

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤศจิกายน 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤศจิกายน 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

EFFECTS OF SELF-EFFICACY AND SELF-MANAGEMENT PROGRAM
ON HEALTH BEHAVIORS AND BLOOD PRESSURE AMONG ELDERLY
WITH HYPERTENSION IN MAE-YEN SUB-DISTRICT,
PHAN DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

November 2024

Copyright 2024 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ของ วรุตม์ ดวงจิตร์

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ดร. อุรัชชา สัจจาพงศ์)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสกสรรค์ ทองดี)

..... คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฬาว้า)

เรื่อง: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ผู้ศึกษาค้นคว้า: วรุตม์ ดวงจิตร, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2567

อาจารย์ที่ปรึกษา: ดร. อุรัชชา สัจจาพงศ์

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การรับรู้ความสามารถและการจัดการตนเอง, โปรแกรมเพิ่มประสิทธิภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ปกติ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาทางการแพทย์ปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิต และโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ Independent T-Test และ Paired T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองสามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับความดันโลหิตได้

Title: EFFECTS OF SELF-EFFICACY AND SELF-MANAGEMENT PROGRAM
ON HEALTH BEHAVIORS AND BLOOD PRESSURE AMONG ELDERLY
WITH HYPERTENSION IN MAE-YEN SUB-DISTRICT,
PHAN DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.

Author: Warut Duangchit, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2024

Advisor: Ph.D. Uratcha Sadjapong

Keywords: Elderly Self-efficacy and self-management Enhancing program Health behavior Blood pressure

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a self-efficacy and self-management enhancing program on health behaviors and blood pressure levels among elderly with high blood pressure in Mae Yen Subdistrict. The total sample size was 60 people, divided equally into an experimental group and a control group, with 30 individuals per group. The experimental group received a program promoting self-efficacy and self-management, along with regular medical treatment, for 8 weeks, while the control group received a regular medical treatment. The research tools included personal information questionnaires, assessments of healthy eating behaviors, exercise habits, stress management techniques, alcohol consumption, smoking habits, blood pressure levels, and a program to promote self-efficacy and self-management for elderly with high blood pressure. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including independent t-test and paired t-test, with a statistical significance level set at 0.05

The results showed that, after the experiment, the experimental group had higher average score for healthy eating behaviors, exercise habits, stress management techniques, and lower levels of alcohol consumption and smoking compared to the control group, with statistically significant differences ($p < 0.001$). The mean blood pressure level of the experimental group was lower than before the experiment and lower than that of the control group, with statistically significant differences ($p < 0.001$). These findings suggest that the self-efficacy and self-management enhancing program can be used to encourage elderly with hypertension adjust their behaviors and control their blood pressure levels

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น อำเภอบาง จังหวัดเชียงราย ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ไปด้วยดีเนื่องจากนิสิตได้รับความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจ ใส่เป็นอย่างดีจากหลายๆ หน่วยงาน โดยเฉพาะในการให้คำแนะนำตรวจแก้ไข ให้ข้อเสนอแนะ ความก้าวหน้าในการดำเนินการวิจัย เป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ดร.อุรัชชา สัจจาพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. ประจวบ แหลมหลัก และผศ.ดร. เสกสรรค์ ทองดีบ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

ขอขอบคุณ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาน บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มงานปฐมภูมิและ องค์กรรวม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เย็น ที่สนับสนุน ข้อมูล คำแนะนำและประสานงานในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น จังหวัดเชียงราย ที่เสียสละเวลาให้ ข้อมูลในการศึกษา เปรียบเสมือนทำหน้าที่เป็นครูผู้ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณบิดา มารดา ที่เปรียบเสมือนครูคนแรกและคอยให้คำแนะนำ และกำลังใจ ในการศึกษาตลอดมา

วรุตม์ ดวงจิตร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานที่เกี่ยวข้อง.....	7
บทความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	8
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	15
ทฤษฎีและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ	17
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
กรอบแนวคิด.....	33
บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัย	34

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
2. เครื่องมือที่ใช้การศึกษา	36
3. การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	52
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	52
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
6. การวิเคราะห์ข้อมูล	56
7. จริยธรรมในการวิจัย.....	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	58
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	65
1. สรุปผลการศึกษา.....	66
2. อภิปรายผลการวิจัย.....	67
3. ข้อจำกัดในการวิจัย.....	69
4. ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	79
ประวัติผู้วิจัย	84

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงแผนกิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	38
ตาราง 2 แสดงเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N =60)...	59
ตาราง 3 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลัง ได้รับโปรแกรม (N=60).....	61
ตาราง 4 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม (N=60)	62
ตาราง 5 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60).....	62
ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)	64

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (เงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและปัจจัยสภาพแวดล้อม)..	18
ภาพ 2 แสดงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ	19
ภาพ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวัง ใน ผลของการกระทำ.....	20
ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	33



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรรวม 8,000 ล้านคน ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ของประชากรโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2562 ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 ล้านคน ภายใน ปี พ.ศ. 2573 จำนวน 2.1 พันล้านคน ใน พ.ศ. 2593 จากสถิติดังกล่าวทำให้เกิดแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจและปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางจิตใจ ซึ่งเป็นความเสี่ยงทางด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากผลกระทบต่อร่างกาย โดยในผู้สูงอายุ ร้อยละ 85 เกิดอัตราการป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค และป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยสองโรคขึ้นไป ร้อยละ 60 เป็นสาเหตุในการเสียชีวิต จากรายงาน ปี พ.ศ. 2565 โดยกระทรวงสาธารณสุขในข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำนวน 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 78.74 ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43 ตามลำดับ และมีแนวโน้มการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น (กรมอนามัย, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึง ร้อยละ 46 และมีเพียง ร้อยละ 42 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาโดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (องค์การอนามัยโลก, 2562) ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีประชากรเป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ หลายระบบในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอย่างยิ่ง โดยการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เพิ่มขึ้นจากความสูงวัย เช่น การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นเมื่ออายุมากขึ้นการตระหนักถึงข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิต

(นิพนธ์ สันทรัพย์ และคณะ, 2560) ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายการรักษาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองและมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำให้ระดับความดันโลหิตดีอย่างต่อเนื่อง (กฤติยา ขาสวรรณ, 2565) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นในการรักษาทางการแพทย์ และวิธีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้ระดับความดันโลหิตเหมาะสม หากไม่สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจทำงานหนักขึ้น ผนังของหัวใจหนาตัว ผนังของหัวใจจะยืดออก เกิดภาวะหัวใจโต และหัวใจวาย นำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตกเป็นอัมพาต หรืออาจเสียชีวิตได้ หากผู้สูงอายุป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถรับรู้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ประกอบการรักษาโดยใช้วิธีการรักษาทางการแพทย์ ก็ส่งผลดีต่อระดับความดันโลหิตได้

ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จังหวัดเชียงราย มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มในปัจจุบันเกิดปัญหาอาการเจ็บป่วย พร้อมทั้งเกิดปัญหาด้านสุขภาพในระดับโลก ซึ่งในประเทศไทยภาคเหนือเป็น 1 ใน 3 ของประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด โดยจังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้สูงอายุ 1 ใน 10 ของภาคเหนือ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) รวมถึงอำเภอพานมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมาก อันดับ 2 ของจังหวัดเชียงราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2566) โดยพื้นที่ตำบลแม่เย็น มีจำนวนผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของอำเภอพาน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวน 155,665, 160,687, 167,644, 172,266 และ 176,678 ราย ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวน 92,129, 98,226, 105,396, 111,102 และ 117,953 ราย ตามลำดับ โดยอำเภอพาน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวน 19,419, 19,819, 20,159, 20,388 และ 21,040 ราย ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอำเภอพาน ปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวน 12,196, 12,833, 13,445, 14,025 และ 14,970 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดเชียงรายและอำเภอพาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งทุกช่วงวัยและผู้สูงอายุ สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวน 864, 908, 936, 977 และ 1,045 ราย ตามลำดับ ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวน 544, 588, 624, 675 และ 745 ราย ตามลำดับ (สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2566) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี พ.ศ. 2562 - 2565 จำนวน 30, 44, 36, 51 และ 70 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลพาน, 2566) ส่งผลต่อการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง โดยจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าว ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนาทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตมีการสูบฉีดเลือดเร็วมากขึ้นส่งผลทำให้หลอดเลือดหัวใจหนาเสี่ยงก่อเกิดการฉีกขาดได้ง่ายขึ้น และยังส่งผลต่อภาวะไตเสื่อมเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหรือไตวายได้ (ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย, 2561) สามารถอธิบายได้ว่าผลกระทบด้านสุขภาพดังกล่าว ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีสาเหตุจากการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในปฏิบัติดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อควบคุมค่าระดับความดันโลหิต ขาดความตระหนักความสำคัญความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งปัญหาเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารรสเค็มที่มีส่วนผสมโซเดียมสูง พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย ความเครียด พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (อรุณรัตน์ บุญคำ, 2565)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง Self -Efficacy ที่ประยุกต์โดยใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อ หรือความมั่นใจในบุคคลว่ามีความสามารถแสดงพฤติกรรมให้สำเร็จ และทฤษฎีการจัดการตนเอง Self - Management โดยประยุกต์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง และการติดตามตนเอง มาปรับใช้ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ตัวแปรที่สำคัญทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตด้วยผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (องค์การอนามัยโลก, 2562) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีขั้นตอน และสามารถเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่ดี และค่าระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การดูแลสุขภาพทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง (เช่น ปลากระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และเครื่องดื่มเกลือแร่ เป็นต้น) การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอการมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

รวมถึงการมี พ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, อลิสราย อยู่เลิศ และ สราญรัตน์ ลัทธิ, 2562)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทางการแพทย์ ควรได้รับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในค่าระดับปกติ ฉะนั้น การรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสำคัญอย่างมาก หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่รับรู้ความสามารถของตนเอง และการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม อาจได้รับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่า มีการจัดแนวทางกระบวนการ ให้ความรู้เรื่องการโรคความดันโลหิตสูง การรักษาและแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกปี และได้รับการดูแลรักษา ตามแนวทางการรักษา ทางแพทย์ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังพบปัญหาค่าระดับ ความดันโลหิตไม่ลดลงต่อเนื่อง ซึ่งบ่งชี้ถึงปัญหาด้านการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากยังขาดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง จึงเป็นสาเหตุ นำไปสู่การไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้ผล ในการชะลอการเกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมุ่งเน้นส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง และการจัดการตนเองในการปฏิบัติดูแลสุขภาพ ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม และ การดูแลระดับความดันโลหิตให้อยู่ระดับที่เหมาะสม โดยนำทฤษฎีความสามารถตนเอง Self - Efficacy ของแบนดูรา (1977) และแนวคิดการจัดการตนเอง Self – Management ของ Kanfer And Gaelick Buys (1991) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่นิยมนำประยุกต์ใช้และได้รับการยอมรับด้านการรับรู้ ความสามารถในตนเอง และการจัดการตนเองมาออกแบบโปรแกรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยหวังว่าการวิจัยนี้ จะเป็นการเพิ่มทางเลือกในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและ เป็นแนวทางในการนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามของการวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองมีผลลัพธ์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.1 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ก่อน - หลัง ได้รับโปรแกรม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา บุคคลที่มีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูงพื้นที่ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปีพ.ศ. 2566 จำนวน 745 คน ทั้งหมด 11 หมู่บ้าน

3. ขอบเขตด้านเวลา ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม ปี พ.ศ.2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

2. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากการนำทฤษฎีมาปรับใช้ในการศึกษา ได้แก่

2.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - Efficacy) คือ การออกมาบรรยายประสบการณ์ในการควบคุมค่าระดับความดันโลหิตที่สำเร็จจากการปรับพฤติกรรมนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพพร้อมวิธีได้ปฏิบัติด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 15 ครั้ง ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ

2.2 การจัดการตนเอง (Self –Management) คือ ทักษะในการกำกับ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและจะส่งผลทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนได้ ตามที่วางไว้สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 15 ครั้ง ด้านการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติจากการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ด้านการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4. ค่าความดันโลหิต หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถความคาดหวัง และการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. นำไปเป็นแนวทางใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในต่างพื้นที่ศึกษา
2. กระบวนการของโปรแกรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำไปปรับใช้ได้ในชีวิตประจำวันในการดูแลสุขภาพได้

บทที่ 2

เอกสารและงานที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยทางผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเอกสารบทความ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในกระบวนการกิจกรรม ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1. บทความเกี่ยวข้องผู้สูงอายุ
 - 1.1 นิยามความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 บทความและทฤษฎีเกี่ยวข้องผู้สูงอายุ
 - 1.3 กลไกการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
 - 1.4 บทบาทของผู้สูงอายุทางสังคม
2. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 การประเมินความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.3 ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.4 ผลกระทบโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ
3. ทฤษฎีและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.1. ความหมายทฤษฎีในการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)
 - 3.2 ความหมายทฤษฎีในการจัดการตนเอง (Self-Management Theory)
4. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 4.1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพและองค์ประกอบการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข
 - 4.2 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ
 - 4.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทความเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. นิยามและความหมายผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุอย่างกว้าง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า เมื่อนับตามวัยมากกว่านั้น หมายถึง ผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน หมายถึง ผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงวัยจากการกำหนดของสังคมวัฒนธรรม เริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิตเมื่อนับตามชีววิทยา (WHO, 1989: 7)

ความหมายคำว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในการจำแนกแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ วัยเริ่มต้นของการสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 51-65 ปี วัยเกษียณ บุคคลที่มีอายุ 55-70 ปี วัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 65-75 ปี และวัยสูงอายุยิ่งบุคลที่มีอายุ 71-80 ปี ส่วนมิลเลอร์ (1995:15) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young - Old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle - Old) อายุ 75-78 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Old-Old) อายุ 85 ปีขึ้นไป สรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ลดลง (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2565)

การสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing) เป็นแนวคิดที่แสดงกระบวนการที่เราจะสร้างโอกาสให้กับตนเอง หรือประชากรทุกเพศทุกวัยที่จะเติบโตเจริญวัยขึ้นอย่างมีสุขภาพดีมีส่วนร่วมในทางเศรษฐกิจ สังคม และมีความมั่นคงในชีวิตเพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล หรือของกลุ่มประชากรให้สูงขึ้นตั้งแต่เกิดจนตาย สังคมสูงอายุ (Ageing Society) หมายถึง สังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้นสังเกตได้จากอัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น สังคมสูงอายุมีความหมายอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นสังคมที่สูงอายุแล้ว (Aged Society) โดยเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7

สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14

สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดหรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 (กลุ่มผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่านิยามและความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าเป็นการให้คำจำกัดความถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความเสื่อมสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และส่งผลถึงสังคมตามมาด้วย ดังนั้นควรได้รับการช่วยเหลือสามารถและช่วยเหลือตนเองโดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็น

กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

2. บทความและทฤษฎีเกี่ยวข้องผู้สูงอายุ

ทฤษฎีผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหลากหลายทฤษฎีที่ได้อธิบายซึ่งของ จารี ศรีปาน (2558) ผู้สูงอายุเป็นวัยของการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เมื่ออายุมากขึ้น ผิวหน้าแก่แล่นเนื้อสลายตาแย่งเรื่องของจิตใจก็มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้สูงอายุจะประสบกับการสูญเสียในชีวิตมาก เช่น สูญเสียคนใกล้ชิดคู่แต่งงานหน้าที่การทำงานทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวมาก หากไม่สามารถปรับตัวได้และหากสะสมเป็นระยะเวลานานก็อาจจะพบปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีมากมายหลายทฤษฎีอาจจะแตกต่างกันไปได้ กล่าวทฤษฎีการสูงอายุเป็นการอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการสูงอายุที่เกิดขึ้นตามสมมติฐานของนักทฤษฎีแต่ละท่าน การสูงอายุของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปโดยทั่วไปมีการจัดกลุ่มทฤษฎีการสูงอายุ ออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological Theories Of Aging) ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองการชราภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับโมเลกุลเซลล์รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ โดยอธิบายถึงผลจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงภายในระบบที่จะต้องเกิดกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย

2.1.1 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) เมื่อเซลล์ในร่างกายมีอายุมากขึ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในสารพันธุกรรม นำไปสู่ความผิดปกติของเซลล์ส่งผลให้เกิดการเสื่อมสภาพหรือเซลล์ตายในที่สุด

2.1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) สารอนุมูลอิสระเป็นผลพลอยได้จากการเผาผลาญในร่างกายและจะเพิ่มมากขึ้นจากมลภาวะของสิ่งแวดล้อมอนุมูลอิสระจะไปจับกับเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเกิดความเสียหายและมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น

2.1.3 ทฤษฎีเชื่อมโยง (Cross-Linkage Theory) เกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและมีการเชื่อมโยงจับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้มีการขัดขวางกระบวนการเมตาบอลิซึมพบมากในคอลลาเจนเมื่อเกิดการเชื่อมโยงจะทำให้มีความหนาตัวเพิ่มขึ้นส่งผลให้การนำสารอาหารและขับของเสียออกจากเซลล์ลดลง เช่น ผิวหนังของผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นลดลง

2.1.4 ทฤษฎีโปรแกรม (Programed Theory / Hay Flick Theory) เชื่อว่าเซลล์เมื่อมีการแบ่งตัวจะสามารถทำงานได้จนระดับหนึ่งจึงจะตายเหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ซึ่งสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดจะถูกกำหนดไว้แตกต่างกันเช่น มนุษย์กำลังอายุหมดไว้ที่ 110 - 120 ปี

2.1.5 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) เชื่อว่าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์จะทำงานลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นและนอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเองเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเอง เช่น โรคข้อรูมาตอยด์โรค Lupus

ดังนั้น ทฤษฎีของผู้สูงอายุในด้านชีววิทยาพยายามอธิบายว่าสาเหตุแห่งการเปลี่ยนแปลงภายในโดยเริ่มเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อยต่อตนเองจะเกิดผลขึ้นช้าและเร็วขึ้นกับแต่ละบุคคล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลทั่วไปจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุควรจะได้รับความรู้ลักษณะ โครงสร้างการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในแนวทางการป้องกันและรักษาสภาพร่างกายไว้ในนานที่สุด

2.2 ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อที่ว่าพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุดเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆเกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเน้นที่พฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีได้ ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow is Hierarchy of Human Needs Theory) กล่าวว่า บุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลจะขยับตามความต้องการขึ้นเป็นลำดับขั้นจนกระทั่งถึงขั้นสุดท้าย ดังนี้ ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขั้นที่ 3 ความต้องการด้านความรักและความต้องการเป็นเจ้าของ และขั้นที่ 4 ความมีคุณค่าในตนเองและลำดับขั้นสูงสุด คือ การได้รับการยอมรับ

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2562) ที่ได้ศึกษาปัจจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้อาชีพ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สำหรับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพทฤษฎีการดูแลตนเองและ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเห็นว่า ปัจจัยและทฤษฎีในการอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญ

เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และยังสามารถนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

ดังนั้น ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะเห็นได้ว่ามาจากหลายสาเหตุต่าง ๆ หลายประการ อาทิ สภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อม และปัญหาด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป ทั้งยังด้านการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวรวมถึงการให้ความสำคัญจากบุคคลในครอบครัวและการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

3. กลไกการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายไปหลายด้าน (อุมาพร ฉัตรวิโรจน์, 2555) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุวัยเกิดการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอย โดยลักษณะทั่วไป ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดปัญหาต่าง ๆ ได้มาก ปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่

ความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยมักเกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจและบทบาทของตน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึมเศร้า

การศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาน้อยมักจะขาดความรู้พื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันโรค และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนสูงอายุ

เศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากมีรายได้ไม่แน่นอน ส่งผลสุขภาพทรุดโทรมความสิ้นหวังในการใช้ชีวิต

ปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรม ถ้าสังคมมีแนวคิดที่ ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์สูง ทำประโยชน์ให้สังคมจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพัฒนาตนเองร่วมทำประโยชน์แก่สังคมเท่าที่จะทำได้ตรงข้ามกับสังคมตะวันตกหรือประเทศอุตสาหกรรมมีการใช้เทคโนโลยีในการผลิตสูงจะมองค่าผู้สูงอายุต่ำ ไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่องทำให้เกิดการแยกตัวไม่สนใจการมีส่วนร่วมการพัฒนาสังคมเกิดความเครียด เปื้อน่ายชีวิตเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว

3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิด ดังนี้

3.2.1 ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเกิดการเสื่อมถอยทำงานลดลง และล้มเหลวในที่สุด

3.2.2 ความผิดปกติของเซลล์ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีเซลล์ผิดปกติ เสื่อมและตายไปหรือเซลล์ที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากเซลล์เดิม

3.2.3 สารอนุมูลอิสระสารที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกายจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากมลภาวะของสิ่งแวดล้อม เช่น สารอนุมูลอิสระทำให้ ages pigment สะสมในเนื้อเยื่อจะขัดขวางการรับออกซิเจนและสารอาหารของเซลล์ วิตามินซี อี และซีลีเนียมเป็นสารสำคัญที่ยับยั้งการเกิดอนุมูลอิสระหรือเรียกว่า สารต้านอนุมูลอิสระซึ่งจะ ยืดเวลาของการเกิดโรคหัวใจและมะเร็ง

3.2.4 ความเสื่อมโทรม ถ้ามีการใช้งานมากยิ่งทำให้แก่เร็วขึ้นหรือเมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมเกิดการเสื่อมโทรมกระบวนการเหล่านี้จะมีการเสื่อมและถดถอยสูงต่ำแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ปัจจัย

3.2.5 การเชื่อมโยงของคอลลาเจน ทำให้เซลล์เกาะยึดกันแน่นขาดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ข้อติดแข็ง ฟันหัก กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดมีแคลเซียม มาเกาะจับตัวแน่นผิวหนังของผู้สูงอายุจะขาดความยืดหยุ่น การเชื่อมโยงจะเกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและมีการเกิดต่อกระดูกเนื้อเยื่อของไตและหลอดเลือดการเชื่อมโยงเป็นสาเหตุเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดแข็งตัว ไตวายเรื้อรัง และระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง

4. บทบาทของผู้สูงอายุทางสังคม

4.1 ผู้สูงอายุจะมีการลดบทบาทความสำคัญลงถอยตัวออกจากสังคม

4.2 ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่สำคัญของการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

4.3 ผู้สูงอายุจะพยายามดำรงหรือดำเนินกิจวัตรที่ชอบ ค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวต่อไป

4.4 เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้น สมรรถนะในตนเองอาจเปลี่ยนแปลงหรือลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคงตามไม่ทันสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

4.4.1 หลักจิตวิทยาของผู้สูงอายุ มนุษย์มีความต้องการภายในตามลำดับ ได้แก่

- 1) ความต้องการด้านร่างกาย
- 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 3) ความต้องการความรักและต้องการการเป็นเจ้าของ
- 4) การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น
- 5) การประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง

4.4.2 เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นจะเปลี่ยนแปลงจากการมองภายนอกเป็นการมองเข้ามาภายในตนเองหาคำตอบ โดยการมองภายในตนเองมากขึ้นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมองเข้ามา

ภายในตนและเห็นคุณค่าของตนเองมากกว่าจะมองความสำคัญของร่างกายหรือการเสื่อมของร่างกายและการยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

4.4.3 ความผิดปกติของผู้สูงอายุที่อาจพบในระบบต่าง ๆ ของร่างกายผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ตามระบบที่สำคัญ ดังนี้

1) ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของต่อมไทรอยด์ พาราไทรอยด์จะลดลง ต่อมอ่อนจะสร้างอินซูลินลดลง ทำให้เป็นเบาหวานฮอร์โมนเพศหญิงหรือฮอร์โมนเพศชายจะลดลง ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ตกใจง่ายในเพศหญิง

2) ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะบางลงทำให้ผิวหนังแตกง่าย แห้ง ไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง ผิวหนังขาดน้ำ ขาดความยืดหยุ่นเกิดแผลกดทับได้ง่าย ต่อมเหงื่อทำงานลดลง การระบายร้อนโดยวิธีระเหยไม่ดีทำให้เป็นลมแดดได้ง่ายต้องใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี ผิวหนังคันง่าย ผื่นร่วง การไหลเวียนเลือดสู่ศีรษะน้อยลง ผิวแตกกระ เล็บหนา ผิวหนังรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิและการสัมผัสอ่อนลง

3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดแดงใหญ่จะมีความยืดหยุ่นลดลง มีผลให้ความดันโลหิตสูง ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงความดันไดแอสโตลิกเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ลิ้นหัวใจมีไขมันและแคลเซียมมาจับทำให้ลิ้นหัวใจปิดเปิดได้ไม่ดี กำลังการหดตัวลดลงอัตราการเต้นของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง คนสูงอายุหัวใจวายได้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย

4) ระบบประสาท เซลล์สมองและประสาทจะลดลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่อายุ 25 ปี ขนาดของสมองลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ความจำเสื่อมจำอดีตได้แม่นยำ แต่จำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อยความสัมพันธ์ทางความคิดกับร่างกายไม่สัมพันธ์กันเวลานอนน้อย ตื่นบ่อย นอนไม่หลับซึ่งเป็นเพราะขาดการออกกำลังกาย การคิดวุ่นและเครียด

5) ระบบประสาทสัมผัส ได้แก่
ตามีลักษณะลึก ไขมันใต้ตาจะลดลง หนังตาหย่อน รูม่านตาเล็ก อาจมาจาก ม่านตาฝ่อ มักพบตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ การมองเห็นกว้างได้ลดลง การรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ เริ่มแยกได้ช้าลง สายตามองเห็นในเวลากลางคืนไม่ดี ความสามารถในการปรับมองเห็นจากที่มีด ไปที่สว่างช้าลง

หู จะตึงไวต่อความถี่ลดลง มีความยากลำบากในการเข้าใจ คำพูด หากมีเสียง รบกวนหรือพูดเร็ว

ต่อมน้ำลาย จะทำงานลดลง น้ำลายน้อย รับรู้รสหวานลดลง จึงมักรับประทาน อาหารรสจัดมากขึ้นโดยไม่รู้ตัว

การรับกลิ่นจากจมูกลดลง เพราะเยื่อโพรงจมูกเกิดการเสื่อม

6) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อลีบเล็กลงและลดความแข็งแรง กำลังการหดตัวลดลง แคลเซียมออกจากกระดูกมากไปภาวะบริเวณกระดูกอ่อน ทำให้ทรวงอกขยายน้อยลง หายใจลำบาก อาศัยกระบังลม การควบคุมกล้ามเนื้อหดรูดลง กระดูกสันหลังโก่ง ความสูงลดลง น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวการเดินจะสั้นขณะที่พัก กล้ามเนื้อจะเป็นตะคริว เจ็บปวดควบคุมไม่ได้ กระดูกเปราะ

7) ระบบทางเดินหายใจ ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ปอดยืดขยายหดตัวได้น้อย ปริมาตรการค้างของอากาศในปอดมีมาก ถุงลมจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและแตกง่ายประสิทธิภาพในการไหลลงเนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอกและการทำงานของกล้ามเนื้อในการหายใจไม่ดีจะทำให้เกิดอาการปอดบวมได้ง่าย

8) ระบบทางเดินอาหาร การขับเคี้ยวจะลำบากเพราะฟันลดลง เหงือกร้อน ต่อมน้ำลายเสื่อมน้ำย่อยลดลง 1 ใน 3 อาหารเคลื่อนลงสู่กระเพาะอาหารช้าลง และย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่ายทำให้แสบร้อนยอดอกอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานทำให้ไม่หิว ดังนั้น การให้อาหารจึงควรให้น้อยแต่บ่อยและเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายแต่มีกาก เพื่อช่วยในการขับถ่าย ลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กหดตัวช้ากล้ามเนื้อบีบแรงเบ่งน้อย

9) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไตเล็กลงอัตราการกรองของเสียของไตลดลง ขนาดกระเพาะปัสสาวะเล็กลงถ่ายปัสสาวะบ่อย เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้ภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เพศชายต่อมลูกหมากจะโตทำให้ปัสสาวะลำบากในเพศหญิงมดลูก ปีกมดลูก รังไข่จะฝ่อ เนื้อเยื่อบริเวณช่องอวัยวะสืบพันธุ์จะหนา แห้ง มีความยืดหยุ่นน้อยลง

4.5 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

4.5.1 ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากหูตึง ฟูดไม่ชัดและความจำเสื่อม

4.5.2 ความจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากการหดตัวและการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ข้อเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบทางเดินหายใจลดลงทำให้เหนื่อยง่าย

4.5.3 ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดลดลง

4.5.4 ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ช้า

4.5.5 การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับ เปลี่ยนแปลงไป

4.5.6 เกิดภาวะทุโภชนาการเนื่องจากการรับรสและการดมกลิ่นลดลงทำให้เบื่ออาหาร เคี้ยวอาหารลำบากการย่อยและดูดซึมลดลง กระหายน้ำลดลง เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง การสังเคราะห์โปรตีนเอนไซม์และการสะสมไกลโคเจนลดลง

