

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เสาวลักษณ์ สุขพัฒน์ศรีกุล

นางสาวเสาวลักษณ์ สุขพัฒน์ศรีกุล  
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ,

ค.ค. (อุดมศึกษา)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์จันทนา รัตนฤทธิชัย,

ภ.ม. (สรีรวิทยา)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์วิชชุดา เจริญกิจการ,

ปร.ค. (การพยาบาล)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ศิริพร เข้มนิล, Ph.D.,

รักษาการแทนคณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,

Ph.D. (Nursing)  
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

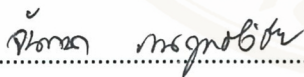
วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2556



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารี กังใจ, พย.ค.  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



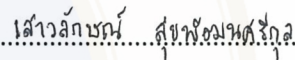
รองศาสตราจารย์วิไลวรรณ ทองเจริญ,  
ค.ค. (อุดมศึกษา)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์จันทนา รัตนฤทธิวิชัย,  
ภ.ม.(สรีรวิทยา)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ศิริพร แยมินิล, Ph.D.,  
รักษาราชการแทนคณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



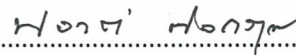
นางสาวเสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล  
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์พองคำ ตีลกสกุลชัย,  
Ph.D. (Nursing)  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์วิชชุดา เจริญกิจการ,  
ปร.ค. (การพยาบาล)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พองคำ ตีลกสกุลชัย,  
Ph.D. (Nursing)  
คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักผู้ให้ข้อคิดตลอดจนคำแนะนำด้วยความรักและความห่วงใยเอาใจใส่ และคอยเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา รองศาสตราจารย์จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และอาจารย์ ดร.วิษุตา เจริญกิจการ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่คอยกรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ด้วยความรัก ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดมา รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์คำ ศิลกสกุลชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่าน และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอเขาพนม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอดงและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกหาร เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง และงานวิจัยจะเสร็จลงไม่ได้ หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า มาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และคณาจารย์คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ รุ่นที่ 1 ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจในการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ

เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง  
EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-EFFICACY IN SELF CARE BEHAVIOR OF  
HYPERTENSIVE ELDERLY

เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล 5337350 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิไลวรรณ ทองเจริญ, ก.ด. (อุดมศึกษา), จันทนา วัฒนวิชัย, ก.ม. (สรีรวิทยา),  
วิชชุดา เจริญกิจการ, ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามกระบวนการของกิบสัน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน

ผลการศึกษาพบว่า

1) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

2) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p < .001$ )

ข้อเสนอแนะ ควรมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลังอำนาจ / การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง / ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

**EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-EFFICACY IN SELF CARE BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE ELDERLY****SAOWALUCK SUKKAPATTHANASRIKUL 5337350 NSGN/M****M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: VILAIVAN THONGCHAROEN, Ph.D. (HIGHER EDUCATION), CHANTANA RONNARITHIVICHAI, M.S. (PHYSIOLOGY), VISHUDA CHAROENKITKARN, Ph.D. (NURSING)****ABSTRACT**

This research was a quasi-experimental design with pretest–posttest control groups. The objectives were to study the effect of an empowerment program on self-efficacy in self-care behaviors of hypertensive elderly people. The sample group comprised of 60 hypertensive elderly people at Khao-phanom Public Health Office, Krabi province. The samples were selected by convenience sampling and divided into experimental and control groups with 30 samples in each. The experimental group received empowerment program based on Gibson’s theory. The research was conducted over a period of 5 weeks. The instrument used for data collection consisted of 1) demographic data form and 2) self-efficacy in self-care behavior interview form; this instrument was checked for content validity by 3 experts. It was found to have a Content Validity Index of .95 and the reliability score of .81 according to Cronbach’s Alpha Coefficient. The data was analyzed by comparing mean scores for self-efficacy in self-care behaviors between the experimental group and the control group, by using independent t-test. Comparisons of the mean scores for self-efficacy in self-care behavior before and after receiving the program user made, by using a dependent t – test.

According to the findings:

- 1) The hypertensive older adults had increased posttest scores over their pretest score, on perceived self-efficacy in self-care behaviors with statistical significance ( $p < .001$ ).
- 2) The hypertensive older adults who were receiving empowerment program had higher scores on perceived self-efficacy in self-care behavior than the group who receiving only routine care with a statistical significance ( $p < .001$ ).

Recommendation: primary care units should be supported in implementing the empowerment program in hypertension clinics.

**KEY WORDS: EMPOWERMENT / PERCEIVED SELF-EFFICACY /  
HYPERTENSIVE ELDERLY**

150 pages

## สารบัญ

|                                                | หน้า |
|------------------------------------------------|------|
| กิตติกรรมประกาศ                                | ค    |
| บทคัดย่อภาษาไทย                                | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ                             | จ    |
| สารบัญตาราง                                    | ฉ    |
| สารบัญรูป                                      | ญ    |
| <b>บทที่ 1 บทนำ</b>                            |      |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา                 | 1    |
| คำถามการวิจัย                                  | 5    |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย                        | 5    |
| สมมติฐานการวิจัย                               | 5    |
| กรอบแนวคิดการวิจัย                             | 5    |
| ขอบเขตการวิจัย                                 | 8    |
| นิยามตัวแปร                                    | 8    |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย           | 10   |
| <b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม</b>                   |      |
| โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ                 |      |
| ความหมายความดันโลหิตสูง                        | 12   |
| การจำแนกระดับความดันโลหิตสูง                   | 12   |
| สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ | 13   |
| อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง         | 15   |
| ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง                   | 15   |
| แนวทางการดูแลรักษา                             | 17   |
| 1. การดูแลรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา                 | 17   |
| 2. การดูแลรักษาโดยวิธีใช้ยา                    | 22   |

## สารบัญ (ต่อ)

|                                             | หน้า       |
|---------------------------------------------|------------|
| แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ                |            |
| ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ           | 25         |
| ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ | 26         |
| กระบวนการการสร้างเสริมพลังอำนาจ             | 28         |
| ผลของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ           | 30         |
| แนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง               |            |
| ความหมายของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง          | 32         |
| วิธีการเสริมสร้างสมรรถนะในตนเอง             | 34         |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง                       | 36         |
| <b>บทที่ 3   วิธีดำเนินการวิจัย</b>         |            |
| ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง               | 42         |
| แหล่งเก็บข้อมูล                             | 45         |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                  | 45         |
| การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย               | 47         |
| วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล                     | 48         |
| กรณียุติการศึกษา                            | 57         |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง             | 57         |
| สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล             | 57         |
| <b>บทที่ 4   ผลการวิจัย</b>                 | <b>59</b>  |
| <b>บทที่ 5   อภิปรายผลการวิจัย</b>          | <b>68</b>  |
| <b>บทที่ 6   สรุปผลการวิจัย</b>             | <b>77</b>  |
| <b>บทสรุปสมบูรณ์แบบภาษาไทย</b>              | <b>83</b>  |
| <b>บทสรุปสมบูรณ์แบบภาษาอังกฤษ</b>           | <b>101</b> |
| <b>รายการอ้างอิง</b>                        | <b>119</b> |

## สารบัญ (ต่อ)

|                                                                                   | หน้า       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ภาคผนวก</b>                                                                    |            |
| ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย                                     | 128        |
| ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบฯ                                        | 145        |
| ภาคผนวก ค การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน                          | 147        |
| ภาคผนวก ง เอกสารตอบรับและยินยอมเป็นต้นแบบ โดยมีภาพปรากฏ<br>ในแผ่นภาพพลิกและคู่มือ | 149        |
| <b>ประวัติผู้วิจัย</b>                                                            | <b>150</b> |

## สารบัญตาราง

| ตาราง |                                                                                                                                                                                             | หน้า |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2.1   | ระดับความดันโลหิตจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง                                                                                                                               | 13   |
| 4.1   | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าไค-สแควร์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพในปัจจุบัน รายได้ แหล่งของรายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรค | 60   |
| 4.2   | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา                                                               | 63   |
| 4.3   | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม                           | 64   |
| 4.4   | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม                        | 66   |

## สารบัญรูป

| รูป |                                                                                                              | หน้า |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.1 | แสดงกรอบแนวคิดของการสร้างเสริมพลังอำนาจ ต่อการรับรู้<br>สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง | 7    |
| 2.1 | แสดงรูปแบบของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ตามแนวคิดของกิบสัน                                                 | 31   |
| 2.2 | ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและ<br>คาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น                              | 33   |
| 2.3 | ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและ<br>คาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น                             | 33   |
| 3.1 | ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล                                                               | 56   |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญทางวิทยาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย ส่งผลให้อัตราการเกิดและการตายลดลง ซึ่งมีผลกระทบต่อโครงสร้างทางอายุของประชากร โดยทำให้ขนาดของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น พบว่าในปี พ.ศ. 2552 ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 7.6 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ปี พ.ศ. 2552 เป็นปีที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2573 คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคนหรือคิดเป็น 2 เท่าของประชากรวัยสูงอายุในปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรไทยทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) การที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้านครอบครัว ด้านสังคม วัฒนธรรม ด้านการศึกษาและรายได้ รวมถึงทางด้านสุขภาพ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ปัญหาสุขภาพที่สามารถพบบ่อยของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประชากรทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วย จากรายงานพบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรปมีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53-72 (Babatsikou & Zavitsanou, 2010) สำหรับสถิติในประเทศไทยโดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 โดยผู้สูงอายุวัยต้นมีอัตราการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 43.9 ผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลายมีอัตราการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.7 และร้อยละ 55.7 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2553) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ย่อมส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจตามมา

(วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจห้องล่างซ้ายโต ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดแดงส่วนปลายผิดปกติ จอประสาทตาเสื่อม (Aronow et al., 2011; จันทนา รัตนวิชัย, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดการแตกและอุดตัน 3-5 เท่า (จันทนา รัตนวิชัย, 2548) นอกจากนี้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2554 ที่พบว่าอัตราการตายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็น 37.9 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2554) สำหรับผลกระทบทางจิตใจพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 36 (Rafanelli, Offidani, Gostoli, & Roncuzzi, 2012) และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากรายงานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกต้องเสียค่าใช้จ่าย 831 บาทต่อรายต่อครั้ง สำหรับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 4,586 บาทต่อรายต่อครั้ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นในทุกด้าน ทำให้เห็นได้ว่าการป้องกันเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรค โดยเฉพาะพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยา มีผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ประสพสุข ศรีแสนปางและคณะ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ร้อยละ 65.9 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (ปัญญา จิตต์พูลกุล, 2551) มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ยังคงรับประทานอาหารที่ผ่านการหมักดอง อาหารรสเค็ม (สิรินาถ คำใจหนัก, 2548; สุมนา สัมฤทธิ์วัฒนาชัย, 2550) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวโดยไม่แยกสำรับอาหารเนื่องจากเกรงใจผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบปรุงอาหาร สำหรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอเนื่องจากรู้สึกอ่อนเพลีย วิตกกังวลและกลัวเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว (วิมุตขพรรณ ไชยชนะและหทัยรัตน์ นิยมาศ, 2550) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาไม่ถูกต้อง พบว่า ร้อยละ 36.66 รับประทานยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์และร้อยละ 20 ปรับขนาดยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง (สุรภี ปิ่นอำพล, 2550) โดยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องดังกล่าว อาจเกิดจากการรับรู้สมรรถนะในการ自我ดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2548) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะ

ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและไม่เคยสอบถามวิธีการดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของรัตนา พันจุย (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกุดเวิน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว และการศึกษาของอภิรักษ์ คุตระกุล (2545) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยการศึกษาดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับต่ำ จากการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับต่ำจนถึงค่อนข้างสูงดังกล่าว ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ถูกต้อง และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกท้อแท้ สูญเสียพลังอำนาจและขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา ทิมพูลิ (2550) ที่ศึกษาอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ขาดความมั่นใจและรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง

จากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเชื่อว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) ส่งเสริม (Promoting) พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยเน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามมา คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) โดยผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการตัดสินใจในการทำพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอ ย่อมมีแนวโน้มในการดูแลตนเองที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจจะมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ดีขึ้นและสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกได้ดีกว่าการได้รับความรู้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

รวมทั้งทำให้มีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น (Anuruang, 2007; Figar et al., 2006; Krobthong, 2002; วิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญญวัลย์, 2548; อรพิน เทอดอุดมธรรม, 2550)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถพบได้ทั่วไปและพบเป็นอันดับสูงสุดเหมือนกันทั่วทุกภาคของประเทศไทย เช่นเดียวกับสถิติของจังหวัดกระบี่และอำเภอเขาพนมที่พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบเป็นอันดับสูงสุด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2554) โดยในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนมมีผู้สูงอายุ 4,466 คน พบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.5 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม, 2554) จากการศึกษาบริบทและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่นี้ พบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวของบุตร ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำสวนยางพาราเพื่อหาเลี้ยงตนเอง ขาดการออกกำลังกาย ถึงแม้จะได้รับข้อมูลการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงประจำปี 2553 รอบที่ 1 ของจังหวัดกระบี่ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนมที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเรื่องการดูแลตนเองตามแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แนะนำตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2554) มีการเข้ารับการรักษาตัวด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเห็นได้จากสถิติของโรงพยาบาลเขาพนมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ที่พบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับรักษาตัวด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ 17 คน และโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 11 คน (หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเขาพนม, 2553)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่มีโอกาสศึกษาบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเขาพนมโดยการพูดคุยกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในชุมชนตลอดจนผู้นำชุมชนในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รับรู้ว่าการดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นเรื่องยากในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจและขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีตามมา และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ต่อไปในอนาคต

## คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

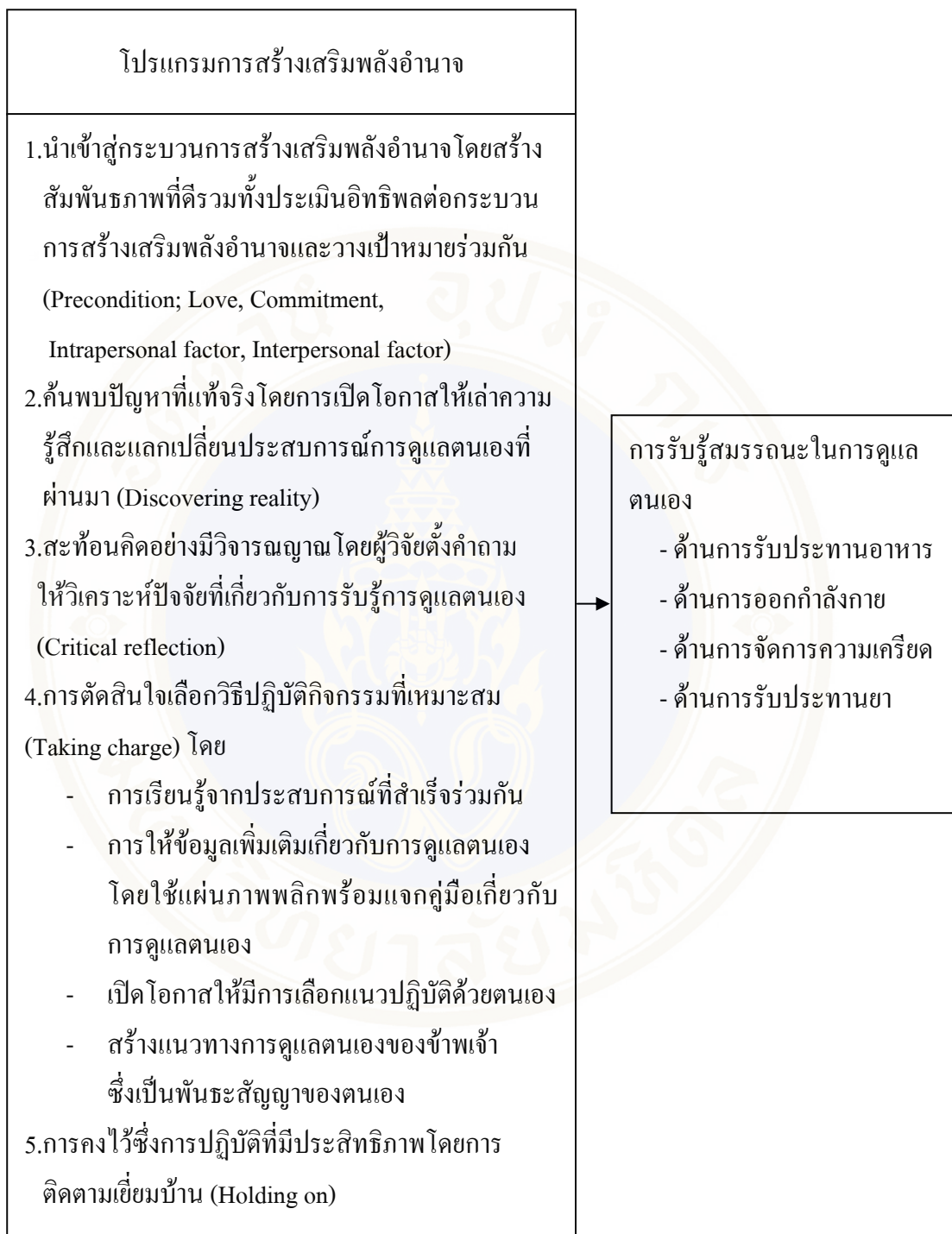
## สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ กระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยเน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนมีอำนาจและสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ซึ่งปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (Bond) ความรัก (Love) ส่วนอิทธิพลที่มีผลต่อกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) เป้าหมายในชีวิต (Determination) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยมีความคับข้องใจ (Frustration) เป็นปัจจัยที่ทำให้เข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ การที่บุคคลมีความรักและห่วงใยตนเอง ย่อมส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นต่อการรับรู้ในการดูแลตนเองซึ่งเป็นเงื่อนไข (Precondition) ทำให้เข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดทำเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ และระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนเล่าความรู้สึก แสดงความคิดเห็นและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา ซึ่งในกระบวนการนี้จะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกวิตกกังวล ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองอย่างดีที่สุด 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการทบทวนปัญหารวมถึงการประเมินตนเองว่าตนคือผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุด และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในการดูแลตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเสนอประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีและร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น และมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แผ่นภาพพลิกพร้อมแจ็กคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการเลือกแนวปฏิบัติด้วยตนเอง รวมถึงการสร้างพันธะสัญญาในการดูแลตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ถึงข้อมูลและทักษะในการดูแลตนเองจะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการตัดสินใจในการทำพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองหรือไม่ขึ้นอยู่กับรับรู้สมรรถนะในตนเอง หากผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอย่อมมีแนวโน้มในการดูแลตนเองที่ดี โดยโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งนี้ ผู้วิจัยมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยเหลือให้การสนับสนุนและคำปรึกษา ตลอดจนการให้ความรู้ แนะนำแหล่งประโยชน์ และพหุศักยภาพให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในครั้งนี้ คือ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังรูปที่ 1.1



**รูปที่ 1.1** แสดงกรอบแนวคิดของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest design with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม ตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

## นิยามตัวแปร

**โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ** หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่พยาบาลจัดให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) โดยโปรแกรมพัฒนาขึ้นเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองร่วมกับกระบวนการพัฒนาศักยภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายुरับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ และระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบปัญหาที่แท้จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยจัดกิจกรรมเป็นรูปแบบกระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง ครั้งละ 60 - 75 นาที และกิจกรรมรายบุคคล 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 30 นาที รวมระยะเวลาในการดำเนินการ 5 สัปดาห์ โดย

**การนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ** หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เกิดการรับรู้ ตระหนัก เห็นความสำคัญและมีความมุ่งมั่นทุ่มเท ว่าสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จึงตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตลอด 5 สัปดาห์

**การค้นพบปัญหาที่แท้จริง** หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความจริง

**การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ** หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มีโอกาสทบทวนและฝึกทักษะในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม

**การเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม** หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มีการพบปะเผชิญหน้าแลกเปลี่ยนข้อมูล ประกอบกับการให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยโดยใช้แผ่นภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจของตนเองในการเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง

**การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลเน้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ตระหนักถึงข้อดีและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี

**การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 19 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของวลัยพร อ่อนฉิม (Onchim, 2002) จำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

**การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร** หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับโรค โดยเลือกรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิและเนื้อสัตว์ติดมัน ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มปรุงรสขณะรับประทานอาหารและหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและกาแฟ โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของวลัยพร อ่อนฉิม (Onchim, 2002)

**การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย** หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าคุณต้องมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงในการเคลื่อนไหวร่างกาย และมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยใช้เวลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาทีและมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายหลังออกกำลังกายทุกครั้ง โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จำนวน 5 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของวลัยพร อ่อนนิม (Onchim, 2002)

**การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด** หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าคุณสมบัติปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ โดยไม่มีอารมณ์ขุ่นมัวหรืออารมณ์เศร้า โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 4 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของวลัยพร อ่อนนิม (Onchim, 2002)

**การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา** หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าคุณสมบัติการรับประทานยาที่ถูกต้อง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาไม่ปรับขนาดยาด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของวลัยพร อ่อนนิม (Onchim, 2002)

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีตามมา และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ต่อไปในอนาคต
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยส่งต่อไปให้กับเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ให้ดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

#### โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

- ความหมายความดันโลหิตสูง
- การจำแนกระดับความดันโลหิตสูง
- สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
- อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง
- ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
- แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง
  - การดูแลรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา
  - การดูแลรักษาโดยวิธีใช้ยา

#### แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ

- ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ
- กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ
- ผลของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ

#### แนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

- ความหมายของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
- วิธีการเสริมสร้างสมรรถนะในตนเอง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประชากรทั่วโลก จากรายงานพบว่า ทั่วโลกมีประชากรป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1,000 ล้านคน ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 72 ล้านคน ซึ่งหากดูเฉพาะวัยสูงอายุแล้ว พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรปมีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53-72 (Babatsikou & Zavitsanou, 2010) สำหรับสถิติในประเทศไทยโดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.1 โดยผู้สูงอายุวัยต้นมีอัตราการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.9 ผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลายมีอัตราการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.7 และร้อยละ 55.7 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2553)

### ความหมายความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ร่างกายมีค่าความดันโลหิตสูงกว่าปกติในขณะพักและคงสูงอยู่ตลอดเวลา โดยมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140 /90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (JNC VII, 2003)

### การจำแนกระดับความดันโลหิตสูง

การจำแนกชนิดของโรคความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการจำแนก ได้แก่ จำแนกตามสาเหตุของการเกิด จำแนกตามระดับความรุนแรง ดังนี้

#### 1. จำแนกตามสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential or Primary or Idiopathic hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่พบในผู้ป่วยทุกวัย (Kaplan, 2010; จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ, บุญยอร์ ที่มัญญญา และวิไลลักษณ์ ปาลกะวงษ์ ณ อยุธยา, 2553) โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดได้แน่นอน พบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น เช่น กรรมพันธุ์ เพศ อายุที่มากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นจากการที่หลอดเลือดมีความเสื่อมตามวัย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภาวะอ้วนและภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือด การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (จันทนา รัตนวิชัย, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1.2 โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบประมาณร้อยละ 5-10 โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อมีโรคอื่นช้ก่อน ซึ่งสาเหตุที่พบได้บ่อย คือ โรคไต โดยมักพบในผู้ป่วยโรคไตทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคเนื้องอกต่อม

หมวกไต (Pheochromocytoma) ทำให้มีการหลั่งสารเคมีโคลามีน คือ อีพิเนฟรินและนอร์อีพิเนฟริน (Epinephrine and Norepinephrine) มากกว่าปกติ จึงทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา ส่วนภาวะที่มีอัลโดสเตอโรนมากกว่าปกติ (Primary hyperaldosteronism) ทำให้ไตกักเก็บโซเดียมและน้ำไว้ทำให้ปริมาตรเลือดเพิ่มขึ้น จึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ ภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมหมวกไตทำให้มีการหลั่งคอร์ติซอลมาก (Cushing's syndrome) มีการเพิ่มการกักเก็บโซเดียมโดยไต เพิ่มระดับแองจิโอเทนซิน II และเพิ่มการตอบสนองของหลอดเลือดต่อ นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) กลุ่มอาการหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Sleep apnea syndrome) หลอดเลือดเออร์ตาตีบแคบ (Coarctation of the aorta) และโรคต่อมไทรอยด์ เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย (Hypothyroidism) หรือภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมาก (Hyperthyroidism) เป็นต้น (Carlo, 2005; จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

## 2. จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

คณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา [The seventh Report of the Joint National Committee on Prevent, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: (JNC VII, 2003)] จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2.1

**ตารางที่ 2.1** ระดับความดันโลหิตจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

| ระดับความดันโลหิต                    | ค่าความดันซิสโตลิก<br>(มิลลิเมตรปรอท) | ค่าความดันไดแอสโตลิก<br>(มิลลิเมตรปรอท) |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| ความดันโลหิตระดับปกติ                | < 120                                 | < 80                                    |
| ความดันโลหิตระดับก่อนความดันโลหิตสูง | 120-139                               | 80-89                                   |
| ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 1           | 140-159                               | 90-99                                   |
| ความดันโลหิตสูง ระดับที่ 2           | ≥ 160                                 | ≥ 100                                   |

## สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 90 มักเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุ คือการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Kaplan, 2010; จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังนี้

1. ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเรียบมีความตึงตัวมากขึ้น เนื่องจากปริมาณของแคลเซียมและคอลลาเจนเพิ่มขึ้น ขณะที่สารอิลาสตินลดลง (Cohen & Townsend, 2011; Kaplan, 2010; จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2552) ร่วมกับการสะสมของไขมันในผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็ง ความสามารถในการไหลเวียนเลือดลดลง แรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น (Kaplan, 2010)

