

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ



นางอรพิน เทอดอุดมธรรม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

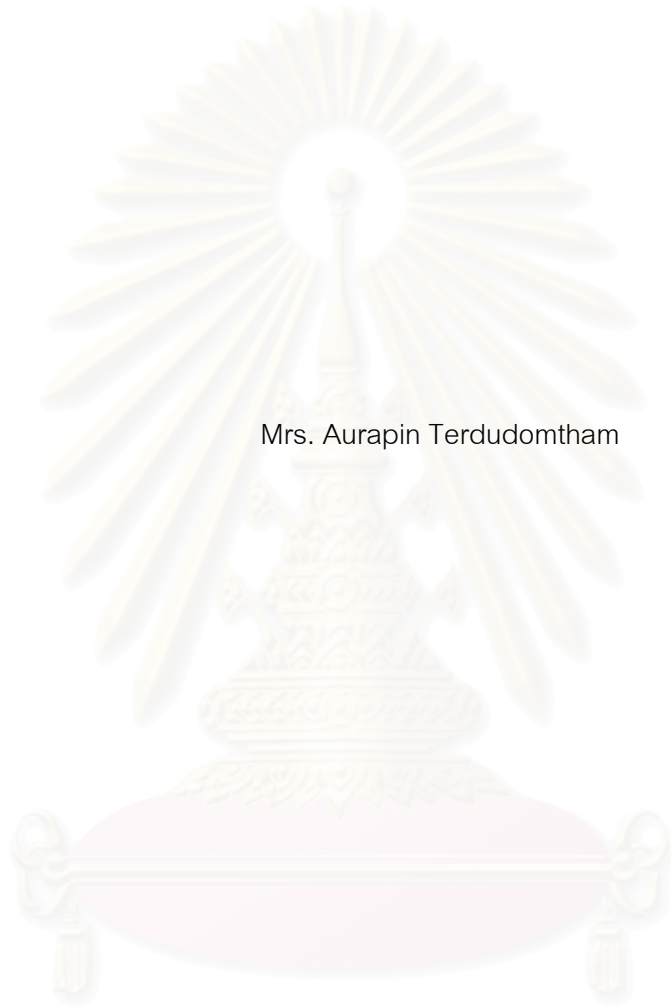
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON COMPLICATION
PREVENTIVE BEHAVIOR IN OLDER PEOPLE WITH ESSENTIAL
HYPERTENSION



Mrs. Aurapin Terdudomtham

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science


Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic year 2007


Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
โดย นางอรพิน เทอดอุดมธรรม
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชุตักดิ์ ชัมภลิจิต)

สถาบันนิตยภัตบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

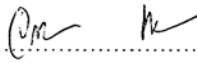
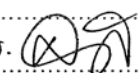
อรพิน เทอดอุดมธรรม : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON COMPLICATION PREVENTIVE BEHAVIOR IN OLDER PEOPLE WITH ESSENTIAL HYPERTENSION) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 122 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการที่รักษาศูนย์โรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย จัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยให้มีลักษณะเหมือนกันในด้านเพศ อายุ และระดับคะแนนพลังอำนาจ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค เท่ากับ 0.78 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อผู้วิจัย.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... ผศ.ร.อ.หญิงดร.

4777649936 : MAJOR MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: EMPOWERMENT PROGRAM / COMPLICATION PREVENTIVE BEHAVIOR

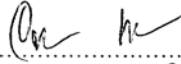
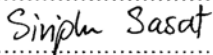
AURAPIN TERDUDOMTHAM : THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON
COMPLICATION PREVENTIVE BEHAVIOR IN OLDER PEOPLE WITH ESSENTIAL
HYPERTENSION. THESIS ADVISOR : ASST. PROF.CAPT. DR. SIRIPHAN SASAT, Ph.D.,
122 pp.

The purpose of this quasi- experimental research were 1) to compare the complication preventive behavior in experimental group before and after receive the program and 2) to compare the complication preventive behavior between the experimental group and control group. Forty older people with essential hypertension from the hypertension clinic at Weingsra Crown Prince Hospital were assigned into experimental group and control group by using matched pair with sex, age and power. There were 20 older people in each group, the experimental group received empowerment program while the control group received conventional care. The experimental instrument was the empowerment program and was tested for validity. The instrument for collecting data was the complication preventive behavior and was tested for validity with content validity index of 0.88 by 5 experts. The reliability tested with Cronbach's Alpha Coefficient was .78. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The findings were as follows:

1. The complication preventive behavior in the experimental group after received the empowerment program was found significant higher than those before received the empowerment program at level of .05
2. The complication preventive behavior in experimental group and control group were found significant at level of .05.

Field of study Nursing Science
Academic year 2007

Student's signature.....
Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรักความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้การสอบวิทยานิพนธ์ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและให้ข้อคิดเห็นด้านสถิติ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ จากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลา ในการตรวจสอบความตรงและแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระทุกท่าน และที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณา และความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณพี่ ๆ น้อง ๆ และหลานที่สนับสนุนด้านการศึกษา เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น พี่ น้อง เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา สำหรับคุณความดีและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศแด่คุณพ่อ คุณแม่ ที่ล่วงลับไปแล้ว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฌ |
| สารบัญแผนภูมิ..... | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ในการวิจัย..... | 5 |
| ปัญหาของการวิจัย..... | 5 |
| แนวคิดและสมมุติฐานการวิจัย..... | 5 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 8 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 9 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 10 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 11 |
| 1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ..... | 11 |
| 1.1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง..... | 13 |
| 1.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง..... | 14 |
| 1.3 พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน..... | 17 |
| 2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ..... | 22 |
| 2.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา..... | 22 |
| 2.3 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ..... | 26 |
| 2.4 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม..... | 27 |
| 3. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ..... | 28 |
| 3.1 ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ..... | 28 |
| 3.2 องค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจ..... | 31 |
| 4. การพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ..... | 36 |
| 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 43 |

| | |
|---|-----|
| 6. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน..... | 42 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 45 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 45 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 46 |
| การดำเนินการทดลอง..... | 54 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 57 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 58 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 59 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 66 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 69 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 69 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 77 |
| รายการอ้างอิง..... | 79 |
| ภาคผนวก..... | 89 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 91 |
| ภาคผนวก ข การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง..... | 92 |
| เปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่าง..... | 93 |
| เปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ก่อนและหลังการทดลอง..... | 94 |
| เปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม..... | 95 |
| ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ไปยินยอมของประชากร..... | 97 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง..... | 99 |
| ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน..... | 104 |
| ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือทดลอง..... | 108 |
| ภาคผนวก ช ตัวอย่างเครื่องมือกำกับการทดลอง..... | 120 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 122 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|---|------|
| 1 | แสดงการจำแนกประเภทและระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิต..... | 12 |
| 2 | การประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย..... | 18 |
| 3 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาเฉลี่ย การป็นโรค และโรคประจำตัว..... | 60 |
| 4 | เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 62 |
| 5 | เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน..... | 63 |
| 6 | เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง | 64 |
| 7 | เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้าน..... | 65 |
| 8 | ลักษณะของปัจจัย ด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคและระดับพลังอำนาจ ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 93 |
| 9 | แสดงการเปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)..... | 94 |
| 10 | แสดงการเปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)..... | 95 |
| 11 | แสดงการเปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1 = n_2 = 20$)..... | 96 |

สารบัญแผนภูมิ

| แผนภูมิ | หน้า |
|-------------------------------------|------|
| 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินการทดลอง..... | 44 |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อย ประเมินกันว่าประชากรแต่ละประเทศจะมีสัดส่วนเป็นโรคนี้สูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรในประเทศนั้น ๆ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และดวงกมล จันทรมิตร, 2542) และมีความรุนแรงสูง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศ (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546) ในผู้สูงอายุจะพบระดับความดันโลหิตสูงขึ้นตามอายุ และพบระดับความดันโลหิตผิดปกติมากกว่าร้อยละ 50 (พีระ บุรณกิจเจริญ, 2546) ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น และเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยอันดับหนึ่ง ในประเทศไทย (ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)

โรคความดันโลหิตสูงจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ 1) โรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5 - 10 เกิดจาก โรคไต ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคพิษแห่งครรภ์ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ เป็นต้น ความดันโลหิตสูงประเภทนี้จะหายไปเมื่อแก้ไขสาเหตุ และ 2) โรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) พบได้ร้อยละ 90 - 95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบมากในผู้สูงอายุ และพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เชื่อว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหารรสเค็ม ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (JNC 7 อ้างถึงใน พีระ บุรณกิจเจริญ, 2546) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตกและอุดตันได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 3 - 5 เท่า และเกิดอัมพฤกษ์อัมพาตจากโรคความดันโลหิตสูง 3 - 17 เท่าจากผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ (จันทนา รัตนฤทธิ์, 2548)

ความดันโลหิตสูง หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกาย ระดับความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัวเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรคไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อมและพิการหรือเสียชีวิตได้ (ดิลก ภิญโยทัย, 2545) ผลกระทบด้าน

จิตใจ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้รู้สึกเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) นอกจากนี้การรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน เนื่องจากอาการข้างเคียงที่ได้รับจากยา เช่น ปวดศีรษะ มึนงง อ่อนเพลีย เป็นต้น ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลมาจากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุแสดงบทบาทในสังคมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการใช้ยาร่วมด้วย (ธันندا ตระการวณิช, 2547) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การลดน้ำหนัก รับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้และอาหารไขมันต่ำ ลดอาหารเค็ม ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้โดยไม่ต้องรับประทานยา (Miller, 2002; Chobanian, 2003; Appel, 2003; Funk, 2003) ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงที่ดีที่สุด ได้แก่ การควบคุมอาหารที่มีปริมาณแคลอรีที่เหมาะสม งดอาหารรสเค็ม อาหารที่มีปริมาณไขมัน แป้ง และน้ำตาลสูง การออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาครบถ้วนทั้งชนิด ขนาด จำนวน เม็ด ยาและเวลาในการรับประทานยา เป็นต้น (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; จิตชนก หัสดี, 2541; ธิดาทิพย์ ชัยศิริ, 2541; สุทิน คำชาย, 2541; ยุพิน หงษ์วชิณ, 2542; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์, 2544; สุพรรณรัตน์ ชีโย, 2545; ปรีศณี ศรีกัน, 2546; อารักษ์ ใจธรรม, 2545 และลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2548) จะเห็นได้ว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนให้ช้าลงได้ เป็นความรับผิดชอบของตัวบุคคลเอง ดังนั้น สิ่งจำเป็นและสำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุต้องมีการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสภาวะโรค ความสำคัญของการดูแลรักษาต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะโรค จะเห็นว่า เป็นความซับซ้อนและยุ่งยากที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตน สามารถควบคุมและจัดการตนเอง ให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะโรค

ภาวะความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการขาดความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะการดูแลตนเอง และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจ (ดาร์ณี จามจุรี และ จินตนา ยูนิพันธ์, 2545) และ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2537) กล่าวว่า การขาดข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเอง ตลอดจนสิทธิอันชอบธรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ในอำนาจหรืออำนาจในการควบคุมของตนเอง เป็นสิ่งทำให้สูญเสียพลังอำนาจหรือความสามารถในการจัดการกับตนเองลดลง การสูญเสียพลังอำนาจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า และความนับถือตนเองลดลงนั้น เป็นสาเหตุของความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นและจะหม่นเวียนอยู่ในตัวบุคคล ทำให้ความสามารถในการจัดการ การดูแลตนเองลดลง (Miller, 1992) ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการปรับตัวของร่างกายให้สมดุลลดลง การช่วยเหลือตนเองทำได้จำกัด ต้องพึ่งพาครอบครัวในด้านการดูแลและค่าใช้จ่าย พึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพ แพทย์ พยาบาลและสถานบริการด้านการรักษา ด้านการควบคุมอาการ ต้องพึ่งพายารักษาโรค ซึ่งมักก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อน (Gray, Doan & Church, 1990 อ้างใน พนารัตน์ เจนจบ, 2542)

ในระบบบริการสุขภาพมีค่านิยมและความเชื่อที่ปฏิบัติกันสืบต่อกันมาคือ ผู้ป่วยต้องเชื่อฟัง ปฏิบัติตามคำแนะนำ และการตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ โดยผู้ป่วยไม่กล้าแสดงความคิดเห็น และในทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย เป็นในลักษณะผู้พึ่งพา ต้องได้รับการบอกให้กระทำจากเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจในการจัดการกับตนเอง (ภาวนา กิริติยุตวงศ์, 2537) และการมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก การนัดหมาย การมานั่งรอเป็นระยะเวลานานหน้าห้องตรวจ ก็เป็นสิ่งที่ลดพลังอำนาจของผู้ป่วย (Gray, Doan & Church, 1990 อ้างใน พนารัตน์ เจนจบ, 2542) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ ขาดความสามารถในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคให้กับตนได้ และจากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงของ ธนิกันต์ เชื้อนดิน (2545) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียด เกิดความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 29.45 ส่งผลให้พลังอำนาจลดลง และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ และการไม่มาตรวจตามนัด มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (สินีนางู อนุสกุล, 2544) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่กำหนดการกระทำหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การศึกษาของ นัยนา เมธา (2544) และพัชรินทร์ สืบสายอ่อน (2546) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการบริโภคอาหาร ไม่ถูกต้องประมาณร้อยละ 50.91 และการศึกษาของ อรพินท์ กายโรจน์ (2542) สุวิมล สันติเวช (2544) ปรศินี ศรีกัน (2545) และบุตษรา นาคลำภา (2546) พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการออก

กำลังกายน้อย จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพลังอำนาจในการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของตนเองน้อย

ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีความจำเป็นต้องใช้พลังอำนาจ พลังอำนาจเป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏในตัวของคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน พลังอำนาจในตัวบุคคลเกิดจากแหล่งพลังอำนาจประกอบด้วย 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้ แรงจูงใจและระบบความเชื่อ (Miller, 1992) และความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลทำให้เกิดความเข้มแข็งของพลังอำนาจ และเกิดความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นั่นคือ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะโรค

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การนำเอาศักยภาพทางสติปัญญา และพลังในตัวผู้ป่วยมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามเรียนรู้ร่วมกัน ใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อขจัดอุปสรรคหรือหาทางออกในการแก้ปัญหา พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์ (2542) พบว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้านการเลือกอาหารรับประทาน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และการมาตามนัด ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 - 59 ปี ของ วรณเพ็ญ กรอบทอง (2544) พบว่า ความรู้สึกในการมีคุณค่าในตนเอง ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม และศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดในการเสริมสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคของ จิตชนก หัสดี (2541) พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค และมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังไม่มีการศึกษา

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากช่วยชะลอและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับระบบหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองได้ (ดิลก ภิภูโยทัย, 2545) และการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติต้องมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ดังนั้น พยาบาลต้องให้การปรึกษา ให้ข้อมูล ให้การดูแล และประสานงาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการจัดการกับภาวะสุขภาพของบุคคลได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมจัดการกับปัญหาของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง มีความหวัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหา สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน และลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศ ลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นและผู้สูงอายุอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ปัญหาของการวิจัย

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ หรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่า พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดและสมมุติฐานการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แต่ต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตาย และลดผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงครอบครัว การดูแลผู้ป่วยมุ่งเน้นเฉพาะโรคและการรักษาเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้อง

ได้รับการช่วยเหลือเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะโรค

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วย องค์กรหรือชุมชน มีความสามารถในการจัดการกับการดำเนินชีวิตตนเองในทุกด้าน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยที่มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน เรียนรู้การทำงานร่วมกัน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อขจัดอุปสรรคหรือทางออกในการแก้ปัญหาประกอบด้วย 4 ระยะเวลาคือ 1) การค้นพบความจริง (Discovering reality) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมในการผ่อนคลายความคับข้องใจ ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น และตัดสินใจได้ถูกต้อง 2) การสะท้อนคิดอย่างวิจาร์ณญาณ (Critical reflection) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเองรวมทั้งแนวทางแก้ไข 3) การดำเนินการด้วยตนเอง (taking charge) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อที่ตอบสนองความต้องการของตน และจัดการกับปัญหาของตนอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่ดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) มาสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

2. ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1 การค้นพบความจริง (discovering reality) เป็นสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย เข้าใจและยอมรับผู้ป่วยให้ความเคารพซึ่งกันและกัน สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสะท้อนกลับทางด้านความคิด การแสดงออกทางคำพูด การต่อต้านของผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่ช่วยให้พยาบาลมีโอกาสทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพจริง จากการศึกษาของ จิตชนก หัสดี (2541) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง

ของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำให้เกิดความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรค

2.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflective) เป็นการวางแผนจัดการกับปัญหาด้วยการสนับสนุนของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหา แสวงหาทางเลือก และพิจารณาอย่างรอบคอบถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหาการแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และไตร่ตรองมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการค้นหาเป้าหมายร่วมกับพยาบาล มีความเชื่อมั่นที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนและเอื้ออำนวยทรัพยากรที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาตามแนวทางที่ตัดสินใจ ส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาร่วมกับผู้ป่วย กุลละวี วิวัฒน์ชีวิน (2541) ได้ศึกษา ผลการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าภายหลังการใช้การสะท้อนคิดด้วยตนเอง ทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น

2.3 การดำเนินการด้วยตนเอง (taking charge) เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง หลังจากผ่านทั้งสองระยะดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด โดยภายใต้เงื่อนไขของแต่ละบุคคล ได้แก่ เป็นวิธีที่แก้ไขปัญหาตนเองได้ มีความสอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ เป็นวิธีที่สร้างการยอมรับและเปิดกว้างให้ผู้อื่นนำไปใช้ จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของกมลภัก สัราญจิตต์ (2538) พบว่า กลุ่มที่ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติด้วยตนเองมีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีและเหมาะสมสม่ำเสมอ จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติด้วยตนเอง เกิดความไม่ตั้งใจในการปฏิบัติ ไม่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยา มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนตามที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป พยาบาลจะต้องสนับสนุนทางด้านกำลังใจให้สามารถดำเนินการตามแผนอย่างไม่ย่อท้อ ด้วยการช่วยเพิ่มความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม และเกิด

ความเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมได้ พร้อมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ติดตามและให้การสนับสนุน รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้ดำเนินการตามแผน จนสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองกับการควบคุมความดันโลหิตสูงของ วรณเพ็ญ กรอบทอง (2544) พบว่า ทำให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสำเร็จและความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้น และมีการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการ เพื่อให้มีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ประเมินผล หลังผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การประเมินระดับพลังอำนาจและประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้านการรับประทานยา

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest and posttest design control group) เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้การปรึกษาแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้สูงอายุ มีการเรียนรู้ร่วมกัน ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ระยะ

1) การค้นพบความจริง (discovering reality) เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุมีความสามารถ ในการจัดการกับความเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การสะท้อนคิดอย่างวิจารณ์ญาณ (critical reflective) เป็นการสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหา จัดอันดับความสำคัญของปัญหาและสามารถวางแผนจัดการกับปัญหาร่วมกับพยาบาลได้

3) การดำเนินการด้วยตนเอง (taking charge) เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด โดยภายใต้เงื่อนไขของแต่ละบุคคล

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นระยะที่ผู้สูงอายุดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนตามที่ได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด

ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ใช้การโทรศัพท์ติดตามสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน และในสัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะโรคและแผนการรักษา ในด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้านการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ด้านการควบคุมอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และได้รับปริมาณที่เหมาะสมต่อการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม

อาหารที่มีไขมัน อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลสูง เช่น งดการเติมน้ำปลา เกลือ เครื่องปรุงรส ระหว่างรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกกะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน ของหมักดอง ขนมหวาน และการงดสูบบุหรี่

2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยท่ากายบริหารพื้นฐาน การยืดหดกล้ามเนื้อ หรือการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผู้ป่วยต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต ได้แก่ การเดิน การเดิน - วิ่ง การรำมโนราห์ การรำไม้พลอง เป็นต้น มีการปฏิบัติต่อเนื่อง ใช้เวลาติดต่อกันครั้งละมากกว่า 30 นาที และอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

3. ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีวิธีเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาที่ถูกต้อง รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และมีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนได้สนิท การทำสมาธิ หรือการนวดเพื่อคลายกล้ามเนื้อ และการได้พูดคุยกับเพื่อนบ้าน

4. ด้านการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแผนปัจจุบันตามคำสั่งแพทย์ได้ครบถ้วนถูกต้องทั้ง ชนิด ขนาด จำนวนเม็ดยา และเวลาในการรับประทานยา และติดตามรักษารับยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ รับประทานยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัด สุราษฎร์ธานี

การพยาบาลปกติ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล มีการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ขณะรอพบแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
2. เป็นแนวทางและนำประยุกต์ใช้ในการจัดระบบบริการผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง
3. เป็นแนวทางในศึกษาค้นคว้าและทำการวิจัย เพื่อพัฒนาความรู้ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
3. แนวคิด ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. การพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และในประเทศไทยพบว่าความชุกโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในประชากรเมืองสูงกว่าประชากรในชนบท โดยเฉพาะประชากรในแหล่งสลัมจะมีความชุกสูงกว่ากลุ่มอื่น และระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic จะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ค่าระดับความดันโลหิต Diastolic จะลดลงหลังอายุ 55 ปี ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นตามระดับการพัฒนาของความเจริญ และระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับค่า Body Mass Index (BMI) เพศชาย ระดับ Cholesterol ระดับน้ำตาลและภาวะเบาหวาน (พีระ บวรณะกิจเจริญ, 2546) โรคความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท

1.1 โรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) คือ ตรวจไม่พบอาการผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง พบได้ร้อยละ 90 - 95 ของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหารรสเค็ม ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด

1.2 โรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ เรียกว่า secondary hypertension พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 5 - 10 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจาก โรคไต ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคพิษแห่งครรภ์ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ความผิดปกติของระบบประสาท การได้รับยาบางชนิด ความเครียดเฉียบพลัน ภาวะหลังผ่าตัด ภาวะบาดเจ็บจากแผลไฟไหม้ เป็นต้น ความดันโลหิตสูงจะหายไปเมื่อแก้ไขสาเหตุ

โรคความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต

| นิยาม | ระดับความดันโลหิตตัวบน | ระดับความดันโลหิตตัวล่าง |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| ระดับปกติ | < 120 | < 80 |
| Pre-hypertension | 120 - 139 | 80 - 89 |
| ความดันโลหิตสูง Stage 1 | 140 - 159 | 90 - 99 |
| ความดันโลหิตสูง Stage 2 | ≥160 | ≥ 100 |

ที่มา : JNC 7 (อ้างถึงใน พีระ บุรณกิจเจริญ, 2546; ดิลก ภิญโญทัย, 2546)

อาการและอาการแสดง

ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลาง มักจะไม่แสดงอาการ อาการที่พบได้มักอยู่ในระดับความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อาการและอาการแสดงที่พบมีดังนี้ (พีระ บุรณกิจเจริญ, 2546)

- 1) อาการปวดศีรษะข้างเดียว ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวมักพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าในคนปกติ
- 2) ปวดศีรษะและปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นตอนเช้า อาจมีอาการคลื่นไส้ และตาพร่ามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นมากในภาวะวิกฤติ และเกิดขึ้นทันทีทันใด
- 3) เลือดกำเดาไหล พบได้ไม่บ่อยนักส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุของโรคในโพรงจมูก ก็มักพบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง แต่อาการจะหายไปเมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ

ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เนื่องมาจากการแข็งตัวของหลอดเลือด กล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดหดตัว เกิดแรงต้านทานในหลอดเลือดส่วนปลายสูง และมีการตอบสนองต่อ Alpha - Adrenorgic ของกล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดเสื่อมลงตามอายุ เป็นผลให้การส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ไตได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง หัวใจห้องล่างซ้ายโต ถ้าภาวะความดันโลหิตยังคงอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Risk factors)

โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคที่มีสาเหตุสลับซับซ้อน แม้ว่าเราจะทราบ ว่า พันธุกรรมมีส่วนสำคัญในการเกิดโรค แต่ยีนที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องและกลไกการเกิดโรคทั้งหมด ยังไม่สามารถทราบได้ และจากการศึกษาทางอนุชีวโมเลกุล และพันธุศาสตร์ ทำให้เราสามารถ คาดคะเนได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มใดเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (พีระ บรูณะกิจเจริญ, 2546)