4.6 เปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุจิตใจของผู้สูงอายุมักจะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ดีขึ้นมากขึ้นสามารถควบคุมจิตใจได้ดีขึ้นมีความสุขเยือกเย็นเพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่พบในผู้สูงอายุ คือ

4.6.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเองรับรู้สิ่งใหม่

4.6.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้สูงอายุมักท้อแท้และน้อยใจโดยรู้สึกว่าการสังคมให้ความสำคัญต่อตนเองน้อยลงทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง กระทบบกระเทือนใจง่าย

4.6.3 การยอมรับภาวะผู้สูงอายุ การยอมรับว่าการมีอายุมากขึ้น คือการเข้าใจใกล้ความตาย ความสิ้นสุด ทำให้บางคนมุ่งสร้างชีวิตบางคนชอบอยู่คนเดียว ทำให้รู้สึกอิสระและได้ใช้ชีวิตที่ตนเองชอบก่อนตาย

4.6.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ตนเองสนใจ ส่วนใหญ่มุ่งที่ตนเอง สนใจเฉพาะสิ่งที่ตนเองคุ้นเคยไม่ชอบงานแปลกใหม่ความมุ่งหวังในชีวิตลดลง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่สำคัญมากตรวจพบได้จากการระดับวัดความดันโลหิตได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ว่าผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จึงถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยปัจจุบันสำรวจพบว่า คนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูงคนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่ได้รู้ตัวว่าเป็นโรคเมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากจะไม่ได้ได้รับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรการควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอสามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตหรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจน เป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2566)

1. ความหมายโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood) Pressure, SBP มากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท Isolated

Systolic Hypertension (ISH) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับ DBP น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2566) ภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อพบแพทย์ หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง (SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัด ความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่าไม่สูง (SBP น้อยกว่า 135 มิลลิเมตรปรอท และ DBP น้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2566)

2. การประเมินความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความรุนแรง

ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก

ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140 - 149 / 90 - 99 มม.ปรอท

ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง

ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 160 - 179 / 100 - 109 มม.ปรอท

ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง

ค่าความดันโลหิต มากกว่า 180 / 110 มม.ปรอท ขึ้นไป

การวัดความดันโลหิตควรจะวัดขณะนั่งพักด้วยเทคนิคที่ถูกต้องและควรวัดซ้ำ 2-3 ครั้ง เพื่อให้เชื่อมั่นว่าเป็นความดันโลหิตสูง (กรมควบคุมโรค, 2566)

3. ความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2566) ได้กล่าวว่า การประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน ความเป็นไปได้ของโรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ โดยสาเหตุของความดันโลหิตสูงมาจากโรคหลักอื่น ๆ เช่น โรคของต่อมหมวกไตและโรคไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหัวใจ และหลอดเลือด ประเมินอวัยวะที่ถูกผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง (Target Organ Damage, TOD) และตรวจหาโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงโรคไตโดยการซักประวัติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรครอบคลุมประเด็นสำคัญ 4 ข้อ ดังนี้

3.1 ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ควรซักประวัติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ประวัติโรคไต ประวัติการนอนกรน ประวัติครอบครัวของโรคความดันโลหิตสูงและประวัติโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

3.2 ประวัติเกี่ยวกับอวัยวะที่ถูกผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติโรคเบาหวานและโรคไต เช่น อาการเหนื่อยง่ายหรือแน่นหน้าอกเวลา อ่อนแรง แขนขาชา หรืออ่อนแรงครึ่งซีกตามวัย ในขณะที่ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เป็นต้น

3.3 ประวัติที่อาจบ่งชี้ถึงโรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ ควรซักประวัติการตรวจพบความดันโลหิตสูงผิดปกติ (ซิสโตลิก ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนอายุ 40 ปี ประวัติความดันโลหิตสูงแบบทันทีหรือความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประวัติโรคไต หรือโรคทางเดินปัสสาวะ ประวัติระดับโพแทสเซียมต่ำ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็น ๆ หาย ๆ ประวัติเหงื่อออกใจสั่น หรือปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ ประวัติของโรคไทรอยด์ ประวัตินอนกรน ประวัติใช้ยาและสารที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น ยาคุมกำเนิด, ยาหยอดจมูกที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว, ไซเอม รวมถึงสมุนไพรบางชนิด

3.4 ผลกระทบโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มักไม่มีการแสดงทำให้ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติตัวและรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจะมีผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตที่อาจอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากรายงานพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นเพชฌฆาตแห่งความเงียบ (Silence Killer) เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีการหรืออาการแสดงให้เห็น แต่มักตรวจพบด้วยความบังเอิญ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยวิงเวียนศีรษะ ซึ่งเป็นหลังการตื่นนอนและอาการจะเริ่มทุเลาลง ทั้งนี้อาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงจะพบเมื่อค่าความดันในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมักมีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล ตามองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง ผลกระทบเหล่านี้มักเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นจะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมโดยเฉพาะผลกระทบด้านร่างกาย (นิพนธ์ภัทร์ สิ้นทรัพย์ และคณะ, 2560)

ทฤษฎีและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

1. ความหมายทฤษฎีในการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

รูปแบบในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ประยุกต์รูปแบบการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งเป็นแนวทางในการนำรูปแบบนำมาปรับเปลี่ยนใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ที่กำหนดในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของแบนดูรา (1977) เป็นกรอบในการประเมินสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หรือการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กรอบดังกล่าวมาศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเนื่องจากพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

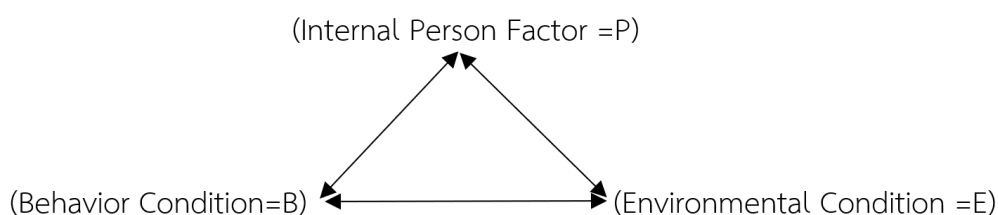
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) เป็นทฤษฎีที่อัลเบิร์ต แบนดูรา (1977) ปรับเปลี่ยนในระยะแรก แบนดูราได้เสนอกรอบแนวคิดไว้ว่ากระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ควรมีลักษณะของการกำหนดการอาศัยซึ่งกันและกันของ ตัวแปร 3 ประการ ได้แก่

ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal Person Factor = P) ได้แก่ ความเชื่อการรับรู้ตนเอง

เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior Condition = B)

เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (Environmental Condition = E) เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม

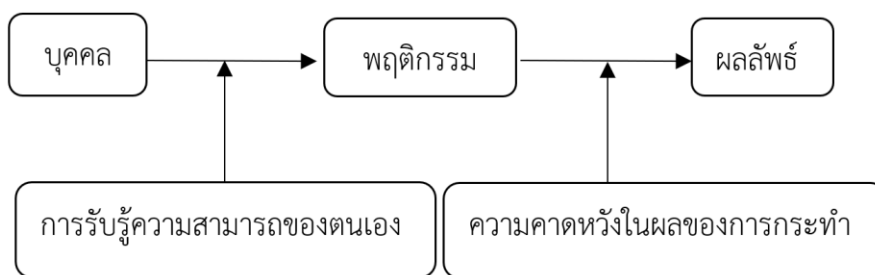
ดังนั้นทั้ง 3 ตัวแปร จะมีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอนเป็นระบบมีความสัมพันธ์ซึ่งกัน
รวมทั้งเกิดอิทธิพลเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (เงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและปัจจัยสภาพแวดล้อม)

ที่มา: (Bandura, 1977)

ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่อง เป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ (Interlock System) โดยแต่ละองค์ประกอบต่างมีอิทธิพลกันและกัน ซึ่งอิทธิพลแต่ละอย่าง จะมีหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม (Bandura, 1977) แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังความสามารถของตนเองว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมต่อภายใต้การรับรู้ความสามารถในตนเอง Perceived Self - Efficacy แทนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง การตัดสินใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมจะเกี่ยวกับความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถในตนเอง สภาพการณ์นั้น ๆ จากแนวคิดเบื้องต้นแบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยทราบว่า จะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตาม โดยมีโครงสร้างของทฤษฎี ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพ 2 แสดงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ

ที่มา: (Bandura, 1977)

จากภาพประกอบที่ 2 แสดงถึงโครงสร้างความสำคัญของประกอบของทฤษฎี ได้แก่

1. ความคาดหวังผลลัพธ์จากการกระทำ (Outcome Expectation) คือ บุคคลได้ประเมินความประพฤติกกรรมของตนจากการกระทำนั้นส่งผลสู่ผลจากการกระทำที่ตนเองได้คาดหวังได้เป้าหมายไว้แน่นอน

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) คือ ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจะประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ดังนั้น หากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรรั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนกระทำได้หรือไม่และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลเรียนรู้การกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลแต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ฉะนั้น หากบุคคลที่จะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมใดส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองส่วนหนึ่งและความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นจากการความสัมพันธ์ ดังภาพประกอบที่ 3

การรับรู้ความสามารถตนเอง	ความคาดหวังในผลของการกระทำ	
	สูง	ต่ำ
	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน
	สูง	ต่ำ

ภาพ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ

ที่มา: (Bandura, 1977)

แบนดورا ยังได้แสดงความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถของตนเองต่างจากการคาดหวังในผลกรรมที่เกิดขึ้นแต่ทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน หากบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีความคาดหวังในผลกรรมที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นกัน และมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นในทางตรงข้ามหากบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังในผลต่ำด้วยหรือการคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นไปในทางตรงกันข้าม มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่สำคัญในการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของประสิทธิผลในพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดสำคัญของประสิทธิผลในการเรียนรู้ ดังนั้น แนวคิดความคาดหวังแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลว่าอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ (Dimension) 3 มิติ คือ มิติตามขนาดความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกัน ไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือบุคคลเดียวกันจะแตกต่างกันในพฤติกรรมที่แสดงออกในความยากง่าย ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่างหรือความสามารถจากการทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ยาก ๆ

1. มิติการแผ่ขยายความหวัง (Generality) หมายถึง ประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอื่นในสถานการณ์ที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันของประสบการณ์บางอย่างไม่อาจนำความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น

2. มิติความเข้มข้นของความคาดหวัง (Strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนั้นมีความเข้มข้นน้อย คือ ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตาม

ความคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้ามีความคาดหวังมาก หรือมีความมั่นใจ บุคคลจะมีความพยายามแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังมากก็ตาม

วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี (Bandura, 1977) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากว่าบุคคลต้องมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นก่อนแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น และบุคคลจะต้องบอกกับตนเองว่าผู้อื่นสามารถทำแล้วประสบความสำเร็จเขาก็ต้องทำได้เช่นกัน ถ้าเขามีความตั้งใจ และพยายาม

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) คือ การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ประสบความสำเร็จได้ การเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจมีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น จะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถในตนเองดีขึ้นด้วย

ดังนั้น จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory) จะเห็นว่าถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน จึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

ความหมายทฤษฎีในการจัดการตนเอง (Self - Management Theory)

การจัดการตนเอง (Self - Management) เป็นหนึ่งใน 6 องค์ประกอบของรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และต่อมาได้ถูกนำมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยหวังผลในการควบคุมโรคของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เนื่องจากโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บางครั้งเกือบตลอดชีวิตที่ต้องใช้ยารักษาโรคของตนเองเพื่อประคองตนให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เพราะเหตุปัจจัยต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อการควบคุมโรคเรื้อรังทำให้เกิดความวิตกกังวลความเครียด

ความกลัวหรือบางครั้งมีผลทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมาย ทำให้กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ การปรับตัวของผู้ป่วย โรคเรื้อรังบางครั้งทำได้ลำบากเพราะมีผลต่อพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ในด้านการทำความเข้าใจในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานสำหรับมนุษย์เนื่องจากความคิดที่ว่าโรคเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวของผู้ป่วยร่วมมือกับผู้ให้บริการทางระบบสุขภาพ โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็น และมีทักษะในการแก้ไขในบทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Health Professional) ได้นำทฤษฎีในการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงเรื่องการสนับสนุนการดูแลตนเองทั้งทางด้านเครื่องมือการดูแลตนเอง เช่น ความรู้ผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนด้านอื่น ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์อีกเช่นกัน ทั้งด้านแรงสนับสนุนด้านจิตใจ การเสริมความมั่นใจในการจัดการโรคของตนเองทั้งจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างกระบวนการในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมามีการศึกษาที่หลากหลาย ซึ่งสามารถแยกประเด็นได้หลัก ๆ 3 ประเด็น คือ กระบวนการเกี่ยวกับเรื่องโรค เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นการตั้งเป้าหมายการรักษา รวมไปถึงกระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาพร้อมกับบุคลากรทางการแพทย์กระบวนการด้านทรัพยากร เช่น ทรัพยากรเกี่ยวกับระบบสุขภาพ แรงสนับสนุนด้านจิตใจ สังคม ชุมชน กระบวนการดำรงชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การควบคุมด้านอารมณ์ การปรับเปลี่ยนหรือการประยุกต์การใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น ในประเทศไทยมีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ หลายโรค เช่น การศึกษาของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมค่าระดับความดันโลหิตได้ซึ่งได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องโรคความดันและการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - Efficacy) แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ การรับรู้และพัฒนาทักษะ สร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง การสนับสนุนการให้กำลังใจและการกระตุ้นซึ่งเป็นผู้ริเริ่มทฤษฎี Self - Management Model และมีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างหลากหลาย Kanfer and Gaelick Buys 1991 ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการจัดการตนเองว่ามี 3 ด้าน ได้แก่ การกำกับตนเอง (Self - Monitoring) การประเมินตนเอง (Self - Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self - Reinforcement) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติการดูแลตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ถูกต้องมากขึ้นเช่นเดียวกัน อีกทั้งผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความ

ดันโลหิตในผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงขามุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ แต่ในปัจจุบัน ด้วยเทคโนโลยีและความสามารถของมนุษย์ที่มีวิวัฒนาการรอบด้านมากขึ้นทำให้มีความเข้าใจและ มีการรับรู้ในเรื่องของโรคมามากขึ้นแต่การปฏิบัติก็ยังมิอยู่ในขั้นจำกัดเนื่องจากเหตุปัจจัยของวิถีการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน ทั้งอยู่ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกันในผู้ป่วยบางรายยัง ต้องการเลี้ยงครอบครัว และตนเองทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองหรือบางรายโปรแกรมที่จัด ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองนั้นยังไม่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยเองในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง การ จัดการตนเองประกอบด้วย 3 ระยะ

1. รับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงวามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย
2. ประเมินการเปลี่ยนแปลง
3. เลือกกลวิธีการแก้ไข การรักษาประเมินผลสำเร็จของการรักษาได้พัฒนารอบแนวคิด

เกี่ยวกับกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยกล่าวว่า บุคลากรทีมสุขภาพต้องร่วมวางแผน ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองสนับสนุนข้อมูล และพัฒนาทักษะที่จำเป็นส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมวางแผนในการติดตามผล และการเฝ้าระวังตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และมีพื้นฐานมาจากนิยาม สุขภาวะที่ดีขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO.1986) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาวะที่ดีคือภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่ได้หมายความว่าเฉพาะ เพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความพิการทุพพลภาพเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุที่ความดันโลหิตสามารถ ที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และสามารถพึ่งพาและช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและบุคคลอื่น และสังคมได้ตามศักยภาพของตนเอง ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลง ในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตน ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรม

กوخแมน (Gochman, 1988) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าพฤติกรรมสุขภาพ เป็นลักษณะของส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และด้านความรู้อื่น ๆ ลักษณะบุคลิกภาพ รวมทั้งความรู้สึกและอารมณ์ลักษณะนิสัย มีรูปแบบพฤติกรรมสังเกตได้เป็นการกระทำ และนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การฟื้นฟูสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและการปรับปรุงสุขภาพ

ซึ่งนิยามดังกล่าวได้เน้นไปที่ปัจเจกบุคคลที่มีความหมายรวมทั้งการกระทำที่สังเกตได้และด้านจิตใจความรู้สึกซึ่งสามารถวัดและรายงานได้

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคคลนั้นมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี จึงทำให้นักวิชาการจำนวนมากสนใจและให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องและแตกต่าง เช่น วอล์กเกอร์ ซีไรส์ และเพนเดอร์ (Walker ; Sechrist ; & Pender 1987) คือ การปฏิบัติเฉพาะบุคคลที่ส่งเสริมสุขภาพจนเกิดเป็นสุขนิสัย โดยได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมและชุมชนที่อาศัยซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1.โภชนาการ (Nutrition) 2.กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) 3.การจัดการความเครียด (Stress Management) 4.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 5.การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) และ 6.การบรรลุศักยภาพแห่งตน (Self - Actualization) ในขณะที่กิลลิส (Gillis.1997) ได้เสนอว่าพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำที่เป็นกิจวัตรในชีวิตประจำวันที่แสดงถึงการป้องกันการเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี ได้แก่ 1.โภชนาการ (Nutrition) 2.การทำกิจกรรมทางกาย (Physical Participation) 3.ความปลอดภัย (Safety) 4.ตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health Awareness) 5.การจัดการความเครียด (Stress Management) และ 6.การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในขณะที่เพนเดอร์ (Pander; et al.2006) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำที่เป็นกิจวัตรประจำวันหรือนิสัยทางด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1.การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) 2.การออกกำลังกาย (Exercise) 3.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4.การจัดการความเครียด (Stress Management) 5.การช่วยเหลือพึ่งพาหะหว่างกัน (Interpersonal Support) และ 6.การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เช่นเดียวกับ ฮาจิฮาซโนกลูและโกซุม (Hacihasanoglu; Gozum.2011) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1.โภชนาการ 2.ออกกำลังกาย 3.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4.การจัดการความเครียด 5.การช่วยเหลือพึ่งพาหะหว่างกันและ 6.การตระหนักรู้ในตน และโพร์เรชานี และคนอื่น ๆ (Foroushani; et al. 2014) ที่ได้เสนอว่าพฤติกรรมประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) 2.การออกกำลังกาย (Exercise) 3.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4.การจัดการความเครียด (Stress Management) 5.การช่วยเหลือพึ่งพาหะหว่างกัน (Interpersonal Support) และ 6.การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

ปัจจุบันในประเทศไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 2564 ได้เสนอพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตามยุทธศาสตร์ 3 ส.3 อ.1 น. คือ 3 ส.: สวดมนต์, สมาธิ, สันทนาธรรม 3 อ.: อาหาร,

ออกกำลังกาย, อารมณ์ 1 น.: นาฬิกาชีวิต ความเป็นมาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุการดูแลผู้สูงอายุตามวิถีไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องบูรณาการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและทางเลือกทางด้านสาธารณสุขและภาคเครือข่ายสุขภาพได้นำไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา และสื่อบุหรี่ ตามหลักการดูแลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถตนเองและจัดการตนเองสามารถดูแลพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม

พฤติกรรมชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำในการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1.การอยู่พึ่งพาตนเองได้ (Being Self-Reliant) 2.การมีส่วนร่วมและยังคงประโยชน์ต่อสังคม (Being Actively Engaged With Society) 3.การมีความงอกงามทางปัญญา (Developing spiritual wisdom) 4.การคงไว้ซึ่งทางสุขภาพดี (Maintaining a Healthy) 5.การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Engaging In Active Learning) และ 6.การเตรียมตัวเพื่อความมั่นคงยามชรา (Building Up Financial Security) ดังนั้น พฤติกรรมชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 1.พฤติกรรมป้องกันโรค 2.การออกกำลังกาย 3.พฤติกรรมมีสุขภาวะจิตที่ดี 4.การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 5.การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันโรค (Disease Preventive Behavior) หมายถึง การกระทำที่แสดงถึงการดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเอง ได้แก่

1.1 สังเกต ฝ้าติดตาม และค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพและแหล่งปัจจัยหรือทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ตนเองที่สุขภาวะที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้นทำให้สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้

1.2 การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่

1.2.1 การงดสูบบุหรี่ที่จะช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ เนื่องจากในควันบุหรี่ที่มีสารนิโคตินทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและหัวใจมีอัตราการเต้นที่เพิ่มขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัวเพิ่มขึ้นและเป็นอันตรายต่อเซลล์เยื่อผิวของหลอดเลือดแดง โดยการสูบบุหรี่มวนแรกจะกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที นำไปสู่ความดันโลหิตที่สูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท (Norton.1995)

1.2.2 การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 58.8 กรัมเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อไตถูกทำลายหรือมากกว่า 3 แก้วต่อวัน นำไปสู่ความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ส่วนการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยกว่า 30 ซีซีต่อวัน จะช่วยส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่า 30 ซีซีต่อวัน

(Kotchen; & Kotchen. 1999) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรงดหรือจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าหยุดดื่มความดันโลหิตลดลงเรื่อย ๆ

1.2.3 ลดการดื่มเครื่องดื่ม พวกราชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังซึ่งมีสารคาเฟอีน เนื่องจากคาเฟอีนเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว แล้วนำไปสู่ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Chobanian; et al.2003) จากการรายงานที่ศึกษาถึงผลของคาเฟอีนของฮาร์ทลีย์และคนอื่น ๆ (Hartley; et al.2000) พบว่า ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตต่างกัน ตั้งแต่ความดันโลหิตปกติ สูงเล็กน้อย และสูงแน่นอนจำนวน 18-73 คน ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน 250 มิลลิกรัม แล้ววัดความดันโลหิตซ้ำหลังจากนั้น 45-60 นาที พบว่า ทุกกลุ่มมีค่าความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งมากกว่า 1.5 เท่า ของกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ

2. การออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรง เช่น การเดินแกว่งแขน การบริหารกล้ามเนื้อเล็ก เป็นต้น โดยการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ศึกษาตามแนวทางปฏิบัติหลักของการออกกำลังกายตามหลัก FITT (American College of Sports Medicine.2006) ได้แก่

2.1 ความถี่การออกกำลังกาย (Frequency of Exercises) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

2.2 ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) ควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง คือ การออกกำลังกายที่อยู่ในช่วงร้อยละ 55-59 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในแต่ละบุคคลหรือจากดัชนีความหนักเบาในการเคลื่อนไหว และออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถได้จากการมีเหงื่อออกขณะเคลื่อนไหวและออกกำลังกายและสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงติดต่อกันเป็นประโยคสลับกับการหายใจเข้าออกตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยขัด

2.3 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time of Exercise) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 20-30 นาที โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกายช่วงเข้มข้นของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ช่วงผ่อนคลาย

2.4 ประเภทของการออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจแต่ละบุคคล เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การปั่น จักรยาน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายและจิตใจ รวมทั้งช่วยป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและไขมันสูง

3. พฤติกรรมมีสุขภาวะทางจิตที่ดี (Psychological well-being behavior) คือ การกระทำของบุคคลในการจัดการดูแลสุขภาพจิตใจของตัวเองให้มีสุขภาวะจิตทางบวก ในการดำเนินชีวิต

ช่วยให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้เต็มความสามารถนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจาก อริสโตเติล (Aristotle) ที่ได้เสนอว่า การอยู่อย่างมีชีวิตที่ดีไม่เพียงแต่มีพื้นฐานมาจากระดับความพึงพอใจเชิงอัตวิสัยกับสิ่งที่ประสบมา แต่ยังเน้นถึงการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุข เช่นเดียวกับนอร์ตัน (Norton, 1976) ซึ่งเป็นนักปรัชญากลุ่มยูไดโมนิส (Eudaemonist) ที่มุ่งเน้นภาวะของการดำรงอยู่ต่อมาวอทเทอแมน และคณะ (Waterman, 1990) ได้เสนอว่า การมีสุขภาวะที่ดีในรูปแบบของยูไดโมนิกส์เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและใช้ศักยภาพนั้นในการผลักดันไปให้ถึงเป้าหมายของชีวิต ต่อมาไรฟ์ (Ryff & Singer B. H., 2008) ได้เสนอว่า คุณลักษณะทางจิตวิทยาที่บวกลบส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และการพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวมทั้งให้ความสำคัญกับความรู้สึกยินดี (Pleasure) และ ภาวะของการดำรงอยู่ (Being) ที่มากกว่าการเสพสุขอย่างหมกมุ่น (Self-Indulgent) องค์ประกอบของการมีสุขภาวะที่ดีในรูปแบบของยูไดโมนิกส์สามารถจำแนกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 2. การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) 3. การมีความงอกงามในตน (Personal Growth) 4. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations With Others) 5. ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) และ 6. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose In Life)

การใช้ชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นการกระทำ ด้วยการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองสามารถเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งในแง่ที่ดีและไม่ดีทำให้มีความรู้สึกทางบวกต่อชีวิตในอดีตของตนเอง

การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นเป็นการกระทำที่แสดงออกถึงความรักมิตรภาพที่ดี และสัมพันธภาพที่อบอุ่นให้กับผู้อื่นมีความรักความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีความไว้วางใจในผู้อื่น และมีความรู้สึกที่ดีและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

การกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างอิสระด้วยตนเอง เป็นการกระทำอย่างอิสระและสามารถตัดสินใจ กำหนดชีวิตด้วยตนเองและสามารถทนต่อแรงกดดันทางสังคมโดยมีความคิดและพฤติกรรมกระทำในสิ่งที่ตนเห็นว่าดีแล้ว

การจัดการและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นความสามารถของบุคคลในการเลือก หรือสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมรอบตัวให้เหมาะสมกับความต้องการและความพอใจของบุคคลนั้น รวมทั้งการที่บุคคลสามารถมองเห็นประโยชน์จากโอกาสต่าง ๆ ที่มีอยู่รอบตัวได้

การปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนยึดถือเป็นการกระทำตามเป้าหมายในชีวิตในอดีตและปัจจุบัน โดยมีพื้นฐานจากหลักศาสนาที่ตนยึดถือการได้กำหนดทิศทางชีวิตด้วยตนเองและมุ่งมั่น ในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้งอกงามขึ้นเป็นการกระทำ เพื่อพัฒนาศักยภาพที่ตนมีอย่างต่อเนื่องทั้งทางร่างกายและจิตใจมีการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองและเปิดโอกาสให้ตนเองได้รับรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้เห็นโอกาสในการปรับปรุงตนเองและพฤติกรรมตลอดเวลา

4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Engaging In Social Activity) หมายถึง การกระทำที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อส่งเสริมสังคมให้สันติสุข เช่น การทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองถนัดและสนใจ การร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศาสนา ชมรม หรือชุมชน การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Alberta Health And Wellness. 2002) รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ถึงขีดสูงสุด รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นที่อยู่รอบข้าง เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนั้น ต้องเริ่มจากการพัฒนาตนเองให้เข้ากับผู้อื่นได้ง่าย การให้ความรักความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และเมื่อมีปัญหาสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst, 1963) ได้ชี้แนะว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยไม่สามารถที่หลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การได้ยินที่ลดลงทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นที่ไม่สะดวกนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคมนำไปสู่การรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองที่ลดลง ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงเป็นการเปิดโอกาสที่สร้างความมั่นคงทางสังคม การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อน ๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง นอกจากนั้นยัง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller, 1991) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ พบว่า การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นที่อยู่รอบข้างด้วยการให้ความรักเห็นอกเห็นใจผู้อื่นความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด การยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นและเมื่อมีปัญหาถ้าที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

5. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy Eating) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพสุขภาพที่แข็งแรงและลดความรุนแรงของโรคต่าง ๆ (Gradner; et al. 2000; Holmes. 2004) จากการสำรวจพฤติกรรม

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบในการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ก่อเกิดผลที่ดีต่อสุขภาพและ ควบคุมเน้นการดูแลสุขภาพตามหลัก อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกายและไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา เป็นผลที่ดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ความต้านทานโรคลดลงผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่นและส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด โรคอ้วน เป็นต้น โดยโรคที่ผู้สูงอายุ มักประสบส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในลักษณะที่เป็นการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การศึกษา ลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุจึงน่าจะเป็นประเด็นที่น่าสนใจและเหมาะสมกับสถานการณ์สังคม ในปัจจุบัน เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่แข็งแรงปราศจากโรคภัย และสามารถดำเนินชีวิต อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ (คันสนีย์ วงศ์ชนะ, 2565)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาข้อมูลสำหรับประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง

ศิริรัตน์ ธีระประวัติ ชูภาศิริ อภินันท์เดชา และศิริวิทย์ หลิมโตประเสริฐ (2562) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรม ให้ความรู้พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเพื่อการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุสองกลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ ความสามารถตนเองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบ่งตามการรับรู้ความสามารถตนเองความคาดหวัง ต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามลำดับ

Pham Van Truong , Renny Wulan Apriliyasari, Mei-Yu Lin, Hsiao -Yean Chiu, Pei-Shan Tsai (2563) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความดันโลหิต ประสิทธิภาพในตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และดัชนีมวลกายในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมให้ความรู้พฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุจัดการตนเอง ดัชนีมวลกาย ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสองกลุ่มคือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง

และการจัดการตนเองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โรคความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามลำดับ

นพภรณ์ จันทศรี และคณะ (2563) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean = 2.52, SD = 0.173) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 2.15, SD = 0.366) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean = 2.04, SD = 0.219) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.000$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สายฝน สุภาศรี (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงราย กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสัมภาษณ์รวมทั้งสิ้นครั้งละ 2.5 ชั่วโมงเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยได้ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$)

รุ่งรัตน์ สุขเดชา (2564) ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้

ศรินทรา ตัวงใส (2564) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 E ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = 4.61$ ($p < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = 4.30$ ($p < 0.001$) และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ชาลิษา สาและ (2565) ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุ มุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดปรับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้ต่อเนื่องและช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้รับความรู้ และทักษะในด้านการจัดการตนเอง โดยมีครอบครัวสนับสนุนเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้ดีขึ้นคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < 0.001$, $p < 0.05$) ตามลำดับ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ดังนั้น การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการจัดการตนเองในการปฏิบัติดูแลสุขภาพ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตค่าที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเอง กล่าวถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายและสามารถจัดการตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีระดับความดันโลหิตที่ลดลงอย่างเหมาะสม หากบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม และสามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ ส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่แล้วนั้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

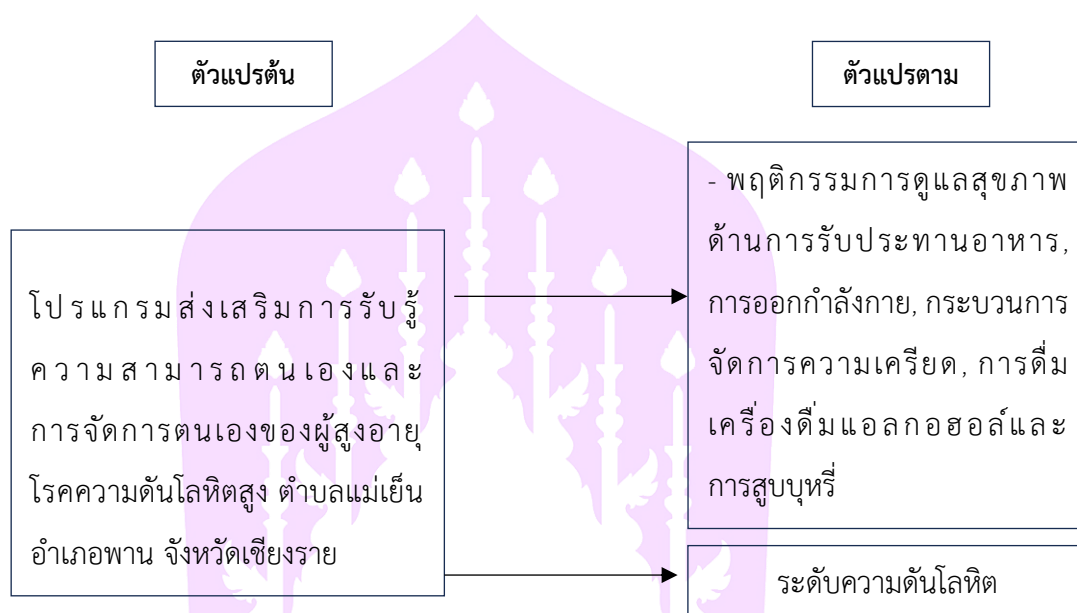
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยจำนวนมากได้มุ่งเน้นในการศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเนื่องจากโรคเรื้อรังที่พบปัญหาในปัจุบัน พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - Efficacy Theory) และ การจัดการตนเอง (Self - Management) โดยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตที่ส่งผลกลับเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ในการดูแลสุขภาพ หากผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติและจัดการตนเองได้ตามแนวทางการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและมีเสริมแรงกระตุ้นในการปฏิบัติให้ระดับความดันโลหิตดีขึ้น ฉะนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะรับรู้ความสามารถตนเองและจัดการตนเอง ในแนวทางเรื่องใดก็ตามมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ นำสู่การปฏิบัติด้วยตนเอง ในแนวทางกระบวนการปฏิบัติอย่างไรหากได้ปฏิบัติแล้วเกิดผลประโยชน์ทางที่ดีตามมาอย่างไร

ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ที่มีความระดับความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงต้องคำนึงว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนเองอย่างไร มีความเข้าใจในการปฏิบัติ

เรื่องนั้นมากน้อยอย่างไร เพื่อจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองของผู้ที่มีค่าระดับความโลหิตสูงโดยทฤษฎี การรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองกล่าวถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมที่กำหนดไว้ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและกระทำได้แล้วจะบรรลุตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามกระบวนการ ฉะนั้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มีสุขภาพดี



กรอบแนวคิด



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจยืนยันทางการแพทย์ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่เย็น อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ปีพ.ศ. 2566 ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม ปี พ.ศ.2566 โดยมีรายละเอียดในการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้การศึกษา
3. การหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล
7. จริยธรรมในการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจยืนยันทางการแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลแม่เย็น อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ปี 2566 จำนวน 745 คน ทั้งหมด 11 หมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจทางการแพทย์ยืนยันจากแพทย์ และมีประวัติการรักษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เย็น อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ปี 2566 โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 รายแบ่ง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ราย โดยวิธีใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques) โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นที่ภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อมและข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะอาชีพ รายได้ และการศึกษามีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Homogenous)

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปจีเพาเวอร์ (G - Power Version 3.1) โดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 หรือ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ (Power Of Test) 0.8 โดยหาขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (Effect Size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายกับการศึกษา (ศิริรัตน์ ธีระประวัติ ชูภาศิริ อภินันท์เดชา และศิริวิทย์ หล่มโตประเสริฐ, 2562) สำหรับการทดลองด้วยวิธีแบบ 2 กลุ่ม (Large Effect Size) คือระดับ 0.8 (Cohen, 1988) จากจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น ทั้งหมด 745 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน จากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจสูญหายไป หรือกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่มาตามนัดอีก 15 เปอร์เซ็นต์ประมาณ คิดเป็น 8 คน ฉะนั้น ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย

1. ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 3 เดือน
2. ผู้ได้รับยาและอยู่ในกระบวนการรักษาและมีประวัติการวัดระดับความดันโลหิตล่าสุดสูงหรือกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่บกพร่องการฟังและการมองเห็น
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถร่วมกระบวนการโปรแกรมได้

เกณฑ์การหยุดการศึกษาวิจัยและกระบวนการ ได้แก่

1. มีความต้องการออกจากกระบวนการกิจกรรม
2. มีเหตุการณ์จำเป็นต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาลทันที
3. ไม่เข้าร่วมกิจกรรมเกิน 2 ครั้งขึ้นไป

เกณฑ์การยุติการศึกษาวิจัยและกระบวนการ ได้แก่

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 50 ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้การศึกษา

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รายละเอียดดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 1 ฉบับ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลักปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้อาศัยในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคประจำตัว มีลักษณะเป็นการตรวจสอบรายการ (Check List)

2.1.2 การจัดการตนเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคำถามมาจากคู่มือการดูแลตนเองเรื่องโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์, 2564) ประกอบด้วย คำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมิน (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ทำได้ไม่แน่ใจ ทำไม่ได้ จำนวน 30 ข้อ คำถามเชิงบวก 16 ข้อ/คำถามเชิงลบ 14 ข้อ (ทางกลับกันด้านลบ) โดยเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทำได้	กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนเป็น	3
ไม่แน่ใจ	กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนเป็น	2
ทำไม่ได้	กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนเป็น	1

มีคะแนนอยู่ระหว่าง 30 - 90 คะแนนโดยเปรียบเทียบการประมาณค่าร้อยละ แบ่งคะแนน 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินของบลูม (Bloom, 1971 : 47) ซึ่งได้รับคะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน 30 – 49	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ
ช่วงคะแนน 50 – 69	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 70 – 90	หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy) ของแบนดูรา 1977 ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการจัดการตนเองว่ามี 4 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experince) การใช้ตัวแบบ (Modeling), การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Peruasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) และการประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self – Management) ของ Kanfer And Gaelick Buys 1991 ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการจัดการตนเองว่ามี 3 ด้าน ได้แก่

การกำกับตนเอง (Self - Monitoring), การประเมินตนเอง (Self - Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self - Reinforcement)

โดยอ้างอิงงานวิจัยศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยปรับมาจากของ (ยุภาพร นาคกลิ้ง, 2555) ประกอบกับงานวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวนทั้งหมด 7 สัปดาห์ของ (สุพัตรา สิทธิวัง, 2560) ศึกษางานวิจัยผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งหมด 8 สัปดาห์ของ (รัชนก จันทร์เพ็ญ, 2564) และงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (ยุภาพร นาคกลิ้ง, 2555) เนื่องจากเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประกอบกระบวนการมาพัฒนาด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเองเพื่อควบคุมค่าความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประกอบด้วยกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ในการบูรณาการแสดงความคิดเห็นร่วมกันกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลอง จำนวน 30 ราย จากการวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยความสมัครใจโดยกิจกรรมในการนัดหมายสัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ในการเข้าร่วมพร้อมเพียงกัน สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยได้จัดกระบวนการประยุกต์จากการทบทวนงานวิจัยการกิจกรรม โปรแกรมทั้งหมด 15 ครั้งจำนวน 8 สัปดาห์ เน้นอ้างอิงกรอบแนวคิดในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปชาสกาและคณะ (Prochaska et al., 1994) โดยเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ 1. กระบวนการปรับรูปแบบความคิด 2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการจัดให้สอดคล้องในกิจกรรมแต่ละครั้ง

ตาราง 1 แสดงแผนกิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์/ ครั้ง	รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
			การรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
สัปดาห์ที่ 1	สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง เรื่อง สร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดี และเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อเขาผู้สูงอายุ และเตรียมพร้อมรับมือกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ			
	1.แนะนำตัวสร้างความคุ้นเคยอธิบายกระบวนการโปรแกรม การชักจูงด้วยคำพูด			การประเมินตนเอง
	ส่งเสริมสุขภาพ อธิบาย เป้าหมายของกิจกรรมและให้ผู้เข้าร่วมฝึกประเมินตนเองในปัญหาด้านสุขภาพ			
ครั้งที่1	2.ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ทำได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วสำเร็จในการดำเนินชีวิตประจำวัน และวิธีการปรับเปลี่ยนเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ด้านความรู้สึกละเอียดที่เผชิญกับอุปสรรค และแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้ผ่านช่วงเวลานั้นมาได้			การเสริมแรงตนเอง
	ใช้เวลา 1 ชั่วโมง			
	3.กระตุ้นอารมณ์ในทางบวกเพื่อบอกว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้และเสริมแรง			การประเมินตนเองและ การเสริมแรงตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
ลำดับที่/ ครั้ง		การรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 1 (ต่อ) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	โดยการกล่าวชมเชย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งจุดมุ่งหมายได้และ การตรวจวัดค่าระดับความดันโลหิต		
	1.ฝึกตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองการตั้งจุดมุ่งหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2.วิธีการประเมินสุขภาพตนเองการติดตามค่าความดันโลหิตตนเอง	การชักจูงด้วยคำพูด	การเสริมแรงตนเอง
ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง			
		การชักจูงด้วยคำพูด	การประเมินตนเอง
ลำดับที่ 2	ส่งเสริมการรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเอง เรื่อง การรับประทานอาหาร โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริม ในวิธีการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง		
ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1.ออกมาเล่าประสบการณ์ในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โดยให้แต่ละคนด้านอาหารที่รับประทานในวันนี้ “ไหน วันนี้ใคร รับประทานอาหารเมนูอะไรบ้าง” ออกมาเมนูอาหารของแต่ละคน	ใช้การกระตุ้นทางอารมณ์	การประเมินตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีปฏิบัติใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 3 (ต่อ)	2. ฝึกการตั้งจุดมุ่งหมายการรับประทานอาหารที่สามารถบรรลุได้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และตรวจวัดระดับความดันโลหิต	ใช้วิธีประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ	การติดตามตนเอง
	3. ยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่อาจพบได้จากการรับประทาน อาหารที่อาจส่งผลต่อระดับความดันโลหิตและแนวทางการปฏิบัติ ที่ถูกต้องโดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการจัดการกับเมนูอาหาร จากสถานการณ์ที่ให้	การใช้ตัวแบบ	การเสริมแรงตนเอง
ครั้งที่ 4	1. บุคคลต้นแบบที่มีประสบการณ์ตรงด้านโรคความดันโลหิตสูง มาเล่าถึงวิธีการดูแลตัวเองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นประสบการณ์ ของผู้อื่น การกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้ว จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น	การกระตุ้นทางอารมณ์และ การใช้ตัวแบบ	การติดตามตนเอง
	2. ชักจูงกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการจัดการและ	การชักจูงด้วยคำพูดและ การใช้ตัวแบบ	การเสริมแรงตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 4 (ต่อ) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	ตั้งจุดมุ่งหมายสำหรับการบริโภคอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การชักจูงด้วยคำพูดและ	การเสริมแรงตนเอง
	ได้และเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถ	การใช้ตัวแบบ	
	ตั้งจุดมุ่งหมายได้	การใช้ตัวแบบ	การประเมินตนเอง
3.วิธีการประเมินสุขภาพตนเองการติดตามระดับความดันโลหิตตนเองและยกตัวอย่างอาหารที่สามารถรับประทานได้และอาหารเสี่ยงการรับประทานอาหาร			
สัปดาห์ที่ 3		ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเอง เรื่อง การออกกำลังกาย โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมในวิธีการแก้ไข	
ครั้งที่ 5		ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	
ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1. เล่าประสบการณ์ในการออกกำลังกาย จากการจัดตั้งคำถามว่า	ประสบการณ์ที่ประสบ	การประเมินตนเอง
	“เห็นผู้สูงอายุออกกำลังกายแล้วดีอย่างไร” แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม	ความสำเร็จ	
	กลุ่มออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกาย ออกมาเล่า การออกกำลังกายแบบตนเอง		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 5 (ต่อ) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	2. ฝึกการตั้งจุดมุ่งหมายการออกกำลังกายที่สามารถบรรลุได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต	การกระตุ้นทางอารมณ์	การเสริมแรงตนเอง
	3. ตัวแทนที่ออกกำลังกายเล่าถึงว่า “ทำไมถึงออกกำลังกาย” ยกตัวอย่างการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและบอกวิธีการออกกำลังกายตลอดจนปฏิบัติแล้วเกิดผลอย่างไรและการวัดระดับความดันโลหิต	การใช้ตัวแบบ	การติดตามตนเอง
ครั้งที่ 6 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1. ชักจูงกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการตั้งจุดมุ่งหมายสำหรับการออกกำลังกาย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้และเสริมแรง โดยการกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งจุดมุ่งหมายได้	ประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ	การประเมินตนเอง
	2. ยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่อาจพบได้ จากการออกกำลังกายที่อาจส่งผลต่อระดับความดันโลหิต โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการจัดการกับจากสถานการณ์ที่ให้	การกระตุ้นทางอารมณ์	การติดตามตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 6 (ต่อ) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	3.วิธีการประเมินสุขภาพตนเอง การติดตามค่าความดันโลหิตตนเอง การชั่งกิโลด้วยคำพูด และยกตัวอย่างการออก กำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้และ การออกกำลังกายที่เหมาะสม		การเสริมแรงตนเอง
สัปดาห์ที่ 4	ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเอง เรื่อง กระบวนการจัดการความเครียดโดยมีเป้าหมายในการส่งเสริม ในวิธีการแก้ไขปัญหาคติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง		
ครั้งที่ 7 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1. เล่าประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นและความรู้สึก ใช้คำพูดที่ประสบความสำเร็จ ในขณะเผชิญกับเหตุการณ์และแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้ ที่ประสบความสำเร็จ ผ่านช่วงเวลานั้นมาได้		การประเมินตนเอง
	2. ฝึกการตั้งจุดมุ่งหมายการจัดการความเครียด และการปฏิบัติ การกระตุ้นทางอารมณ์		การติดตามตนเอง
	กิจกรรมประจำวันที่สามารถบรรลุได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต		
	3.ตัวแทนที่เกิดภาวะความเครียดเล่าถึงว่าปัญหาอุปสรรคที่เจออยู่ การใช้ตัวแบบ		การเสริมแรงตนเอง
	ปัจจุบันและตรวจวัดระดับความดันโลหิต		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
ลำดับ/ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 8 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1. ชักจูงกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการตั้งจุดมุ่งหมายสำหรับการกระบวนกรจัดการความเครียด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้และเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งจุดมุ่งหมายได้	การชักจูงด้วยคำพูด	การเสริมแรงตนเองและ การประเมินตนเอง
	2. ยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่อาจพบได้จากการออกกำลังกายที่อาจส่งผลต่อระดับความดันโลหิต โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการจัดการกับอาการจากสถานการณ์ที่กำหนด	การชักจูงด้วยคำพูดและ การกระตุ้นทางอารมณ์	การติดตามตนเอง
	3. ประเมินสุขภาพตนเอง การติดตามค่าความดันโลหิตตนเองและยกตัวอย่างความเครียดที่สามารถมีวิธีการจัดการความเครียดได้	การกระตุ้นทางอารมณ์	การประเมินตนเอง
ลำดับที่ 5	ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเอง โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมในวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 9 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1. เล่าประสบการณ์ที่ทำให้เข้าไปเกี่ยวข้องทำให้เกิดพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเข้าใจกับ เหตุการณ์ที่เกิดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ แนวทางในการแก้ปัญหาที่ทำได้ในช่วงเวลา	ประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ	การประเมินตนเอง
	2. ฝึกการตั้งจุดมุ่งหมายการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่สามารถบรรลุได้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต	การกระตุ้นทางอารมณ์	การติดตามตนเอง
	3. ตัวแทนที่เกิดผลดีจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เล่าถึงว่าปัญหาอุปสรรคที่เจอพบปัจจุบันและ ตรวจวัดระดับความดันโลหิต	การชักจูงด้วยคำพูด	การเสริมแรงตนเอง
ครั้งที่ 10 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1. ชักจูงกลุ่มตัวอย่างว่ามีความสามารถในการตั้งจุดมุ่งหมาย	การชักจูงด้วยคำพูดและ	การติดตามตนเอง
	สำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้และเสริมแรง	การกระตุ้นทางอารมณ์	