2. การเสื่อมหน้าที่ของผนังหลอดเลือดชั้นในตามวัย ทำให้มีการหลั่งสารที่สำคัญซึ่งมีช่วยในการขยายตัวของหลอดเลือด (Endothelial derived relaxing factor) ลดลง ได้แก่ ไนตริกออกไซด์ (Nitric oxide) หลอดเลือดเกิดความตึงตัวเพิ่มขึ้น แรงต้านทานหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ลดลง (Clinton & Edward, 2005; Kaplan, 2010)

3. ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ (Baroreceptor) ลดลง เมื่อความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง จะมีการส่งสัญญาณประสาทไปยังศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมองส่วนเมดัลลา กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ทำให้มีการกระตุ้นหลั่งนอร์อิเพฟริน (Norepinephrine) ส่งผลให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงขึ้น ความต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น หลอดเลือดดำตีบตัว เลือดไหลกลับสู่หัวใจมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2552)

4. การทำงานของระบบเรนิน – แองจิโอเทนซิน - อัลโดสเตอโรน (Renin angiotensin aldosterone system) ลดลง ปกติระบบนี้จะทำหน้าที่ในการควบคุมความดันโลหิตผ่านวิธีการควบคุม เปลี่ยนแองจิโอเทนซิน I เป็นแองจิโอเทนซิน II หากระบบนี้ทำงานผิดปกติ ทำให้มีแองจิโอเทนซิน II เพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวมากขึ้น แรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้มีการสร้างอัลโดสเตอโรนเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kaplan, 2010; จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2552)

นอกจากสาเหตุข้างต้นแล้ว ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มของแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านการทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงตามวัย ยังส่งผลให้อัตราการกรองน้ำและระดับอิเล็กโทรไลต์ลดลง เกิดการคั่งของโซเดียม เกิดการคั่งน้ำกลับมากขึ้น ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ความอ้วนและภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ และคณะ, 2553)

### อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังนี้

ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงในระยะนี้มักไม่แสดงอาการให้ทราบอย่างชัดเจน ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยความบังเอิญขณะไปตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่น ส่วนน้อยมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ วิงเวียน ซึ่งอาการมักปรากฏขณะตื่นนอนใหม่ ๆ ซึ่งในช่วงสายอาการเหล่านี้จะทุเลาไปเอง บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตื้อ ๆ แบบไม่เกรน จึงสามารถเรียกโรคความดันโลหิตสูงว่า “ฆาตกรเงียบ” เพราะในภาวะนี้มักมีการทำลายอวัยวะอื่นอย่างช้า ๆ จนกระทั่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง

ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงในระยะนี้มักแสดงอาการ เช่น วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะตื้อ ๆ เลือดกำเดาออก ตามัวหรือตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งชั่วคราว อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ มือเท้าชา หากมีอาการมากขึ้นจะพบอาการเจ็บหน้าอก บวม หอบเหนื่อย เป็นต้น

### ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ย่อมส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจ หลอดเลือด สมอง ไต และตา

1. หัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีการตีบแคบของหลอดเลือด ส่งผลให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดใหญ่และหนาขึ้น หัวใจห้องซ้ายรับเลือดได้น้อยลง ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจลดลง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะหัวใจขาดเลือดหรืออาจทำให้หัวใจทำงานล้มเหลวได้ (Chobanian et al., 2003; Cubrilo-Turek, 2003; จันทนา รัตนพิริชัย, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2. หลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย อาจทำให้เกิดการตีบแคบหรือโป่งพอง ซึ่งส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงแขนขาและอวัยวะภายในลดลง อาจทำให้ผู้สูงอายุปวดบริเวณขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างขณะเดิน โดยเฉพาะบริเวณน่องจนทำให้ต้องหยุดเดินและอาการปวดจะดีขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

3. สมอง โรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลายาวนานสามารถนำไปสู่ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากผลของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองเกิดการตีบแคบลง ส่งผลให้ความจำลดลง (Scuteri, Nilsson, Tzourio, Redon, & Laurent, 2011) หากมีลิ้มเลือดมาอุดตัน ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) พบว่าโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดการแตกและอุดตัน 3-5 เท่า (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2548)

4. ไต โรคความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตตีบแคบลงหรือทำให้หลอดเลือดที่ไตถูกทำลาย ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตจึงลดลง การขับน้ำและโซเดียมของไตออกจากร่างกายลดลง เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ไตเกิดความเสียหายเพิ่มขึ้น นำไปสู่ปัญหาไตวายเรื้อรังตามมา (Vongpatanasin & Ronald, 2005; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

5. ตา โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีผลต่อการตีบแคบของหลอดเลือดฝอยที่ตา ทำให้แรงดันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาเพิ่มขึ้น เกิดการแตกของหลอดเลือดตา มีเลือดซึมทำให้ประสาทตาเสื่อม ประสาทตาบวม เกิดอาการตาบวม ซึ่งความรุนแรงอาจถึงขั้นตาบอดได้ (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

โรคความดันโลหิตส่งผลกระทบบอร์ด้านจิตใจ คือ ทำให้เกิดอาการเครียด วิตกกังวลกลัว เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการของโรค เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว เป็นต้น (Gelder, Gath, Maya, & Cowen, 1996) เช่นเดียวกับการศึกษาของราฟาเนลลีและคณะ (Rafanelli et al., 2012) ที่ศึกษาภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความวิตกกังวล ขณะที่การศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่รับประทานยาหลายชนิดจะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการไม่ใช้ยา เนื่องจากคิดว่าตนเองมีอาการรุนแรงมากกว่าคนอื่น จึงทำให้รู้สึกว่าการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ทรมาณ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551 พบว่า มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 10.6 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกต้องเสียค่าใช้จ่าย 831 บาทต่อรายต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 4,586 บาทต่อรายต่อครั้ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551)

### แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง

จุดมุ่งหมายหลักในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราความพิการและอัตราการเสียชีวิต โดยต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท คณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย 2 วิธี ได้แก่ การดูแลรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยาและวิธีการใช้ยา (JNC VII, 2003)

#### 1. การดูแลรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา

การดูแลรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

##### 1.1 ด้านการรับประทานอาหาร

แนะนำให้จำกัดอาหารที่มีโซเดียม โดยรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน จึงสามารถลดความดันโลหิตได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) นอกจากเกลือแล้ว โซเดียมยังมีอยู่ในสารอาหารประเภทอื่นๆ เช่น สารกันบูด น้ำปลา ผงฟู มายองเนส ขนมหอม ชีส ผงชูรส อาหารดอง อาหารรมควัน เป็นต้น (Mohammed, 2007) นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรลดการบริโภคไขมันชนิดอิ่มตัว ซึ่งมีผลช่วยลดระดับไขมันและคอเลสเตอรอล เพื่อลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (JNC VII, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ควรแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง (DASH-Dietary Approach to Stop Hypertension) ซึ่งเน้นการรับประทานผักและผลไม้ ลดปริมาณไขมันในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน สามารถลดความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) โดยมีหลักในการจัดเมนูแบบด้านความดันโลหิตสูง (ศิริพร ชาญรักษ์, 2550) ดังนี้

1.1.1 เพิ่มปริมาณธาตุพืชในอาหารมื้อเช้า เพื่อเป็นการเพิ่มปริมาณเส้นใย และแร่ธาตุแมกนีเซียมให้แก่ร่างกาย

1.1.2 เพิ่มปริมาณผักและผลไม้ในมื้ออาหาร ควรรับประทานอาหารเน้น ผักทุกมื้อ และหลังมื้ออาหารทุกครั้งควรฝึกให้เคยชินกับการรับประทานผลไม้แทนการรับประทานขนมหวาน

1.1.3 ดื่มน้ำจืดจากนมไม่มีไขมันหรือไขมันต่ำ

1.1.4 ลดปริมาณเนื้อสัตว์ โดยโปรตีนหลักของการรับประทานอาหาร ควรเป็นแบบ DASH คือ การเลือกเนื้อสัตว์ที่ไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา เนื้อแดงไม่ติดมัน

1.1.5 ควรเพิ่มปริมาณถั่วและเมล็ดพืช ซึ่งอุดมไปด้วยโปรตีนและแร่ธาตุแมกนีเซียมและแร่ธาตุโปแตสเซียม

1.1.6 ควรใช้น้ำมันและไขมันในปริมาณน้อย โดยควรเลือกไขมันชนิดไม่อิ่มตัว

นอกจากนี้ ควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์วันละ 30 มิลลิลิตร มีผลในการเพิ่มความดันโลหิต และทำให้ร่างกายไม่ตอบสนองต่อขนาดความดันโลหิต การเลิกดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดความดันโลหิตได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) โดยศึกษา งานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 1998 – 2003 จำนวน 105 งาน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองโดยการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์/การจำกัดโซเดียม สามารถลดระดับความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกได้ 3.8 มิลลิเมตรปรอทในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI: 1.4–6.1) (Dickinson et al., 2006) นอกจากนี้ ควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด สารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนควรมีการดูแลตนเองด้านรับประทานอาหาร คือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม อาหารหมักดอง อาหารที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสลงในอาหารที่รับประทาน ควรรับประทานอาหารตามหลักด้านความดันโลหิตสูงโดยเน้นผักผลไม้ และควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และหยุดสูบบุหรี่

## 1.2 ด้านการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และควรทำเป็นประจำทุกวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท และยังเป็นการช่วยให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวลดลง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดอัตราการตายลงได้ (JNC VII, 2003) จากการศึกษาเรื่องผลของการออกกำลังกายต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ มีผลทำให้ค่าความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกลดลงและค่าความดันโลหิตชนิดไดแอสโตลิกลดลงได้ 3.84 มิลลิเมตรปรอทและ 2.58 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ (Whelton, Chin, Xin, & He, 2002) ขณะที่การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย โดยศึกษางานวิจัยเชิงทดลองที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 1998 – 2003 จำนวน 105 งาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายสามารถลดระดับความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกได้ 4.6 มิลลิเมตรปรอทในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI: 2.0–7.1) (Dickinson et al., 2006)

วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา (American College of Sport Medicine; ACSM) ได้กำหนดแนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้หลักการฟิตท์ (Frequency Intensity Time Type Enjoyment; FITT) (ACSM, 2006) ดังนี้

#### 1.2.1 ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of exercise; F)

ซึ่งความถี่ที่เหมาะสมและส่งผลต่อการลดลงของระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงคือ 3-7 ครั้ง/สัปดาห์ (ACSM, 2006; Kujalu, 2004; Wallace, 2003) ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของระบบในร่างกายโดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิต (ACSM, 2006)

#### 1.2.2 ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity of exercise; I)

ซึ่งความหนักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate exercise) คือ ความหนักของการออกกำลังกายที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ (Target heart rate) เพิ่มขึ้นในช่วงร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ซึ่งสามารถคำนวณ (ACSM, 2006) ดังนี้

$$\text{อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (Target heart rate)} = (220 - \text{อายุ}) \times 0.6$$

#### 1.2.3 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time or duration of exercise; T)

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายแต่ละครั้งติดต่อกัน 30-60 นาที ระยะเวลาที่ใช้สำหรับการออกกำลังกายสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ (ACSM, 2006; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) คือ

1) ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นช่วงการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและเพิ่มอุณหภูมิของกล้ามเนื้อ ป้องกันการบาดเจ็บ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยเริ่มต้นจากการผ่อนคลายจิตใจ การสร้างสมาธิ หายใจเข้าทางจมูก ช้า ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ และยืดกล้ามเนื้อ (ACSM, 2006; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2) ระยะออกกำลังกาย (Exercise) เป็นระยะที่ร่างกายมีการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ด้วยความหนักที่ทำให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายอยู่ในช่วงร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximal heart rate) ระยะนี้ใช้เวลานานติดต่อกันประมาณ 30-60 นาที (ACSM, 2006)

3) ระยะผ่อนคลาย (Cool down) เป็นระยะที่ลดความแรงลงเรื่อย ๆ เพื่อช่วยให้เลือดที่ค้างคั่งอยู่ตามกล้ามเนื้อไหลกลับสู่หัวใจ และช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตปรับตัวสู่สภาวะปกติ ระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ควรใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที (ACSM, 2006; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1.2.4 ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of exercise; T)  
ประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นหลัก เช่น ปั่นจักรยาน การเดิน ว่ายน้ำ (ACSM, 2006)

การออกกำลังกายมีความสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม หากมีการออกกำลังกายไม่ถูกต้องอาจเกิดอันตรายได้ ดังนั้น ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงควรปฏิบัติ (ACSM, 2006; กิ่งแก้ว ปาจริย, 2548) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายเป็นครั้งแรก ควรได้รับการประเมินจากแพทย์หรือพยาบาล เพื่อพิจารณาความปลอดภัยในการออกกำลังกาย และต้องพิจารณาความรุนแรงของโรคร่วมด้วย
2. ไม่ควรออกกำลังกายขณะป่วย มีไข้ อ่อนเพลีย หรือเป็นหวัด ควรรอให้อาการป่วยหายก่อนอย่างน้อย 2 วัน
3. ขณะออกกำลังกายหากมีอาการเหนื่อยมาก หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หัวใจเต้นเร็ว หรือมีอาการแปลกไปจากที่เคยที่ออกกำลังกายทุกวัน ควรหยุดออกกำลังกายทันทีและควรรีบไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล
4. ขณะออกกำลังกายไม่ควรกลืนหายใจหรือเกร็งค้างไว้เป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น
5. ไม่ควรออกกำลังกายหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ควรออกกำลังกายหลังจากรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
6. ดื่มน้ำให้เพียงพอ

7. ไม่สวมเสื้อผ้าที่แน่นจนเกินไป โดยเสื้อผ้าควรพิจารณาตามอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม หากอากาศหนาวควรเลือกสวมเสื้อผ้าที่ทำให้ร่างกายอบอุ่นเพียงพอ หากอากาศร้อนให้พิจารณาเลือกผ้าฝ้ายธรรมดา

8. ควรเลือกรองเท้าที่มีขนาดเหมาะสมกับเท้าจะช่วยให้ออกกำลังกายได้สะดวกขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นการศึกษาเมต้าของฟาการ์ด (Fagard, 2001) พบว่า การออกกำลังกายติดต่อกันโดยใช้ระยะเวลานาน 30-60 นาทีต่อครั้งและมีความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์โดยมีความหนักเบาของการออกกำลังกายร้อยละ 40-50 ของปริมาณการใช้ออกซิเจนของร่างกายสูงสุด ( $VO_{2max}$ ) เป็นการออกกำลังกายที่ให้ผลดีต่อการลดระดับความดันโลหิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแบบไท้จี้ชึ่ง ครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้ความดันโลหิตโดยเฉลี่ยทั้งชนิด ซิสโตลิกและชนิดไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนออกกำลังกายแบบไท้จี้ชึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กิ่งดาว ชุ่ยอาภัย, 2548)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ที่มีความหนักระดับปานกลาง เช่น ปั่นจักรยาน เดินเร็ว และควรออกกำลังกายติดต่อกัน 30-60 นาที 3-7 ครั้ง/สัปดาห์ ควรมีการอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ และขณะป่วย ควรสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายขณะออกกำลังกาย เช่น เหนื่อยมาก หน้ามืด ใจสั่น แน่นหน้าอก เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติให้หยุดทันที

### 1.3 ด้านการจัดการความเครียด

การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การบำบัดทางจิตใจ เป็นการตอบสนองต่อнораพิรีนเฟริน (Norepinephrine) ในเลือด จึงลดการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ จึงสามารถลดความดันโลหิตได้ ควรฝึกวันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จากการศึกษาของชไนเดอร์และคณะ (Schneider et al., 2005) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของวิธีการจัดการความเครียด 2 แบบ (วิธีการทำสมาธิและวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ) ในผู้ป่วยชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยวิธีการทำสมาธิซึ่งต้องทำสมาธิ วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 3.1/5.7 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ

โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามกระบวนการของ Bernstein และ Borkovec และให้กลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15 - 20 นาที สามารถลดระดับความดันโลหิต 0.5/2.9 มิลลิเมตรปรอทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Schneider et al., 2005)

สรุปได้ว่า การจัดการกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถเลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้ตามความพึงพอใจของตนเอง ควรฝึกวันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที

## 2. การดูแลรักษาโดยวิธีใช้ยา

การใช้ยาในการควบคุมความดันโลหิต พิจารณาใช้เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้วแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ โดยการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาจะพิจารณาตามหลัก ดังนี้

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 พิจารณาเริ่มใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงเพียงกลุ่มเดียวหรืออาจใช้ร่วมกับยาอีกกลุ่มอื่นก็ได้ (JNC VII, 2003)

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 พิจารณาเริ่มใช้ยา 2 กลุ่มร่วมกัน ส่วนใหญ่มักจะให้ยากลับขับปัสสาวะร่วมกับยาด้านเอนไซม์แองจิโอเทนซินหรือยาด้านตัวรับของสารแองจิโอเทนซิน ยาปิดกั้นเบต้าหรือยาปิดกั้นแคลเซียม (JNC VII, 2003)

กรณีผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคร่วมอื่น เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับยาที่มีความเฉพาะเจาะจงในการรักษาโรคร่วม ดังนั้นการพิจารณาเลือกใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงกลุ่มใด รวมทั้งการเพิ่มขนาดของยาหรือเพิ่มชนิดยา จึงต้องอยู่ในการดูแลภายใต้คำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด และต้องได้รับการประเมินความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อประเมินผลการรักษา รวมถึงความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุเอง (JNC VII, 2003)

### กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง ที่นิยมใช้ ประกอบด้วย

ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) โดยเฉพาะยาในกลุ่มไทอะไซด์ (Thiazides) ซึ่งยาออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดส่งเสริมการขับน้ำ โซเดียม โพแทสเซียม และไฮโดรเจน จึงสามารถลดปริมาตรเลือดและลดปริมาตรน้ำนอกเซลล์ ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ภาวะการคั่งของกรดยูริกในเลือดสูง (Hyperuricemia) ความทนทานต่อระดับน้ำตาลบกพร่อง (Glucose intolerance) ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) (Aronow et al., 2011; JNC VII, 2003; พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blocker) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้การบีบตัวของหัวใจและชีพจรช้าลง แต่มักทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้ป่วยหัวใจวาย หัวใจเต้นช้า หอบหืด ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน (Aronow et al., 2011; Kaplan, 2010; พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

ยาปิดกั้นแคลเซียม (Calcium channel blocker) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการขัดขวางแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบหลอดเลือด ทำให้มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดทั่วร่างกาย แรงต้านภายในผนังหลอดเลือดลดลง จึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เวราพามิล (Verapamil) ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ หน้าแดง ปวดศีรษะ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน (Aronow, et al., 2011; Kaplan, 2010; พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

ยาด้านเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin - converting enzyme inhibitor) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin enzyme) ซึ่งทำหน้าที่เปลี่ยนแองจิโอเทนซิน I เป็นแองจิโอเทนซิน II ซึ่งแองจิโอเทนซิน II มีคุณสมบัติในการตัวกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดอย่างมาก (Potent vasoconstrictor) เมื่อระดับแองจิโอเทนซิน II ลดลง จึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นขึ้น พบโปรตีนปัสสาวะ (Aronow, et al., 2011; Kaplan, 2010; พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

ยาด้านตัวรับของสารแองจิโอเทน (Angiotensin receptor blocker) ได้แก่ ลอซาแทน (Losatan) ออกฤทธิ์แย่งแองจิโอเทนซิน II ในการจับกับ AT1- receptors ยานี้มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ถูกแปรสภาพเป็นเมตาบอไลต์ที่มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตได้นานถึง 24 ชั่วโมง จึงใช้ยาเพียงวันละครั้ง ยาไม่ทำให้เกิดอาการไอหรือลมพิษ และให้ผลในการควบคุมความดันโลหิต (Kaplan, 2010)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการใช้ยาให้เกิดผลดีและมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุดขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ควรมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูง ควรปฏิบัติตามหลักการใช้ยาทั่วไป โดยมีหลักการ (เรวดี ธรรมอุปกรณ์และสาริณี กฤตยานันท์, 2546) ดังนี้

- การใช้ยาถูกขนาด (Right dose) หมายถึง การใช้ยาให้ถูกต้องตามขนาดที่กำหนดไม่มากหรือน้อยกว่าที่กำหนดไว้

- การใช้ยาถูกชนิด (Right drug) หมายถึง การใช้ยาให้ถูกต้องตามชนิดและประเภทของยา

- การใช้ยาถูกเวลา (Right time) หมายถึง การใช้ยาที่ทำให้เกิดผลดีจะต้องใช้ให้ถูกและตรงเวลา เพื่อให้เกิดประโยชน์จากการออกฤทธิ์สูงสุดและร่างกายสามารถดูดซึมไปใช้ได้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

- การใช้ยาถูกคน (Right person) หมายถึง การใช้ยาให้ถูกต้องตามบุคคล ควรอ่านฉลากยาหรือป้ายหน้าของยาทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบชื่อ-สกุลที่ถูกต้อง และไม่ควรนำยาของบุคคลอื่นในครอบครัวมารับประทานถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเหมือนกัน เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงอาจมีอาการและการดำเนินของโรคในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ทำให้ได้รับการรักษาแตกต่างกันไป ดังนั้นจึงควรใช้ยาที่ถูกต้องกับตนเองเท่านั้น เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยา

- การใช้ยาถูกวิธี (Right method) หมายถึง การใช้ยาให้ถูกต้องตามรูปแบบของยา ซึ่งยาแต่ละชนิดจะบ่งบอกวิธีการใช้โดยเฉพาะ

นอกจากนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (2552) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมในด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์
2. รับประทานยาในปริมาณและเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรหยุดยา เพิ่มยาลดยา หรือลืมรับประทานยา
3. สังเกตอาการผิดปกติภายหลังรับประทานยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษา ไม่ควรหยุดยาหรือซื้อยามารับประทานเอง
4. เมื่อจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่นควรแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบด้วยว่าได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์ยาลดความดันโลหิต
5. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจส่งผลต่อยาลดความดันโลหิตได้

สรุปได้ว่า การใช้ยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตจะพิจารณาใช้เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองแล้วแต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุมากที่สุดขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการใช้ยา ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงควรรับประทานยาตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ไม่ปรับขนาดยาหรือหยุดยาด้วยตนเอง และเมื่อมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา ควรไปปรึกษาแพทย์ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

## แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ แนวคิดนี้เริ่มต้นมาจากแนวคิดทางสังคมวิทยาที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการเหยียดสีผิว หลังจากนั้นหลายสหสาขาวิชาชีพได้นำแนวคิดนี้มาเชื่อมโยงและพัฒนาจนมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง (Rodwell, 1996) การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ มีลักษณะเป็นพลวัตร (Gibson, 1991)

### ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1991) กล่าวว่า บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพและสุขภาพเป็นของแต่ละบุคคลที่บุคคลต้องรับผิดชอบ สุขภาพไม่ใช่อำนาจจักรของแพทย์หรือโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าแพทย์และพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ แต่แพทย์และพยาบาลไม่ได้มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพ แต่ต้องเคารพในสิทธิของบุคคลต่อภาวะการมีสุขภาพ ซึ่งบุคคลควรได้รับการเคารพในการตัดสินใจ บุคลากรทางสุขภาพจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรู้จักใช้ทรัพยากร เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมและสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถในตน และบุคลากรทางด้านสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญ และยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและพร้อมที่จะยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ต้องมีความเชื่อใจและการเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วย

กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ กระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองเน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถและควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

คารณี จามจรี (คารณี จามจรีและจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลและเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการตามแนวทางดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการดำเนินการประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพอื่น ๆ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการให้ข้อมูลและส่งเสริมให้มีการใช้แหล่งทรัพยากรให้กับผู้ป่วย ซึ่งเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

อรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ยอมรับคุณค่าในตัวบุคคล เกิดแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการบรรลุเป้าหมาย โดยการมีส่วนร่วมและอิสระในการตัดสินใจเลือก

อังฉรา ยุวดี (2550) กล่าวว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถให้บุคคลมีความสามารถในตน มีความคิดทางบวก มีความรู้สึกรู้สีกต่อการควบคุมตนในการดำเนินชีวิต สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยทางร่างกายได้ เพิ่มความควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของตนเอง โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เน้นให้ประเมินปัญหาสถานการณ์ด้วยตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเอง

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ พันธสัญญา (Commitment) ความผูกพัน (Bond) และความรัก (Love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้น ซึ่งจะเป็แรงผลักดันให้บุคคลเกิดพลังและมีกำลังใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ปัญหา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) เป้าหมายในชีวิต (Determination) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยมีความคับข้องใจ (Frustration) ปัญหาหรือความขัดแย้งเป็นปัจจัยที่ทำให้เข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor)

#### ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) ประกอบด้วย

ความเชื่อ (Beliefs) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคและความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีความเชื่อที่ดีจะส่งผลให้เกิดความหวัง มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี

ค่านิยม (Values) เป็นค่านิยมในตนเองเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การมีความรักในตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายในที่เป็นพื้นฐานต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ

เป้าหมายในชีวิต (Determination) การมีเป้าหมายในชีวิตทำให้บุคคลมีพลังและมีแรงจูงใจ จึงช่วยผลักดันให้เกิดพลังในการทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค

ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้จากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ประกอบด้วย

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาจากหลายแหล่งด้วยกัน เช่น บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่สำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนในการให้ความรู้ คำแนะนำ กำลังใจ การประคับประคองและให้ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองจากทีมสุขภาพและแผนการรักษา ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้เรียนรู้จากบุคคลอื่น ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง ต้องเป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล ต้องมีความเปิดเผยต่อกันได้ และมีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการให้คุณค่า เคารพในสิทธิและความเป็นบุคคลระหว่างกัน ทำให้เกิดความร่วมมือและความมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมอำนาจได้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ต้องเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีบรรยากาศของการดูแลช่วยเหลือและความปรารถนาดีต่อกัน มุ่งให้ฝ่ายด้อยอำนาจได้พัฒนาความสามารถและพัฒนาอำนาจในตนเองได้

