่ 2 และ 3 ด้วยการประเมินน้ำหนักตัว ค่าความดันโลหิตและพฤติกรรมดูแลตนเองเดือนที่ผ่านมา วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มพลังอำนาจการดูแลตนเอง เสริมแรงจูงใจ เปิดโอกาสให้วางแผนหาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูล

กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัด ผู้วิจัยจะออกเยี่ยมบ้าน เพื่อพูดคุยประเมินปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

3.6 ผู้วิจัยดำเนินการดังกล่าวตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วงรอบ มีการติดตามประเมินผล การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (paired t-test) ก่อนและหลังเข้าโครงการ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 78 คน ระยะเวลาการรักษา 1-5 ปี (ร้อยละ 38.5) เฉลี่ย 7.41 ปี (SD = 6.84) มีโรคเรื้อรังร่วม 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.4) ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 34.9) โรคหัวใจ (ร้อยละ 8.2) ตามลำดับ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 157.31 มม.ปรอท (SD = 14.39) และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 85.92 มม.ปรอท (SD = 10.58) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.5) อายุ 60-74 ปี (ร้อยละ 76.9) อายุเฉลี่ย 68.7 ปี (SD = 6.07) จบประถมศึกษา (ร้อยละ 64.1) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.4) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 55.9) ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 66.7) รายได้มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 64.1) พอใช้และไม่มีเงินเหลือเก็บ (ร้อยละ 46.2) มีสิทธิรักษาพยาบาล (ร้อยละ 94.2) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 19.0 - 40.0 ($\bar{X} = 25.59 \pm 3.77$)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยรวมก่อนเข้าโครงการ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 3.19 \pm 0.24$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า การใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X} = 3.68 \pm 0.38$) นอกนั้นได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าโครงการ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่

รายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ภายหลังจากเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความ

ดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก หลังเข้าโครงการลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ($n = 78$)

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
พฤติกรรมโดยรวม	3.19	0.24	3.32	0.21	-4.88
ด้านการรับประทานอาหาร	3.06	0.26	3.15	0.26	-2.76**
ด้านการออกกำลังกาย	3.07	0.90	3.58	0.57	-5.26*
ด้านการจัดการความเครียด	2.97	0.62	3.12	0.60	-1.94
ด้านการใช้ยา	3.68	0.38	3.76	0.31	-1.70
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก	157.31	14.39	145.03	14.81	6.12*
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก	85.92	10.58	77.71	10.76	6.60*

* $p < .05$, ** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ด้านเหตุปัจจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่สม่ำเสมอ ไม่มีความรู้และไม่สนใจค่าความดันโลหิตที่วัดได้หวังพึ่งแพทย์ในการควบคุมความดันโลหิตเท่านั้น

ดังกล่าวต่อไปนี้ “ยามดกก็ไปหาหมอขอยาไม่ได้วัดความดันโลหิตเป็นประจำ วันก่อน รู้สึกเวียนๆ ที่ตลาด ให้หมอดคลินิกวัดบอก 200 180 มัน ขึ้นๆ ลงๆ สุดท้าย ได้ 148/ 90 ตอนนี่ไม่รู้เท่าไร” มีความรู้เกี่ยวกับรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง “เรื่องกินเรื่องใหญ่ ตายเรื่องเล็ก” ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า-กลางวันเอง เนื่องจากลูกหลานทำงานนอกบ้าน โดยมือเช้าจะไปร้านค้าใกล้บ้าน ต้มกาแฟโอวัลตินกับขนมปังหรือปลาทอ้งโก พุดคุยกับเพื่อนๆ กลางวันจะซื้ออาหาร เช่น ข้าวราดแกง ก๋วยเตี๋ยวหรือต้มบะหมี่ก็สำเร็จรูปรับประทาน และมักรับประทานอาหารตามใจปาก “กินปลาหนึ่งไม่ได้ ไม่ชอบ ปลาทูตองทอดกรอบเลย ทุเรียนชอบ ไม่อ้อมไม่เล็ก ทานหมตลูก เห้ะมันก็รอดมาได้” ส่วนพวกเครื่องต้ม เช่น โอวัลติน กาแฟ จะใช้ชนิด 3 in 1 ที่โฆษณาตามสื่อต่างๆ ไม่ชอบออกกำลังกาย “ทำงานบ้านทุกวัน เหนื่อย มาชมรมผู้สูงอายุสวดมนต์ ทำสมาธิ ร้องเพลงคุยกัน ไม่เครียด” สัมผัสรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา คิดว่าอาหารเข้าหมายถึงต้อง