1) พันธุกรรม สาเหตุของพันธุกรรมยังอธิบายไม่ได้ แต่พบว่าหากครอบครัวใดมีพ่อแม่เป็น โรคความดันโลหิตสูงทั้งคู่ จะทำให้อุณลูกพบได้ 1 ใน 2 คน แต่ถ้าพ่อแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคนี้ โอกาสในอุณลูกจะพบได้ 1 ใน 3 คน ในขณะที่ในครอบครัวที่ปกติ โอกาสการเกิดโอกาสความดัน โลหิตสูงจะพบได้เพียง 1 ใน 20

2) อายุ พบว่า ความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ ในเด็กแรกเกิดจะพบว่าความดันเลือด ประมาณ 50/40 mmHg เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และจะค่อย ๆ สูงขึ้น โดยทั่วไปให้ถือว่าความดันเลือด ปกติค่าประมาณ “100 + อายุ” ในผู้สูงอายุมักมีค่าความดันเฉพาะความดันเลือด Systolic สูงกว่า ปกติ เรียกว่า isolated systolic hypertension

3) เชื้อชาติ พบว่า คนผิวดำมีความดันโลหิตสูงกว่าคนผิวขาวมากทั้งในเพศชายและ เพศหญิง แต่จากการศึกษาพบว่า คนผิวดำจะมีระดับ Renin ในเลือดต่ำกว่าคนผิวขาว ฉะนั้นเชื่อว่า สภาพแวดล้อมมีผลต่อการเกิดความดันเลือดสูง อันได้แก่ ความเครียด ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และอาชีพอยู่ในระดับต่ำ รวมทั้งมีนิสัยบริโภคไม่ถูกต้อง

4) เพศ ผู้ชายจะเป็นมากกว่าผู้หญิง แต่ในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วมีโอกาสเกิดโรค เท่ากับผู้ชาย

5) การรับประทานอาหารเค็ม กลไกยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกลือมีผลทำให้เพิ่มปริมาณ เลือดในร่างกายและทำให้กลไกการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดหรือกลไกของไต ต่อ ระบบประสาทซิมพาเทติกสูงขึ้น รวมทั้งกลไกของ rennin – angiotensin - aldosterone system

6) ความอ้วน จากการศึกษพบว่าในคนที่มีความอ้วนระหว่าง 20 - 39 ปี ถ้ามีน้ำหนักตัวเกินจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่น้ำหนักปกติกว่า 2 เท่า คนกลุ่มนี้มักรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้มีระดับของอินซูลินในเลือดสูง (hyperinsulinemia) ตามมา ซึ่งภาวะนี้จะทำให้การขับถ่ายโซเดียมออกจากร่างกายลดลง และยังทำให้การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกผิดปกติไปด้วย ในคนอ้วนมักมีระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งเหตุส่งเสริมให้หลอดเลือดแดงตีบแข็ง และเกิดความดันโลหิตสูงได้

7) แอลกอฮอล์ จากการศึกษาของ Oakland San Fransico Kaiser Permanente Medical Care Program พบว่าคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 2 - 3 แก้ว/วัน จะทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าความดันเลือด Systolic และความดันเลือดจะลดลงเมื่อหยุดดื่ม

8) ความเครียด ความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีผลทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น เชื่อว่าความเครียดมีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติกโดยไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลังสารนอร์อิพิเนฟรินจากปลายประสาท และอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต ขึ้นใน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นครั้งคราว และกลับสู่ระดับปกติได้ แต่ถ้าร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดเป็นเวลานาน ก็จะทำให้ความดันเลือดสูงอย่างถาวรได้

9) ระดับของไลโปโปรตีนในเลือด ไลโปโปรตีนมี 5 ชนิด ได้แก่ Chylomicron, Very Low Density Lipoprotein (VLDL), Intermediate Density Lipoprotein (IDL), Low Density Lipoprotein (LDL) และ High Density Lipoprotein (HDL) ซึ่งแต่ละชนิดจะมีส่วนประกอบของโคเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ โปรตีน และ ฟอสโฟไลปิด แตกต่างกัน โดยที่ Chylomicron ทำหน้าที่ขนส่งอาหารต่าง ๆ ในร่างกาย VLDL ทำหน้าที่ขนส่งไตรกลีเซอไรด์เป็นส่วนใหญ่ และ LDL กับ HDL ขนส่งโคเรสเตอรอล โดยที่ LDL ทำหน้าที่ขนส่งโคเรสเตอรอลจากตับไปยังกระแสเลือด ในขณะที่ HDL นำโคเรสเตอรอลในเลือดไปเก็บสะสมในตับ พบว่าถ้ามี HDL สูง จะป้องกันโรคหัวใจได้ ระดับของ HDL พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบสูงในนักกีฬาด้วย

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย เป็นผลเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายถูกทำลายและเกิดการแข็งตัว ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายถูกทำลาย ได้แก่

1.1) สมอ ความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเลี้ยงสมอง แข็งตัวและตีบแคบ มีการโป่งพองเล็ก ๆ ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันได้ ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย อาจทำให้เป็นอัมพาต หรืออาการสมองเสื่อม และอาจมีความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิต ในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมองแตกและอุดตันได้ มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 3 - 5 เท่า (จันทนา รัตนฤทธิ์, 2548)

1.2) หัวใจ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจคือโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบ และมีความแข็งมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ภาวะหัวใจวายได้ง่ายจากผลของหัวใจห้องล่างซ้าย ทำงานหนัก โดยมีการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดันหรือแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต หากเกิดการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมากขึ้นเรื่อย ๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจ จะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก ทำให้หัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพเกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งภาวะ หัวใจวายนี้เกิดได้มากกว่าคนมีความดันโลหิตสูงปกติถึง 6 เท่า ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจวายได้ ง่าย (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2546) และอัตราการตายจากโรคหัวใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต สูงจะเป็น 3 เท่าของวัยเดียวกันที่มีความดันโลหิตปกติ (Scott, 1998 อ้างถึงใน สุวิมล สันติเวส, 2544)

1.3) หลอดเลือด ความดันโลหิตทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัว หนาตัวขึ้น และมีการ ทำลายของผนังหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี เกิดการอุดตัน หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ขาดเลือดไปเลี้ยง เช่น หัวใจ สมอง และไต และเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคสมอง ขาดเลือด และโรคไตวาย เป็นต้น

1.4) ไต ความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในที่ หนาแข็ง รุหลอดเลือดตีบหรือแคบลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ อัตราการกรองที่ไต ลดลง และมีการทำลายของหน่วยไตเกิดขึ้น ดังนั้นสมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียจึง บกพร่อง เกิดการคั่งของเสียในร่างกาย โดยเฉพาะการคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย ถ้าการ คั่งของเสียอยู่ในเลือดระดับสูงจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

1.5) จอภาพนัยน์ตา ความดันโลหิตสูงอาจทำให้หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ที่ตาเกิดการ หนาตัวและตีบแคบ ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น หลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึม ออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม เกิดอาการตามัวหรือตาบอด

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ

การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธภักดี, 2542) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะในรายที่รับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตหลายชนิด ทำให้มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยา เนื่องจากมักคิดว่าตนเองมีอาการรุนแรงมากกว่าบุคคลอื่น ๆ และการรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ เช่น อาการอ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

3) ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลต่อการแสดงบทบาทในสังคม ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ แสดงบทบาทในสังคมลดลง นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลและให้การช่วยเหลือ จากการศึกษาของ Maynard (1998 อ้างใน สุวิมล สันติเวส, 2544) พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่าใช้จ่าย เป็นค่ายาควบคุมระดับความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 1,784 ดอลลาร์ต่อปี และถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและมีการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคไต และต้องล้างไต จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มขึ้นเป็น 35,024 และ 40,864 ดอลลาร์ต่อปี ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ค่ารักษาพยาบาลจะสูงขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

จากที่กล่าวมาข้างต้น โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและบุคคลในครอบครัวและสังคม ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ จะต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการใช้ยารักษา ร่วมกับการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนี้ (ธนันดา ตระการวณิช, 2547)