ปัจจัยด้านบุคคล ในกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคล ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องยอมรับในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ และต้องถือเป็นพันธะสัญญาที่บุคคลพึงปฏิบัติร่วมกัน

ปัจจัยด้านเวลา กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง จึงต้องอาศัยระยะเวลา

ปัจจัยด้านปรัชญาและความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจ บุคคลซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ต้องมีความเชื่อในความเท่าเทียมกันต้องมีการปลดปล่อยยึดถือในความอิสระเสรี ยึดถือในระบอบประชาธิปไตย ต้องมีความเชื่อในศักยภาพของบุคคลด้วย

### กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ต้องอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงแบ่งกระบวนการของการสร้างเสริมพลังอำนาจไว้ 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) ดังรูปที่ 2.1 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลัง เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความจริง ตลอดจนทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีการตอบสนอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotional responses) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) ด้านพฤติกรรม (Behavioral responses)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลจะเกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ทำให้บุคคลคับข้องใจที่คิดว่าเจ็บป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพดีได้ ตรงกันข้ามหากบุคคลรู้สึกดีขึ้นและมีการเปลี่ยนความคิดใหม่โดยตั้งความหวังไว้ว่าตนเองอาจจะดีขึ้นได้แต่ต้องอาศัยเวลา การคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง และสามารถจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือความมั่นใจในการกระทำของตนเอง บุคคลจะยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกจากการอ่านหนังสือ ตำรา วารสารทางวิชาการ การเข้าร่วมประชุม สัมมนา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ประสบการณที่คล้ายคลึงกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา

การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral responses) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้และตระหนักว่าการกระทำของตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง และมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี ทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไร จนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการพยายาม ทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการ ฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา ตลอดจนการแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณา อย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริงได้ ย่อมส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง ช่วยให้อีกกลับมามองปัญหา ประเมินและพิจารณาถึงสถานการณ์ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อที่นำไปสู่การแก้ปัญหาและการ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญและนำไปสู่การตัดสินใจเลือก วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) โดยการ พบปะและเผชิญหน้าในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจของตนเอง (Self-determination) หลังจากผ่าน 2 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น สำหรับขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธี ปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลากหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การแสวงหาแนวทางแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลและจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าดีและเหมาะสม ที่สุด โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้ เงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีแก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับปัญหาของตนสามารถตอบสนอง ความต้องการของตนเอง 3) ผ่านการปรึกษาจากผู้มีประสบการณ์และได้รับการยอมรับ 4) เป็นวิธีที่ ทำให้เกิดการยอมรับและเปิดใจกว้าง ซึ่งในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเองว่า

- 1) บุคคลจะต้องมีการปกป้อง (Advocating for ) โดยคิดว่า การให้การดูแลเป็นการ ปกป้องตนเองเป็นภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของตน
- 2) มีการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา ( Learning the ropes ) เป็นการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ
- 3) มีการเรียนรู้ในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Learning to persist ) โดยการไม่ย่อท้อต่อ การดูแลตนเอง พยายามทำสิ่งที่ดีที่สุดในกับตนเอง
- 4) มีการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับคำรักษาในโรงพยาบาล ( Driving negotiation in the hospital setting ) โดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่สำคัญในและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล
- 5) มีการสร้างพันธะสัญญา (Establishing partnership ) ความต้องการมีส่วนร่วมอย่าง จริงจังในการดูแลและการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลหาข้อมูลที่ทันสมัยและช่วยให้เกิด การแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

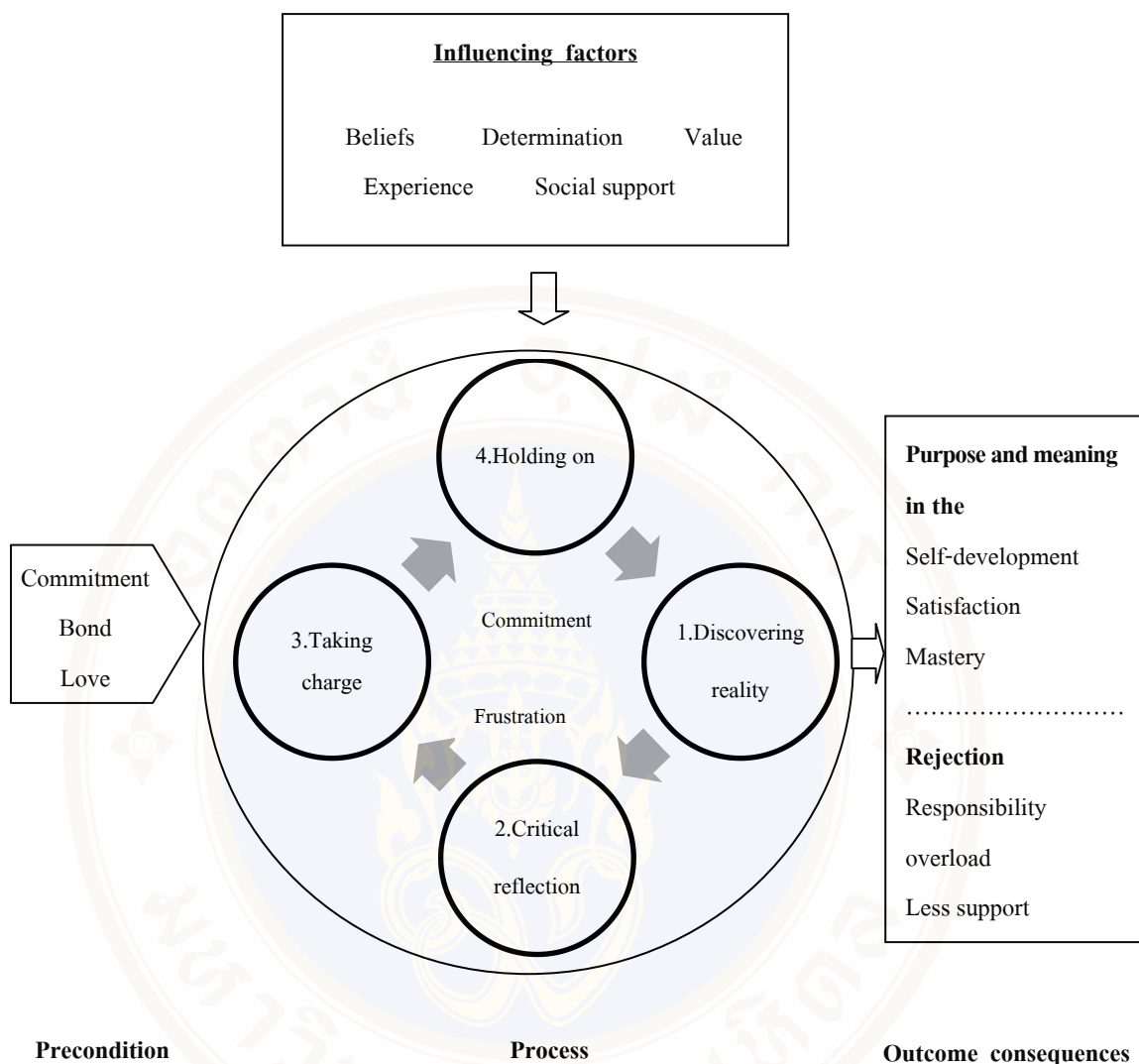
ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ถือเป็นข้อผูกพัน ในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลัง เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไป

ปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จบุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลัง มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับการแก้ปัญหา

### ผลของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ

การสร้างเสริมพลังอำนาจจะนำมาซึ่งพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลบอกว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ (Gibson, 1993) โดยมี การรับรู้ 4 ด้านคือ 1) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง 2) ความพึงพอใจในตนเอง 3) การพัฒนาตนเอง 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต นอกจากนี้ ผลของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ก่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self - efficacy) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care) พฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า (Better health) ความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self - determination) ความรู้สึกที่สามารถติดต่อประสานงานกับผู้อื่นได้ (Sense of connectedness) ความรู้สึกว่าได้รับความยุติธรรมในสังคม (Sense of social justice) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์เชิงลบของการสร้างเสริมพลังอำนาจที่พบจากรายงานการศึกษา (Gibson, 1993) กล่าวว่า เมื่อพัฒนาตนเองแล้วถูกปฏิเสธไม่ได้รับการยอมรับ (rejection) ต้องมีภาระที่รับผิดชอบมากเกินไป (Responsibility overload) และจะได้รับการสนับสนุนน้อยจากทีมสุขภาพ (Less support)

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการภายในบุคคลที่ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของตนเอง โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เน้นให้ประเมินปัญหาสถานการณ์ด้วยตนเองและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการสร้างเสริมพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกันแต่สามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล การที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนที่เกิดขึ้นจะมีประสิทธิภาพเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างตอนต้น และผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดนี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง



**รูปที่ 2.1** แสดงรูปแบบของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ดัดแปลงจาก Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.

## แนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองพัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) โดยเบนคูรา นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ซึ่งเบนคูราเชื่อว่า การเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องพิจารณาในแง่การแสดงออก หากแต่เป็นการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ (Acquired) ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้วแม้จะไม่มีแสดงออกก็ตาม ดังนั้นการเรียนรู้ของเบนคูราจึงเน้นที่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องแสดงออก และแน่นอนการแสดงออกของ พฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้

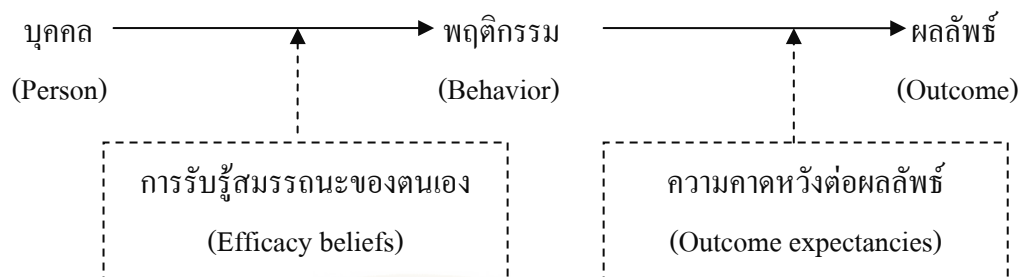
ตามแนวคิดพื้นฐานการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของเบนคูรา มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของพวกเราไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นต้องร่วมในลักษณะที่กำหนดซึ่งกัน และกัน (Reciprocal determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ก็ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่า อีกบางปัจจัย และอิทธิพลของทั้ง 3 ปัจจัยนั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการ ที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1989 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

### ความหมายของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

เบนคูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง หมายถึง การที่บุคคล มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำพฤติกรรมใดให้ประสบผลสำเร็จตาม เป้าหมายที่ตนเองคาดหวังไว้ ซึ่งเบนคูรา กล่าวว่า บุคคลใดที่เชื่อในความสามารถของตนเองต่อการ ปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว

ซึ่งเบนคูราได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล โดยใช้แนวคิด 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Efficacy beliefs) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลใน ความสามารถของตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจน บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นตัวนำหลักในการมี พฤติกรรมต่างๆของบุคคล จึงเป็นความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ (Outcome expectancies) คือ การรับรู้ของบุคคลว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะส่งผลตามที่ตนเองได้คาดหวังไว้นั่นเอง ดังรูปที่ 2.2



**รูปที่ 2.2** ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น  
แหล่งที่มา สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม. *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นอกจากนี้ แบนดูราได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองและคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นว่า หากบุคคลมีความคาดหวังในการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงและมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำสูง บุคคลย่อมมีแนวโน้มในการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ตรงกันข้าม หากบุคคลมีความคาดหวังในการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำและมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำต่ำด้วย หรือว่ามีความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นไปในทางตรงข้ามกัน บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1978 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ดังรูปที่ 2.3

|                              |     | ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำ |                           |
|------------------------------|-----|----------------------------------------|---------------------------|
|                              |     | สูง                                    | ต่ำ                       |
| การรับรู้สมรรถนะ<br>ของตนเอง | สูง | มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน                 | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ       |
|                              | ต่ำ | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ                    | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน |

**รูปที่ 2.3** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น  
แหล่งที่มา สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม. *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การรับรู้สมรรถนะของตนเองอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ (Bandura, 1997) ดังนี้ มิติตามขนาด (Magnitude) ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมจะแปรผันตามความยากง่ายของพฤติกรรมที่จะกระทำ หากบุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นง่ายและตนเองมีความสามารถทำได้ จะส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นใจและมีความท้าทายในการปฏิบัติพฤติกรรม อีกนัยหนึ่งหากบุคคลได้รู้ว่าการกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ยากและเกินกว่าความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติได้ ย่อมส่งผลให้บุคคลเกิดความไม่มั่นใจและหลีกเลี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

มิติการเชื่อมโยงประสบการณ์ (Generality) หากบุคคลได้ประสบการณ์ใหม่ที่มีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในอดีต บุคคลจะพยายามเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ในการปฏิบัติกิจกรรมของประสบการณ์ใหม่ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนต่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้น

มิติของระดับความเข้มแข็งของบุคคล (Strength) ความเชื่อมั่นในการประเมินความสามารถในตน หากบุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งจะมีความเชื่อมั่นว่าตนมีกำลังความสามารถพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยความพยายามและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว

### วิธีการเสริมสร้างสมรรถนะในตนเอง

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมของบุคคลโดยสามารถส่งเสริมได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) คือ วิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการกระทำที่สำเร็จด้วยตนเอง หากบุคคลกระทำและประสบผลสำเร็จด้วยตนเองหลายครั้ง ย่อมส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น และบุคคลก็จะพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตนในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จ จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ประสบความสำเร็จเช่นกัน กระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมจากตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

2.1 กระบวนการตั้งใจ (Attention processes) เป็นปัจจัยแรกที่มีความสำคัญมากและเป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ การที่บุคคลจะสนใจตัวแบบหรือไม่ขึ้นอยู่กับลักษณะของตัวแบบและผู้สังเกต โดยตัวแบบควรมีลักษณะใกล้เคียงกับผู้สังเกต รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกของตัวแบบต้องไม่ซับซ้อน มีประโยชน์ต่อผู้สังเกต สำหรับผู้สังเกตก็จะต้องมีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา

2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเข้าไปเก็บไว้ในหน่วยความจำ ซึ่งอาจจะเก็บไว้ในรูปแบบสัญลักษณ์ จดระบบโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้จำง่ายแก่การจดจำ การจะจดจำข้อมูลให้ได้ดีนั้นบุคคลต้องมีการซักซ้อมบ่อยครั้ง รวมทั้งขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตด้วย

2.3 กระบวนการปฏิบัติ (Production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ที่ได้เก็บจำเอาไว้ออกมาเป็นการปฏิบัติ ซึ่งพฤติกรรมจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางกาย และทักษะของผู้สังเกตอีกด้วย

2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามตัวแบบ การที่ผู้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับรางวัลหรือการเสริมแรงต่างๆ จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามตัวแบบโดยคาดหวังว่าตนจะได้รับผลเช่นนั้นตามตัวแบบ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ การชักจูงด้วยคำพูดเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมาก โดยการพูดให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะประสบผลสำเร็จได้ โดยการชี้แนะ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจ ในการใช้คำพูดชักจูงอย่างเดียวอาจทำให้ได้ผลในการส่งเสริมสมรรถนะในตนเองได้ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองร่วมด้วย โดยการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล พร้อมกับการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน จะทำให้เกิดการส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะของตนมากขึ้น

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) สภาวะร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะที่ร่างกายเจ็บป่วย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองลดลง สภาวะอารมณ์ด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ มีความสุข ความมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น แต่อารมณ์ด้านลบ เช่น

ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ข่มขู่ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองลดลงและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ควรส่งเสริมให้มีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติเพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

สรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ บุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญาพิจารณาตัดสินความสามารถของตนเองโดยอาศัยการประเมินข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดและสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ การช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ในที่สุด

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่นำมาใช้ในโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

วิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญฉวี (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดความสามารถแห่งตน จัดกิจกรรมรูปแบบกลุ่มกลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจทั้งหมด 2 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ และมีการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10 พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าความดันซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึงแม้ว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการศึกษานี้เป็นโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดอื่น แต่สามารถยืนยันได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้เกิดผลลัพธ์ตามมา คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ถึงแม้เป็นการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง แต่ก็สามารถยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจได้เป็นอย่างดี ดังเช่นการศึกษาของเชียร์เรอร์, เฟอรี, วอร์ด, และ

โอ ไบรอัน (Shearer, Fleury, Ward, & O'Brien, 2010) ที่ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังอำนาจเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยศึกษาเฉพาะงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยกึ่งทดลองที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 - 2008 ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นงานที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ 2) กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป 3) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50 - 74 ปี 4) ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ 5) เป็นงานวิจัยเชิงทดลองหรืองานวิจัยกึ่งทดลอง 6) ศึกษาในชุมชน และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) งานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยประเภทศึกษาย้อนกลับ 2) เป็นงานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ 3) กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 50 ปี พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 11 งาน จำแนกเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 6 งานและงานวิจัยกึ่งทดลอง 5 งาน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างเสริมพลังอำนาจให้เกิดประสิทธิผลในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การให้สุศึกษา 2) กระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ปัญหาและการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง 3) การสนับสนุนทางสังคม โดยการให้คำปรึกษาหรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่ม และผลจากการศึกษายังพบว่า ผลลัพธ์ของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ ทักษะ การรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฉินและไล (Chen & Li, 2009) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยศึกษาเฉพาะงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยกึ่งทดลองภาษาอังกฤษและภาษาจีนทั้งตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1937 - 2008 จำนวน 25 งาน ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง 12 งาน งานวิจัยกึ่งทดลอง 6 งาน และงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง 7 งาน โดยใช้รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจที่แตกต่างกัน คือ 1) การให้สุศึกษา 2) การใช้กระบวนการกลุ่ม 3) การให้คำปรึกษารายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยพบว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้นในระยะสั้นประมาณ 1 เดือน ขณะที่การสร้างเสริมพลังอำนาจโดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้ระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นที่สัปดาห์ที่ 4 และเดือนที่ 3 ตามลำดับ และผลจากการทำเมตา (Meta-analysis) พบว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีประสิทธิผลต่อการควบคุมความดันโลหิตมากกว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยการให้คำปรึกษารายบุคคล ขณะที่การศึกษาของคิม, ฮาน, พาร์ค, ลี, และคิม (Kim, Han, Park, Lee, & Kim, 2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือตนเองต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชาวอเมริกันเชื้อสาย

เกาหลีจำนวน 49 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 1) การให้สุขศึกษาเพื่อการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูง สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ 2) การติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง 3) กระบวนการกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ตลอดจนร่วมกันค้นหาปัญหาของแต่ละบุคคลและร่วมหาแนวทางแก้ไข โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือและให้การสนับสนุน หลังสิ้นสุดโปรแกรมในเดือนที่ 6 พบว่ามีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้ร้อยละ 69 (34) และผลของโปรแกรมทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกลดลง 13.4 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตชนิดไดแอสโตลิกลดลง 11.8 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของฟิการ์และคณะ (Figar et al., 2006) ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต 60 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Patient empowerment; PEM) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกได้ร้อยละ 70 (21) และพบว่าค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกลดลง 8 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 24 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของโพเวลล์ (Powell, 2002) ศึกษากลยุทธ์ที่ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 71 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลอง 37 คนและกลุ่มควบคุม 34 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ (The Patient Empowerment Readiness Model; PERM) ผลการศึกษาพบว่า ในการติดตามผลในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกลดลง 4.64 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันโลหิตชนิดไดแอสโตลิกลดลง 4.96 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับประเทศไทยได้นำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังเช่นการศึกษาของวรรณเพ็ญ กรอบทอง (Krobthong, 2002) ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความรู้สึกรับผิดชอบในตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี จำนวน 64 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มจำนวน 4 วัน และมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 เดือน พบว่า คะแนนความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การศึกษาของศกุนตลา อนุเรือง (Anurung, 2007) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของ

โปรแกรมสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในการบริการการดูแลสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบเฟมินิสต์ (Feminist) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 76 คน แบ่งเข้ากลุ่มและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคลในวันและเวลาที่สะดวกจำนวน 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสร้างพลังในตนเองแบบเฟมินิสต์ (Feminist) มีประสิทธิภาพทำให้ผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น และมีความพึงพอใจในการบริการการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคลทั้งหมด 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง พบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรวมทั้งสูงกว่ากลุ่มควบคุมมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอังฉรา ยุวดี (2550) ที่ศึกษาการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอุทัยธานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 30 คน โดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองมากขึ้น มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตลดลง และการศึกษาของณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, ปรางทิพย์ อูจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และ นิตยา มีหาดทราย (2554) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 78 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) โดยใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม (กลุ่มละ 8-12 คน) ดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจ 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษายังพบว่า มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ได้มีการนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังเช่นการศึกษาของภัทรา แสงธรรมมา (2552) ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 30 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ครอบครัว ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991, 1995) ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคลทั้งหมด 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 วันและมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 เดือนพบว่า คะแนนการมีพลังอำนาจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ด้านการมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและพบเป็นอันดับแรกในกลุ่มผู้สูงอายุ และร้อยละ 90 เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ แต่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุ คือการเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลาย หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจตามมา ซึ่งจุดมุ่งหมายหลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ ต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราความพิการและอัตราการเสียชีวิต ซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย 2 วิธี คือ 1) การดูแลรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา 2) วิธีการใช้ยา แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.9 ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (ปัญญา จิตต์พลุกุศล, 2551) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยาวนานส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สูญเสียพลังอำนาจและขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองตามมา (วันทนา ทิมพุดิ, 2550) ทำให้ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากได้นำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาเป็นกรอบในการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการจัดกิจกรรมตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจทั้งรูปแบบกระบวนการกลุ่มและรายบุคคล ซึ่งใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ 4 วัน - 6 เดือน

และมีการติดตามผลตั้งแต่ 1 - 12 เดือน ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวทำให้ทราบว่า โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้นและส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นตามมา

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเลือกแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าตนมีอำนาจและสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ประกอบกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มีกระบวนการที่เป็นพลวัตรต่อเนื่องกัน และกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้ อย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกนำแนวคิดนี้มาสร้างเป็นโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีตามมาจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest design with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

|             |         |                                                                   |
|-------------|---------|-------------------------------------------------------------------|
| กลุ่มทดลอง  |         | $O_1$ ————— X ————— $O_2$                                         |
| กลุ่มควบคุม |         | $O_3$ ————— $O_4$                                                 |
| X           | หมายถึง | โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ                                     |
| $O_1$       | หมายถึง | คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม |
| $O_2$       | หมายถึง | คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม |
| $O_3$       | หมายถึง | คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม     |
| $O_4$       | หมายถึง | คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม     |

#### ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** เป็นผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

**กลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการศึกษครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่จำนวน 60 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการรวบรวมรายชื่อ รพ.สต.ทั้งหมดที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

2. ผู้วิจัยทำการสุ่ม รพ.สต.จำนวน 2 รพ.สต.จากทั้งหมด 8 รพ.สต. ซึ่งใช้เกณฑ์ร้อยละ 25 ของจำนวนรพ.สต. ทั้งหมด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) โดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อให้ได้หน่วยตัวอย่างที่แตกต่างกัน ไม่มีหน่วยตัวอย่างที่ซ้ำกัน

3. ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดการจับสลากครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ รพ.สต.บ้านกอตง และที่เหลือคือกลุ่มควบคุม ได้แก่ รพ.สต.บ้านโคกหาร

หลังจากนั้น ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ที่ รพ.สต.บ้านกอตง จำนวน 30 คน และ รพ.สต.บ้านโคกหาร จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)
2. ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ 1 (ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 - 159/99 mmHg) ประเมินจากค่าความดันโลหิตที่ย้อนหลัง 6 เดือน ซึ่งถูกบันทึกไว้ในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย
3. ได้รับการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาลดระดับความดันโลหิต
4. มีคะแนนสมรรถภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)  $TMSE > 24$  คะแนน
5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรง คือ อัมพาต โรคไตวาย และโรคหัวใจล้มเหลว
6. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟังและการมองเห็น
7. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย

#### **เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)**

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจได้ทุกครั้ง

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G POWER Version 3.1 ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = .05$  ระดับอำนาจทดสอบที่ 80 % กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 66.20 (SD = 4.76) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเท่ากับ 56.30 (SD = 5.65) ผู้วิจัยนำมาคำนวณค่าอิทธิพลตามสูตรของกลาส (Glass, 1976) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.75 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ดังนั้นในการคำนวณจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 42 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประมาณกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด เข้าในกลุ่มทดลองได้ครบ 30 คนตามที่ต้องการ หลังจากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนตามคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เข้าโดยให้มีลักษณะเหมือนกลุ่มทดลอง

### กระบวนการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย (Recruitment process)

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สนใจเข้าร่วมวิจัยสามารถสมัครได้ที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ตลอดจนขอทราบรายละเอียดของการวิจัยจากผู้วิจัยได้ที่ รพ.สต. ตามวันเวลาที่กำหนด
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยการได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนวิธีการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างหลังจากนั้นจึงสอบถามความสมัครใจของการเข้าร่วมวิจัย หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสมัครใจ ผู้วิจัยให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามวันและเวลาที่กำหนด