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 10 (ต่อ) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	โดยการกล่าวชมเชย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งจุดมุ่งหมายได้	การใช้ตัวแบบ	การประเมินตนเองและ
	2. ยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบจากการใช้ตัวแบบ		การเสริมแรงตนเอง
	ทีมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิต โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการจัดการกับปัญหาจากสถานการณ์ที่ให้	การใช้คำพูดประสบความสำเร็จ	การประเมินตนเอง
สัปดาห์ที่ 6	3. ประเมินสุขภาพตนเอง การติดตามค่าความดันโลหิตของตนเองและ	ที่ประสบความสำเร็จ	
	ยกตัวอย่างภาวะไม่เต็มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถมีวิธีการ		
	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยัง		
ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเอง เรื่อง การไม่สูบบุหรี่ โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมในวิธีการแก้ไข		ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและ ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	
ครั้งที่ 11 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1. เล่าประสบการณ์ที่ทำให้เข้าไปเกี่ยวข้องทำให้เกิดพฤติกรรม	ใช้ประสบการณ์ที่ประสบ	การประเมินตนเอง
	การสูบบุหรี่และความรู้สึกละอายใจที่เผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดผล	ความสำเร็จ	
	กระทบจากการสูบบุหรี่และแนวทางในการแก้ปัญหาที่ทำให้ผ่าน		
ครั้งที่ 12	ช่วงเวลา 1 ชั่วโมง		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 11 (ต่อ) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	2. ฝึกการตั้งจุดมุ่งหมายการไม่สูบบุหรี่และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่สามารถบรรลุได้ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต	การกระตุ้นทางอารมณ์	การติดตามตนเอง
	3. ตัวแทนที่เกิดผลดีจากการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมจากการสูบบุหรี่ได้เล่าถึงว่าปัญหาอุปสรรคที่เจอพบปัจจุบันและตรวจวัดระดับความดันโลหิต	การชักจูงด้วยคำพูด	การเสริมแรงตนเอง
	1. ชักจูงกลุ่มตัวอย่างว่ามีความสามารถในการตั้งจุดมุ่งหมาย สำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ เพื่อสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้และเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชย เมื่อกลุ่มตัวอย่าง สามารถตั้งจุดมุ่งหมายได้	การชักจูงด้วยคำพูดและ การกระตุ้นทางอารมณ์	การติดตามตนเอง
ครั้งที่ 12 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	2. ยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลกระทบ จากการสูบบุหรี่ ที่อาจส่งผลต่อระดับความดันโลหิต โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ฝึกการจัดการกับปัญหาจากสถานการณ์ที่	การใช้ตัวแบบ	การประเมินตนเองและ การเสริมแรงตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 12 (ต่อ) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	3.ประเมินสุขภาพตนเอง การติดตามค่าความดันโลหิตตนเองและ การใช้คำพูดประสบการณ์ การประเมินตนเอง ยกตัวอย่างข้อดีของการไม่สูบบุหรี่ที่สามารถมีวิธีการปรับเปลี่ยน ที่ประสบความสำเร็จ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยัง		
สัปดาห์ที่ 7	นัดหมายกลุ่มเป้าหมายในการทบทวนการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและ การจัดการตนเองดูแลพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการอธิปารายกลุ่ม ด้านการสร้างเสริมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง		
ครั้งที่ 13 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	1. จัดแบ่งกลุ่มเพื่อฝึกฝนจากสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพที่ประสบ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการ ความสำเร็จ ความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ โดยให้แต่ละกลุ่มแสดง ความคิดเห็นต่อวิธีการจัดการสุขภาพที่ปฏิบัติแล้วสำเร็จ		การประเมินตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีปฏิบัติใช้ทฤษฎี	
สัปดาห์/ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง	การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 13 (ต่อ) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	2.ประเมินตนเองจากกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ โดยให้ตัวแทนแต่ละคนออกมาเล่าที่ตนปฏิบัติสำเร็จผ่านมาแต่ละด้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และตรวจวัดระดับความดันโลหิต	การกระตุ้นทางอารมณ์	การติดตามตนเอง
	จัดแบ่งกลุ่มฝึกจากสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่การสูบบุหรี่และผลกระทบระยะยาว โดยให้แต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อวิธีการจัดการสุขภาพที่ปฏิบัติแล้วสำเร็จ	การชักจูงด้วยคำพูดและ การกระตุ้นทางอารมณ์	การเสริมแรงตนเอง
ครั้งที่ 14 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง			
สัปดาห์ที่ 8	ผู้วิจัยได้นำคหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าประเมินตามแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองในการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประเมิน		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายละเอียดกิจกรรม		วิธีประยุกต์ใช้ทฤษฎี
สัปดาห์/ครั้ง		การรับรู้ความสามารถตนเอง การจัดการตนเอง
ครั้งที่ 15 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง	การเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในครั้งที่ 2 วิธี การเก็บข้อมูลโดยการอ่านคำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบรายบุคคลและตรวจวัดระดับความดันโลหิต เพื่อเป็นการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง หลังจากได้เข้ารับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มทดลอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทั้งหมดเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 15 ครั้ง	

2.2. คู่มือการดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์, 2564) ในคู่มือจะมีเนื้อหาและภาพประกอบ โดยจะเน้นความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาหลักการปฏิบัติตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงซึ่งครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถและการจัดการตนเอง

2.3. วิดีโอสาธิต การออกกำลังกายผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้ศึกษานำมาจากกรมอนามัย (กรมอนามัย, 2561) โดยจะพูดถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรงเหมาะสมสำหรับโรคความดันโลหิตสูงและสาธิตขั้นตอนวิธีการสำหรับออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อที่ถูกต้อง 6 ขั้นตอน ดังนี้

2.3.1 ยืนตรง ยกมือเท้าเอว จากนั้นย่อเท้าสลับซ้าย - ขวา ต่อเนื่องกันไปประมาณ 1-2 นาที ย่ำเท้าอยู่กับที่

2.3.2 ยืนตรง กางขาออกเล็กน้อย จากนั้นออกแรงยกมือขึ้นเหนือศีรษะ ระหว่างยกมือขึ้นให้เตะขาซ้ายออกไปด้านข้าง ปลายเท้าแตะพื้นลดมือลงพร้อมกับดึงขากลับมาสู่ท่าเริ่มต้นจากนั้นสลับข้าง

2.3.3 ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ จากนั้นก็โบกไปตามจังหวะของเพลง สามารถเปิดเพลงที่มีจังหวะเร็วเพื่อสร้างความสนุกสนานได้ตามใจชอบ

2.3.4 ยืนตรง จากนั้นยกแขนขึ้นตั้งฉากกับลำตัว ตั้งข้อศอกงอ จากนั้นหุบศอกเข้าหากันและกางออก ทำเป็นจังหวะซ้ำ ๆ ตามเพลง

2.3.5 ยืนตรง แยกขาออกจากกันเล็กน้อย นำมือทั้งสองข้างเท้าเอวและหมุนไหล่ไปทางด้านหน้าเบา ๆ จากนั้นก็หมุนกลับไปด้านหลังท่านี้ได้บริหารไหล่ช่วยให้หัวไหล่สบาย คลายปวดเมื่อยได้ดีสำหรับผู้สูงอายุ

2.3.6 ยืนตรง ยกมือเท้าเอว จากนั้นบิดลำตัวไปทางซ้ายซ้ำ ๆ จนสุดแล้วบิดตัวกลับมาทางขวาสลับกันไปมาประมาณ 15 ครั้ง

2.3.7 เคลื่อนย้ายท่าออกกำลังกายท่านี้อีกคือ ต้องแกว่งไปข้างหน้าเบา ๆ แต่แกว่งกลับไปด้านหลังให้แรงกว่า ทำซ้ำประมาณ 10 นาทีในช่วงแรก แล้วค่อยเพิ่มเวลาหรือทำท่าออกกำลังกายอื่น ๆ ช่วยลดพุง ลดความดันโลหิตคลายความเครียดแถมรักษาโรคได้ข้อปฏิบัติคือ ก่อนการออกกำลังกายบริหารยืดเหยียด ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่ไม่รัดแน่น บริหารกล้ามเนื้อ เช่น สะบัดแขน มือ เท้าสักรู้ ให้กล้ามเนื้อและร่างกายผ่อนคลาย หมุนศีรษะไปมา แล้วจัดลักษณะท่าให้ถูกต้อง ซึ่งใช้เวลา 30 นาที ทำอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที รวมกันให้ได้วันละ 30 นาทีต่อวัน

3. การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของเนื้อหาการสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1. ได้ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ในการศึกษารายละเอียดทฤษฎี แนวคิดงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
2. ขอบเขตและกระบวนการเนื้อหาแบบสัมภาษณ์และโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาในการค้นหา
3. การกำหนดแบบสัมภาษณ์และโปรแกรมการรับรู้และการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายใต้ความต้องการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Self - Efficacy และการจัดการตนเอง Self - Management
4. นำผลการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร หนังสือ วารสาร บทความ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและเสนออาจารย์ที่ปรึกษา โครงการวิจัยและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
5. ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถและการจัดการตนเองการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่แก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (validity)

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยทำการศึกษารายละเอียดจากแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์และโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้สอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษา โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา นำข้อมูลมาศึกษากำหนดรูปแบบสัมภาษณ์และสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จากคู่มือการส่งเสริมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จากนั้นนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องแล้ว

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes – Objective Congruence : IOC) ไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item – Objective Congruence : IOC) โดยแบบสอบถามทุกข้อผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ 0.5 ทุกข้อ และโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเท่ากับ 0.93

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปทดสอบความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการยืนยันทางการแพทย์ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตในตำบลทรายขาว อำเภอบ้าน จังหัดเชียงราย จำนวน 5 ราย จากนั้นนำไปปรับปรุงก่อนนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริง

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น อำเภอบ้าน จังหวัดเชียงราย โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากเสนอโครงการการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองต่อคณะกรรมการจริยธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

ก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้วจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

5.1.1 นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

- 1) ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
- 2) เข้าร่วมกิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองพร้อมรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต
- 3) การให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยในการติดตามกระตุ้นเตือนเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4) เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 5) ตอบแบบประเมินผลการจัดกิจกรรมหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