รับประทานอาหารหนัก เช่น ข้าวสวย ก๋วยเตี๋ยว ดังนั้นกินยาหลังอาหารเช้าจึงรวบไปกินหลังอาหารกลางวัน หรือไม่ก็ลืมกินยา โดยบอกเหตุผลเข้าข้างตนเอง เช่น “ทำโน่นทำนี่ ทานข้าวเสร็จลืม ยายูบนโต๊ะ ไม่ได้มอง” ขอบง่วนนอนนิ่งหลับหลังรับประทานอาหารเช้าจึงมักลืมรับประทานยา ซึ่งมีผลต่อเนื่องเรื่องการนอน ทำให้กลางคืนนอนไม่หลับหรือหลับๆ ตื่นๆ ตามสภาพวัยที่สูงอายุ

2. ด้านผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

2.1 การให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงหรือลดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เลือกอาหารที่ควรบริโภคมากขึ้น เช่น “เดี๋ยวนี้ ไม่มีน้ำปลาบนโต๊ะอาหาร ซอส ซีอิ๊วก็ไม่เติม ชูรสก็ไม่ใส่” หรือ “ทานข้าวน้อยลง ทานผักมากขึ้น หวานไม่เอา” ลดรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงต่อโรค “ลดรับประทานไข่วันละ 2 ฟอง” (รายนี้มีไขมันในเลือดสูงและจำเป็นต้องรับประทานยาลดไขมันในเลือด) ลดปริมาณอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น แกงกะทิ “รับประทานแต่น้ำ ไม่ทานน้ำ” ลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ “ตอนนี่ลดเบียร์เหลือวันละ 1 ขวด ต่อไปจะลดเหลือ 1 กระป๋อง เลิกเลยไม่รับปากเดี่ยวจะหาว่าโกหก” ลดผลไม้ที่มีรสหวาน “ซื้อเงาะ ลำไย น้อยลง” และ “เลิกกินเป็ปซี่แล้วไม่กินได้ ควบคุมตนเองได้ อยู่ที่ตนเอง”

กลุ่มตัวอย่างที่ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนลงพุง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย รับประทานข้าวน้อยลง หลีกเลี่ยงอาหารทอด อาหารที่มีไขมัน “ลองกินแต่ปลาหนึ่งกับผัก กินให้อิ่ม ลดไป 8 กิโล ใน 2 อาทิตย์” และ “ถ้าจะกินหมูก็กินที่ไม่ติดมัน ข้าวมันไก่ ข้าวหมูเล็กเลย” ทั้งนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับค่าดัชนีมวลกายของตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักในปัญหา มีการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง

2.2 การเห็นความสำคัญและแบ่งเวลาในการออกกำลังกาย เลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างตื่นตัวในการออกกำลังกายมากขึ้น ทั้งออกกำลังกายเป็นกลุ่มและเดี่ยว ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นกลุ่ม “ออกคนเดียวไม่อยากทำ ต้องมีเพื่อนก็ชวนกันออกกำลังกาย” กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำการออกกำลังกาย มีการแบ่งปันแนะนำและสาธิตพร้อมชักชวนให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย การมีเครือข่ายและเข้าร่วมสังคัมชุมชน “ตื่นตั้งแต่เช้า ไปออกกำลังกายที่สวนสุขภาพทุกวัน สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นหวัดเลย” เป็นตัวแบบ(model) ที่สนับสนุนการดูแลตนเองในกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ มีการเสริมพลังและเสนอแนะเพื่อน ทำให้เพื่อนในกลุ่มเรียนรู้โดยตรงจากผู้มีประสบการณ์จริง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจสามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ง่ายขึ้น กลุ่มตัวอย่างบางคนจะออกกำลังกายตามลำพังโดยให้เหตุผลว่า “ไม่กล้าไปหรอก เดี่ยวเขว่าแกจะตายยังมาเดิน” และ “เข่าๆ ตื่นขึ้น แกว่งแขนนับได้ห้าร้อยครั้ง ทำแล้วสบาย”

2.3 การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคลายความเครียด เป็นการเปิดโอกาสได้ระบายความวิตกกังวล มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีกลุ่มสนทนาอยู่ในชุมชนบ้านใกล้เคียงกัน เพราะส่วนใหญ่จะอยู่บ้านตามลำพังในเวลากลางวัน บุตรหลานไปทำงาน “อยู่บ้านเหงา มาที่นี่ (ชมรม) มีเพื่อน” บรรยากาศการสนทนากลุ่มสนับสนุนให้เกิดการแบ่งปัน และมีเครือข่ายในชุมชน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุย ระบายความเครียด ความวิตกกังวล เพื่อนในกลุ่มช่วยให้ข้อคิดเห็น วิธีการเผชิญและการแก้ไขปัญหา เช่น ความเครียดเกี่ยวกับการเงิน ปัญหาสุขภาพของคู่สมรส ปัญหาการนอนไม่หลับ เป็นต้น การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้มีกำลังใจ บางคนนำหนังสือเอกสารมาแจก เล่าประสบการณ์คลายความเครียด “ให้คลายความเครียดด้วยการฟังรายการธรรมะ อ่านหนังสือสวดมนต์ ทำสมาธิ วันไหนไม่ได้ทำเหมือนขาดอะไรไปอย่าง”