## แหล่งเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เนื่องจากมีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.5 โดยเก็บกลุ่มทดลองในพื้นที่ รพ.สต.บ้านกอดง และเก็บกลุ่มควบคุมในพื้นที่ รพ.สต.บ้านโคกหาร ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 พื้นที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพตามมาตรฐานงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเหมือนกัน โดยเป็นการให้คำแนะนำตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลระหว่างการมาตรวจตามนัด ประกอบกับแหล่งเก็บข้อมูลเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยเข้าใจภาษา สังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลและได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนสามารถนำผลการวิจัยที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีต่อไป

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ชุด ประกอบด้วย

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของ ไทย(Thai Mental State Examination: TMSE) (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536) ประกอบด้วย การทดสอบ 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ ด้านการจดจำ ด้านความใส่ใจ ด้านการคำนวณ ด้านภาษา ด้านการระลึกได้ โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด จะต้องได้คะแนน 24 คะแนนขึ้นไป

**ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ (ตามภาคผนวก) ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ และระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบปัญหาที่แท้จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยจัดกิจกรรมเป็นรูปแบบกระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง ครั้งละ 60 - 75 นาที และกิจกรรมรายบุคคล 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ โดยใช้สื่อประกอบการดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจ ดังนี้

1) แผ่นภาพพลิกมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ระดับความรุนแรง สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค วิธีการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา

2) คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ทบทวนวิธีการดูแลตนเอง โดยคู่มือเล่มนี้มีเนื้อหาเหมือนกับแผ่นภาพพลิก

### ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพรายได้แหล่งรายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของวลัยพร อ่อนนิม (Onchim, 2002) สร้างจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อและด้านการรับประทานยา 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามด้านบวก และมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 5 อันดับ ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

|   |         |                                                               |
|---|---------|---------------------------------------------------------------|
| 5 | หมายถึง | ท่านรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ท่านรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับมาก       |
| 3 | หมายถึง | ท่านรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับปานกลาง   |
| 2 | หมายถึง | ท่านรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับน้อย      |
| 1 | หมายถึง | ท่านรับรู้ว่าคุณไม่มีความสามารถในการดูแลตนเอง                 |

การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใช้หลักทางสถิติ คือการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้าน(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) สามารถแปลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

|                   |         |                                                                                  |
|-------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1.00 - 2.33 คะแนน | หมายถึง | ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ     |
| 2.34 - 3.66 คะแนน | หมายถึง | ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง |
| 3.67 - 5.00 คะแนน | หมายถึง | ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง     |

### การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

#### 1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ แผ่นภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจแผ่นภาพพลิก และคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลองต่อไป

สำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังจากผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้ค่า CVI เท่ากับ .95

## 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .81

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนของการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเตรียมการ และขั้นตอนการดำเนินการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ขั้นตอนการเตรียมการ

ขั้นตอนการเตรียมการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเรื่องการขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลทำการวิจัย
3. ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อขอใช้สถานที่ทำกลุ่มวิจัยและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สนใจเข้าร่วมวิจัยสามารถสมัครได้ที่ รพ.สต. ใกล้บ้านและขอทราบได้ละเอียดของการวิจัยจากผู้วิจัยได้ที่ รพ.สต. ตามวันเวลาที่กำหนด
4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยการได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนวิธีการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างหลังจากนั้นจึงสอบถามความสมัครใจของการเข้าร่วมวิจัย หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย
5. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจะได้รับการจับคู่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามวันและเวลาที่กำหนด

### ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ช่วยเหลือในกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยทำหน้าที่เป็นผู้บันทึกประเด็นสำคัญของการทำกลุ่ม ผู้วิจัยมีขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลประจำ รพ.สต. และมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยให้มีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และอบรมให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ รวมถึงการบันทึกข้อมูลและประเด็นสำคัญระหว่างการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบและติดตามผลการบันทึกขณะทำกลุ่มอย่างใกล้ชิด

### ขั้นตอนการ

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยปฏิบัติพร้อมกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มทดลองที่ รพ.สต.บ้านกอตง ในวันอังคารและวันพุธ และผู้วิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มควบคุมที่ รพ.สต. บ้านโคกหาร ในวันจันทร์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองเป็นแบบกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 4 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจะนัดหมายในช่วงขั้นเตรียมการ คือ หลังจากที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้ความยินยอมและผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจนได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเลือกช่วงเวลาที่สามารถเข้ากลุ่มได้ตามที่สมัครใจ ตามรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 นัดเวลา 9.00 – 10.15 น. กลุ่มที่ 2 นัดเวลา 10.30 – 11.45 น.

กลุ่มที่ 3 นัดเวลา 13.00 – 14.15 น. กลุ่มที่ 4 นัดเวลา 14.30 – 15.45 น.

และในขั้นดำเนินการทดลอง เพื่อให้ได้รับโปรแกรมฯ เหมือนกันที่สุดในกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเองและจะปฏิบัติตามโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอย่างเคร่งครัด โดยใช้ข้อคำถามแบบเดียวกันกับกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มตามโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ดังนี้

### สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1: วันที่มาตรวจตามนัด) (ใช้เวลา 75 นาที)

#### ระยะเปิดกลุ่ม (30 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันโดยจัดบรรยากาศให้เป็นสัดส่วนเงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน จัดให้ทุกคนนั่งเป็นรูปตัว U

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการกล่าวทักทายด้วยภาษาถิ่น (ภาษาใต้) และทำทีที่เป็นมิตรเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม (5 นาที)
3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมและกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน และตกลงเรื่องกฎระเบียบ
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลตลอดจนแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Pretest) โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟัง (10 นาที)
5. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยการทำสมาธิโดยการนั่งหลับตาทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้า-ออก (5 นาที)
6. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการตั้งคำถาม (10 นาที)
  - 6.1 “คุณลุง/คุณป้าเชื่อว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง” (Beliefs)
  - 6.2 “คุณลุง/คุณป้าคิดว่ามีอะไรบ้างที่ช่วยให้คุณดูแลตนเองได้ดีขึ้น” (Experience)
  - 6.3 “คุณลุง/คุณป้าคิดว่าผู้ที่ช่วยเหลือดูแลปัญหาสุขภาพของตนเองคือใคร” (Social support)
  - 6.4 “คุณลุง/คุณป้าเชื่อมั่นว่าการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่สุด” (Love, Values)
  - 6.5 “คุณลุง/คุณป้าตั้งใจเป้าหมายในการดูแลตนเองไว้อย่างไร” (Determination)
7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการนำเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยพุดำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักว่าตนเองคือผู้ที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสร้างพันธะสัญญาในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตลอด 5 สัปดาห์ (Commitment)

ระยะดำเนินการกลุ่ม (40 นาที)

8. ผู้วิจัยทบทวนกลุ่มตัวอย่างให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ครอบคลุม ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แผ่นภาพ พลิก (5 นาที)

9. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนเล่าความรู้สึกแสดงความคิดเห็นและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา (Discovering reality... 10 นาที)

9.1 “เมื่อคุณลุง/คุณป้ารู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วรู้สึกอย่างไรบ้าง”

9.2 “เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ที่ผ่านมา คุณลุง/คุณป้า มั่นใจไหมว่าดูแลตนเองได้ดีทุกเรื่อง”

9.3 “เมื่อรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว คุณลุง/คุณป้า ได้ค้นหาความรู้ในการดูแลตนเองจากที่ไหนบ้าง”

9.4 “ที่ผ่านมา เวลาไปพบแพทย์ แล้ววัดความดันโลหิต พบว่ายังสูงอยู่ คุณลุง/คุณป้ารู้สึกเครียดหรือกังวลไหม”

10. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการค้นพบปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มหลังจากนั้นจึงนำเข้าสู่วิธีขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

11. ผู้วิจัยตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Critical reflection... 10 นาที)

11.1 “ที่ผ่านมาเมื่อรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คุณลุง/คุณป้า คิดว่าสามารถดูแลตนเองได้ดีในเรื่องอะไรบ้าง”

11.2 “ที่ผ่านมาเมื่อรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คุณลุง/คุณป้า คิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ดูแลตนเองได้ดี

11.3 “คุณลุง/คุณป้าคิดว่าตนเองต้องปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง ในเรื่องอะไรบ้าง”

12. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มหลังจากนั้นจึงนำเข้าสู่วิธีขั้นตอนการเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม

13. การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จร่วมกันโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเสนอประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีและร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น (Taking charge...15 นาที)

13.2 “ฉันอยากให้คุณ...(ชื่อ).... ลองเล่าให้กลุ่มฟังว่าต้องทำยังไงบ้างถึงดูแลตนเองได้ดีในเรื่อง...

13.3 “แล้วเมื่อเจอปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง คุณ...(ชื่อ).... แก้ไขปัญหานั้นอย่างไร”

14. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการเรียนรู้ประสบการณ์ที่สำเร็จร่วมกันของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่ม

15. ผู้วิจัยย้าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้ตระหนักถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ผ่านมาที่เคยปฏิบัติได้ดี

ระยะปิดกลุ่ม (5 นาที)

16. ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

17. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

### สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2: วันถัดมา) (ใช้เวลา 60 นาที)

กิจกรรมในครั้งนี้เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจตามขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนในการให้ข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมและเกิดความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

ระยะเปิดกลุ่ม (5 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันโดยจัดบรรยากาศให้เป็นสัดส่วน เงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน จัดให้ทุกคนนั่งเป็นรูปตัว U

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยการทำสมาธิโดยการนั่งหลับตาทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้า-ออก (5 นาที)

ระยะดำเนินการกลุ่ม (50 นาที)

3. ผู้วิจัยทบทวนหัวข้อที่ได้จากการคุยกันในการดำเนินการกลุ่มครั้งที่แล้ว (10 นาที)

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (5 นาที)

“จากกิจกรรมเมื่อวาน คุณลุง/คุณป้ามีข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองไหม”

5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มโดยใช้แผ่นภาพพลิก (15 นาที)

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงบอก “แนวทางการดูแลตนเอง” (15 นาที)

7. ผู้วิจัยสรุปแนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่ม

8. ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน (5 นาที)

ระยะปิดกลุ่ม (5 นาที)

ผู้วิจัยนัดวันเวลาในการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 3 (5 นาที)

### สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 3: วันที่นัดหมาย) (ใช้เวลา 30 นาที/คน)

กิจกรรมในครั้งนี้เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการพูดคุยสิ่งที่เรียนรู้ร่วมกันในสัปดาห์ที่ 1 และเพื่อซักถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ปัญหา ตลอดจนให้กำลังใจในการปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาอุปสรรคและร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้วิจัย รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองต่อไปในช่วงสัปดาห์ที่ 4

2.1 “คุณ...(ชื่อ)...ได้ทำตามแนวทางการดูแลตนเองตามที่บอกกับกลุ่มไหม”

2.2 “ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณ...(ชื่อ)... มีปัญหาอะไรบ้างที่ทำให้ตนเอง ไม่สามารถทำตามแนวทางที่เลือกไว้ได้”

2.3 “แล้วคุณ...(ชื่อ)...คิดว่าปัญหาเหล่านี้เกิดจากอะไร”

2.4 “คุณ...(ชื่อ)...มีวิธีแก้ปัญหายังไงบ้าง”

2.5 “คุณ...(ชื่อ)...อยากได้ข้อมูลหรือต้องการทราบอะไรเพิ่มเติมไหมคะ”

3. ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองต่อไป

4. ผู้วิจัยนัดวันเวลาและสถานที่กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5

### สัปดาห์ที่ 5 (ครั้งที่ 4 วันที่มาตรวจตามนัด) (ใช้เวลา 70 นาที)

#### ระยะเปิดกลุ่ม (5 นาที)

1. ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน โดยจัดบรรยากาศให้เป็นสัดส่วนเงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน จัดให้ทุกคนนั่งเป็นรูปตัว U

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยการทำสมาธิโดยการนั่งหลับตาทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้า-ออก (5 นาที)

#### ระยะดำเนินการกลุ่ม (60 นาที)

3. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผ่านมาและเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (5 นาที)

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสำเร็จในการดูแลตนเอง 1 เดือนที่ผ่านมา (30 นาที)

4.1 “คุณลุง/คุณป้ามีการดูแลตนเองสำเร็จบ้างในด้านใด”

4.2 “ระหว่างที่ทำตามแนวทางที่เลือกเจอปัญหาอะไรบ้าง”

4.3 “คุณลุง/คุณป้าแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร”

5. ผู้วิจัยพูดคุยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on... 5 นาที)

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนพูดความรู้สึกที่ได้ดูแลตนเองตามกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจพร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ (10 นาที)

6.1 “คุณลุงคุณป้าคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ทำให้เกิดประโยชน์อย่างไรบ้าง”

6.2 “หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้วคุณลุงคุณป้ามีความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นหรือไม่”

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Posttest) (10 นาที)

#### ระยะปิดกลุ่ม (5 นาที)

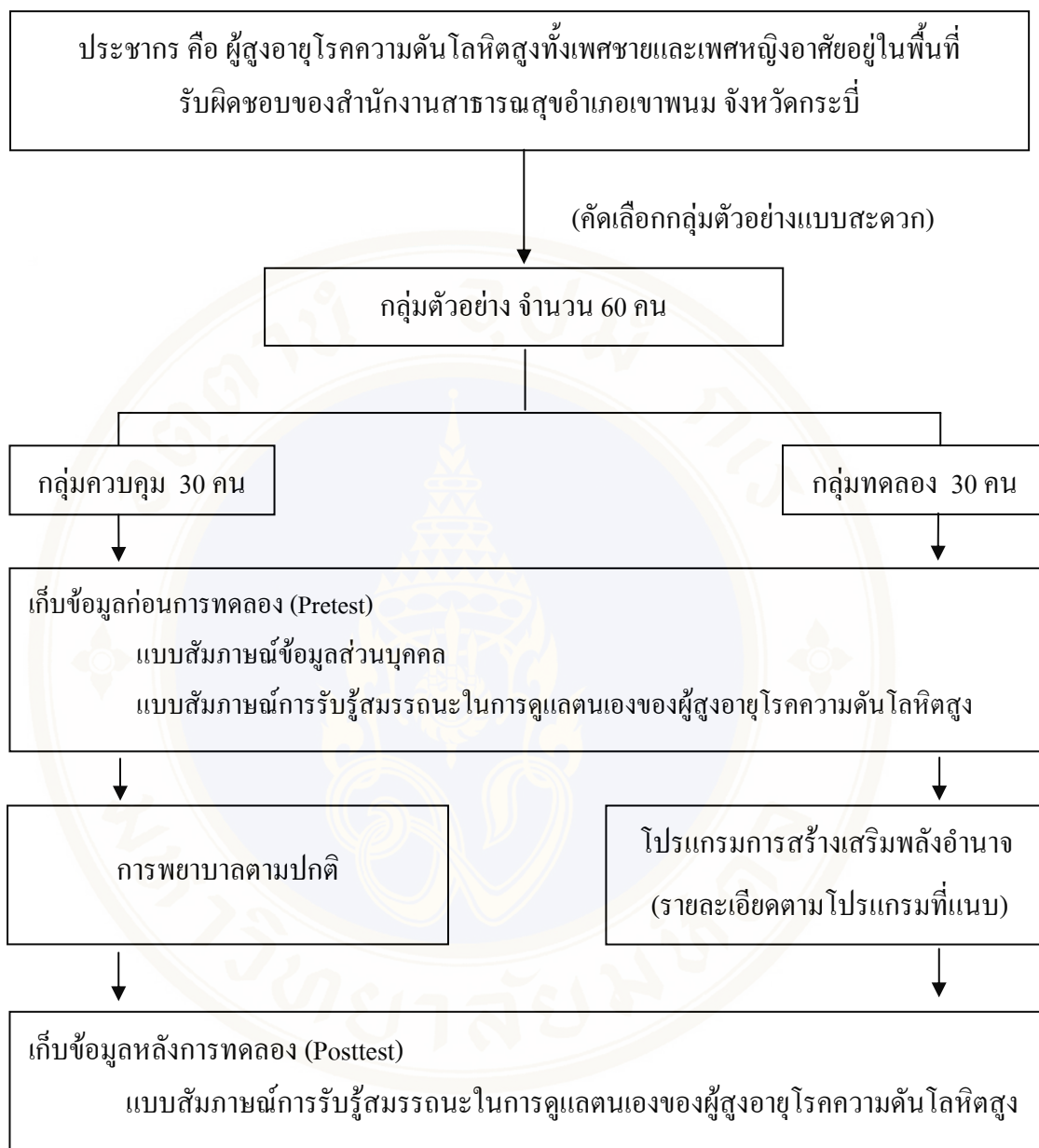
ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและยุติสัมพันธภาพ (5 นาที)

**กลุ่มควบคุม****สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1 วันแรกที่พบกลุ่มตัวอย่าง)**

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง(Pretest) โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟัง (10 นาที)
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการพยาบาลตามปกติ (ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากทีมบุคลากรทางสุขภาพใน รพ.สต.) พร้อมทั้งได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากผู้วิจัย
3. ผู้วิจัยนัดผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในสัปดาห์ที่ 5

**สัปดาห์ที่ 5 (วันนัดหมาย)**

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Posttest) (10 นาที)
2. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและยุติสัมพันธภาพ (5 นาที)



รูปที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

## กรณียู่ติการศีกษา

ในการศีกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยยู่ติการศีกษาทันทีเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อัมพาต โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวาย และไม่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยต่อไป

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอคำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่ากรตอบรับหรือการปฏิเสธไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยถือเป็นการลับใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อลงในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที

สำหรับการศีกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม โดยการจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และหากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองผู้วิจัยจะดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเพิ่มเติมจากผู้วิจัย

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างและใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าสถิติไค-สแควร์
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test)

### ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่

1. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็น โกลังปกติ
2. ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา
3. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากหลักความน่าจะเป็น
4. ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอและควรมีเท่ากันหรือไม่แตกต่างกันมาก
5. ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านกอตง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโคกหาร จำนวน 30 คน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

**ตารางที่ 4.1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและค่าไค-สแควร์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพในปัจจุบัน รายได้ แหล่งของรายได้และระยะเวลาที่เป็นโรค

| ข้อมูลทั่วไป         | กลุ่มทดลอง(n=30) |        | กลุ่มควบคุม(n=30) |        | $\chi^2$ | P-value |
|----------------------|------------------|--------|-------------------|--------|----------|---------|
|                      | จำนวน            | ร้อยละ | จำนวน             | ร้อยละ |          |         |
| <b>เพศ</b>           |                  |        |                   |        |          |         |
| ชาย                  | 10               | 33.30  | 10                | 33.30  | .000     | 1.000   |
| หญิง                 | 20               | 66.70  | 20                | 66.70  |          |         |
| <b>อายุ</b>          |                  |        |                   |        |          |         |
| 60 – 64 ปี           | 18               | 60.00  | 11                | 36.70  | 14.300   | .112    |
| 65 – 69 ปี           | 12               | 40.00  | 19                | 63.30  |          |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b> |                  |        |                   |        |          |         |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ   | 2                | 6.70   | 4                 | 13.40  | .744     | .689    |
| ประถมศึกษา           | 27               | 90.00  | 25                | 83.30  |          |         |
| มัธยมศึกษา           | 1                | 3.30   | 1                 | 3.30   |          |         |
| <b>สถานภาพสมรส</b>   |                  |        |                   |        |          |         |
| โสด                  | 1                | 3.30   | 1                 | 3.30   | 1.026    | .795    |
| คู่                  | 19               | 63.30  | 20                | 66.70  |          |         |
| หม้าย                | 9                | 30.00  | 9                 | 30.00  |          |         |
| หย่า/แยกกันอยู่      | 1                | 3.30   | 0                 | 0.00   |          |         |
| <b>ศาสนา</b>         |                  |        |                   |        |          |         |
| พุทธ                 | 29               | 96.70  | 29                | 96.70  | .000     | 1.000   |
| คริสต์               | 1                | 3.30   | 1                 | 3.30   |          |         |
| <b>อาชีพ</b>         |                  |        |                   |        |          |         |
| เกษตรกร              | 16               | 53.30  | 18                | 60.00  | 2.626    | .453    |
| ค้าขาย               | 5                | 16.70  | 2                 | 6.70   |          |         |
| ข้าราชการบำนาญ       | 1                | 3.30   | 0                 | 0.00   |          |         |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ    | 8                | 26.70  | 10                | 33.30  |          |         |

**ตารางที่ 4.1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าไค-สแควร์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพในปัจจุบัน รายได้ แหล่งของรายได้และระยะเวลาที่เป็นโรค (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป          | กลุ่มทดลอง(n=30) |        | กลุ่มควบคุม(n=30) |        | $\chi^2$ | P-value |
|-----------------------|------------------|--------|-------------------|--------|----------|---------|
|                       | จำนวน            | ร้อยละ | จำนวน             | ร้อยละ |          |         |
| รายได้                |                  |        |                   |        |          |         |
| น้อยกว่า 10,000       | 19               | 63.30  | 18                | 60.00  | 20.345   | .500    |
| 10,001 – 20,000       | 6                | 20.00  | 7                 | 23.30  |          |         |
| 20,001 – 30,000       | 2                | 6.70   | 3                 | 10.00  |          |         |
| มากกว่า 30,000        | 3                | 10.00  | 2                 | 6.70   |          |         |
| แหล่งของรายได้        |                  |        |                   |        |          |         |
| (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) |                  |        |                   |        |          |         |
| บุตร/หลาน             | 14               | 46.70  | 12                | 40.00  | 2.000    | .157    |
| บำเหน็จ/บำนาญ         | 1                | 3.30   | 0                 | 0.00   |          |         |
| ค่าเช่า/ดอกเบี้ย      | 1                | 3.30   | 0                 | 0.00   |          |         |
| อื่น ๆ                |                  |        |                   |        | .278     | .598    |
| - เบี้ยยังชีพ         | 30               | 100.00 | 30                | 100.00 |          |         |
| - เกษตรกรรม           | 17               | 56.66  | 19                | 63.30  |          |         |
| ระยะเวลาที่เป็นโรค    |                  |        |                   |        |          |         |
| น้อยกว่า 10 ปี        | 27               | 90.00  | 26                | 86.60  | 12.333   | .654    |
| 11 – 20 ปี            | 2                | 6.70   | 4                 | 13.40  |          |         |
| มากกว่า 20 ปี         | 1                | 3.30   | 0                 | 0.00   |          |         |

จากตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คน จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 33.30(10) และเพศหญิงร้อยละ 66.70(20) อายุอยู่ในช่วง 60 – 64 ปีร้อยละ 60.00(18) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 90.00(27) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.30(19) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.70(29) ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.30(16) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทร้อยละ 63.30 (19) แหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพทุกราย รองลงมาเป็นรายได้จากการทำเกษตรกรรมร้อยละ 56.66 (17) และรายได้ที่ได้รับจากบุตรหลานร้อยละ 46.70(14) และส่วนใหญ่พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 90.00(27)

สำหรับกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 33.30 (10) และเพศหญิงร้อยละ 66.70 (20) อายุอยู่ในช่วง 65 – 69 ปีร้อยละ 63.30 (19) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 83.30(25) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.70 (20) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.70 (29) ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 60.00 (18) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทร้อยละ 60.00(18) แหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพทุกราย รองลงมาเป็นรายได้จากการทำเกษตรกรรมร้อยละ 63.30 (19) และรายได้ที่ได้รับจากบุตรหลานร้อยละ 40.00 (12) และส่วนใหญ่พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 86.60 (26)

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

## ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา (ดังแสดงในตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา

|                                      | กลุ่มควบคุม(n=30) |      |         | กลุ่มทดลอง(n=30) |      |         | t    | p-value |
|--------------------------------------|-------------------|------|---------|------------------|------|---------|------|---------|
|                                      | $\bar{x}$         | SD   | แปลผล   | $\bar{x}$        | SD   | แปลผล   |      |         |
| การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวม | 3.39              | 0.61 | ปานกลาง | 3.60             | 0.53 | ปานกลาง | 1.40 | .167    |
| -ด้านการรับประทานอาหาร               | 2.92              | 0.80 | ปานกลาง | 3.14             | 0.78 | ปานกลาง | 1.07 | .285    |
| -ด้านการออกกำลังกาย                  | 2.64              | 1.24 | ปานกลาง | 2.97             | 1.04 | ปานกลาง | 1.13 | .263    |
| -ด้านการจัดการความเครียด             | 3.05              | 0.69 | ปานกลาง | 3.30             | 0.62 | ปานกลาง | .76  | .448    |
| -ด้านการรับประทานยา                  | 4.40              | 0.80 | สูง     | 4.52             | 0.54 | สูง     | .68  | .499    |

จากตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน( $p > .001$ ) โดยกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.39 (SD = 0.61) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 2.92 (SD = 0.80), 2.64 (SD = 1.24), 3.05 (SD = 0.69) และ 4.40 (SD = 0.80) ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.60 (SD = 0.53) และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 3.14 (SD = 0.78), 2.97 (SD = 1.04), 3.30 (SD = 0.62) และ 4.52 (SD = 0.54) ตามลำดับ

**ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
โรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ  
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ดังแสดงในตารางที่ 4)**