1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเดียวไม่ใช้ยารักษา (Non - pharmacologic treatment) เป็นวิธีการที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ และมีประโยชน์ ทำให้ลดการใช้ยา ลดอาการข้างเคียงของยา ลดค่าใช้จ่าย ลดระดับความดันโลหิต 5 - 20 mmHg ในผู้ที่ควบคุมอาหารลดน้ำหนักลงทุก 10 กิโลกรัม ลดการรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมน้อยกว่า 2000 มิลลิกรัมต่อวันทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง 2 - 8 mmHg และออกกำลังกายวันละ 30 นาทีอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง 4 - 9 mmHg (Chobanian, 2003) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย การควบคุมอาหารที่มีปริมาณแคลอรีเหมาะสมต่อการควบคุมน้ำหนัก การลดอาหารรสเค็ม การงดอาหารที่ไขมันอิ่มตัว ลดการดื่มแอลกอฮอล์ เลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงจึงแนะนำให้มีการปฏิบัติตัวในทุกด้าน (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; จิตชนก หัสดี, 2541; รัตาทิพย์ ชัยศิริ, 2541; สุทิน คำชาย, 2541; ยุพิน หงษ์วชิณ, 2542; สมจิตรหนูเจริญกุล, 2543; วิภาวรรณ จรรยาสุภรินทร์, 2544; สุพรรณรัตน์ ชีโย, 2545; อารักษ์ใจธรรม, 2545; ปรีศณี ศรีกัน, 2546; ลีวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2548)

1.1) การลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10 - 20 ของน้ำหนักมาตรฐานมีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลง เพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจ เป้าหมายระยะสั้นคือ ลดน้ำหนักลง 1 - 1.5 ปอนด์/สัปดาห์ และในระยะยาวให้ลดลงในระดับไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐาน โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนนิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และควบคุมปริมาณแคลอรีในอาหารให้เหมาะสมกับพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (Webb & Copeman, 1996 อ้างใน สว่างจิตต์ จันทร์, 2544)

$$\text{สูตร คำนวณ ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ความสูง(เมตร)}^2}$$

ค่าดัชนีมวลกายใช้ประเมินภาวะโภชนาการได้ตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย

| ค่าดัชนีมวลกาย | ผลการประเมิน |
|---|---------------------------|
| 1. น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร ² | น้ำหนักร่างกายน้อยหรือผอม |
| 2. ระหว่าง 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร ² | น้ำหนักร่างกายพอเหมาะ |
| 3. ระหว่าง 23 – 24.9 กิโลกรัม/เมตร ² | น้ำหนักร่างกายมากเกินไป |
| 4. ระหว่าง 25 – 29.9 กิโลกรัม/เมตร ² | อ้วนระดับ 1 |
| 5. มากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร ² | อ้วนมาก |

ที่มา : นฤมล รัชตรังสรรค์ (2550 : 10)

1.2) การลดอาหารเค็ม ปริมาณโซเดียมมีผลต่อความดันโลหิตที่สูงขึ้นควรจำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานในแต่ละวันไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม หรือรับประทานเกลือไม่เกิน 6 กรัมต่อวัน สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2 – 8 mmHg (Chobanian, 2003) และการลดปริมาณอาหารที่รับประทานและลดการรับประทานอาหารสำเร็จรูปจะช่วยลดทั้งโซเดียม แคลอรี และไขมันได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1.3) การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว การมีโคเลสเตอรอลสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จึงควรลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดให้น้อยกว่า 200มก./ดล. ลด Low - Density Lipoprotein (LDL) น้อยกว่า 140 มก/ดล. เพิ่ม High - Density Lipoprotein (HDL) มากกว่า 40 มก.ดล. และลดอัตราส่วน cholesterol ต่อ HDL ให้น้อยกว่า 3.5 มก.ดล. ในผู้หญิง และน้อยกว่า 4.5 มก.ดล. ในผู้ชาย โดยงดอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน น้ำมันมะพร้าว สมอสัตว์ ไข่แดง เนย นม และผลิตภัณฑ์จากนม เป็นต้น

1.4) ลดการดื่มแอลกอฮอล์ คนที่ดื่มสุรา เบียร์ ไวน์มาก จะทำให้ระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic สูงขึ้น และถ้าดื่มเป็นประจำจะทำให้ผลของยาลดความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพลดลง ควรจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1 ออนซ์/วัน หรือประมาณ 30 cc/วัน (ในผู้หญิงหรือคนน้ำหนักน้อย ไม่ควรเกิน 15 cc /วัน) ดื่มเบียร์ได้ไม่เกิน 360 cc/วัน ดื่มไวน์ไม่เกิน 150 cc/วัน และดื่มวิสกี้ได้ไม่เกิน 30 cc/วัน (Chobanian, 2003)

1.5) การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ โดยนิโคตินจากบุหรี่จะกระตุ้นปมประสาทซิมพาเทติก

และต่อมหมวกไตขึ้นในให้หลังแคทีโคลามีนมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีระดับ LDL, Triglyceride ในเลือดสูงขึ้น ระดับ HDL ในเลือดลดลง เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ได้รับจากควันบุหรี่ทำให้การขนถ่ายออกซิเจนไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หัวใจทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.6) การออกกำลังกาย ประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้านวัตถุ จะมีผลแรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ความหนักเบาในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากมีผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิตดีกว่าความหนักระดับสูง หลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2548)

1.6.1) ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจร่างกายให้แน่ใจว่าไม่มีความเจ็บป่วย ซึ่งการออกกำลังกายจะมีผลต่อโรคได้ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน เป็นต้น ถ้ามีปัญหาสุขภาพควรปรึกษาแพทย์เพื่อจำกัดควบคุมหรือดัดแปลงโปรแกรมการออกกำลังกายให้เหมาะสม

1.6.2) ประเมินระดับการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวข้อ (ROM) ความเข้มแข็งและความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการตอบสนองต่อการทำกิจกรรมร่วมมือกับผู้สูงอายุในการจัดโปรแกรม ควรออกกำลังกายตามความสนใจ ความสามารถ ความจำกัด และสมรรถภาพจริง

1.6.3) การออกกำลังกายจะให้ความสำคัญต่อความสม่ำเสมอ ความเร็วต่ำ เช่น ใช้น้ำหนักน้อยและทำบ่อยๆ เป็นการออกกำลังกายแบบต้านแรง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนไหวที่ (isometric exercise)

1.6.4) การตรวจสอบอัตราการเต้นของหัวใจก่อนและระหว่างการออกกำลังกาย เพื่อให้แน่ใจว่าอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงที่ปลอดภัย การตรวจชีพจรซึ่งปรับตามอายุ โดยวิธีการคำนวณ นำอายุปัจจุบันลบออกจาก 220 แล้วคูณด้วย 70% จะได้อัตราการเต้นเป้าหมายที่จะได้ผลสูงสุดของการออกกำลังกาย ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี อัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมายเท่ากับ $(220 - 60) \times 70/100 = 112$ ครั้ง / นาที

ดังนั้น ผู้สูงอายุวัย 60 ปีสามารถออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย จนกระทั่งชีพจรสูง 112 ครั้ง/นาที โดยได้ประโยชน์สูงสุดต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ และไม่เกิดอันตรายแต่เนื่องจากการปฏิบัติการณ์ับชีพจรอาจทำได้ยากลำบาก ดังนั้น อาจจะสังเกตการณ์มีเหงื่อออก และหัวใจเต้น

เร็วขึ้นก็ได้ ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดขณะออกกำลังกายมากกว่าอัตราการเต้นที่เป็นเป้าหมาย หรือเวลาพักมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกายในครั้งต่อไป

1.6.5) ควรมีการอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เช่น การยืดแขนขา ก่อนออกกำลังกาย 10 นาที

1.6.6) ช่วงออกกำลังกายควรใช้เวลาติดต่อกัน 20 - 30 นาที โดยรักษาความ ออกกำลังกายให้อัตราเต้นที่เป็นเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ

1.6.7) มีระยะผ่อนคลาย (Cooling down) หลังออกกำลังกาย 10 นาที

1.6.8) เริ่มออกกำลังกายแบบประคับประคอง (Conservative exercise) แล้วค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมขึ้น ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง เปลี่ยนแปลงไปตามระดับกิจกรรม ถ้าพบลักษณะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ การเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิต การหายใจลำบาก หายใจถี่ เหนื่อย เจ็บหน้าอก ควรหยุดการออกกำลังกาย