การที่กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและเกิดความสุขทางจิตใจ

2.4 การตรวจสอบการใช้ยาของตนอย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่รับประทานยาลดความดันโลหิตหลังอาหารเช้า ประสพการณ์ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างรับประทานไม่ตรงเวลา มือเข้ชาติมนม น้ำเต้าหู้ เข้าใจว่าไม่ใช่อาหารเช้า ดังนั้นยาหลังอาหารเช้าจึงไม่ได้รับประทานหรือเลื่อนเป็นหลังกลางวัน “บางวันลืมเพราะเลยเวลากินยาหรือไปช๊อปปิ้งนอกบ้าน ไม่ได้ยาไป” หลงลืมเกี่ยวกับการกินยา “บางทีงง ไม่รู้กินหรือยัง ก็เลยไม่กินเพราะกลัวกินยาเกิน” การสนทนากลุ่มทำให้ได้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง “เรื่องกินยา ความดันก็เพิ่งรู้ว่าไม่ต้องรอหลังกินข้าว ต้องกินให้ตรงเวลาด้วย” และได้ข้อมูลความรู้การใช้ยาอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้ตลับใส่ยาประจำวัน “ตลับยาดีมากเลย พกพาสะดวก ทำให้ไม่ลืมกินยา” “ตื่นขึ้นจัดยาไว้เลย” และ “เมื่อก่อนชอบลืมทาน ตอนนี้ต้องวางตลับยาไว้ที่โต๊ะกินข้าวเลย”

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน จึงอาจได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเข้าใจว่าสิ่งที่กระทำอยู่เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี วงศ์ปาลี¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะมีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยรับประทานยาอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย

2. ผลของการพัฒนาศักยภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย

หลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ ($p < .05$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังเข้าโครงการลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การเพิ่มพลังอำนาจในการพัฒนาศักยภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองเริ่มตั้งแต่ การสนทนากลุ่มที่คำนึงถึงผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดูแลตนเอง¹⁷ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือระดับประคอง (facilitator) กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันบรรยากาศเป็นกันเอง ไม่ตึงเครียด รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการดูแลสุขภาพตนเอง ให้เกียรติ ให้การยอมรับ และเคารพในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุ มีการสะท้อนคิด ปรับมโนทัศน์ให้เห็นคุณค่าในตนเอง เห็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตั้งเป้าหมายลดระดับความดันโลหิต เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างดีที่สุดเท่าที่ตนจะทำได้ พึงพาบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระต่อลูกหลาน การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา มีการชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าระดับความดันโลหิตลดลง

การเพิ่มพลังอำนาจในการพัฒนาศักยภาพพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้วยการให้ความรู้ สาธิตอาหารที่เหมาะสม ประกอบการใช้คู่มือเพื่อฝึกทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน การสนทนากลุ่มรับฟังปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุตั้งเป้าหมาย วางแผนเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหายังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ การที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจอุปสรรคข้อจำกัดของตนเอง และช่วยกันคิดหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยกันแสดงความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน สนับสนุนทำให้กลุ่มยอมรับและนำไปปฏิบัติ มีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย ช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างนำประโยชน์จากเพื่อนในกลุ่มมาเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เช่น “กินข้าวน้อยลง แยกแยะ ออกกำลังกายมากขึ้น” กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญในการรับประทานยามากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานยาให้ตรงเวลาและต่อเนื่องโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเอง หากลืมจะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ จึงสามารถทำให้ค่าความดันโลหิตลดลงได้

สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Wong และ Wong¹⁸ ที่ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่น การลดน้ำหนัก การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ลดการกินเกลือและลดการดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการรับประทานยาจะช่วยลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูง และการวิจัยของ Fernandez และคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินติดตามผลการพัฒนาศักยภาพด้วยการประเมินจากบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของตนเองอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 ครั้ง ผลที่ได้จากการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองเป็นข้อมูลย้อนกลับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองมีพฤติกรรมบรรลุเป้าหมายในระดับใด สามารถประเมินค่าความดันโลหิตของตนเองได้ว่าสามารถจัดการเองได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล จนเกิดผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองโดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการวิจัยของ McManus²⁰ ที่พบว่าการศึกษาติดตามตนเอง (self monitoring) เป็นการสร้างแรงจูงใจ ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายใน 6 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้เป็นตัวแบบ (model) ที่ดี ในการเพิ่มพลังอำนาจ ให้เกิดศักยภาพการดูแลตนเองภายในกลุ่ม เกิดการเพิ่มพลังอำนาจทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคมที่เพิ่มพลังการดูแลตนเองอย่างสร้างสรรค์ มีการแสวงหาความช่วยเหลือจากกลุ่มผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อนในกลุ่ม ทำให้การเรียนรู้โดยตรงจากผู้มีประสบการณ์ตรง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ ความรู้ที่ได้จึงรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่มีค่า มีความหมาย มีพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้ไปลงมือปฏิบัติ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ ขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ สุภาพ เหล่าสุโพธิ์²¹ ที่ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