**ตารางที่ 4.3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกโดยรวมและรายด้าน

|                          | ก่อนการทดลอง(n=30) |      |         | หลังการทดลอง(n=30) |      |         | t     | p-value |
|--------------------------|--------------------|------|---------|--------------------|------|---------|-------|---------|
|                          | $\bar{x}$          | SD   | แปลผล   | $\bar{x}$          | SD   | แปลผล   |       |         |
| <b>กลุ่มควบคุม</b>       |                    |      |         |                    |      |         |       |         |
| การรับรู้สมรรถนะใน       | 3.39               | 0.61 | ปานกลาง | 3.59               | 0.31 | ปานกลาง | .16   | .877    |
| การดูแลตนเองโดยรวม       |                    |      |         |                    |      |         |       |         |
| -ด้านการรับประทานอาหาร   | 2.92               | 0.80 | ปานกลาง | 3.12               | 0.62 | ปานกลาง | 1.11  | .276    |
| -ด้านการออกกำลังกาย      | 2.64               | 1.24 | ปานกลาง | 2.78               | 0.64 | ปานกลาง | .63   | .533    |
| -ด้านการจัดการความเครียด | 3.05               | 0.69 | ปานกลาง | 3.22               | 0.54 | ปานกลาง | 1.31  | .200    |
| -ด้านการรับประทานยา      | 4.40               | 0.80 | สูง     | 4.67               | 0.46 | สูง     | 1.60  | .120    |
| <b>กลุ่มทดลอง</b>        |                    |      |         |                    |      |         |       |         |
| การรับรู้สมรรถนะใน       | 3.60               | 0.53 | ปานกลาง | 4.46               | 0.34 | สูง     | 11.68 | .000    |
| การดูแลตนเองโดยรวม       |                    |      |         |                    |      |         |       |         |
| -ด้านการรับประทานอาหาร   | 3.14               | 0.78 | ปานกลาง | 4.24               | 0.52 | สูง     | 8.78  | .000    |
| -ด้านการออกกำลังกาย      | 2.97               | 1.04 | ปานกลาง | 4.33               | 0.72 | สูง     | 9.60  | .000    |
| -ด้านการจัดการความเครียด | 3.30               | 0.62 | ปานกลาง | 3.65               | 0.34 | ปานกลาง | 5.30  | .000    |
| -ด้านการรับประทานยา      | 4.52               | 0.54 | สูง     | 4.88               | 0.21 | สูง     | 3.58  | .001    |

จากตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $p > .001$ ) ซึ่งมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.39 ( $SD = 0.61$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 2.92 ( $SD=0.80$ ), 2.64 ( $SD = 1.24$ ), 3.05 ( $SD = 0.69$ ) และ 4.40 ( $SD = 0.80$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.59 ( $SD = 0.31$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 3.12 ( $SD = 0.62$ ), 2.78 ( $SD = 0.64$ ), 3.22 ( $SD = 0.54$ ) และ 4.67 ( $SD = 0.46$ ) ตามลำดับ

ขณะที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองทั้งโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.60 ( $SD = 0.53$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางและด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองแต่ละรายด้านเท่ากับ 3.14 ( $SD = 0.78$ ), 2.97 ( $SD = 1.04$ ), 3.30 ( $SD = 0.62$ ) และ 4.52 ( $SD = 0.54$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 4.46 ( $SD = 0.34$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 4.24 ( $SD = 0.52$ ), 4.33 ( $SD = 0.72$ ) และ 4.88 ( $SD = 0.21$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านนี้เท่ากับ 3.65 ( $SD = 0.34$ )

**ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
โรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ  
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ดังแสดงในตารางที่ 4.4)**

**ตารางที่ 4.4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกโดยรวมและรายด้าน

|                                      | กลุ่มควบคุม(n=30) |      |         | กลุ่มทดลอง(n=30) |      |         | t     | P-value |
|--------------------------------------|-------------------|------|---------|------------------|------|---------|-------|---------|
|                                      | $\bar{x}$         | SD   | แปลผล   | $\bar{x}$        | SD   | แปลผล   |       |         |
| <b>ก่อนทดลอง</b>                     |                   |      |         |                  |      |         |       |         |
| การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวม | 3.39              | 0.61 | ปานกลาง | 3.60             | 0.53 | ปานกลาง | 1.40  | .167    |
| -ด้านการรับประทานอาหาร               | 2.92              | 0.80 | ปานกลาง | 3.14             | 0.78 | ปานกลาง | 1.07  | .285    |
| -ด้านการออกกำลังกาย                  | 2.64              | 1.24 | ปานกลาง | 2.97             | 1.04 | ปานกลาง | 1.13  | .263    |
| -ด้านการจัดการความเครียด             | 3.05              | 0.69 | ปานกลาง | 3.30             | 0.62 | ปานกลาง | .76   | .448    |
| -ด้านการรับประทานยา                  | 4.40              | 0.80 | สูง     | 4.52             | 0.54 | สูง     | .68   | .499    |
| <b>หลังการทดลอง</b>                  |                   |      |         |                  |      |         |       |         |
| การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวม | 3.59              | 0.31 | ปานกลาง | 4.46             | 0.34 | สูง     | 10.41 | .000    |
| -ด้านการรับประทานอาหาร               | 3.12              | 0.62 | ปานกลาง | 4.24             | 0.52 | สูง     | 7.54  | .000    |
| -ด้านการออกกำลังกาย                  | 2.78              | 0.64 | ปานกลาง | 4.33             | 0.72 | สูง     | 8.84  | .000    |
| -ด้านการจัดการความเครียด             | 3.22              | 0.54 | ปานกลาง | 3.65             | 0.34 | ปานกลาง | 5.30  | .000    |
| -ด้านการรับประทานยา                  | 4.67              | 0.46 | สูง     | 4.88             | 0.21 | สูง     | 2.23  | .029    |

จากตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $p > .001$ ) โดยก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.39 ( $SD = 0.61$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 2.92 ( $SD = 0.80$ ), 2.64 ( $SD = 1.24$ ), 3.05 ( $SD = 0.69$ ) และ 4.40 ( $SD = 0.80$ ) ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.60 ( $SD = 0.53$ ) และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 3.14 ( $SD = 0.78$ ), 2.97 ( $SD = 1.04$ ) และ 3.30 ( $SD = 0.62$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยด้านนี้เท่ากับ 4.52 ( $SD = 0.54$ )

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยพบว่ากลุ่มควบคุมยังคงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.59 ( $SD = 0.31$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 3.12 ( $SD = 0.62$ ), 2.78 ( $SD = 0.64$ ), 3.22 ( $SD = 0.54$ ) และ 4.67 ( $SD = 0.46$ ) ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 4.46 ( $SD = 0.34$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 4.24 ( $SD = 0.52$ ), 4.33 ( $SD = 0.72$ ) และ 4.88 ( $SD = 0.21$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยด้านนี้เท่ากับ 3.65 ( $SD = 0.34$ )

## บทที่ 5

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest design with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ รพ.สต.บ้านกอตง และรพ.สต.บ้านโคกหาร อ.เขาพนม จ.กระบี่ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาเป็นกรอบในการศึกษา โดยผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านกอตง และ รพ.สต.บ้านโคกหาร โดยศึกษาในผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ (ตารางที่ 4.1) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ซึ่งแหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพทุกราย รองลงมาเป็นรายได้จากการทำเกษตรกรรมและระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

##### 2. ลักษณะการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง

ลักษณะการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มารับบริการที่ รพ.สต. เป็นประจำทุกเดือน ทำให้มีโอกาสได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2548) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการ

ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและไม่เคยสอบถามวิธีการดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อจำแนกลักษณะการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้ความเห็นสรุปว่า ไม่มั่นใจในการเลือกรับประทานอาหารและสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้เป็นบางมื้อเท่านั้น เพราะส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทและไม่ได้เป็นผู้จัดเตรียมอาหารสำหรับบริโภคด้วยตนเอง อาหารที่บริโภคขึ้นอยู่กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมุทธพรณ ไชยชนะและหทัยรัตน์ นิยามส (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวโดยไม่แยกสำหรับอาหารเนื่องจากเกรงใจผู้ที่มิหน้าที่รับผิดชอบปรุงอาหาร เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการออกกำลังกายตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพแต่ยังขาดความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2548) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องและออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการที่ตนเองทำงานเป็นประจำทุกวันคือการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา แปลงดี (2550) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง เพราะคิดว่าการทำงานทุกวันเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง เนื่องจากได้ออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรม สำหรับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความเครียดจากบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบกับวิถีชีวิตและสภาพสังคมของประชาชนในพื้นที่ที่มีการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับความเครียดได้เหมาะสมในระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ คมคาย (2552) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้ดูแลและกลุ่มเพื่อนมีส่วนในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถคลายความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นเรื่องง่ายต่อการปฏิบัติ และเห็นผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจนว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้จริง จึงทำให้การรับรู้สมรรถนะในด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น

## สมมติฐานการวิจัย

**สมมติฐานการวิจัย 1:** ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 4.3) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากระยะการนำเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทักทายด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นและผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจและเต็มใจในการเปิดเผยความรู้สึก ซึ่งสังเกตได้จากการเข้ากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยิ้มแย้มแจ่มใส กล้าแสดงความคิดเห็นตลอดจนกล้าถามในประเด็นที่สงสัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกษิตดา พานทอง (2551) ที่ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวชุมชน บ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปาง พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ กล้าที่ยอมรับความแตกต่างของบุคคลรวมทั้งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา และระยะของการประเมินอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้คิดวิเคราะห์และค้นพบว่า ตนเองคือบุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรัก (Love) และห่วงใยตนเอง (Bond) ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นและวางเป้าหมาย (Commitment) ในการดูแลตนเองร่วมกัน และเป็นผลมาจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ตามความเป็นจริง มีความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนเล่าความรู้สึก แสดงความคิดเห็นและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ความจริงและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองอย่างดีที่สุด ซึ่งเห็นได้จากการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการสนทนากลุ่มที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เล่าว่า ครั้งแรกที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง รู้สึกวิตกกังวล ดังคำพูดที่ว่า “เคยเห็นคนที่มีความดัน

โลหิตสูง แล้วเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาต จึงรู้สึกกลัว” ส่วนใหญ่บอกว่าไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด แต่สามารถดูแลตนเองได้ดีในด้านการรับประทานยา ดังคำพูดที่ว่า “รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องงดอาหารเค็ม แต่ยังไม่มั่นใจว่าเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง ด้านการออกกำลังกายก็ออกทุกวันเพราะต้องทำงาน ตอนนี้รู้สึกเครียดและกังวลเรื่องงานและเรื่องบุตรหลาน แต่สิ่งที่มั่นใจว่าทำได้มากที่สุด คือการรับประทานยา เพราะทำได้ง่ายที่สุด แต่ก็มีบ้างที่ลืมรับประทานยา” หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสอดแทรกความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แผ่นภาพพลิก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างคลายความวิตกกังวล และพยายามสอบถามแหล่งข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสุรางค์ บุญจันทร์และคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการพูดคุยแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผ่านมภายในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงค้นพบปัญหาที่แท้จริงได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นขั้นตอนของการทบทวนปัญหาและการประเมินตนเอง โดยผู้วิจัยตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในการดูแลตนเองระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากระบวนการนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลับมามองปัญหาประเมินและพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งด้านที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและด้านที่ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ดังคำพูดที่ว่า “รู้ว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดในด้านการรับประทานยา แต่เรื่องอื่น ๆ ยังต้องปรับเปลี่ยน” หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สรุปประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มและเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงข้อดีที่ตนเองมีอยู่ พร้อมทั้งเชื่อมโยงให้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ตนเองก็บุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสุรางค์ บุญจันทร์และคณะ (2554) ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของวิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญฉวี (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชนและการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้วิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ในการดูแลตนเองที่ผ่านมา จะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเข้าใจปัญหาของตนเองชัดเจนมากขึ้น และยังช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่า ประสบการณ์ที่สำเร็จเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองเนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการกระทำได้สำเร็จด้วยตนเอง หากบุคคลกระทำและประสบผลสำเร็จด้วยตนเองหลายครั้งย่อมส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีและเคยทำสำเร็จ ตลอดจนร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น ประกอบกับผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการเลือกแนวปฏิบัติด้วยตนเอง รวมถึงการสร้างพันธะสัญญาในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมีการแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ทบทวนวิธีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน โดยพบว่า ขณะเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มตามบริบทของตนเอง พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้วิจัย ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองเพื่อกลับไปฝึกปฏิบัติตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับกลุ่ม จากการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจรายบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยายามทำตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับกลุ่มโดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเจรจาพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2554) ที่ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ พบว่า ความต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลและการตัดสินใจในการรักษาจะทำให้บุคคลหาข้อมูลที่ทันสมัยและช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยพูดคุยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเองที่ผ่านมาเพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพซึ่งพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามพันธะสัญญาอย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ว่า “จากการไปทดลองฝึกปฏิบัติในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทำให้ตนเองรู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิม และจะยังคงดูแลตนเองเหมือนช่วงเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังฉรา ยวดี (2550) ที่ศึกษาการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรม

การสร้างเสริมพลังอำนาจ มีการรับรู้ในด้านการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจในครั้งนี้ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ สามารถอภิปรายผลการศึกษารายด้าน ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังการเข้ากลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เนื่องมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้กลุ่มทดลองได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงการได้รับความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการ ประกอบกับกลุ่มทดลองได้เห็นภาพตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน และภาพการออกกำลังกายของบุคคลต้นแบบจากคู่มือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลตนเองและนำกลับไปฝึกปฏิบัติตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับกลุ่ม จากการที่ผู้วิจัยได้ออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคและสร้างเสริมพลังอำนาจรายบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองกับบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่จัดเตรียมอาหารได้พูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปรุงอาหารที่เหมาะสม จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารมากขึ้น สำหรับด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายตามคู่มืออย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันจึงทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสุรางค์ บุญจันทร์และคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของอังฉรา ยวดี (2550) ที่ศึกษาการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองมากขึ้นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด พบว่า ภายหลังการเข้ากลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดเพิ่มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยและยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาของของณัฐสุรางค์ บุญจันทร์และคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและขัดแย้งกับการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ จะมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดเพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองไม่สามารถทำตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับกลุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้นและยังคงมีภาระในการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเพื่อหาเลี้ยงตนเองซึ่งเป็นแหล่งที่มาของรายได้จึงทำให้ยังมีความเครียด

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา พบว่า ภายหลังการเข้ากลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาเพิ่มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการรับรู้ว่าการรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นเรื่องง่ายต่อการปฏิบัติ และเห็นผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจนว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้จริง จึงทำให้การรับรู้สมรรถนะในด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร อุดตะมะ (2549) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชิงดาวจังหวัดเชียงใหม่และการศึกษาของสิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์ (2551) ที่ศึกษาการใช้ยาและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก สามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษาและสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สมมติฐานการวิจัย 2: ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ (ตารางที่ 4.4) พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไป

ตามสมมติฐานการวิจัยที่ดั่งไว้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากผลของการนำเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้คิดวิเคราะห์และค้นพบว่า ตนเองคือบุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรัก (Love) และห่วงใยตนเอง (Bond) ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นและวางเป้าหมาย (Commitment) ในการดูแลตนเองร่วมกัน ประกอบกับการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองเน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนและสร้างสัมพันธภาพที่ดี ประกอบกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจตามขั้นตอนของกิบสัน (Gibson, 1995) ทั้ง 4 ขั้นตอนมีความต่อเนื่องกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามขั้นตอนดังกล่าวมีการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของตนเองสามารถคิดวิเคราะห์และทบทวนตนเองมากขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลตนเองกลับไปฝึกปฏิบัติจริงจนเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลนิจสิงหะและประไพ กิตติบุญญวัฒน์(2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชน พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณเพ็ญ กรอบทอง (Krobthong, 2002) ที่ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความรู้สึกรับผิดชอบในตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของศุภนุชญา อนุเรือง (Anuruang, 2007) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในการบริการการดูแลสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองโดยใช้แบบเฟมินิสต์ (Feminist) มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีภาวะสุขภาพดีขึ้นและมีความพึงพอใจในการบริการการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม(2550) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรวมทั้งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของเชนและไล (Chen & Li, 2009) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่า ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้สมรรถนะในตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง เป็นเพราะว่า ได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพประจำ รพ.สต. ร่วมกับการได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากผู้วิจัย ซึ่งการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพร่วมกับการได้รับคู่มือ นั้นเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่มีการคิดวิเคราะห์เพื่อทบทวนตนเอง ตลอดจนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัย

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest design with nonequivalent groups) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงซึ่งศึกษาตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995)

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่จำนวน 60 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดเข้าในกลุ่มทดลองได้ครบ 30 คนตามที่ต้องการ หลังจากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนตามคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เข้าโดยให้มีลักษณะเหมือนกลุ่มทดลอง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ และระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ใช้แผ่นภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นสื่อประกอบการสร้างเสริมพลังอำนาจและนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลองต่อไป

### ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพรายได้แหล่งรายได้และระยะเวลาที่เป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของวลัยพร อ่อนนิม (Onchim, 2002) สร้างจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ .95 หลังจากนั้นจึงนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้เท่ากับ .81

## วิธีการรวบรวมข้อมูล

### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยสัมภาษณ์เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) กับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง ครั้งละ 60 - 75 นาที และการสร้างเสริมพลังอำนาจรายบุคคล 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5 รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์

### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสัมภาษณ์เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) กับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากผู้วิจัย และนัดผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

### วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและค่าสถิติไค-สแควร์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

### ผลการวิจัย

1) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่าง โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 64 ปีร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 90 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 63.30 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.30 แหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพทุกราย รองลงมาเป็นรายได้จากการทำเกษตรกรรม ร้อยละ 56.66 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 63.30 และร้อยละ 90 มีระยะเวลาของการเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี ร้อยละ 63.30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 83.30 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 66.70 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 60 แหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพทุกราย รองลงมาเป็นรายได้จากการทำเกษตรกรรมร้อยละ 63.30 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60 และร้อยละ 86.60 มีระยะเวลาของการเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี

2) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.60 ( $SD = 0.53$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางและด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองแต่ละรายด้านเท่ากับ 3.14 ( $SD = 0.78$ ), 2.97 ( $SD = 1.04$ ), 3.30 ( $SD = 0.62$ ) และ 4.52 ( $SD = 0.54$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 4.46 ( $SD = 0.34$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 4.24 ( $SD = 0.52$ ), 4.33 ( $SD = 0.72$ ) และ 4.88 ( $SD = 0.21$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านนี้เท่ากับ 3.65 ( $SD = 0.34$ )

3) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 4.46 ( $SD = 0.34$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 4.24 ( $SD = 0.52$ ), 4.33 ( $SD = 0.72$ ) และ 4.88 ( $SD = 0.21$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านนี้เท่ากับ 3.65 ( $SD = 0.34$ ) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.59 ( $SD = 0.31$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 3.12 ( $SD = 0.62$ ), 2.78 ( $SD = 0.64$ ), 3.22 ( $SD = 0.54$ ) และ 4.67 ( $SD = 0.46$ ) ตามลำดับ

## ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการสนับสนุนให้ รพ.สต. นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยการนำขั้นตอนการสร้างเสริมพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน สอดแทรกเข้าไปในการให้การพยาบาลตามปกติ ซึ่งในการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจนั้น จะต้องมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ควรจัดให้เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผ่านการฝึกอบรมเคยเป็นผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมกลุ่มสร้างเสริมพลังอำนาจโดยตรง

1.2 ควรกำหนดเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามวันนัดของผู้สูงอายุ และควรนัดเวลาทำกลุ่มสร้างเสริมพลังอำนาจช่วงเวลาภายหลังยาแล้ว เนื่องจากผู้สูงอายุมีความพะวงเรื่องการรอคิวรับยา และไม่ควรใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมนานเกิน 45 นาที และขนาดของกลุ่มในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจไม่ควรเกิน 8 คน เพราะหากจำนวนคนมากเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างครบถ้วน จึงทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

1.3 การเข้ากลุ่มสร้างเสริมพลังอำนาจแต่ละครั้งควรจัดโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเพียงด้านเดียวเพื่อให้ได้มีการลงลึกในการดูแลตนเองแต่ละด้าน

1.4 ควรนำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุมาใช้ประกอบในการดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ทบทวนวิธีการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน

2. เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.ควรบูรณาการการสร้างเสริมพลังอำนาจกับการทำงานของทีมสุขภาพในการออกเยี่ยมบ้านทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง

3. ฝึกทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อให้มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังติดตามดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

1. ควรจัดให้มีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอื่นที่มีความแตกต่างในด้านวัย เพศ ระดับความรุนแรงของโรค และชุมชน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าแตกต่างกันหรือไม่
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว โดยการจัดให้มีโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นระยะ (Booster intervention) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
โรคความดันโลหิตสูง

EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-EFFICACY IN SELF CARE  
BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE ELDERLY

เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล 5337350 NSGN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิไลวรรณ ทองเจริญ, ค.ศ. (อุดมศึกษา), จันทนา รณฤทธิวิชัย,  
ภ.ม. (สรีรวิทยา), วิชชุดา เจริญกิจการ, ประ.ค. (การพยาบาล)

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพที่สามารถพบบ่อยของผู้สูงอายุคือ ปัญหาโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประชากรทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทยด้วย จากรายงานพบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรปมีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53-72 (Babatsikou & Zavitsanou, 2010) สำหรับสถิติในประเทศไทยโดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 – 2552 พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.1 โดยผู้สูงอายุวัยต้นมีอัตราการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.9 ผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลายมีอัตราการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.7 และ ร้อยละ 55.7 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2553) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ย่อมส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจตามมา (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นในทุกด้าน ทำให้เห็นได้ว่าการป้องกันเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การจัดการความเครียดและการรับประทานยา มีผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ประสพสุข ศรีแสนปางและคณะ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ร้อยละ 65.9 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (ปัญญา จิตต์พลุกูล, 2551) มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ยังคงรับประทานอาหารที่ผ่านการหมักดอง อาหารรสเค็ม (สิรินาถ คำใจหนัก, 2548; สุมนา สัมฤทธิ์รัชฌาสัย, 2550) สำหรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอเนื่องจากรู้สึกอ่อนเพลีย วิตกกังวลและกลัวเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว (วิมุตขพรรณ ไชยชนะและหทัยรัตน์นิยมาศ, 2550) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาไม่ถูกต้องพบว่า ร้อยละ 36.66 รับประทานยาไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์และร้อยละ 20 ปรับขนาดยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง (สุรวิ ปิ่นอำพล, 2550) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องดังกล่าว อาจเกิดจากการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2548) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและไม่เคยสอบถามวิธีการดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองจากการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองดังกล่าว ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ถูกต้องและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกท้อแท้ สูญเสียพลังอำนาจและขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา ทิฆมพุดิ (2550) ที่ศึกษาอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ ขาดความมั่นใจและรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง

จากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเชื่อว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) ส่งเสริม (Promoting) พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยเน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามมา คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) โดยผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการตัดสินใจในการทำพฤติกรรมของบุคคล หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองที่

เพียงพอย่อมมีแนวโน้มในการดูแลตนเองที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจจะมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ดีขึ้น และสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตชนิดซิสโตลิกได้ดีกว่าการได้รับความรู้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพรวมทั้งทำให้มีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้น (Anurung, 2007; Figar et al., 2006; Krobthong, 2002; วิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญถวัลย์, 2548; อรพิน เทอดอุดมธรรม, 2550)

สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนมมีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.5 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม, 2554) และจากรายงานสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงประจำปี 2553 รอบที่ 1 ของจังหวัดกระบี่ ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม ที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเรื่องการดูแลตนเองตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) ยังคงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2554)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่มีโอกาสศึกษาบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเขาพนม โดยการพูดคุยกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในชุมชนตลอดจนผู้นำชุมชนในปี พ.ศ.2554 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รับรู้ว่าการดูแลตนเองที่ถูกต้องเป็นเรื่องยากในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจและขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีตามมา และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ต่อไปในอนาคต

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ กระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยเน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกว่าคุณมีความสามารถและสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้แก่ ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (Bond) ความรัก (Love) ส่วนอิทธิพลที่มีผลต่อกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย ความเชื่อ (Beliefs) ค่านิยม (Values) เป้าหมายในชีวิต (Determination) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยมีความคับข้องใจ (Frustration) เป็นปัจจัยที่ทำให้เข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจซึ่งการที่บุคคลมีความรักและห่วงใยตนเอง ย่อมส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นต่อการรับรู้ในการดูแลตนเองซึ่งเป็นเงื่อนไข (Precondition) ทำให้เข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดทำเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ และระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนเล่าความรู้สึก แสดงความคิดเห็นและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา ซึ่งในกระบวนการนี้จะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกวิตกกังวล ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองอย่างดีที่สุด 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการทบทวนปัญหารวมถึงการประเมินตนเองว่าตนคือผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุด และเพื่อ

เป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ขั้นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในการดูแลตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเสนอประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีและร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น และมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แผ่นภาพพลิกพร้อมแจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการเลือกแนวปฏิบัติด้วยตนเอง รวมถึงการสร้างพันธะสัญญาในการดูแลตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการสร้างเสริมพลังอำนาจเมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ถึงข้อมูลและทักษะในการดูแลตนเองจะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการตัดสินใจในการทำพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง หากผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอจะมีแนวโน้มในการดูแลตนเองที่ดี

โดยโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจครั้งนี้ ผู้วิจัยมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยเหลือให้การสนับสนุนและคำปรึกษา ตลอดจนการให้ความรู้ แนะนำแหล่งประโยชน์ และพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในครั้งนี้ คือ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest design with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัด

กระบี่โดยศึกษากลุ่มทดลองที่ รพ.สต.บ้านกอตงและกลุ่มควบคุมที่ รพ.สต.บ้านโคกหารคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบบสะดวก (Convenience sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G POWER Version 3.1 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = .05$  ระดับอำนาจทดสอบที่ 80 % และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 42 คน ประมาณกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย**

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง** โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของ ไทย(Thai Mental State Examination: TMSE) (นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ, 2536)

### **ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย**

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการนำก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ และระยะที่ 2 เป็นการดำเนินการตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ใช้แผ่นภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นสื่อประกอบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลองต่อไป

### **ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน**

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพรายได้แหล่งรายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของวลัยพร อ่อนนิม (Onchim, 2002) สร้างจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ .95 หลังจากนั้นจึงนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้เท่ากับ .81