5.1.2 ประสานงานสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เย็น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.3 สัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เย็น เพื่อศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

5.1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมตามคุณสมบัติการคัดเลือกที่กำหนด

5.2 ขั้นตอนดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง จะเริ่มจากการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลองจำนวน 30 คน เป็นไปด้วยความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมรายกลุ่ม ซึ่งนัดหมายกันสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยใช้สถานที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เย็น โดยผู้วิจัยกำหนดกิจกรรมที่ดำเนินการ 15 ครั้ง โดยนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้ 4 วิธี ได้แก่ ประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบการชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ และทฤษฎีการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ 3 วิธี การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง และการติดตามตนเอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เรื่อง สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเอง
เรื่องเตรียมตัวเตรียมใจรับการเปลี่ยนแปลงและอธิบายกระบวนการโปรแกรมฯ และวัดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง

การรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพในพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระตุ้นภาวะสร้างการรับรู้

ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง โดยใช้การประสบความสำเร็จ การเห็นระบบการชักจูง

ด้วยคำพูดในพฤติกรรมสุขภาพประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง

ในประเมินตนเองการเสริมสร้างแรงกระตุ้นตนเอง และการติดตามผลการปฏิบัติตนเองและ

วัดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3 เรื่อง ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง
การออกกำลังกายในพฤติกรรมสุขภาพโดยการกระตุ้นภาวะสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและ
การจัดการตนเองโดยใช้กระสบความสำเร็จ การเห็นตัวแบบ การชักจูงคำพูดในพฤติกรรมสุขภาพ
ประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองในการประเมินตนเอง การเสริมสร้างแรง
กระตุ้นเอง การติดตามผลการดูแลตนเอง และวัดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 4 เรื่อง ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง
การกระบวนการจัดการความเครียดในพฤติกรรมสุขภาพโดยการกระตุ้นภาวะสร้างการรับรู้
ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง โดยใช้กระสบความสำเร็จ การเห็นตัวแบบ การชักจูงคำพูด
ในพฤติกรรมสุขภาพประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองในการประเมินตนเอง
การเสริมสร้างแรงกระตุ้นเองและการติดตามผลการดูแลตนเองและวัดระดับความดันโลหิตของ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 5 เรื่อง ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพฤติกรรมสุขภาพโดยการกระตุ้นภาวะสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองโดยใช้กระสบความสำเร็จ การเห็นตัวแบบการชกูงคำพูดในพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองในการประเมินตนเอง การเสริมสร้างแรงกระตุ้นเอง และการติดตามผลการดแลตนเองและวัดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 6 เรื่อง ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง

การสืบทอดในพฤติกรรมสุขภาพ โดยการกระตุ้นภาวะสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองโดยใช้กระสบความสำเร็จ การเห็นตัวแบบ การชักจูงคำพูดในพฤติกรรมสุขภาพ

ประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองในการประเมินตนเองการเสริมสร้างแรงกระตุ้นเอง การติดตามผลการดูแลตนเองและวัดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 7 เรื่องนัดหมายกลุ่มเป้าหมายในการทบทวนการสร้างเสริมการรับรู้
ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง โดยการอภิปรายรายกลุ่มด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

และระดับความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกระตุ้น ภาวะสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง โดยใช้ประสบความสำเร็จ การเห็นตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูดในพฤติกรรมสุขภาพประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง ในประเมินตนเองการเสริมสร้างแรงกระตุ้นตนเอง และการติดตามผลการปฏิบัติตนเองและการวัดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 8 เรื่อง ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้ารับประเมินตามแบบสัมภาษณ์ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง ในการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประเมิน การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิธีการเก็บข้อมูลโดยการอ่านคำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบรายบุคคล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

6.1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจง ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

6.2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired T-test

6.3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired T-test

6.4. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent T-test

7. จริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้คำนึงถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้ระหว่างที่มีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดกระบวนการในการแก้ไขป้องกัน ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ วิจัยของมหาวิทยาลัยพะเยาพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่อนุมัติ HREC-UP-HSST

1.2/144/66 วันที่ 28 กันยายน 2566 เมื่อได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและมีสิทธิถอนตัวจากการศึกษา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บไว้เป็นความลับและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างและการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง สำหรับกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต พร้อมทั้งให้ข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 แสดงเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N =60)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					0.397
ชาย	7	23.33	9	30.00	
หญิง	23	76.67	21	70.00	
2. อายุ ($\bar{X} \pm S.D.$)	60 -79 (64 $\pm$ 3.63)		60 -79 (64 $\pm$ 3.18)		0.568
60-69	26	86.67	28	24.00	
70-79	4	33.33	2	76.00	
3. สถานภาพ					0.224
โสด	6	20.00	7	24.30	
สมรส	24	80.00	23	76.70	
4. ระดับการศึกษา					0.718
ประถมศึกษา	25	83.34	26	86.67	
สูงกว่าประถมศึกษา	5	16.66	4	13.33	
5. อาชีพ					0.210
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	10	33.33	6	20.00	
รับจ้างทั่วไป	3	10.00	4	13.33	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	13.33	3	10.00	
เกษตรกร	13	43.34	17	56.67	
6. รายได้ (บาท/เดือน) ($\bar{X} \pm S.D.$) (2966.67$\pm$1899.61) (4280$\pm$2677.54)					0.667
0-4,000 บาท	25	83.25	18	59.40	
4,001-8,000 บาท ขึ้นไป	5	16.75	12	40.60	
7. การอยู่อาศัย					0.569
อยู่คนเดียว	9	30.00	4	13.34	
คู่สมรส	12	40.00	13	43.33	

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N = 30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คู่สมรสและญาติ พี่น้อง	9	30.00	13	43.33	0.540
8. การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	29	96.67	30	100.00	
สูบ	1	3.33	0	0	0.207
9. การดื่มสุรา					
ไม่ดื่ม	21	70.00	22	73.33	
ดื่ม	9	30	8	26.67	

หมายเหตุ: $p < 0.05$, Chi - Square Test

จากตารางที่ 2 การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.67 อายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.67 สถานภาพสมรส กลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.67 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.34 การประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.67 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.33 รายได้ไม่เกิน 4,000 บาท กลุ่มทดลอง ร้อยละ 59.40 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.25 การอยู่อาศัย คู่สมรสและญาติพี่น้อง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40 การไม่สูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 96.67 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ร้อยละ 100

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

ตาราง 3 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม (N=60)

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง n=30		กลุ่มควบคุม n=30		P-Value
	Mean	S.D	Mean	S.D	
การรับประทานอาหาร	27.17	1.93	23.23	1.72	< 0.001**
การออกกำลังกาย	20.03	1.16	16.27	0.74	< 0.001**
กระบวนการจัดการความเครียด	13.43	1.41	12.67	0.48	0.006*
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	11.30	0.794	9.80	1.06	< 0.001**
การสูบบุหรี่	11.40	1.30	10.40	0.50	< 0.001**
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	80.43	6.13	70.16	1.94	< 0.001**

หมายเหตุ: * $p < 0.05$, Independent T - Test

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด และการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$)

ตาราง 4 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม (N=60)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง n=30		กลุ่มควบคุม n=30		P-Value
	Mean	S.D	Mean	S.D	
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	124.01	5.57	147.40	5.26	< 0.001**
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	81.00	4.78	93.63	4.14	< 0.001**

หมายเหตุ: * $p < 0.05$, Independent T - Test

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติ (ค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 4

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ตาราง 5 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P-Value
	Mean	S.D	Mean	S.D	
กลุ่มทดลอง (n=30)					
การรับประทานอาหาร	24.20	2.37	27.17	1.93	< 0.001**
การออกกำลังกาย	16.13	1.76	20.03	1.16	< 0.001**
กระบวนการจัดการความเครียด	12.67	1.35	13.43	1.22	0.0019*
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	10.53	1.38	11.30	0.79	0.013*
การสูบบุหรี่	10.56	1.17	11.40	1.30	0.012*
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	70.26	2.16	80.43	6.13	< 0.001**

ตาราง 5 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P-Value
	Mean	S.D	Mean	S.D	
กลุ่มควบคุม (n=30)					
การรับประทานอาหาร	23.80	1.95	23.23	1.72	0.295
การออกกำลังกาย	16.87	2.00	16.27	0.74	0.133
กระบวนการจัดการความเครียด	12.97	1.25	12.67	0.48	0.213
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	10.23	1.41	9.80	1.06	0.263
การสูบบุหรี่	10.46	1.00	10.40	0.50	0.745
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	70.23	1.95	70.16	1.94	0.891

หมายเหตุ: * $p < 0.05$, Paired T-Test

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired T - Test พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$)

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-Value
	Mean	S.D	Mean	S.D	
กลุ่มทดลอง (n=30)					
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	143.07	10.41	124.10	5.57	< 0.001**
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	93.23	7.93	81.00	4.78	< 0.001**
กลุ่มควบคุม (n=30)					
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก	146.37	10.35	147.40	5.26	0.558
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก	92.67	8.87	93.63	4.14	0.521

หมายเหตุ: * $p < 0.05$, Paired T-Test

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired T - Test พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของหลังทดลองอยู่ในระดับปกติ (ค่าต่ำกว่าก่อนทดลอง) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Design) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษิตตามกระบวนการทางการแพทย์ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อจำกัดในการวิจัย
4. ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้และความสามารถตนเองและการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และแบบบันทึกข้อมูลระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต

นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-Square Test
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงวิเคราะห์โดยใช้สถิติ

Independent T - Test เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Paired T - Test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Independent T - Test เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired T - Test

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.67 อายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 86.67 สถานภาพสมรส กลุ่มทดลอง ร้อยละ 76.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.67 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.34 การประกอบอาชีพ เกษตรกรกลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.67 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.33 รายได้ไม่เกิน 4,000 บาท กลุ่มทดลอง ร้อยละ 59.40 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.25 การอยู่อาศัยคู่สมรสและคู่สมรสและญาติพี่น้อง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40 การไม่สูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 96.67 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ร้อยละ 100

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของหลังทดลองอยู่ในระดับปกติ (ค่าต่ำกว่าก่อนทดลอง) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปกติ (ค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$)

2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต ตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 - 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามปกติ นั้น เกิดจากกระบวนการของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มุ่งเน้นการจัดการตนเองด้วยการกำกับตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเองตามทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self – Management) ของ Kanfer and Gaelick Buys. 1991 ซึ่งส่งผลโดยตรงกับค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตสูงที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ภายหลังการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของอัลเบิร์ต เบนดูรา.(Bandura, 1997) ที่เชื่อว่ากระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์มาจากองค์ประกอบการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ และเมื่อพิจารณาค่าพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านกระบวนการจัดการความเครียดและด้านการสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ (รุ่งรัตน์ สุขเดชะ และคณะ, 2564) ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการแพทย์ตามปกติ ทั้งนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตยังสอดคล้องงานวิจัยของ (เบญจวรรณ วงศ์รอด, 2566) ได้ศึกษาโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า กลุ่มได้รับโปรแกรมหลังการทดลองหลังจากได้รับการกระตุ้นทำให้สามารถปฏิบัติและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ค่าที่เหมาะสม

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง และการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอธิบายได้ว่า ในประเด็นของความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ อ้างอิงทฤษฎีองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพของโกชแมน (Gochman, 1988) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นลักษณะของส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และด้านความรู้อื่น ๆ ลักษณะบุคลิกภาพ รวมทั้งความรู้สึก และอารมณ์ลักษณะนิสัย มีรูปแบบพฤติกรรมสังเกตได้เป็นการกระทำและนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสุขภาพ โดยการปรับใช้โปรแกรมอาจส่งเสริมให้กลุ่มทดลอง เข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง และเห็นคุณค่าในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักหรือการรับประทานอาหารที่สมดุลและการเสริมสร้างความมั่นใจ โดยการเข้าร่วมโปรแกรมอาจช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้รู้สึกมั่นใจและเต็มใจที่จะลงมือทำตามแนวทางที่ได้รับสอดคล้องกับการศึกษาของ (ชาลีสา สาและ, 2565) ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่า ปรับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ต่อเนื่องและช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้รับความรู้และทักษะในการจัดการตนเองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุมุสลิมโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากกระบวนการของโปรแกรมผู้วิจัยได้นำผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงที่เหมือนกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้กลุ่ม และเกิดแรงจูงใจสร้างความคิดให้สามารถจัดการตนเองนำไปสู่การส่งผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) และหลังการทดลองยังส่งผลต่อค่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและ

การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05)

3. ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเฉพาะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในตำบลแม่เย็น อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย เพียงแห่งเดียว จึงทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถอ้างอิงถึงผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดได้

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

4.1.1 หน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน คลินิกด้านสุขภาพ เป็นต้น ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.1.2 เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายสาธารณะ เช่น กองสาธารณสุข อบต. เทศบาล เป็นต้น ที่สนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การสร้างพื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกายหรือการส่งเสริมการลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

4.1.3 สามารถนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.2.1 ควรติดตามผลของการส่งเสริมในการจัดการตนเองพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตในระยะเวลาที่นานขึ้น 12 สัปดาห์ หรือ 16 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.2.2 การศึกษาผลของการส่งเสริมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น เพื่อสามารถสรุปผลการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใหญ่

4.2.3 ในการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพควรนำไปใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อสามารถได้ผลลัพธ์ในการปรับพฤติกรรม



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยแบบสัมภาษณ์
โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น
อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

แบบสัมภาษณ์วิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ทั้งนี้ เพื่อจะได้นำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาการจัดทำโครงการต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ข้อ

ผู้วิจัย ขอรับรองว่าจะนำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ โดยนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในภาพรวมเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อ ต่ออาสาสมัครผู้ร่วมตอบแบบสัมภาษณ์งานวิจัยและผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

วรุฒ ดวงจิตร

นิสิตสาธิตสาขาสุขาสูตรมหาบัณฑิต

คณะสาธิตสาขาสุขาสูตร มหาวิทยาลัยพะเยา

ผู้วิจัย

แบบสัมภาษณ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริง เกี่ยวกับท่านมากที่สุด

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

☐ 1. โสด	☐ 2. สมรส	☐ 3. หม้าย
☐ 4. หย่า	☐ 5. แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1. ประถมศึกษา	☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ 4. อนุปริญญาตรี	☐ 5. ปริญญาตรี	☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
☐ 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		
5. อาชีพหลักปัจจุบันของท่าน

☐ 1. พ่อบ้าน / แม่บ้าน	☐ 2. รับจ้างทั่วไป	☐ 3. ค้าขาย
☐ 4. ธุรกิจส่วนตัว	☐ 5. เกษตรกร	☐ 6.ข้าราชการเกษียณอายุราชการ
☐ 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ.....บาท
7. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. อยู่คนเดียว	☐ 2. คู่สมรส
☐ 3. บุตร – หลาน	☐ 4.ญาติ – พี่น้อง
8. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

☐ 1. ไม่สูบ	☐ 2. สูบ (ประจำ)	☐ 3. สูบ (นาน ๆ ครั้ง)
------------------------------------	---	---
9. ท่านดื่มสุราหรือไม่

☐ 1. ไม่ดื่ม	☐ 2. ดื่ม (ประจำ)	☐ 3. ดื่ม (นาน ๆ ครั้ง)
-------------------------------------	--	--
10. โรคประจำตัว

☐ 1. โรคไต	☐ 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด	☐ 3. โรคความดันโลหิตสูง
☐ 4. โรคเบาหวาน	☐ 5. โรคอื่น ๆ โปรดระบุ.....	