1.7 การพักผ่อน การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง เนื่องจากการพักผ่อนจะช่วยลดการทำงานของอวัยวะทุกส่วนในร่างกาย และช่วย ผ่อนคลายความตึงเครียดด้วย

1.8 การผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายจะช่วยลดการตอบสนองต่อฮอร์โมนอิพิฟรินในเลือด (Plasma norepinephrine) จึงลดการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดอัตราการหายใจ ผู้ป่วยจะสุขสงบมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง โดยการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation) การทำสมาธิ การทำโยคะ และ biofeedback เป็นต้น ให้ฝึกทำวันละ 1 - 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา กระจ่างแดน (2540) และประทุม รัชนี้อย (2546) พบว่า การคลายเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปนสติ และการทำโยคะ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้

2. การใช้ยารักษา (Pharmacologic treatment) จุดมุ่งหมายของการรักษาความดันโลหิตสูงคือ การลดความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ลดความพิการ (Morbidity) และการเสียชีวิต (Mortality) จากภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและ หลอดเลือด และทางไต การลดความดันโลหิตกระทำด้วยการปรับพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต แต่ถ้ายังไม่ลดลงน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท.ให้พิจารณาเริ่มการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง แต่ถ้าผู้ป่วยมีโรคไตหรือเบาหวาน ร่วมด้วย เป้าหมายคือ ควรควบคุมความดันให้น้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท (Chobanian,2003)

ปัจจุบันยาควบคุมระดับความดันโลหิตที่ใช้ทั่วไป แบ่งเป็นกลุ่ม ได้แก่

2.1) ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เป็นยากลุ่มแรกที่นิยมใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประสิทธิผลและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น hydrochlorothiazide furosemide เป็นต้น อาการข้างเคียงของยา ทำให้ผิดปกติของ electrolyte เกิด โปตัสเซียม แมกนีเซียม โซเดียมต่ำ แต่ แคลเซียมสูง การเผาผลาญกลูโคสสูง มีภาวะน้ำตาลและกรดยูริกในเลือดสูง

2.2) ยาด้านเบต้า (Beta - blocker) เช่น propranolol metoprolol atenolol อาการข้างเคียงของยา คือ

2.2.1) ต่อหัวใจ ทำให้ cardiac output ลดลง และเกิดภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลวได้ง่าย ในรายที่มีการทำงานของหัวใจไม่ดี

2.2.2) ทำให้เกิด bronchospasm จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด

2.2.3) ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ซึมเศร้า ง่วงนอน ประสาทหลอน ผื่น ร้าย นอนไม่หลับ ความจำเสื่อม

2.2.4) ทำให้เกิด hypoglycemia โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับ Insulin จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน เพราะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก

2.2.5) ต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน หรือท้องผูกได้

2.6) อื่น ๆ เช่น มีไข้ ผื่นคัน ปวดเมื่อยตามตัว เม็ดเลือดขาวต่ำ และเลือดออกง่าย

3) ยาด้านแอลฟา (Alpha block) เช่น prazosin doxazocin

4) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme inhibitors : ACE inhibitors) เช่น captopril enalapril อาการข้างเคียงของยา คือ ทำให้มีอาการไอ ผื่นขึ้น และเกิดโปตัสเซียมในโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่ทำหน้าที่บกพร่อง

5) ยาด้านแคลเซียม (Calcium channel blocker) เช่น verapamil nifedipine amlodipine isradipine อาการข้างเคียงของยา คือ ทำให้ปวดศีรษะ มีเหงา gingival hyperplasia และท้องผูก ระมัดระวังในกลุ่มโรคหัวใจวาย ทำให้เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มี heart block ระดับ 2 หรือระดับ 3

6) ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซิน รีเซพเตอร์ (Angiotensin - II receptor antagonists) เช่น losartan valsartan

นอกจากนี้ยังมียากลุ่มอื่น ๆ ที่นำมาใช้ในการรักษา เช่น ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดคลายตัว ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ได้แก่ ยา hydralazine minoxidil เป็นต้น มีอาการข้างเคียงของยา คือ ทำให้ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรงและมีการคั่งของน้ำ และอาจกระตุ้นทำให้เจ็บหน้าอกมากขึ้น

สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง มีความเสี่ยงสูงต่อจะเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารี หรือจำเป็นต้องป้องกันการเกิด stroke ไข้ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure (JNC 7) ได้แนะนำการใช้ยา หรือพิจารณาใช้ยาร่วมหลายตัวตามความเหมาะสม เช่น diuretic, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), Angiotensin Receptor Blocker (AR), Calcium Channel Blocker (CCB), Beta Blocker (BB) เป็นต้น

การใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปจะใช้วิธีการเพิ่มยาเป็นลำดับขั้น (Stepped care approach) โดยเริ่มจากยาคือขนาดน้อย ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นได้ผลการรักษาตามที่ต้องการ คือระดับความดันโลหิตเฉลี่ยน้อยกว่า 140/90 mmHg ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยามากกว่าคนอายุน้อย การใช้ยาแต่ละกลุ่มนั้นจะมีผลข้างเคียงของยาแต่ละตัวไม่เหมือนกัน ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับยาควบคุมระดับความดันโลหิต จำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงผลข้างเคียงของยา และผลเสียของของยา หากมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ตลอดจนเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอื่นหรือรับประทานยาอื่นร่วมด้วย ควรระวังการมีปฏิกิริยาต่อกันของยา

2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 อายุ 60 – 69 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (young - old) กลุ่มที่ 2 อายุ 70 – 79 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุตอนกลาง (midium - old) และกลุ่มที่ 3 อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป เรียกว่า ผู้สูงอายุมาก (old - old) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ความสูงอายุเป็นความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องและปรากฏให้เห็น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณทองเจริญ, 2545)

- 2.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา
- 2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ
- 2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานลดลงและมีจำนวนลดลงร้อยละ 30 ของวัยหนุ่มสาว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละระบบในร่างกาย มีดังนี้

2.1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System) ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เก่าลดลงร้อยละ 50 (Carnevali and Patrick, 1993; Fretwell, 1993 อ้างใน เพ็ญโพยม เศษสมบัติ, 2547) ทำให้แผลหายช้าลง เส้นใยอีลาสตินมีจำนวนลดลง แต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งแรงมากขึ้น จึงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมาก การไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลง จำนวนต่อมเหงื่อลดลง ทำให้ความสามารถในการควบคุมความร้อน การรับรู้ต่ออุณหภูมิและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนา อัตราการเจริญของเล็บลดลง มุมที่โคนเล็บกว้างขึ้น สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลือง

2.1.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous system and Special senses)

1) ระบบประสาท พบว่า เซลล์สมองและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวในการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ช้าลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ จนบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กันทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำเสื่อม โดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง

2) ความสามารถในการมองเห็นลดลง ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึก เพราะไขมันของลูกตาลดลง หนึ่งตามีความยืดหยุ่นลดลง หนึ่งตาตกรูม่านตาเล็กลง ปฏิกิริยาตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ดี และพบว่าสายตายาว ลานสายตาแคบลง มีปัญหาในการมองเห็น และน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาเพิ่ม การดูดซึมในลูกตาลดลง ทำให้ความดันในลูกตาสูงขึ้น เลนส์ตาขุ่น เกิดเป็นต้อหินและต้อกระจก

3) ความสามารถในการได้ยินลดลง เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นใน ระดับเสียงสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ และพบผู้สูงอายุมีอาการหูตึงร้อยละ 25 รวมทั้งมีการทรงตัวไม่ดี มีอาการเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุบ่อย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2.1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system) เซลล์กล้ามเนื้อจะเหี่ยวลีบลง มวลกล้ามเนื้อลดลง ความตึงตัวและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง พบว่ากำลังหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงประมาณร้อยละ 12 – 15 จากอายุ 30 – 70 ปี (Fletcher, 1999 อ้างถึงใน เพ็ญโพยม เศษสมบัติ, 2547) เซลล์ของกล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยเซลล์ไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนยาน อัตราการเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้าง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะหักง่ายและติดช้า หมอนรองกระดูกบางลง ทำให้หลังค่อม การทรงตัวไม่มีการเคลื่อนไหวช้า กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ ปริมาณน้ำไขข้อลดลง ทำให้มี