## วิธีการรวบรวมข้อมูล

### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยสัมภาษณ์เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) กับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง ครั้งละ 60 - 75 นาที และการสร้างเสริมพลังอำนาจรายบุคคล 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ในสัปดาห์ที่ 5 รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์

### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสัมภาษณ์เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) กับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากผู้วิจัย และนัดผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest)

### วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและค่าสถิติไค-สแควร์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

## ผลการวิจัย

1) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่าง โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 64 ปีร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 90 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 63.30 และนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.30 แหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพทุกราย รองลงมาเป็นรายได้จากการทำเกษตรกรรมร้อยละ 56.66 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 63.30 และร้อยละ 90 มีระยะเวลาของการเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 มีอายุอยู่ในช่วง 65 - 69 ปี ร้อยละ 63.30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.30 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 60 แหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพทุกราย รองลงมาเป็นรายได้จากการทำเกษตรกรรม ร้อยละ 63.30 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60 และร้อยละ 86.60 มีระยะเวลาของการเป็นโรค น้อยกว่า 10 ปี

2) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมี คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การสร้างเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะ ในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะ ในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.60 ( $SD = 0.53$ ) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดก่อนการทดลองอยู่ในระดับ ปานกลางและด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการ ดูแลตนเองแต่ละรายด้านเท่ากับ 3.14 ( $SD = 0.78$ ), 2.97 ( $SD = 1.04$ ), 3.30 ( $SD = 0.62$ ) และ 4.52 ( $SD = 0.54$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองอยู่ใน ระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 4.46 ( $SD = 0.34$ ) และมีการ รับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทาน ยาหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้าน เท่ากับ 4.24 ( $SD = 0.52$ ), 4.33 ( $SD = 0.72$ ) และ 4.88 ( $SD = 0.21$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้ สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านนี้เท่ากับ 3.65 ( $SD = 0.34$ )

3) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมี คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 4.46 ( $SD = 0.34$ ) และมีการรับรู้ สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการรับประทานยาอยู่ใน ระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 4.24 ( $SD = 0.52$ ), 4.33 ( $SD = 0.72$ ) และ 4.88 ( $SD = 0.21$ ) ตามลำดับ และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้าน การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยด้านนี้เท่ากับ 3.65

(SD = 0.34) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเท่ากับ 3.59 (SD = 0.31) และมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองรายด้านเท่ากับ 3.12 (SD = 0.62), 2.78 (SD = 0.64), 3.22 (SD = 0.54) และ 4.67 (SD = 0.46) ตามลำดับ

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านกอตง และ รพ.สต.บ้านโคกหาร โดยศึกษาในผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ (ตารางที่ 4.1) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท ซึ่งแหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพทุกราย รองลงมาเป็นรายได้จากการทำเกษตรกรรมและระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 10 ปีโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

#### 1.2 ลักษณะการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง

ลักษณะการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มารับบริการที่ รพ.สต. เป็นประจำทุกเดือนทำให้มีโอกาสได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2548) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางส่วนใหญ่นำความรู้ในการดูแลตนเองและไม่เคยสอบถามวิธีการดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อจำแนกลักษณะการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2

กลุ่ม ให้ความเห็นสรุปว่าไม่มั่นใจในการเลือกรับประทานอาหารและสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้เป็นบางมื้อเท่านั้น เพราะส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทและไม่ได้เป็นผู้จัดเตรียมอาหารสำหรับบริโภคด้วยตนเอง อาหารที่บริโภคขึ้นอยู่กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมุตขพรรณ ไชยชนะและหทัยรัตน์นิยามส (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวโดยไม่แยกสำรับอาหาร เนื่องจากเกรงใจผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบปรุงอาหาร เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการออกกำลังกายตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา คุรุทเมือง (2548) ที่ศึกษาปัจจัย ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องและออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการที่ตนเองทำงานเป็นประจำทุกวันคือการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา แปลงดี (2550) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เพราะคิดว่าการทำงานทุกวันเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง เนื่องจากได้ ออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรม สำหรับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และข้อแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความเครียดจากบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบกับวิถีชีวิตและสภาพสังคมของประชาชนในพื้นที่ที่มีการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับความเครียดได้เหมาะสมในระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ คมคาย (2552) ที่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลศรีสุข อำเภอสรีนครัง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้ดูแลและกลุ่มเพื่อนมีส่วนในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถคลายความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นเรื่องง่ายต่อการปฏิบัติ และเห็นผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจนว่า สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จริง จึงทำให้การรับรู้สมรรถนะในด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น

## 2. สมมติฐานการวิจัย

### 2.1 สมมติฐานการวิจัย 1: ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 4.3) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการนำเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทักทายด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นและผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจและเต็มใจในการเปิดเผยความรู้สึก ซึ่งสังเกตได้จากการเข้ากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยิ้มแย้มแจ่มใส กล้าแสดงความคิดเห็น ตลอดจนกล้าถามในประเด็นที่สงสัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกษิตา พานทอง (2551) ที่ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ชุมชนบ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปาง พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ กล้าที่ยอมรับความแตกต่างของบุคคล รวมทั้งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา และระยะของการประเมินอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้คิดวิเคราะห์และค้นพบว่า ตนเองคือบุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรัก (Love) และห่วงใยตนเอง (Bond) ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นและวางเป้าหมาย (Commitment) ในการดูแลตนเองร่วมกัน และเป็นผลมาจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ตามความเป็นจริง มีความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนเล่าความรู้สึก แสดงความคิดเห็นและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ผ่านมา ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ความจริงและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองอย่างดีที่สุด ซึ่งเห็นได้จากการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการสนทนากลุ่มที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เล่าว่า ครั้งแรกที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง รู้สึกวิตกกังวล ดังคำพูดที่ว่า “เคยเห็นคนที่

ความดันโลหิตสูง แล้วเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาต จึงรู้สึกกลัว” ส่วนใหญ่บอกว่าไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดแต่สามารถดูแลตนเองได้ดีในด้านการรับประทานยา ดังคำพูดที่ว่า “รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องงดอาหารเค็ม แต่ยังไม่มั่นใจว่าเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง ด้านการออกกำลังกายก็ออกทุกวัน เพราะต้องทำงาน ตอนนี้รู้สึกเครียดและกังวลเรื่องงานและเรื่องบุตรหลาน แต่สิ่งที่มั่นใจว่าทำได้มากที่สุด คือ การรับประทานยา เพราะทำได้ง่ายที่สุด แต่ก็มีบ้างที่ลืมรับประทานยา” หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสอดแทรกความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แผ่นภาพพลิก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างคลายความวิตกกังวล และพยายามสอบถามแหล่งข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัฐสุรางค์ บุญจันทร์ และคณะ(2554) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การพูดคุยแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผ่านมามีในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงค้นพบปัญหาที่แท้จริงได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นขั้นตอนของการทบทวนปัญหาและการประเมินตนเอง โดยผู้วิจัยตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในการดูแลตนเอง ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลับมามองปัญหาประเมินและพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งด้านที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและด้านที่ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ดังคำพูดที่ว่า “รู้ว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดีที่สุดในด้านการรับประทานยา แต่เรื่องอื่น ๆ ยังต้องปรับเปลี่ยน” หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สรุปประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มและเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงข้อดีที่ตนเองมีอยู่ พร้อมทั้งเชื่อมโยงให้กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ตนเองก็บุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัฐสุรางค์ บุญจันทร์และคณะ (2554) ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงการศึกษาของวิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญฉวี (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชน และการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้วิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ในการดูแลตนเองที่ผ่านมา จะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเข้าใจปัญหาของตนเองชัดเจนมากขึ้น และยังช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าประสบการณ์ที่สำเร็จเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองเนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการกระทำได้สำเร็จด้วยตนเองหากบุคคลกระทำและประสบผลสำเร็จด้วยตนเองหลายครั้งย่อมส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น (Bandura, 1997) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีและเคยทำสำเร็จ ตลอดจนร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น ประกอบกับผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการเลือกแนวปฏิบัติด้วยตนเอง รวมถึงการสร้างพันธะสัญญาในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมีการแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ทบทวนวิธีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน โดยพบว่า ขณะเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มตามบริบทของตนเอง พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้วิจัยทำให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองเพื่อกลับไปฝึกปฏิบัติตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับกลุ่มจากการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจรายบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยายามทำตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับกลุ่ม โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเจรจาพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2554) ที่ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ พบว่า ความต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลและการตัดสินใจในการรักษาจะทำให้บุคคลหาข้อมูลที่ทันสมัยและช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยพูดคุยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเองที่ผ่านมาเพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีความมั่นใจและมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามพันธะสัญญาอย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ว่า “จากการไปทดลองฝึกปฏิบัติในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทำให้ตนเองรู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้นกว่าเดิม และจะยังคงดูแลตนเองเหมือนช่วงเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา ชูวดี (2550) ที่ศึกษาการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลอุทัยธานีพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีการรับรู้ในด้านการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

โดยมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจในครั้งนี้ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ สามารถอภิปรายผลการศึกษารายด้าน ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังการเข้ากลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เนื่องมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้กลุ่มทดลองได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงการได้รับความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ถูกต้อง ประกอบกับกลุ่มทดลองได้เห็นภาพตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทานและภาพการออกกำลังกายของบุคคลต้นแบบจากคู่มือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลตนเองและนำกลับไปฝึกปฏิบัติตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับกลุ่ม จากการที่ผู้วิจัยได้ออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคและสร้างเสริมพลังอำนาจรายบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองกับบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่จัดเตรียมอาหารได้พูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปรุงอาหารที่เหมาะสม จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารมากขึ้น สำหรับด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายตามคู่มืออย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันจึงทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสุรางค์ บุญจันทร์และคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายแตกต่างจากก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของอัจฉรา ยวดี (2550) ที่ศึกษาการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอุทัยธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองมากขึ้นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด พบว่า ภายหลังการเข้ากลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้าน

การจัดการความเครียดเพิ่มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยและยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาของของณัฐสุรางค์ บุญจันทร์และคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและขัดแย้งกับการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ จะมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดเพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองไม่สามารถทำตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับกลุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้นและยังคงมีภาระในการประกอบอาชีพเกษตรกรรมเพื่อหาเลี้ยงตนเองซึ่งเป็นแหล่งที่มาของรายได้จึงทำให้ยังมีความเครียด

การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา พบว่า ภายหลังจากเข้า กลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาเพิ่มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการรับรู้ว่าการรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็นเรื่องง่ายต่อการปฏิบัติ และเห็นผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจนว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้จริง จึงทำให้การรับรู้สมรรถนะในด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร อุดตะมะ (2549) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และการศึกษาของสิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์ (2551) ที่ศึกษาการใช้ยาและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก สามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษาและสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2.2 สมมติฐานการวิจัย 2: ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ (ตารางที่ 4.4) พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากผลของการนำเข้าสู่

กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้คิดวิเคราะห์และค้นพบว่า ตนเองคือบุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรัก (Love) และห่วงใยตนเอง (Bond) ส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นและวางเป้าหมาย (Commitment) ในการดูแลตนเองร่วมกัน ประกอบกับการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองเน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิตเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนและสร้างสัมพันธภาพที่ดี ประกอบกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจตามขั้นตอนของกิบสัน (Gibson, 1995) ทั้ง 4 ขั้นตอนมีความต่อเนื่องกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามขั้นตอนดังกล่าวมีการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของตนเอง สามารถคิดวิเคราะห์และทบทวนตนเองมากขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดูแลตนเองกลับไปฝึกปฏิบัติจริงจนเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญถวัลย์ (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชน พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณเพ็ญ กรอบทอง (Krobthong, 2002) ที่ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของศกุนตลา อนุเรือง (Anurung, 2007) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสร้างพลังในตนเองต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในการบริการการดูแลสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าโปรแกรมการสร้างพลังในตนเองโดยใช้แบบเฟมินิสต์ (Feminist) มีประสิทธิภาพทำให้ผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น และมีความพึงพอใจในการบริการการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน เทอดอุดมธรรม (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองรวมทั้งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของเชน และไล (Chen & Li, 2009) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่า ผลของโปรแกรมการ

สร้างเสริมพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้สมรรถนะในตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง เป็นเพราะว่า ได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพประจำ รพ.สต. ร่วมกับการได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากผู้วิจัย ซึ่งการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพร่วมกับการได้รับคู่มือฯ นั้นเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่มีการคิดวิเคราะห์เพื่อทบทวนตนเอง ตลอดจนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

### ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการสนับสนุนให้ รพ.สต. นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องโดยการนำขั้นตอนการสร้างเสริมพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน สอดแทรกเข้าไปในการให้การพยาบาลตามปกติซึ่งในการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจนั้น จะต้องมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ควรจัดให้เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผ่านการฝึกอบรมเคยเป็นผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมกลุ่มสร้างเสริมพลังอำนาจโดยตรง

1.2 ควรกำหนดเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามวันนัดของผู้สูงอายุและควรนัดเวลาทำกลุ่มสร้างเสริมพลังอำนาจช่วงเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์แล้ว เนื่องจากผู้สูงอายุมีความพะวงเรื่องการรอคิวรับยา และไม่ควรรู้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมนานเกิน 45 นาที และขนาดของกลุ่มในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจไม่ควรเกิน 8 คน

เพราะหากจำนวนคนมากเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างครบถ้วน จึงทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

1.3 การเข้ากลุ่มสร้างเสริมพลังอำนาจแต่ละครั้ง ควรจัดโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองเพียงด้านเดียว เพื่อให้ได้มีการลงลึกในการดูแลตนเองแต่ละด้าน

1.4 ควรนำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุมาใช้ประกอบในการดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ทบทวนวิธีการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน

2. เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.ควรบูรณาการการสร้างเสริมพลังอำนาจกับการทำงานของทีมสุขภาพในการออกเยี่ยมบ้านทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง

3. ฝึกทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อให้มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังติดตามดูแลพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

1. ควรจัดให้มีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอื่นที่มีความแตกต่างในด้านวัย เพศ ระดับความรุนแรงของโรค และชุมชน เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าแตกต่างกันหรือไม่

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว โดยการจัดให้มีโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นระยะ (Booster intervention) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

**EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-EFFICACY IN SELF CARE BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE ELDERLY**

SAOWALUCK SUKKAPATTHANASRIKUL 5337350 NSGN/M

M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VILAIVAN THONGCHAROEN, Ph.D.  
(HIGHER EDUCATION), CHANTANA RONNARITHIVICHAI, M.S. (PHYSIOLOGY),  
VISHUDA CHAROENKITKARN, Ph.D. (NURSING)

**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Chronic diseases are common health problem in older adults, especially hypertension, which causes a significant problem for the global population, including Thailand. It was found that 53-72% of the elderly in the United States and European were hypertensive (Babatsikou & Zavitsanou, 2010). The statistics from the fourth health survey of physical examination of Thai population from 2008 to 2009 revealed 48.1% of the elderly found hypertensive. The rate was that 43.9% of the young-old, 51.7% of the middle-old and 55.7% of the old-old elderly were hypertensive (Aekpalakorn, 2010). According to this aforementioned statistics, the incidence of hypertension obviously increases with age. If the hypertensive elderly have improper self-care behaviors and inability to control blood pressure, it would affect their physical, mental, social and economic conditions (Thongcharoen, 2011). To these negative effects, prevention will be the best solution. Specially, proper self-care behaviors in food consumption, exercise, stress management and medication will help the hypertensive patients control blood pressure. (Srisaenpang, 2007).

According to the literature review, 65.9% of the hypertensive patients had inappropriate self-care behaviors (Chitpulkusol, 2008). Some had inappropriate dietary behaviors consuming fermented or pickle and salty food (Kamjainuk, 2005; Sumritwatcharsai, 2007). In exercise behavior among the hypertensive elderly, it was found that most lacked of exercise or had no regular practice due to fatigue, anxiety and some feared becoming a burden on family (Chaichana and Niyamas, 2007). Furthermore, the hypertensive elderly had incorrect medication adherence. There were 36.66% taking medication at wrong time as prescribed by a doctor and 20% adjusted dosages of hypertension medicine themselves (Pinumphol, 2007). The aforementioned inappropriate self-care behaviors may have been caused by inaccurate perceived self-efficacy in self-care, which concurred with the study of Khrutmuang (2005) who studied the factors predicting health promoting behaviors among the elderly with hypertension and found the hypertensive elderly to have moderate perceived self-efficacy in self-care with deficient self-care knowledge and no inquiries for self-care methods from healthcare personnel, thereby resulting in deficient confidence in self-care. The aforementioned perceived self-efficacy in self-care caused incorrect self-care behaviors and inability to control blood pressure, thereby causing hypertensive elderly to feel despair with loss of empowerment and confidence in self-care. The finding accorded with the study of Teekaput (2007), who studied self-care obstacles in hypertensive patients. It found that the hypertensive patients required continuous and lengthy self-care behaviors, which made them lose hope in treatment, self-confidence, and power.

The empowerment concept of Gibson (1995) believes that empowerment is a social process of recognizing, promoting and enhancing people's abilities in responding to personal needs by emphasizing problem-solving and the ability to mobilize necessary resources. When a person passes the empowerment process, the person will have a self-efficacy. The aforementioned results accord with the Perceived Self-Efficacy Concept of Bandura (1997). Self-efficacy has impacted on decisions making. If the person believes himself/herself to have adequate self-care capacity, the person will have good self-care tendencies. According to the literature review, the hypertensive patients who received empowerment program were found to have increased self-efficacy and higher self-esteem. If they have good behaviors, they will

prevent complications, and they have better control systolic blood pressure than the hypertensive patients who received routine care. These patients also had greater satisfaction in services (Anurung, 2007; Figar et al., 2006; Krobthong, 2002; Singha and Kittiboonthawal, 2005; Terdudomtham, 2007).

In the area of Khao Panom District 23.5% of hypertensive elderly were found (Khao Panom District Public Health Office, 2011). According to the report of inspection and supervision from Ministry of Public Health (Round 1) in 2010, it was found that most hypertensive elderly in this area who had received medical consults in 3-rule self-care behaviors (food, exercise and emotion) still had incorrect self-care behaviors and were not able to control blood pressure (Krabi Public Health Office, 2011).

From the study life context of the elderly in the area of Khao Panom District in 2011, the researcher found that the elderly, who had suffered the hypertension for a long time and been unable to control blood pressure, perceived a good self-care behavior a difficult practice. They also became hopeless, desperate and lacked of confidence in self-care. Therefore, the researcher has conducted a research in order to study the effectiveness of the empowerment program to promote perceived self-efficacy in self-care behaviors of the hypertensive elderly, which is believed to lead to good self-care behaviors and an ability to control their blood pressure in the future.

## Research Objectives

1. To compare self-efficacy in self-care behaviors of the hypertensive elderly before and after receiving the empowerment program.
2. To compare self-efficacy in self-care behaviors of the hypertensive elderly between the group receiving empowerment program and the control group receiving routine care.

## Research Hypothesis

1. The hypertensive elderly will have higher scores of self-efficacy in self-care behaviors after receiving empowerment program than before receiving empowerment program.
2. The hypertensive elderly who receiving empowerment program will have higher scores of self-efficacy in self-care behaviors than the group receiving routine care.

## Conceptual Framework

The empowerment concept of Gibson (1995) asserts empowerment as a social process of recognizing, promoting and enhancing people's abilities in responding to personal needs by emphasizing problem-solving and the ability to mobilize necessary resources to build self-reliance, feel empowered and be able to control existence or lifestyles. The factors causing a person to adopt the empowerment process comprise commitment, bond and love. Influences on the empowerment process consist of beliefs, values, determination, experience and social support. The frustration was a factor leading to the empowerment process. The researcher applied empowerment concept in the hypertensive elderly because humans have fundamental love by themselves. So they have a commitment for a good self-care behaviors, which is a precondition leading to empowerment process. Therefore, the researcher created an empowerment program comprising two stages, namely, Stage 1 which involves leading up to the empowerment process and evaluation of factors influencing the empowerment process, and Stage 2 which is the performance of the four steps of the empowerment process as follows: 1) discovering reality by allowing the hypertensive elderly share experiences, feelings, opinions about self-care behaviors. According to this process, the hypertensive elderly feel anxiety and be aware of the problem. This step made them attempt to seek information from various sources for the best self-care behaviors; 2) critical reflection involves a review of problems and self-evaluation. In this step, the hypertensive elderly were contemplated about the factors related to self-care behaviors, so critical reflection is a process for preparing to enter the step of

taking charge; 3) taking charge by learning from successful experiences together. At this step, the hypertensive elderly were shared experiences about good self-care behaviors, the researcher gave them an information about good self-care behaviors and the final of this step, the hypertensive elderly must have commitment for self-care behaviors; 4) holding on was the final step of empowerment process. If the hypertensive elderly have right information and good skills, they will have self-efficacy in self-care behaviors. The aforementioned results concur with the perceived self-efficacy concept of Bandura (1997). Self-efficacy has impacted on decisions making of behaviors. If the person believes himself/herself to have adequate self-care capacity, the person will have good self-care tendencies. In this empowerment program, the researcher provided support, consultation, knowledge, recommendation of sources for benefits and protection of rights for the hypertensive elderly. The expected outcome of this empowerment program was increased perceived self-efficacy in self-care behaviors.

## **Research Methodology**

A quasi-experimental research was conducted in order to study effect of empowerment program on self-efficacy in self-care behavior of hypertensive elderly.

### **Sample Group**

The sample is hypertensive elderly who diagnosed by doctors and they living at Khao Panom Public Health Office, Krabi province. The experimental group was studied at Ban Kor Thong Primary Care Unit and the control group was studied at Ban Khok Han Primary Care Unit. The samples were selected by convenience sampling and calculated by power analysis of test. Using the G POWER program Version 3.1. The reliability was set at the level of significance of 0.05. Level of power was set at .80. and effect size was set .80. There were 42 hypertensive elderly were recruited for this study. Then, the researcher estimated the sample to prevent dropout at 30%, Total sample was 60 samples, divided into 30 samples for the experimental group and 30 samples for the control group.

**Research Instrumentation** comprised the following:

**Set 1 – Screening Instruments.** The researcher used the Thai Mental State Examination (Puangwarin et al, 1993).

**Set 2 – The Instruments Used in the Experiment** comprised the following:

Part 1 – The empowerment program was created by the researcher with Gibson's empowerment conceptual framework (Gibson, 1995). The program comprised two stages, namely, Stage 1 which involves leading up to the empowerment process and evaluation of factors influencing the empowerment process, and Stage 2 which is the performance of the four steps of the empowerment process. The researcher used flip charts and handbooks into empowerment process. Also, the instrument was taken to 3 qualified experts to test for content validity. Some modified of the instrument were made accordingly to the qualified experts' recommendation. After that, the instrument was tried out with 8 hypertensive elderly who had the similarity to the subjects to evaluate the understanding of the content. Then, the researcher revised the instrument before the application to the study.

**Set 3 – Data Collection Instruments** consisted of two parts:

Part 1 – The Demographic Data Interview Form - It was an interview form was created by the researcher asking about gender, age, marital status, education, religion, occupation, income, sources of income and duration of the disease.

Part 2 – The Self-efficacy in Self Care Behavior Interview Form – It is an interview form modified by the researcher from Onchim's (2002), which was created based on Bandura's self-efficacy theory (1986). This interview form contained 19 questions, It was taken to 3 qualified experts to determine the content validity index (CVI) of this form. Then, it was determined with the content validity index (CVI) accounted for .95. The instrument also was tested for the reliability with 30 hypertensive elderly who had the similarity to the subjects. After that, the instrument was determined with Crobach's Alpha Coefficient accounted for .81.

## Data Collection

**Experimental Group** – The researcher collected the scores of the pretest. Then, the participants were in empowerment program separated into 2 processes: group session and individual session. The participants would take part in the group session for 3 times that each time lasted 60 - 75 minutes. After that, each participant took part in the individual session which last 30 minutes. In 5<sup>th</sup> week, they took the posttest. The procedure of data collection took 5 weeks.

**Control Group** – At the beginning of the study, the participants in the control group took the pretest; also, After that, they were given routine care and the handbooks of self care for the hypertensive elderly. In 5<sup>th</sup> week, they took the posttest.

## Data Analysis

- 1) The Demographic data was analyzed by using descriptive statistics and chi-square test.
- 2) Comparison of mean scores of self-efficacy in self-care behaviors of the hypertensive elderly before and after receiving the program in the experimental group and the control group by using dependent t-test.
- 3) Comparison of the mean scores of self-efficacy in self-care behaviors of the hypertensive elderly before and after receiving the program between the group by using independent t-test.

## Research Findings

- 1) No differences were discovered in the population characteristics of both groups. Most of the hypertensive elderly in the experimental group were females (66.70%) aged 60-64 years (60%) who had graduated with elementary educational attainments (90 %). Furthermore, the subjects were mostly married (63.30%). and Buddhists (96.70%). Most of the samples in the experimental group held agricultural occupations (53.30%). All of the samples in the experimental group had sources of

income from allowances for elderly, followed by income from agriculture (56.66%) with 63.30% of the samples who had incomes of less than 10,000 baht per month and 90% of the samples with durations of disease amounting to less than 10 years.

Most of the hypertensive elderly in the control group were females (66.70%) aged 65-69 years (63.30%) who had graduated with elementary educational attainments (83.30 %), were married (66.70%) and were Buddhists (96.70%). The hypertensive elderly in the control group had agricultural occupations (60%) and all of the samples in the control group had sources of income from allowances for elderly, followed by income from agriculture (63.30%) with 60% of the samples who had income of less than 10,000 baht per month and 86.60% of the samples had durations of the disease amounting to less than 10 years.