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กระบวนการจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ตามคำตอบที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ เพียงข้อละ 1 คำตอบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติในข้อนั้นทุกวันหรือ กระทำทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติในข้อนั้นอย่างน้อย 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ปฏิบัติในข้อนั้นได้เลย

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
การรับประทานอาหาร			
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็ม เช่น น้ำปลาร้า ผักกาดดอง ผลไม้ดอง ปลาทุเค็ม			
2. ท่านปรุงรสอาหารด้วย เกลือ ซีอิ๊ว ผงปรุงรส ในการทำอาหารระหว่างรับประทานอาหารหรืออาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว			
3. ท่านมักรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอย			
4. ท่านรับประทานผัก และผลไม้			
5. ท่านรับประทานอาหารที่ใช้วิธีการผัดหรือทอด เช่น ไข่ดาว ไข่เจียว หมูทอด ปลาทอด ผัดผัก			
6. ท่านรับประทานอาหารที่ใช้วิธีการ นึ่ง อบ ตุ่น ต้ม เช่น ไข่ต้ม ผักต้ม ปลานึ่ง			
7. ท่านรับประทานผลไม้รสชาติหวาน เช่น มะม่วงสุก สับปะรด ลิ้นจี่			
8. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น			

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
แคปหมู หมูทอด หมูสามชั้น			
9. ท่านรับประทานอาหารพวกโปรตีน เช่น ไข่ไก่ ไข่เป็ด			
10. ท่านรับประทานเนื้อหมู เนื้อสัตว์ติดมัน			
การออกกำลังกาย			
11. ท่านประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เช่น ไม่มีอาการ อ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหอบ			
12. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายหรือ การออกแรง			
13. ท่านใช้เวลาออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง			
14. ท่านออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับ สุขภาพ เช่น วิ่ง เดินแอโรบิค เดินบาสโลบ เดินเร็ว			
15. ท่านออกกำลังกายที่ลักษณะเกร็งกล้ามเนื้อ เช่น ยกตุ้ม ชักกะเย่อ			
16. หากท่าน มีอาการผิดปกติขณะ ออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ท่าน หยุดออกกำลังกายทันที			
17. เมื่อท่านออกกำลังกายเสร็จ ท่านมีการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เช่น การยืดเหยียด กล้ามเนื้อ ภายหลังการออกกำลังกายท่านมีการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ			
กระบวนการจัดการความเครียด			
18. เมื่อมีความเครียด ท่านผ่อนคลาย ด้วยการสวดมนต์ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง			
19. หากท่านมีอาการ หงุดหงิด โกรธ ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้			

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
20. หากท่านมีภาวะกังวล เครียด ท่าน ผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา			
21. เมื่อท่านมีปัญหา หรือไม่สบายใจ ท่านสามารถ พูดคุย ระบาย หรือปรึกษา คนรอบข้าง หรือสมาชิกในครอบครัว			
22. หากท่านมีภาวะความเครียดมาก โมโหหรือ โกรธจัด ท่านมีการระบายอารมณ์กับบุคคล ที่อยู่ใกล้			
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
23. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตอง			
24. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า วันละ 3 แก้ว			
25. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เวลา มีความเครียด			
26. ท่านสามารถลด ละ เลิกเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในวันสำคัญทางศาสนา			
การสูบบุหรี่			
27. ท่านสูบบุหรี่ ยาสูบ หรือที่มีเครื่องสูบ ที่มีสารนิโคติน			
28. ท่านสูบบุหรี่ มากกว่า 5 มวนต่อวัน			
29. ท่านลดจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน ให้น้อยลง			
30. ท่านปฏิเสธการสูบบุหรี่ เมื่อถูกชักชวน จากผู้อื่น			

แบบบันทึกวัดค่าระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

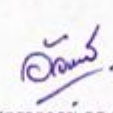
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเอง
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่เย็น
อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... ที่อยู่.....เบอร์โทร.....
น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. รอบเอว.....ซม. ชีพจร..... ครั้ง/นาที
ยาที่รับประทาน.....ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....

วัน/เดือน/ปี	ค่าระดับความดันโลหิต (mmHg)		ผู้ตรวจวัด ความดันโลหิต	หมายเหตุ
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2		
ค่าเฉลี่ย				
ค่าเฉลี่ย				
ค่าเฉลี่ย				
ค่าเฉลี่ย				
ค่าเฉลี่ย				
ค่าเฉลี่ย				
ค่าเฉลี่ย				
ค่าเฉลี่ย				

หมายเหตุ การวัดระดับความดันโลหิต เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต
ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 รอบ
เพื่อหาค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการวิจัย

 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE 19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666	
เอกสารรับรองโครงการวิจัย	
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b)	
ชื่อโครงการ	: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย : Effects Of Self-Efficacy and Self-Management Program On Health Behaviors and Blood Pressure Among Elderly With Hypertension In Mae -Yen Sub-District, Phan District, Chiang Rai Province.
เลขที่โครงการวิจัย	: HREC-UP-HSST 1.2/144/66
ผู้วิจัยหลัก	: นายวุฒ ศวงจิต
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
อาจารย์ที่ปรึกษา	: ผศ.ดร.ประจวบ แผลมหลัก
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
วิธีทบทวน	: แบบเร่งรัด (Expedited)
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
  ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร.อัคราภรณ์ ศวงใจ) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา	
วันที่รับรอง	: 28 กันยายน 2566
วันหมดอายุ	: 28 กันยายน 2567
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)	

ภาคผนวก ค เอกสารตอบรับการตีพิมพ์บทความวารสาร

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒/๓๓๑๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรียน นายวรุฒ ดวงจิตร์

ตามที่ ท่านส่งบทความวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่เย็น อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเป็นวารสารในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยในกลุ่มที่ ๑ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ นั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ขอเรียนให้ทราบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ได้พิจารณาบทความของท่านแล้ว เห็นสมควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความดังกล่าวในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ มกราคม - เมษายน ๒๕๖๘ ได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระคุณวงศ์)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๐๖ ๗๐๓๑๑

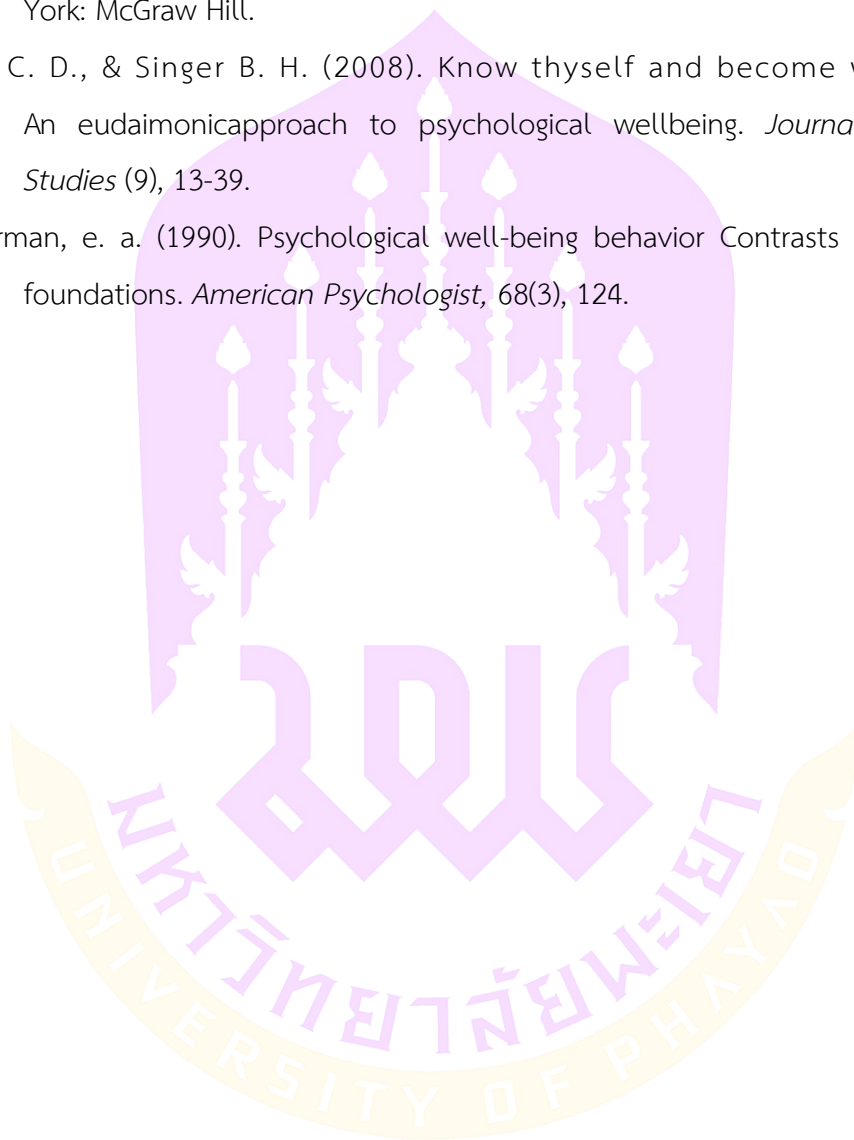
บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2564). คู่มือการดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564, 21 มิถุนายน). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
- กรมควบคุมโรค. (2566, 22 กรกฎาคม). *ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง*. https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
- กรมอนามัย. (2561, 23 เมษายน). *วิดีโอสาธิตการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง* [Video] YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=L4I3kmZkoz4&t=2874s>
- กรมอนามัย. (2565, 14 พฤศจิกายน). *สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง*. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141165>
- กฤติยา ชาสุวรรณ. (2565). การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 18-23.
- กลุ่มผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดีชะลอชรา ชีววัยยืนยาว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ. (2562). สุขภาพผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 583-584.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2564, 9 มีนาคม). *ความหมายคำว่าผู้สูงอายุ*. <https://www.dop.go.th/th/know/15/646>
- จันทร์จิรา สีสว่าง ปุณวิชัย ทองแดง และดวงหทัย ยอดทอง. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ห้วเฉียวพระเกียรติ*, 6(2), 58-68
- จारी ศรีปาน. (2558). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร (Health Behaviors of the Elders in Lang District, Chumphon Province). *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 6(2), 123-130.
- ชาลีฮา สาและ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความดันโลหิตในผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 42 (2) 48-61

- ณัฐอิวรรณ พันธุ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ และสรายุรัตน์ ลัทธิต. (2562, 21 กรกฎาคม). *ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูง ปี 2562*. http://110.164.147.155/kmhhealth_new/Document/blood/knowledge/14.pdf
- นพากรณ์ จันทรศรี และคณะ. (2563). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 6(2), 58-63
- นิพพัทธ์ สันทรัพย์ และคณะ. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพชฌฆาตเงียบที่ควรตระหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, (28), 100-108.
- เบญจวรรณ วงศ์รอด. (2566). ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลผักขง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*.
- ปัทมา ผาติภัทรกุล และคณะ. (2561). ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(ฉบับพิเศษ), 52-57.
- ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย. (2561). โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 7(2), 1691-1695.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564, 17 กรกฎาคม). *ปัญหาในปัจจุบันประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว*. <https://thaitgri.org/>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565, 16 มิถุนายน). *สถานการณ์ผู้สูงอายุในไทยปี 2565*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
- ยุภาพร นาคกลิ้ง. (2555). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 28(1).
- รัชนก จันทรเพ็ญ. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, (2), 22-27.
- รุ่งรัตน์ สุขเดชา. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการควบคุม. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*.
- โรงพยาบาลพาน . (2565 , 1 ตุลาคม). *ฐานข้อมูลผู้ป่วย NCD โรงพยาบาลพาน* . https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

- คันสนีย์ วงศ์ชนะ. (2565). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 45(1), 181-185.
- ศิรินทรา ตัวงใส. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(4), 74-78.
- ศิริรัตน์ ณะประวัตติ ชูภาศิริ อภินันท์เดชา และศิริวิทย์ หล่มโตประเสริฐ. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อุดรธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(2), 292-297.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ทรिक อินค์.
- สายฝน สุภาศรี. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. *วารสารสาธารณสุขไทย*, 51(1), 33-37.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2565, 1 ตุลาคม). สถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุ. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- สุพัตรา สิทธิวัง. (2560). โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 47(2), 85-89.
- องค์กรอนามัยโลก. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ดีไซน์
- อรุณรัตน์ บุญคำ. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต ตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ใต้พิมพ์], มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.
- อุมพร ฉัตรวิโรจน์. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย (พิมพ์ครั้งที่1). คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร : rb,rNdecr'gr=i. sohk 352-355.
- Bandura, A. (1977). Saelf-efficacy Toward a unifying theory of behavioral change *Psychological Review*. (84), 191-215
- Gochman, D. S. (1988). Health behavior Emerging research perspectives. New York: Plenum.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging Processes of aging Social and psychological perspectives (1), 299-320.

- Miller, A. (1991). Personality types learning style and educational goals. *Education psychology*, 218.
- Prochaska et al. (1994). *Changing for good: The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you, how to free yourself from bad habits*. New York: McGraw Hill.
- Ryff, C. D., & Singer B. H. (2008). Know thyself and become what you are: An eudaimonic approach to psychological wellbeing. *Journal of Happiness Studies* (9), 13-39.
- Waterman, e. a. (1990). Psychological well-being behavior Contrasts in philosophical foundations. *American Psychologist*, 68(3), 124.



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	วรุฒ ดวงจิตร
วัน เดือน ปี เกิด	16 ธันวาคม 2537
สถานที่เกิด	เชียงราย
วุฒิการศึกษา	2555 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพานพิทยาคม
	2560 ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ที่อยู่ปัจจุบัน	68/1 หมู่3 ตำบลห้วยม้อ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