การเสื่อมของข้อต่าง ๆ และการเคลื่อนไหวไม่สะดวก ทำให้เกิดข้อติดแข็ง ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โดยเฉพาะข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง เป็นต้น

2.1.4 ระบบการไหลเวียน (Cardiovascular system) ประกอบด้วย หัวใจ หลอดเลือดและเลือด โดยเลือดทำหน้าที่เป็นตัว กลางนำพาสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทุกส่วนของร่างกาย อาศัยผ่านหลอดเลือดที่มีขนาดต่าง ๆ กัน และอาศัยแรงดันจากการบีบตัวของหัวใจ ทำให้เลือดไหลไปสู่ส่วนปลายได้ การไหลเวียนของเลือดเป็นลักษณะการไหลไปในทิศทางเดียวกัน (Unidirectional flow) และเป็นระบบปิด (Closed circuit) จากหัวใจเข้าสู่ระบบหลอดเลือดแดง จนถึงระดับหลอดเลือดฝอย (คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรภมม, 2529) พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือดเมื่อมีอายุมากขึ้น รวมทั้งมีปัจจัยเสริม ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2548)

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของหัวใจ ดังนี้

1) กล้ามเนื้อหัวใจ โดยปกติจะมีเนื้อเยื่อ (Collagen) แทรกอยู่ทั่วไปในเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่ออายุมากขึ้น collagen จะมากขึ้น เป็นผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงประสิทธิภาพของการหดตัวและคลายตัวของหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจลดลง และมีสาร amyloid ไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น

2) ลิ้นหัวใจ จะมีการเปลี่ยนแปลงมากที่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกและไมตรัล เนื่องจากจำนวนนิวเคลียสลดลง มีการสะสมไขมันใน fibrous stroma มีการเสื่อมของ collagen และมีการสะสมของแคลเซียม เป็นผลทำให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหวปิด-เปิดน้อยลง และตีบแคบ การเปลี่ยนแปลงที่ลิ้นหัวใจเอออร์ติก ทำให้ได้ยินเสียง systolic ejection murmur และที่ลิ้นหัวใจไมตรัล ได้ยินเสียง pansystolic murmur (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

3) ระบบสื่อไฟฟ้าของหัวใจ (Conductive system) พบว่ามีการลดลงของ pacemaker cell ใน sino – atrial node โดยเริ่มมีการลดลงช้า ๆ ในช่วงอายุกลางคน และหลังอายุ 60 ปีจะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่ออายุ 75 ปี พบ pacemaker cell ใน sino – atrial node เหลือเพียงร้อยละ 10 ของจำนวนปกติ และหลังอายุ 60 ปี left bundle branch จะลดลงกว่าร้อยละ 50 จะถูกแทนที่ด้วยพังผืด (Fibrous tissue)

4) หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary arteries) พบว่ามีปริมาณเนื้อเยื่อยืดหยุ่น (Elastic) ในผนังหลอดเลือดลดลง 1 ใน 3 เป็นผลจากการเสื่อมของ elastic laminae มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้น ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Arteriosclerosis) โดยเฉพาะหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ทำให้ระดับความดันโลหิต Systolic สูงขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาของหัวใจ ดังนี้

- 1) อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เพราะ S – A node ทำงานลดลง
- 2) การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าลง โดยพบว่าลดลงประมาณร้อยละ 50 เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจาก 20 ปีเป็น 80 ปี
- 3) ปริมาณเลือดของหัวใจ (Cardiac output) ขณะพักจะลดลง พบว่าคนอายุ 70 ปี ปริมาณเลือดจะลดลงร้อยละ 25 ของคนอายุ 25 ปี ทั้งนี้เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลง และ stroke volume ลดลง

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ความยืดหยุ่นและเส้นเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียลดลง ภาวะนี้พบได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี โดยเปลี่ยนแปลงจากชั้นในสุดของหลอดเลือดซึ่งจะหนาขึ้น และมีการแตกสลาย มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ผนังชั้นกลางซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบจะมีการเสื่อมสลาย และมีไขมันมาพอกพูนมากขึ้น ในระยะหลังจะเริ่มมีแคลเซียมมาเกาะติดมากตามขึ้น ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งตัว แทนการยืดหยุ่นและเกิดภาวะเส้นเลือดแตกหรืออุดตันได้

การเปลี่ยนแปลงของแรงดันเลือด ระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic จะสูงขึ้นตามอายุจนถึงอายุ 60 ปี หลังจากนั้นระดับความดันโลหิต diastolic จะลดลง จะทำให้ pulse pressure เพิ่มมากขึ้น และระดับความดันจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจ น้ำหนักตัว และระบบ Renin – angiotensin – aldosterone (บรูลู ศิริพานิช, 2548) การตอบสนองของ beta adrenergic receptor ลดลง เป็นผลให้อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มจากการกระตุ้นไม่สัมพันธ์กัน ได้แก่ การออกกำลังกายที่รุนแรง ทำให้หัวใจและปริมาณเลือดสูบฉีดจากหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการ และการตอบสนองของ baroreceptor ลดลง เป็นผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ระดับความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (Postural hypertension) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ผู้สูงอายุจึงออกกำลังกายได้ลดลงและมีอาการวูบเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ

การเปลี่ยนแปลงของเลือด ปริมาณเลือดในร่างกายคงที่ เม็ดเลือดแดงมีอายุคงที่ แต่การสร้างทดแทนเซลล์เก่าจะช้าลง เนื่องจากการขาดสารอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง ผู้สูงอายุเกิดภาวะโลหิตจางได้ง่าย จำนวนและการกระจายของเม็ดเลือดขาวไม่เปลี่ยนแปลง ความสามารถในการกลืนทำลายเชื้อโรค (Phagocytosis) ปกติ จำนวนและโครงสร้างเกร็ดเลือดคงที่ แต่ Fibrinogen มีระดับสูง ทำให้ค่า ESR สูงขึ้น

2.1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) มีการเปลี่ยนแปลงปริมาตรของปอด เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้นมีการระบายอากาศภายในปอดไม่สม่ำเสมอ ในทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขน (cilia) รีเฟล็กการไอลดลง การทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้ในทางเดินหายใจได้ง่าย

2.1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เหงือกหุ้มรากฟันร่นลงทำให้ฟันยาวขึ้น เซลล์สร้างฟันลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ต่อมน้ำลายเสียหายที่ การผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้ง การติดเชื้ในปากมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น ระบบการย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้อาหารไม่ย่อย ท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูกง่าย

2.1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary system) ขนาดและน้ำหนักของไตในผู้สูงอายุลดลง ผังหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไต และอัตราการกรองของไตลดลงประมาณร้อยละ 50 กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับขนาดกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้สูงอายุจึงถ่ายปัสสาวะบ่อย ในผู้ชายต่อมลูกหมากโตขึ้น และผลิตสารคัดหลั่งน้อยลง อัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่ฝ่อเล็กลง มดลูกขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลงมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น เยื่อบุช่องคลอดบางลง

2.1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) น้ำหนักต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง ต่อมไทรอยด์มีเนื้อเยื่อพังผืดสะสมมากขึ้น การทำงานลดลง ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และน้ำหนักลด ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติทำให้ระดับความทนต่อน้ำตาลลดลง ต่อมเพศทำงานลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุหญิงระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจึงลดลงมากทำให้ไม่มีประจำเดือน สำหรับผู้สูงอายุชาย มีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าเพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อย ๆ ลดลงทีละน้อย

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคม มีผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเริ่มวิตกกังวลกับความไม่แน่นอนในชีวิต มีความรู้สึกกลัว เช่น กลัวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย เป็นต้น และวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว สูญเสียอำนาจหรือความสมบูรณ์พูนสุข โดยจะนำไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่นอย่างช้า ๆ และเกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเอง การไม่ยอมรับใน

กระบวนการเปลี่ยนแปลง จะนำมาซึ่งความด้อยประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุพยายามมีส่วนร่วมในสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การเลือกสรรสิ่ง หรือกิจกรรมที่เหมาะสม และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (Successful ageing) ผู้ที่ประสบความสำเร็จ จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีอารมณ์และการรับรู้ที่เหมาะสมกับวัย และสถานะของตน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในวัยสูงอายุ ซึ่งพบได้ในการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