2) The hypertensive elderly had higher aggregate and individual scores of self-efficacy in self-care behaviors after receiving the empowerment program than before receiving the empowerment program with statistical significance ( $p < .001$ ). Before the study in the experimental group, they had moderate aggregate self-efficacy in self-care behaviors with a mean score of 3.60 (SD = 0.53), and they had moderate self-efficacy in self-care behaviors concerning dietary intake, exercise, stress management and high self-efficacy in medication adherence. The mean scores of 3.14 (SD = 0.78), 2.97 (SD = 1.04), 3.30 (SD = 0.62) and 4.52 (SD = 0.54). After the study in the experimental group, they had high aggregate self-efficacy in self-care behaviors with a mean score of 4.46 (SD = 0.34) and they had high self-efficacy in self-care concerning dietary intake, exercise and medication adherence. The mean scores of 4.24 (SD = 0.52), 4.33 (SD = 0.72) and 4.88 (SD = 0.21), respectively. The experimental group had moderate self-efficacy in stress management with a mean score of 3.65 (SD = 0.34) for this aspect.

3) The hypertensive elderly in the group receiving the empowerment program had higher aggregate and individual scores of self-efficacy in self-care behaviors than the group receiving routine care with statistical significance ( $p < .001$ ). The hypertensive elderly were found to have high aggregate self-efficacy in self-care behaviors after receiving empowerment program with a mean score of 4.46 (SD = 0.34). And they had high self-efficacy in self-care concerning dietary intake, exercise and medication adherence with mean scores of 4.24 (SD = 0.52), 4.33 (SD = 0.72) and

4.88 (SD = 0.21), respectively. The hypertensive elderly had moderate self-efficacy in stress management with a mean score of 3.65 (SD = 0.34). While the group receiving routine care had moderate aggregate self-efficacy in self-care behaviors with a mean score of 3.59 (SD = 0.31). And they had moderate self-efficacy in self-care concerning dietary intake, exercise, stress management and high medication adherence at the mean scores of 3.12 (SD = 0.62), 2.78 (SD = 0.64), 3.22 (SD = 0.54) and 4.67 (SD = 0.46), respectively.

## Discussion of the Findings

### 1. Sample Group Characteristics

#### 1.1 Sample Group Characteristics

The sample group for this study comprised the early hypertensive elderly (aged 60-69 years). According to the findings (Table 4.1), no differences were discovered in the population characteristics of both groups. Most of the hypertensive elderly were females. They had graduated with elementary educational attainments. Furthermore, the samples were mostly married and Buddhists. Most of the samples held agricultural occupations and all of the samples had sources of income from allowances for elderly, followed by income from agriculture and the samples with durations of disease amounting to less than 10 years.

#### 1.2 Characteristics of Perceived Self-Efficacy

No differences were discovered in the characteristics of self-efficacy in self-care behaviors of both experimental and control groups (Table 4.2). Both groups were found to have moderate aggregate self-efficacy in self-care behaviors, because they had continually received self-care recommendations from healthcare personnel at the primary care units every month. These findings concurred with of Khрутmuang (2005) who studied the factors predicting health promoting behaviors among the elderly with hypertension and found that the hypertensive elderly have moderate self-efficacy in self-care behaviors. And most of them lacked of self-care knowledge, and no inquiries for self-care methods from healthcare personnel, thereby resulting in deficient confidence in self-care behaviors. When categorized by

individual aspects, the samples had moderate self-efficacy for dietary intake. Both sample groups had opinions, concluding that they lacked confidence in selecting food for consumption and were able to select appropriate foods only at certain meals. Because they had income of less than 10,000 baht per month and they did not prepare food, the food prepared for consumption depended on family members. These findings concurred with the study of Chaichana and Niyamas (2007) who studied the self-care behaviors of hypertensive patients and found most hypertensive elderly have dietary behaviors consuming with their families due to consideration for persons with cooking responsibilities. For the fact that the hypertensive elderly had moderate self-efficacy for exercise, although they received recommendations from healthcare personnel, they exercised without consistency, which was in agreement with the study of Khrutmuang (2005) who studied the factors predicting health promoting behaviors among the elderly with hypertension and found most hypertensive elderly to have inconsistent exercise behavior while exercising less than three times per week. In addition, most of the samples perceived themselves as having worked regularly every day by exercising, which concurred with the study of Plangdee (2007) who studied and compared self-care behaviors between hypertensive patients who were able to control blood pressure levels and hypertensive patients who were unable to control blood pressure levels, finding hypertensive patients to practice exercising behaviors to a moderate degree because hypertensive patients thought working every day was a form of exercise in that patients moved to perform the activities. The hypertensive elderly had moderate self-efficacy for stress management, because they received knowledge and recommendations about stress management from healthcare personnel. Furthermore, the lifestyles and social conditions of the local population included help and trust in one another, thereby enabling the sample group to properly manage stress concurred which the study of Komkai (2009) who investigated empowering the caregivers to a certain degree. These findings of patients with hypertension at Srisuk, Srinarong, Surin Province, and found caregivers and peer groups to have a part in helping hypertensive elderly relax from stress with statistical significance. The hypertensive elderly had high self-efficacy for medication adherence, because they perceived medication adherence to be easy to practice. Hypertensive elderly noticed clear results about the ability of medication to control blood pressure.

## 2. Research Hypothesis

**2.1 Hypothesis 1: Hypertensive senior adults will have higher posttest scores for perceived self-efficacy in self-care after receiving the empowerment program than the pretest before receiving the empowerment program.**

According to the findings of this study (Table 4.3), the hypertensive elderly had higher aggregate and individual scores of self-efficacy in self-care behaviors after receiving the empowerment program than before receiving the empowerment program with statistical significance ( $p < .001$ ), which concurred with the research hypothesis. Thereby indicating that the empowerment program had effects on perceived self-efficacy in self-care as a result of the stages involved in entering the empowerment process created by the researcher by building good relationships, greeting with friendly gestures and smiling to create a warm and relaxing, trust and willingness to disclose feelings. According to observations from being in the group, the hypertensive elderly were found to smile, dare to express opinions and ask questions. The aforementioned finding concurred with the study of Panthong (2008) who studied the health empowerment process of the elderly living alone at Viangsawan community, Mae Mo District, Lampang Province who found good relationships between service providers and elderly to cause elderly to have trust and accept differences among persons while building increased confidence in managing problems. Therefore, the stage of assessing influence on the empowerment process in which the researcher set questions for hypertensive elderly to analyze and discover themselves as the most important person in their healthcare caused the hypertensive elderly to build love and attachments resulting in commitment to self-care as a result of Gibson's empowerment program (Gibson, 1995) consisting of the following four steps:

Step 1: Discovering reality was a step promoting perception and acceptance of events occurring to persons as they actually happened with accurate understanding of news and information by allowing every the hypertensive elderly to tell feelings, express opinions and exchange past self-care experiences. During the program, the hypertensive elderly were found to have perceived the truth and be aware of problems together with making efforts to seek information from various sources in

order to best provide self-care which was evident from the expressions of emotion, feelings and group conversations where most of the samples disclosed feelings of anxiety the first time the samples learned they had hypertension. In the words of one subject, “I felt scared because I saw people who had hypertension and suffered paresis/paralysis.” Most of the samples reported themselves unable to practice proper self-care in terms of dietary intake, exercise and stress management while the practiced good self-care in terms of medication adherence. In the words of one subject, “I know I have to stop eating salty foods now that I have hypertension, but I’m not sure I select foods correctly. I exercise every day because I have to work. I feel stressed and anxious about work and my children/grandchildren right now. However, the thing I feel most confident about doing is taking medications because that’s the easiest thing to do. There have been times when I have forgotten to take medication.” The researcher then used the method of integrating correct knowledge and understanding regarding hypertension in elderly for the sample group by using flip charts. Hence, the sample group felt relieved from anxiety and inquired about sources of information to use in self-care. These findings concurred with the study of Boonchun and colleagues (2011) who studied the effects of an empowerment program on self-care agency for elders with hypertension and found expressions of opinions and exchanges of past self-care experiences in the group to have enabled hypertensive elderly to discover true problems.

Step 2: Critical reflection was the step of reviewing problems and self-evaluation. The researcher set questions for all of the hypertensive elderly to analyze the factors related to perceived self-efficacy in self-care behavior, including aspects enabling good self-care behaviors and aspects where inappropriate self-care behaviors.

In the words of one subject, “I know I have the best self-care in medication adherence, but I still have to make adjustments in other areas”. The researcher then summarized issues acquired from exchanges in the group and linked those issues so the hypertensive elderly would be aware of their advantages together with links for the sample group to perceive themselves as the most important persons in their healthcare, which was consistent with the study of Boonchun and colleagues (2011) who studied the effects of an empowerment program on self-care agency for

elders with hypertension, the study of Singha and Kittiboonthawal (2005) who studied the effects of an empowerment program on perceived self-efficacy, self-care behaviors, and blood pressure in the community and the study of Terdudomtham (2007) who studied the effects of an empowerment program on complication preventive behavior in older people with essential hypertension. According to the findings of the aforementioned studies, hypertensive elderly who had passed critical reflection had clearer understanding of their problems and perceived the power within themselves.

Step 3: Taking charge was the step of learning together from successful Experiences. This process concurs with the Self-Efficacy Theory which asserted the method to be the most effective method for promoting perceived self-efficacy because the experience occurred directly from success. If a person performs and achieves success multiple times, perceived self-efficacy will increase (Bandura, 1997). At this stage, the hypertensive elderly were shared experiences about good self-care behaviors, the researcher gave them an information and handbooks about good self-care behaviors. The final of this step, they must have commitment for self-care behaviors. According to the individual home-visits for empowerment, the sample group was found to have attempted to fulfill obligations to the group by exchanging information and speaking with family members. The above findings concurred with the study of Thongcharoen and colleagues (2011) who studied the effectiveness of knowledge management on knowledge and management of hypertension in the elderly and found the desire to truly participate in care and decisions regarding treatments to make people seek up-to-date information to help in effectively solving the problem. Hence, the people had greater self-confidence.

Step 4: Holding on was the final step of empowerment. The researcher carried out this step by speaking to the hypertensive elderly to trigger confidence in past self-care capabilities in order to maintain effective practice. After the empowerment program, they have had confidence and determination to continually practice. In the words of one subject, “I feel more confident about self-care than before because of past practices and I will continue to take care of myself like when I participated the program.” This finding concurred with the study of Yuwadee (2007) who studied self-care empowerment in essential hypertension patients, Uthai Thani

Hospital, and found hypertensive patients who participated in the empowerment program to have perception in holding on with high levels of practice and intentions to adjust practices correctly and continually with greater confidence in self-care behaviors.

Participation in the empowerment program caused the experimental group to have perceived self-efficacy in self-care behaviors in various aspects which can be discussed as follows:

The hypertensive elderly receiving the empowerment program, they increased self-efficacy for dietary intake and increased self-efficacy for exercise with statistical significance ( $p < .001$ ) because they shared knowledge and experiences about dietary intake and exercise behavior. In addition, they viewed the picture of food for proper dietary intake, and food which should not be consumed, and the picture of exercise from models on handbooks created by the researcher. From the home-visits made by the researcher to follow-up on problems and providing individual empowerment. The researcher found the hypertensive elderly and family members who had food preparation duties to have spoken and created understanding regarding proper cooking. For exercise behavior, they have consistently exercised every day. The above finding concurs with the study of Boonchun and colleagues (2011) who investigated the effects of an empowerment program on self-care agency for elders with hypertension and the study of Terdudomtham (2007) who studied the effects of an empowerment program on complication preventive behavior in older people with essential hypertension and found hypertensive elderly to have different self-care behaviors for dietary intake and exercise from before receiving the program with statistical significance, which was similar to the study of Yuwadee (2007) who investigated self-care empowerment in essential hypertension patients, Uthai Thani Hospital, and found hypertensive patients to have greater perception of power in self-care behaviors after participating in the program. And they had a good self-care behaviors. Most of the hypertensive patients had lower blood pressure with statistical significance.

For self-efficacy for stress management, the experimental group was found to have only slightly increased scores of self-efficacy for stress management which remained at a moderate level, This finding conflict of the study of Boonchun and

colleagues (2011) who investigated the effects of an empowerment program on self-care agency for elders with hypertension, and the study of Terdudomtham (2007) who studied the effects of an empowerment program on complication preventive behavior in older people with essential hypertension. Because the experimental group was unable to have commitment for self-care behaviors due to they have burdens in holding occupations to support themselves.

For self-efficacy for medication adherence, the experimental group was found to have only slightly increased scores of self-efficacy for medication adherence. Because the hypertensive elderly had high self-efficacy for medication adherence and because they perceived medication adherence to be easy to practice, the hypertensive elderly noticed clear results that taking medications can control blood pressure. Hence, they had higher perception of self-efficacy in this aspect than in other aspects. which was consistent with the study of Auttama (2006) who studied health beliefs and the medication adherence behavior of persons with hypertension at Chiangdao Hospital, Chiang Mai Province, and the study of Pongsawat (2008) who studied the drug use and dietary intake of hypertension patients and found most hypertensive patients to have very good medication adherence, they took medication correctly on treatment and they properly managing the side-effects of medications with statistical significance.

## **2.2 Hypothesis 2: Hypertensive senior adults in the group receiving the empowerment program will have higher scores of perceived self-efficacy in self-care than the group receiving routine care only.**

According to the findings of this study (Table 4.2), the hypertensive elderly were found to have higher aggregate and individual scores of self-efficacy after receiving the empowerment program than the group receiving routine care only with statistical significance ( $p < .001$ ), which supported the research hypothesis, thereby indicating that the empowerment program had effects on perceived self-efficacy in self-care. Because the effects of entry into the empowerment process on hypertensive senior adults caused hypertensive senior adults to analyze and discover themselves to be the most important person in their healthcare, the hypertensive elderly build love and attachment for themselves, which resulted in

commitment to self-care. In addition, empowerment is a social process that develops and promotes the capabilities of persons in responding to needs with emphasis on problem-solving and the ability to use necessary resources for survival in order to build self-confidence. The researcher performed the role of promoting and building good relationships. In addition, the empowerment concept of Gibson (1995) was consistent in all four steps. Hence, the hypertensive elderly who received the empowerment program by the aforementioned steps developed their capabilities and abilities with greater capacity for critical reflection and participating on decision making. The above findings concurred with the study of Singha and colleagues (2005) who studied the effects of an empowerment program on perceived self-efficacy, self-care behaviors and blood pressure in the community and found the experimental group to have higher self-efficacy in self-care behaviors than the control group with statistical significance, which concurred with the study of Krobthong (2002) who studied the empowerment process on the self-esteem development for hypertension control and found scores of self-esteem, knowledge, beliefs and self-care behaviors to be higher than the control group with statistical significance. The above finding concurred with the study of Anurung (2007) who studied and compared the effects of an empowering care program on health status and health service satisfaction among women with hypertension and found the empowering program by using a feminist perspective to be effective in causing women with essential hypertension to have better health conditions and greater satisfaction in healthcare services with statistical significance. This finding concurred with the study of Terdudomtham (2007) who studied the effects of an empowerment program on complication preventive behavior in older people with essential hypertension and found the scores of behaviors for the prevention of complications in elderly with essential hypertension of the experimental group to be higher than before the experiment and higher than the control group with statistical significance, which was similar to the study of Chen & Li (2009) who conducted a systematic literature review regarding the effectiveness of an empowerment program in chronic diseases and found the empowerment program to have effects enabling chronic disease patients to have better perceived self-efficacy in self-care and better quality of life with statistical significance.

The group receiving routine care only had self-efficacy which was no different from before the experiment, because the control group received recommendations about self-care behaviors from the healthcare personnel at the primary care units, addition to they received the handbooks from the researcher. There were one-way communications, so hypertensive elderly unable critical reflection and without participation in self-care decisions. Hence, the self-efficacy in self-care behaviors was no different from before the experiment.

According to the findings, the hypertensive elderly in the group receiving the empowerment program were found to have higher scores of self-efficacy in self-care behavior than the group receiving routine care as an effect from the empowerment program. Therefore, the hypertensive elderly can be concluded as having higher aggregate and individual scores of self-efficacy in self-care after receiving the empowerment program than the group receiving routine care only with statistical significance ( $p < .001$ ).

## **Recommendations for Nursing Practice**

1. According to the findings of this study, the hypertensive elderly who received the empowerment program were found to have higher perceived self-efficacy in self-care than the control group. Therefore, primary care units should be supported in implementing the empowerment program in hypertension clinics in order to improve capacity for enabling all hypertensive elderly to provide correct and consistent self-care by integrating the four steps of empowerment in routine care. The following aspects must be ready in order to implement the empowerment program:

1.1 Primary care unit personnel who have received training and worked as research assistants should have direct duties in providing care for hypertensive elderly as persons directly responsible for organizing group empowerment activities.

1.2 Schedules should be made for participation in the program according to the appointment dates of elderly which should be after elderly have received medication because elderly can become anxious in waiting to receive

medication. Participation in the empowerment program should not take more than 45 minutes and the size of the group participating in the program should not exceed 8 elderly because too many participants will prevent elderly from fully participating and cause boredom.

1.3 The program should be organized for one topic per participation in order to ensure in-depth details on each aspect of self-care.

1.4 Self-care handbooks for senior adults should be used to accompany empowerment so hypertensive elderly can review self-care methods at home.

2. Primary care unit staff should integrate empowerment with healthcare teams in home-visits to stimulate consistent self-care in the hypertensive elderly in the community.

3. Village-based public health volunteers who live near hypertensive patients in communities should be trained in empowerment skills so they can perform roles and duties in consistently monitoring and following-up on patient behaviors.

## **Recommendations for Future Research**

1. Studies should be conducted to compare in difference group eg. age, gender, severity and , community

2. Studies should be conducted on the long-term effects of empowerment programs on hypertensive elderly by arranging booster interventions to promote consistent perceived self-efficacy in the self-care of hypertensive senior adults in order to lead to proper modification of self-care behaviors and ability to control blood pressure levels.

## รายการอ้างอิง

- กษิดตา พานทอง. (2551). *กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว*  
*ชุมชนบ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2548). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและ  
สิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งดาว ขุ่ยอภัย. (2548). *ผลของการออกกำลังกายแบบไท่จี ชี่ ี่ง่ต่อความดันโลหิตและการใช้ยาใน*  
*ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา รณฤทธิวิชัยและวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2548). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร:  
บุญศิริการพิมพ์.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย. (2552). *ภาวะความดันโลหิตสูง. ใน* *ดิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย,*  
*วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), พยาธิ*  
*สรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8).* (หน้า 394-404). กรุงเทพมหานคร:  
บุญศิริการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*  
*จุฬารัตน์ เพชรพิเศษ, บุญยอร์ ทิมภิญญา, และวิไลลักษณ์ ปาลกะวงษ์ ณ อยุธยา. (2553). การจัดการ*  
*พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. ใน* *ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), การ*  
*พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ (หน้า 25-45).* กรุงเทพฯ: โอ กรู๊ป เพรส.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, ปรางทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และนิตยา มีหาดทราย. (2554). *ผลของ*  
*การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสาร*  
*พยาบาลศาสตร์, 29 (ฉบับเสริม 2), 93-102.*

- คารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธุ์. (2545). *การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย*. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6).
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ : ยูแออนด์ไออนเตอร์มีเดีย.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง, เพชรไสว ลิมตระกูล, พนิษฐา พานิชชีวะกุล, อำพน ศรีรักษา, วาสนา รวยสูงเนิน, และนภาพร พินนอก. (2550). การส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 30(1), 17-27.
- ปัญญา จิตต์พลุกูล. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมแรงดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(3), 1336-1343.
- พีระ นูระกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Essential Hypertension): ยาลดความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ภัทรา แสงธรรมมา. (2552). *ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. วิธีสืบค้นวัสดุสารสนเทศ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaitgri.org/> (ตุลาคม 2553).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. วิธีสืบค้นวัสดุสารสนเทศ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaitgri.org/> (ตุลาคม 2553).
- รัตนา พันจู. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนกุดเวียง อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. วิธีสืบค้นวัสดุสารสนเทศ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [http://team.sko.moph.go.th/index.php?option=com\\_myblog&show=2010-06-07-13-52-02.html&Itemid=67](http://team.sko.moph.go.th/index.php?option=com_myblog&show=2010-06-07-13-52-02.html&Itemid=67)
- เรวดี ธรรมอุปกรณ์และสาริณี กฤตยานันท์. (2546). *ใช้ยา-ต้องรู้ ชูความรู้เพื่อชุมชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

- วรัญญา แปลงดี. (2550). *เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วันทนา ทิมพุดิ. (2550). *อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2548). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-พ.ศ. 2552. วิธีสืบค้นวัสดุสารสนเทศ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report1.pdf> (มีนาคม 2555).
- วิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญถวัลย์. (2548). *ผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชน*. (รายงานการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- วิมุตขพรรณ ไชยชนะ, และหทัยรัตน์ นิยมาศ. (2550 ). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(2), 92-98.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *การพยาบาลเพื่อการดูแลตนเองในวัยสูงอายุภาวะปกติ*. ในวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ภาวะความดันโลหิตสูง*. ในวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, จันทนา รัตนวิชัย, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และ วรวรรณ วาณิชเจริญชัย. (2554). *ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29 (ฉบับเสริม 2), 103-112.
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

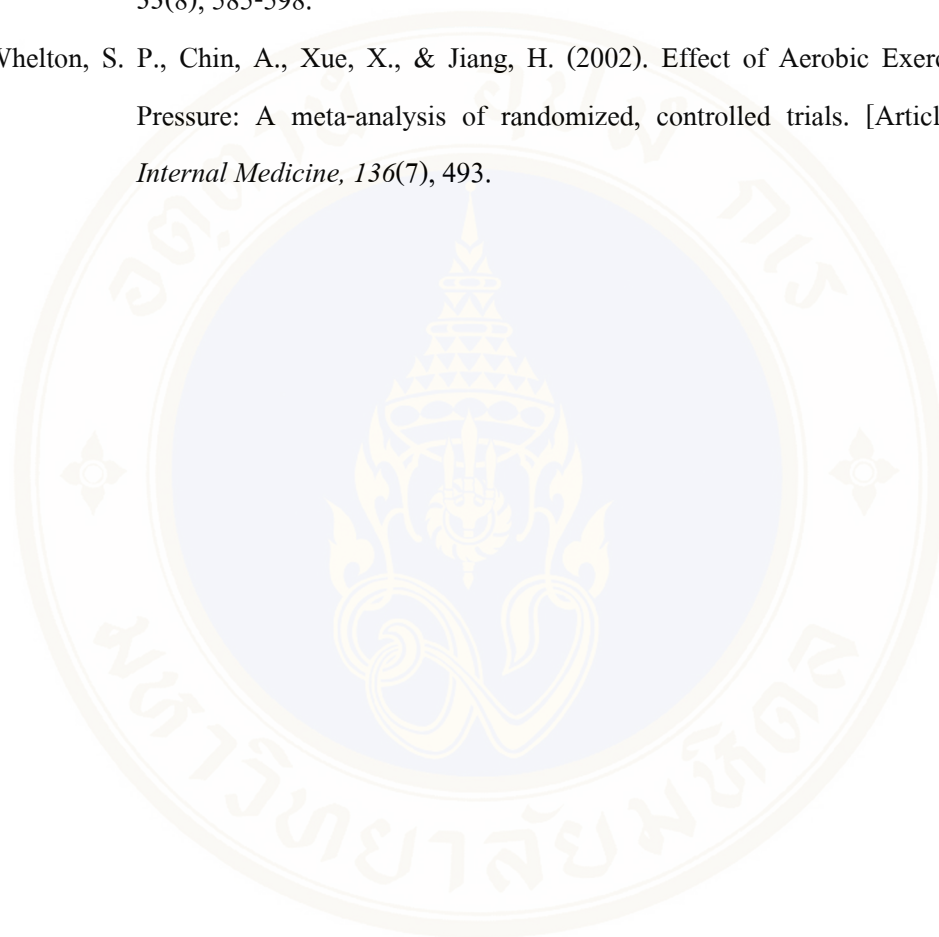
- สิวพร คชารักษ์. (2550). โปรแกรมอาหารลดความดันแบบ DASH. *วารสารใกล้หมอ*, 31 (มีนาคม 2550), 44-48.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่มที่ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม. *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิรินาถ คำใจหนัก. (2548). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล* จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริลักษณ์ พงษ์สวัสดิ์. (2551). *การใช้ยาและการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรรณิ คมคาย. (2552). การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนนา สัมฤทธิ์วัฒนาชัย. (2550). *การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าข้าม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- สุรภิ ปิ่นอำพล. ( 2550 ). การเกาะติดการรักษาและผลทางเวชกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(2), 222-228.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2554). *รายงานสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงประจำปี 2553 รอบที่ 1 ของจังหวัดกระบี่*.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม. (2554). *รายงานเข้าร่วมโรครเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2554*.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศและสาเหตุ (ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2554. วิธีสืบค้นวัสดุ สารสนเทศ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/2.3.3\\_54.pdf](http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/2.3.3_54.pdf) (มกราคม 2555).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). สถิติสาธารณสุข. วิธีสืบค้นวัสดุ สารสนเทศ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> (ตุลาคม 2553).

- หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเขพนม.(2553). รายงานยอดผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับรักษาตัว  
ในโรงพยาบาลเขพนม: หน่วยงานเวชระเบียน.
- อภินันท์ คุตระกุล. (2545). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัย สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพิน เทอดอุดมธรรม. (2550). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกัน  
ภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- อัญรา ยุติ. (2550). การสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
การส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- American College of Sports Medicine .(2006). ACSM 's guideline for exercise testing and  
prescription.(7<sup>th</sup>ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anuruang S. (2007). *The effect of empowering care program on health status and health service  
satisfaction among women with hypertension*. Master of Nursing Science (Adult  
Nursing), Mahidol University.
- Aronow, W. S., Fleg, J. L., Pepine, C. J., Artinian, N. T., Bakris, G., Brown, A. S., et al. (2011).  
ACCF/AHA 2011 Expert consensus document on hypertension in the elderly.  
*circulation*, 123(21), 2434-2506.
- Babatsikou, F., & Zavitsanou, A. (2010). Epidemiology of hypertension in the elderly. *Health  
science Journal*, 4(1), 24-30.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive theory, N.J. :  
Prentice-Hall
- Bandura, A. (1997). Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Carlo, M.I. (2005). Hypertension causes of secondary hypertension. In L.M. Prisant (Ed.),  
*Hypertension in the elderly*. USA: Humana Press Inc.
- Chen, Y.C., & Li, I. C. (2009). Effectiveness of interventions using empowerment concept for  
patients with chronic disease: a systematic review [2009] (pp. 1177-1232).

- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., et al. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). *JAMA*, 289(19), 2560 - 2572.
- Clinton, R.W., & Edward, W.I. (2005). Age-related changes in the cardiovascular system. In L.M. Prisant (Ed.), *Hypertension in elderly*. USA.
- Cohen, D., & Townsend, R. (2011). Update on pathophysiology and treatment of hypertension in the elderly. *Current Hypertension Reports*, 13(5), 330 - 337.
- Cubrilio-Turek. (2003). Hypertension and coronary heart disease. *The Journal of International Federation*, 14(2), 1-7.
- Dickinson, H. O., Mason, J. M., Nicolson, D. J., Campbell, F., Beyer, F. R., Cook, J. V., et al. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 24(2), 215-233.
- Fagard, R. H. (2001). Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), S484-S492.
- Figar, S., Galarza, C., Petrlik, E., Hornstein, L., Rodríguez Loria, G., Waisman, G., et al. (2006). Effect of education on blood pressure control in elderly persons: A randomized controlled trial. *American Journal of Hypertension*, 19(7), 737-743.
- Gelder, M., Gath, D., Maya, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford textbook of psychiatry* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Oxford University.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Gibson, C. H. (1993). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Unpublished doctoral dissertation. Boston College, Boston.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.
- Glass, G.V. (1976). Primary, Secondary, and Meta - analysis of research. *Educational Researcher*, 5(10), 3-8.
- JNC VII. The seventh report of the Joint Nation Committee on Detection. (2003). Evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA*, 289, 2560-2572.

- Kaplan, N. M. (2010). *Kaplan's clinical hypertension USA*: A Wolters Kluwer Company.
- Kim, M. T., Han, H. R., Park, H. J., Lee, H., & Kim, K. B. (2006). Constructing and testing a self-help intervention program for high blood pressure control in Korean American Seniors- A Pilot Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(2), 77-84.
- Krobthong V. (2002). *The effect of the empowerment process on the self-esteem development for hypertension control*. Doctor of Philosophy of Public Health Nursing, Mahidol University.
- Kujalu, U. M. (2004). Evidence for exercise therapy in the treatment of chronic disease based on at least three randomized controlled trials – summary of published systematic reviews. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 14(6), 339-345.
- Mohammed, A. (2007). Family diet in Islam: The importance of food and correct nutritional habits. Retrieved October 12, 2010, From <http://islamic-world.net/sister/h23.htm>.
- Onchim, W. (2002). A study of self-efficacy and self care behavior of hypertensive patients. Master of Science (Adult Nursing), Mahidol University.
- Powell, K. W. (2002). *Strategy to improve blood pressure control and medication adherence*. Doctor of Nursing Science, Rush University.
- Rafanelli, C., Offidani, E., Gostoli, S., & Roncuzzi, R. (2012). Psychological correlates in patients with different levels of hypertension. *Psychiatry Research*.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.
- Schneider, R. H., Alexander, C. N., Staggers, F., Orme-Johnson, D. W., Rainforth, M., Salerno, J. W., et al. (2005). A randomized controlled trial of stress reduction in African Americans treated for hypertension for over one year. *American Journal of Hypertension*, 18(1), 88-98.
- Shearer, N. B. C., Fleury, J., Ward, K. A., & O'Brien, A.-M. (2010). Empowerment interventions for older adults. *Western Journal of Nursing Research*.
- Scuteri, A., Nilsson, P. M., Tzourio, C., Redon, J., & Laurent, S. (2011). Microvascular brain damage with aging and hypertension: pathophysiological consideration and clinical implications. *Journal of Hypertension*, 29(8), 1469-1477.

- Vongpatanasin W., & Ronald G.V. (2005). Diagnosis and management of hypertensive renal and renovascular disease in the elderly. In L.M. Prisant (Ed.), *Hypertension in the elderly*. USA: Humana Press Inc.3
- Wallace, J. P. (2003). Exercise in hypertension: A clinical review. [Article]. *Sports Medicine*, 33(8), 585-598.
- Whelton, S. P., Chin, A., Xue, X., & Jiang, H. (2002). Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A meta-analysis of randomized, controlled trials. [Article]. *Annals of Internal Medicine*, 136(7), 493.





**ภาคผนวก ก**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

**เรื่อง** ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

**เครื่องมือที่ใช้** ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ชุด ประกอบด้วย

**ชุดที่ 1** เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย

**ชุดที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ส่วนที่ 2 แผ่นภาพพลิก

ส่วนที่ 3 คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

**ชุดที่ 3** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

## เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

## ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai-Mental State Examination [TMSE])

| คะแนนเต็ม                       | คำถาม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | คำตอบ | คะแนนที่ได้ |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|
| 1<br>1<br>1<br>1<br>1<br>1<br>1 | <b>Orientation ( 6 คะแนน )</b><br>วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์<br>(จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสฯ ฯลฯ)<br>วันนี้ วันที่เท่าไร<br>เดือนนี้ เดือนอะไร<br>ขณะนี้เป็นช่วง(ตอน)ไหนของวัน<br>ที่นี้ ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)<br>คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร(ภาพพยาบาล)                                                                                                              |       |             |
| 3                               | <b>Registration ( 3 คะแนน )</b><br>ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอก<br>ในครั้งแรกให้ 1 คะแนนในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก<br><u>หมายเหตุ</u> หลังจากให้คะแนนให้ผู้ทดสอบบอกซ้ำจนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่า ชักครู่จะกลับมาถามใหม่ |       |             |
| 1<br>1<br>1                     | .<br>.<br>.<br><b>Recall ( 3 คะแนน )</b><br>(ถามของ 3 อย่างที่ให้ทำตามข้อ 2)<br>สิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำเมื่อชักครู่มีอะไรบ้าง<br>ต้นไม้<br>รถยนต์<br>มือ                                                                                                                                                                                                           |       |             |

## เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

### ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

#### หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จำเป็นต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้โรคมีความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจห้องล่างซ้ายโต โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายผิดปกติ จอประสาทตาเสื่อมและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดการแตกและอุดตัน 3-5 เท่า(Aronow, 2011; จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2548; จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2552; วิไลวรรณทองเจริญ, 2554)นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายที่เห็นได้เด่นชัดแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมเศรษฐกิจตามมา จากผลกระทบที่เกิดขึ้นในทุกด้าน ทำให้เห็นได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องยังคงเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรคสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแต่จากการศึกษา พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องดูแลตนเองต่อเนื่องยาวนานและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดเบื่อหน่ายท้อแท้และขาดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองต่อไป

การสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาตลอดจนการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยเน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น (Mobilize the necessary resources) เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามมา คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy)(Gibson, 1995)โดยผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดورا (Bandura, 1997) ซึ่งเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการตัดสินใจในการทำพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอจะมีแนวโน้มในการดูแลตนเองที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจขึ้นโดยอาศัยกระบวนการและขั้นตอนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) สำหรับเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มีโอกาสเรียนรู้ วิเคราะห์และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนเปิดโอกาสให้

ลงมือปฏิบัติ ฝึกทักษะ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง กิจกรรมภายในโปรแกรม ฯ เน้นการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนการให้ความรู้ แนะนำแหล่งประโยชน์ พิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา

### โครงสร้างของกลุ่ม

|                          |                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สถานที่ดำเนินการกลุ่ม    | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล                                                                                                                                                          |
| จำนวนครั้งในการดำเนินการ | ระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์<br>จำนวน 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1, 2, 4 เป็นกิจกรรม การสร้างเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม และครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบรายบุคคล |
| ระยะเวลาในการดำเนินการ   | กิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มใช้เวลาครั้งละ 60 – 75 นาที<br>กิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบรายบุคคลใช้ตามระยะเวลาจริงที่เจอปัญหา                                            |
| จำนวนสมาชิกในกลุ่ม       | กลุ่มละ 7-8 คนจำนวน 4 กลุ่ม                                                                                                                                                          |
| ประเภทของกลุ่ม           | กลุ่มแบบปิด                                                                                                                                                                          |

### บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนการให้ความรู้ แนะนำแหล่งประโยชน์ และพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

### ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้นทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ 1 (ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 – 159/99 mmHg) ได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิต และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรง คือ อัมพาต โรคไตวาย โรคหัวใจล้มเหลว ไม่มีปัญหาด้านการรู้คิด และไม่มีปัญหาในการพูด การฟังและการมองเห็น อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

### การดำเนินกลุ่ม

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจในวันจันทร์ – วันพฤหัสบดี ทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่าย ซึ่งในการดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995)

### สื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม

1. แผ่นภาพพลิก
2. คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

### อุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม

1. กระดาษและปากกา

| ครั้งที่                                                   | ระยะเวลา     | วัตถุประสงค์                                                                                                            | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                           | วัสดุ/อุปกรณ์                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 1<br>(ครั้งที่ 1<br>วันที่มา<br>ตรวจตาม<br>นัด) | เวลา 75 นาที | เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี<br>กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความ<br>ดันโลหิตสูงให้เกิดความ<br>เชื่อมั่นและไว้วางใจ                | 1. ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน โดยจัดบรรยากาศให้เป็น<br>สัดส่วน เงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน จัดให้ทุกคนนั่งเป็นรูปตัว B<br>2.                                                                                                                                          | 1. แผ่นภาพพลิก<br>2. กระดาษ<br>3. ปากกา<br>4. แบบสัมภาษณ์<br>การรับรู้สมรรถ<br>นะในการดูแล<br>ตนเองของ<br>ผู้สูงอายุโรค<br>ความดันโลหิตสูง |
|                                                            |              |                                                                                                                         | 8. ผู้วิจัยทบทวนกลุ่มตัวอย่างให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต<br>สูงในผู้สูงอายุ ครอบคลุมความหมาย สาเหตุ อาการและการแสดง<br>ตลอดจนภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แผ่นภาพพลิก ( 5 นาที )<br>9.<br>10.                                                                                     |                                                                                                                                            |
|                                                            |              | เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความ<br>ดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลที่<br>ถูกต้องและเกิดการรับรู้<br>ยอมรับสภาพปัญหาที่<br>เกิดขึ้นได้ | 11. ผู้วิจัยตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนวิเคราะห์<br>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Critical reflection...<br>10 นาที)<br>11.1 “ที่ผ่านมามีรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คุณดู/<br>คุณป้า คิดว่า สามารถดูแลตนเองได้ดีในเรื่องอะไรบ้าง”<br>11.2 ..... |                                                                                                                                            |

| ครั้งที่ | ระยะเวลา | วัตถุประสงค์                                                                                                 | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | วัตถุประสงค์ |
|----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|          |          | เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเอง                              | <p>13.การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ร่วมกัน โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเสนอประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีและร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น (Taking charge...15 นาที)</p> <p>13.1 “ดิฉันอยากให้คุณ...(ชื่อ)... ลองเล่าให้กลุ่มฟังว่าต้องทำอย่างไรบ้างถึงดูแลตนเองได้ในเรื่อง.....”</p> <p>14. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ลำเลียงร่วมกันของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่ม</p> <p>15. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้ตระหนักถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผ่านมาที่เคยปฏิบัติได้ดี</p> <p>16. ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป (5 นาที)</p> |              |
|          |          | เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรักษามวลใจที่เกิดขึ้นจากการได้ตระหนักถึงข้อดีและความสามารถในการดูแลตนเอง |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |

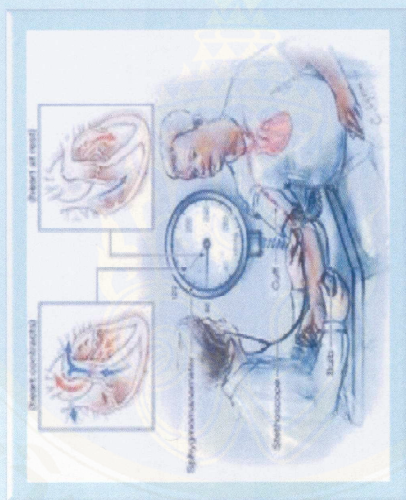
| ครั้งที่                                       | ระยะเวลา           | วัตถุประสงค์                                                                                                                 | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | วัสดุ/อุปกรณ์                                                                                   |
|------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| สัปดาห์ที่ 1<br>(ครั้งที่ 2<br>วันถัดมา)       | เวลา 60 นาที       | เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ก่อนเข้าสู่กิจกรรม                                                                | 1. ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันโดยจัดบรรยากาศให้เป็นสัดส่วน เงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน จัดให้ทุกคนนั่งเป็นรูปตัว U<br>2.                                                                                                                                                                                      | 1. แผ่นภาพพลิก<br>2. กระดาษ<br>3. ปากกา<br>4. คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง |
|                                                |                    | เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง   | 3. ผู้วิจัยทบทวนหัวข้อที่ได้จากการคุยกันในการดำเนินการกลุ่มครั้งที่แล้ว (10 นาที)<br>4.<br>9. ผู้วิจัยนำเวลานี้มาใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 3 (5 นาที)                                                                                                   |                                                                                                 |
| สัปดาห์ที่ 3<br>(ครั้งที่ 3 วันที่<br>นัดหมาย) | ใช้เวลา 30 นาที/คน | เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติ ตลอดจนซักถามปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ปัญหา รวมทั้งส่งเสริมให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง | 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง<br>2. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาอุปสรรคและร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้วิจัย<br>2.1 “คุณ...(ชื่อ)...ได้ทำตามแนวทางการดูแลตนเองตามที่บอกกับกลุ่มไว้ไหม” |                                                                                                 |

| ครั้งที่                                               | ระยะเวลา | วัตถุประสงค์                                                                       | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | วัตถุประสงค์ |
|--------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| สัปดาห์ที่ 5<br>(ครั้งที่ 4<br>วันที่มาตรวจ<br>ตามนัด) |          | เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ก่อนเข้าสู่กิจกรรม                      | 1. ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันโดยจัดบรรยากาศให้เป็นสัดส่วน เงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน จัดให้ทุกคนนั่งเป็นรูปตัว U<br>2. .                                                                                                                                                                                                                |              |
|                                                        |          | เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มี การสะท้อนคิดและ ทบทวนตนเองอย่างต่อเนื่อง | 3. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผ่านมาและ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (5 นาที)<br>4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการดูแลตนเอง 1 เดือนที่ผ่านมา (30 นาที)<br>4.1 “คุณลุง/คุณป้ามีการดูแลตนเองสำเร็จบ้างในด้านใด”<br>4.2 ..... |              |

| ครั้งที่ | ระยะเวลา | วัตถุประสงค์                                                                         | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                             | วัสดุ/อุปกรณ์ |
|----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|          |          | เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรักษาพลังใจที่เกิดขึ้นและสามารถดูแลตนเองต่อไป    | 5. ผู้วิจัยพูดคุยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on...5 นาที)                                                                                                                                      |               |
|          |          | เพื่อประเมินผลของกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจตลอดจนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง | 6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกคนพูดความรู้สึกรู้สึกที่ได้ดูแลตนเองตามกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ (10 นาที)<br>6.1 “คุณลุงคุณป้าคิดว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ทำให้เกิดประโยชน์อย่างไรบ้าง”<br>6.2 ..... |               |
|          |          | เพื่อยุติสัมพันธภาพ                                                                  | 7. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกระหว่างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (post-test) (10 นาที)<br>8. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและยุติสัมพันธภาพ (5 นาที)                                                                                |               |

## ส่วนที่ 2 แผนภาพพลิก

### ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



โดย... น.ส. เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล (นักศึกษา)  
รศ.ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ (อาจารย์ที่ปรึกษา)  
รศ.จันทนา รณฤทธิชัย (อาจารย์ที่ปรึกษา)  
อ.ดร.วิชชุดา เจริญกิจการ (อาจารย์ที่ปรึกษา)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ขอบเขต

- ความหมายของความดันโลหิตสูง
- ระดับความรู้แรง
- สาเหตุ
- อาการและการแสดงของโรค
- กวาะแทรกซ้อน
- วิธีการดูแลตนเอง
  - ด้านการรับประทานอาหาร
  - ด้านการออกกำลังกาย
  - ด้านการจัดการความเครียด
  - ด้านการรับประทานยา

### ส่วนที่ 3 คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

## ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา.....

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า/แยกกันอยู่

5. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ .....

6. อาชีพในปัจจุบัน

☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย ☐ เกษตรกร  
☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
☐ อื่น ๆ .....

7. รายได้.....บาท/เดือน

8. แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ บุตร/หลาน ☐ บำเหน็จ/บำนาญ ☐ ญาติพี่น้อง  
☐ ค่าเช่า/ดอกเบี้ย ☐ อื่น ๆ .....

9. ระยะเวลาที่เป็นโรค.....ปี

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ต้องการทราบการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของท่าน โดยผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ทีละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือที่ตรงกับความเป็นจริง โดยคำตอบแต่ละคำมีความหมาย ดังนี้

|                       |         |                                                                            |
|-----------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------|
| มีความมั่นใจมากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นท่านรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้มากที่สุด |
| มีความมั่นใจมาก       | หมายถึง | ข้อความนั้นท่านรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้มาก       |
| มีความมั่นใจปานกลาง   | หมายถึง | ข้อความนั้นท่านรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ปานกลาง   |
| มีความมั่นใจน้อย      | หมายถึง | ข้อความนั้นท่านรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้น้อย      |
| ไม่มีความมั่นใจ       | หมายถึง | ข้อความนั้นท่านรับรู้ว่าคุณไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้       |

| ข้อความ                                                                                                                   | ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง |     |         |      |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----|---------|------|-------|
|                                                                                                                           | มากที่สุด                              | มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่มี |
| <b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>                                                                                              |                                        |     |         |      |       |
| 1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถเลือก<br>รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค<br>ความดันโลหิตสูงได้                                   |                                        |     |         |      |       |
| 2. .                                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 3. .                                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 4. .                                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 5. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถหลีกเลี่ยง<br>อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น มันปู<br>ไข่แดง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมัน<br>แกงกะทิ |                                        |     |         |      |       |
| <b>ด้านการออกกำลังกาย</b>                                                                                                 |                                        |     |         |      |       |
| 6. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถเลือกชนิด<br>การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคได้                                                  |                                        |     |         |      |       |
| 7. .                                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 8. .                                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 9. .                                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 10. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้<br>ถึงแม้ว่าต้องทำคนเดียว                                                           |                                        |     |         |      |       |
| <b>ด้านการจัดการความเครียด</b>                                                                                            |                                        |     |         |      |       |
| 11. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถเลือกวิธีการ<br>จัดการกับความเครียดได้                                                         |                                        |     |         |      |       |
| 12. .                                                                                                                     |                                        |     |         |      |       |
| 13. .                                                                                                                     |                                        |     |         |      |       |
| 14. .                                                                                                                     |                                        |     |         |      |       |

| ข้อความ                                                                                                    | ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง |     |         |      |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----|---------|------|-------|
|                                                                                                            | มากที่สุด                              | มาก | ปานกลาง | น้อย | ไม่มี |
| 15. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถรับประทาน<br>ยาลดระดับความดันโลหิตสูงได้ตรง<br>ตามเวลา                          |                                        |     |         |      |       |
| 16. .                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 17. .                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 18. .                                                                                                      |                                        |     |         |      |       |
| 19. ท่านมั่นใจว่าหากมีอาการผิดปกติจาก<br>การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง<br>ท่านจะไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา |                                        |     |         |      |       |

## ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย(เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจแผ่นภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย

1. รศ.ดร.ทักษิณ ประสภกิตติคุณ  
อาจารย์ประจำภาควิชาการกุมารเวชศาสตร์  
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ.ดร.ช่อทิพย์ สันธนะวนิช  
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์  
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร.ประภาพร จินันทุยา  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ฝ่ายวิจัย วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

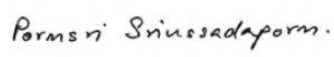
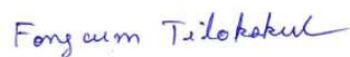
### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย

1. ศศ.ดร.ช่อทิพย์ สันธนะวิช  
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์  
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศศ.ดร.วิราพรณ วิโรจน์รัตน์  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ศศ.ดร.ประภาพร จินันทุยา  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ฝ่ายวิจัย วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ภาคผนวก ค

การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                     |
| COA No. IRB-NS2012/138.1209                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Title of Project:                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON SELF-EFFICACY IN SELF CARE BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE ELDER.                                                                                                                                         |
| Project Number:                                                                                                                                                                                                                                                                                                | IRB-NS2012/32.0606                                                                                                                                                                                                                  |
| Principle Investigator:                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Miss Saowaluck Sukkapatthanasrikul                                                                                                                                                                                                  |
| Name of Institution:                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Faculty of Nursing Mahidol University                                                                                                                                                                                               |
| Approval includes                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1) IRB-NS Submission form version received date 23 August 2012<br>2) Participant Information sheet version date 23 August 2012<br>3) Consent form version date 23 August 2012<br>4) Questionnaire version received date 5 June 2012 |
| Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Date of Approval:                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 12 September 2012                                                                                                                                                                                                                   |
| Date of Expiration:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 11 September 2013                                                                                                                                                                                                                   |
| Signature of Chair:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <br>(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)<br>Chair                                                                                        |
| Signature of Dean, Faculty of Nursing                                                                                                                                                                                                                                                                          | <br>(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokkulchai)<br>Dean, Faculty of Nursing                                                                  |
| Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 502 Faculty of Nursing, Mahidol University<br>2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                     |



## เอกสารรับรองการปรับเปลี่ยนโครงการวิจัยเฉพาะส่วน

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ได้พิจารณาและรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้

- ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของ  
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
- ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวเสาวลักษณ์ สุพัฒน์ศรีกุล
- รหัสโครงการ : IRB-NS2012/32.0606
- เอกสารที่รับรอง : การปรับเปลี่ยนโครงการวิจัย (Project Amendment)
1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2556  
ปรับเปลี่ยน
1. เปลี่ยนชื่อโครงการวิจัยภาษาอังกฤษ จากเดิม "EFFECT OF EMPOWERMENT  
PROGRAM ON SELF-EFFICACY IN SELF CARE BEHAVIOR OF  
HYPERTENSIVE ELDERLY." เป็น "EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM  
ON SELF-EFFICACY IN SELF CARE BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE  
ELDERLY."
2. ขอเพิ่มสถิติโค-สแควร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และขอเพิ่มเสนอข้อมูลเชิง  
คุณภาพที่ได้จากการทำกลุ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจ
- ทั้งนี้ เป็นไปตามมติของคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ไม่มีการปรับเปลี่ยนเอกสาร  
ขึ้นงาฯ และวิธีดำเนินการวิจัย
- วันที่รับรอง : 13 กุมภาพันธ์ 2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง  
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont  
Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical  
Practice (ICH-GCP).

ลงนาม

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2556

(รองศาสตราจารย์ทศศิริ ศรีอัญญาพร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ภาคผนวก ง

### เอกสารตอบรับและยินยอมเป็นต้นแบบ โดยมีภาพปรากฏในแผ่นภาพพลิกและคู่มือ

บ้านเลขที่ ๑๑๐ ถนนเหนือคลอง – ชัยบุรี  
หมู่ที่ ๕ ตำบลเขาพนม อำเภอเขาพนม  
จังหวัดกระบี่ ๘๑๑๔๐

๑๘ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นต้นแบบแสดงท่าออกกำลังกาย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาพรณ วิโรจน์รัตน์

ตามที่ นางสาวเสาวลักษณ์ สุขพัฒน์ศรีกุล นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง  
“ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดัน  
โลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษา  
ได้สร้างแผ่นภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นสื่อในการสอน  
และขอเรียนเชิญข้าพเจ้าเป็นต้นแบบในการแสดงท่าออกกำลังกายโดยจะมีภาพปรากฏตามแผ่นภาพพลิก  
และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นั้น

ข้าพเจ้า มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะเป็นต้นแบบในการแสดงท่าออกกำลังกายและให้มี  
ภาพปรากฏตามแผ่นภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประทีป อินทรโชติ)

## ประวัติผู้วิจัย

|                                       |                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ - สกุล                           | นางสาวเสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล                                                                                                                                                                                         |
| วัน เดือน ปีเกิด                      | 25 ตุลาคม พ.ศ.2528                                                                                                                                                                                                     |
| สถานที่เกิด                           | จังหวัดกระบี่ ประเทศไทย                                                                                                                                                                                                |
| วุฒิการศึกษา                          | มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547 - 2551<br>พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)<br>มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553 - 2555<br>พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต<br>(สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)                                                 |
| ทุนการศึกษา ทุนวิจัย รางวัลที่ได้รับ  | -                                                                                                                                                                                                                      |
| การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ             | -                                                                                                                                                                                                                      |
| ที่อยู่ปัจจุบัน                       | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล<br>เลขที่ 2 ถนนพราณนก แขวงศิริราช<br>เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร<br>โทรศัพท์ 081-5374860<br>E-mail: Saowaluck.suk@mahidol.ac.th                                                       |
| ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน | ผู้ช่วยอาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล<br>เลขที่ 2 ถนนพราณนก แขวงศิริราช<br>เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร<br>โทรศัพท์ 02-419-7466 -80 ต่อ 2009<br>E-mail: Saowaluck.suk@mahidol.ac.th |