ข้อเสนอแนะ:

1. การใช้แนวปฏิบัติในพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ไปใช้ในระดับปฐมภูมิเพื่อเสริมพลังอำนาจผู้สูงอายุให้ติดตามควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง ควรคำนึงถึงผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตแบบค่อยเป็นค่อยไป และสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน

2. การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สถานบริการสุขภาพ ครอบครัวของผู้สูงอายุและชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. เป็นต้น และควรจัดระบบบริการสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว มีทีมสุขภาพที่เข้าใจความเป็นผู้สูงอายุ ใช้คำพูดและท่าทีที่เป็นมิตร ให้กำลังใจผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ควรศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในด้านอื่นๆ เช่น อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Aekplakorn W. The report of Thailand population health examination survey IV. National Health Examination Survey Office. 2010 [cited Sep 20, 2010]; Available from :<http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report2546-2547.php?manu=4> (in Thai).
2. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National High Blood Pressure Education Program. 2007 [cited Jan 18, 2007]; Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
3. Egan BM, Okonofua EC. The clinician's role in improving therapeutic adherence and blood pressure in older hypertensive patients. In: Prisant M, editor. Cardiovascular Health and Vascular Diseases. New Jersey: Humana Press; 2005. P.491-517.
4. Lee Y. Awareness of blood pressure among older adults: a cross-sectional descriptive study. *Int J Nurs Studies*. 2007;44(5):796-804.
5. Düsing R. Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(8):1545-53.
6. Sritirakul S, Nuntawan C, Thrakul S, Bullangpo P, Paonibol U. Factors related to the failure of controlling hypertension. *J Public Health*. 1999;29(1):49-58. (in Thai).
7. Gibson CA. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs*. 1995;21(6):1201-10.
8. WHO. Self-care in the context of primary health care. Report of the Regional Consultation. Bangkok, Thailand, 7-9 January 2009; 2.
9. Figar S, Galarza C, Petrlik E, Homstein L, Rodriguez LG, Waisman G, Rada M, et al. Effect of education on blood pressure control in elderly persons: A randomized controlled trial. *Am J Hypertens*. 2006;19(7):737-43.
10. Krobthong V. The effect of the empowerment process on the self-esteem development for Hypertension control (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 2001. 294 p. (in Thai).
11. Husadee J. The application of the protection motivation theory with empowerment model in development preventive behavior against hypertension of the non-commissioned officer, Quartermaster Department Royal Thai Army in Nonthaburi province (Thesis). Bangkok: Mahidol University; 1998, 225 p. (in Thai).
12. Chaiwat S, Rojpalakorn P. Self-help group: Self care management in diabetic and hypertension. *J Public Health Nurs*. 2004;18(2):20-32. (in Thai).

13. Report of Health Care Center 29 on Statistic Information of Family Health. Bangkok Metropolitan Administration; 2008. (in Thai).
14. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*. 2004;18(9):607-13.
15. Redon J, Brunner HR, Ferri C, Hilgers KF, Kolloch R, van Montfrans G. Practical solutions to the challenges of uncontrolled hypertension: A white paper. *J Hypertens*. 2008;26(Suppl 4):S1-S14.
16. Supranee W. Health behaviors among controlled and uncontrolled hypertensive patient at Maetang Hospital Chiangmai Province (Thesis). Chiangmai: Chiangmai University; 2007, 78 p. (in Thai).
17. Clarke A, Hanson E, Ross H. Seeing the person behind the patient: Enhancing the care of older people using a biographical approach. *J Clin Nurs*. 2003;12:697-706.
18. Wong J, Wong S. Evidence-based care for the elderly with isolated systolic hypertension. *Nurs Health Sci*. 2005;7(1):67-75.
19. Fernandez S, Scales K, Pineiro J, Schoenthaler A, Ogedegbe G. A senior center-based pilot trial of the effect of lifestyle intervention on blood pressure in minority elderly people with hypertension. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(10):1860-6.
20. McManus RJ, Mant J, Roalfe A, Oakes RA, Bryan S, Pattison HM, et al. Targets and self monitoring in hypertension: Randomized controlled trial and cost effectiveness analysis. *BMJ* 2005;331(7515):493.
21. Loawsupo S. Effects of group process on self care behaviors of patients with hypertension (Thesis). Khon Kaen: Khonkaen University; 2007, 58 p. (in Thai).