2.3.1 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

2.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้นเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง เนื่องจากบุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์เหมือนในอดีต การเคารพนับถือและการกตัญญูลดน้อยลง มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ในสังคมเปลี่ยนแปลงไปยึดถือด้านวัตถุนิยม ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคมมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

2.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดคงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม จึงทำให้เกิดการต่อต้านความคิดใหม่ใหม่ ๆ เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้นกลายเป็นคนด้าสมัย ทำให้ลูกหลานไม่ยอมเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว จึงแยกตัวเอง และเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

2.3.4 การปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะทำให้บุคคลมีความมั่นคง และมีศักดิ์ศรีในตนเองท่ามารถพึ่งพาตนเองได้ การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุค่อย ๆ ถอยตัวเองออกจากงานและเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่หากเกิดขึ้นทันทีทันใดที่ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทัน จะทำให้เกิดการสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการสูญเสียดังกล่าว อาจก่อให้เกิดปัญหา และความทุกข์ใจแก่ผู้สูงอายุอย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่ไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการเปลี่ยนแปลงหลังการปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุ ต้องมีการปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต และผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะมี พฤติกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ชะลอความเสื่อมหรือภาวะทุพพลภาพได้ และเป็น ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจเป็นศักยภาพหรือความสามารถที่มีอิทธิพลหรือควบคุมผลกระทบของเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับตน พลังอำนาจของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถ ที่จัดการกับการเจ็บป่วยเพื่อควบคุมอาการของโรค ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ให้ สามารถดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.1 ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลัง อำนาจบุคคล

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการของบุคคลที่จะ ใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมี ความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคม ที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของ บุคคล สามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึง ความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการ เพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรม เพื่อ เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

Zimmerman (2000) กล่าวว่า เป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุม ตนเอง ให้ดำเนินชีวิตไปถึงจุดมุ่งหมายอย่างมีวิจารณญาณ และเข้าใจสังคม สิ่งแวดล้อมที่เป็น ความต้องการพื้นฐานของตนเอง

อรพวรรณ ลือบุญวัชชัย (2543) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายาม ที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อ การปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง โดยบุคคลจะ ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิดและมีอิสระในการตัดสินใจ

ดารุณี จามจรี (2545) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่ม ความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสนำไปกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของ

ตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหา ปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือ บุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วย ซึ่ง เอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถ สร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการ รักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของตนตามแนวทางที่ตนกำหนดขึ้น

สรินทร เทียวโสธร (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่ม ความสามารถ การเป็นหุ้นส่วนและความยอมรับคุณค่าในตัวบุคคล เป็นกระบวนการของการ เปลี่ยนแปลงเพื่อเพิ่มพลังอำนาจและเป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วม

ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น กระบวนการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการเลือกชีวิตของตนเอง สามารถ ควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิต โดยให้เกิดความรู้จักมั่นใจใน ตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า รู้สึกตนเองมีพลังในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตไปสู่สิ่งที่ดี และบรรลุเป้าหมาย

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) กล่าวถึง การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลว่า เป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งอำนาจ เสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการควบคุมการ ดำเนินชีวิตของตน โดยที่พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและควบคุม สุขภาพ เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมให้แก่ตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ มีความอิสระ และ รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สายสุดา โภชนาภรณ์ (2548) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการ พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิต รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และมีพลังในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตของ ตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นและบรรลุเป้าหมาย

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ยอมรับคุณค่าในตัวบุคคล เกิดแรงจูงใจ และความมั่นใจในการบรรลุ เป้าหมาย โดยการมีส่วนร่วมและอิสระในการตัดสินใจเลือก ในงานวิจัยฉบับนี้เสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้มีความสามารถในการจัดการตนเอง ให้ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับประทานอาหาร งดอาหารรสเค็ม อาหารจำพวกไขมัน

แป้งและน้ำตาล ด้านการออกกำลังกาย ให้มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ด้านการจัดการความเครียด มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและด้านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง สามารถรับประทานได้ถูกต้องและครบถ้วน จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความสามารถที่มีอิทธิพลควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นพลังอำนาจที่เกิดจากแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวทุกคน (Miller, 1992) ประกอบด้วย

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพทางกาย และเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve) เมื่อระบบร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการใด ๆ ของบุคคลก็จะลดลง

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and Social support) ความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยหรือความไม่แน่นอนของชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความหมดหวัง ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการช่วยเหลือให้ดำรงไว้ซึ่งความคิดทางบวก ป้องกันความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่าบุคคลที่ให้การดูแล รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น อุปกรณ์เครื่องมือนำมาช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนข้อมูล

3. อัตมโนทัศน์ทางบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง ได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (Self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตมโนทัศน์และเป็นตัวชี้วัดความรู้สึกมีคุณค่า อันจะนำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพตนเอง

4. พลังงาน (Energy) หมายถึง ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรจะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้น พลังงานใช้กับการเจริญเติบโต การเรียนรู้ ทำงานและทำกิจกรรม

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจ ในการสร้างทางเลือกและการลงมือกระทำ ความรู้เป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย อำนาจการรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหา การประเมินภาวะทางจิตและทางกาย นำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิตใจ

6. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะ และการพิจารณาตนเอง ทำให้มีการเรียนรู้ มีส่วนร่วมและพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง

7. ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึง ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่ ความเชื่อในตนเอง หรือความเชื่อในความสามารถ รวมถึงความเชื่อในศาสนา เป็นการสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการตนเอง

3.2 องค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.2.1 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1) คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ พยาบาลมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเป็นผู้ช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบความสำเร็จ บรรลุวัตถุประสงค์ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีความสามารถที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่ พยาบาลมีบทบาทในการทำให้เกิดสัมพันธภาพในการรักษา และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพอื่น ๆ สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเกิดจากความเคารพซึ่งกันและกัน รวมถึงการที่พยาบาลยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นผู้มีความสามารถและพัฒนาความสามารถได้

2) คุณลักษณะของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Gibson (1991) ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factors) ได้แก่ ค่านิยมของตนเอง ความเชื่อ การมีเป้าหมายในชีวิตและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ผ่านมา ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยอมรับทางสังคม ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

3.2.2 คุณสมบัติของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1) การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีหน้าที่โดยตรงต่อสุขภาพ พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้ป่วยมีอำนาจ และอิสระที่จะเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการ

2) การเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย

- 3) ให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง สามารถกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพด้วยตนเอง
- 4) การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วิธีการและมีอิสระในการตัดสินใจ
- 5) การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
- 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่า ตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษา ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนที่จะนำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิต

3.2.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Funnell et al. (1991) กล่าวว่า กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and education) ได้แก่ ความรู้ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล การควบคุมแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ และประสบการณ์ในการประเมินประเมินประสิทธิผลของการตัดสินใจ
- 2) ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง (Self-regulation) อันจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลทางด้านสุขภาพและความผาสุก มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการตระหนักรู้ในตนเองที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการแสดงออก ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ระยะ

- 1) การค้นพบความจริง (Discovering reality) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมในการผ่อนคลายความคับข้องใจ ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น และตัดสินใจได้ถูกต้อง
- 2) การสะท้อนคิดอย่างวิจาร์ณญาณ (Critical reflection) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเองรวมทั้งแนวทางแก้ไข
- 3) การดำเนินการด้วยตนเอง (Taking charge) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อที่ตอบสนองความต้องการของตน และจัดการกับปัญหาของตนอย่างมีประสิทธิภาพ

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) หมายถึง การจัดให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่ดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

Bling (1998 อ้างใน ดารณี จามจรี, 2546) กล่าวว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด และความสนใจ ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดดีของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล

2) เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดความมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง

3) เพิ่มแหล่งพลังอำนาจ ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุน เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ดารณี จามจรี (2546) กล่าวว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

1) การสร้างความร่วมมือ เป็นขั้นตอนแรกของการเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

2) การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนตามสภาพจริง สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและจัดอันดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล

3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา มีความมั่นใจในการตัดสินใจจัดการกับปัญหา

4) การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร เป็นการร่วมกับผู้ป่วยค้นหาความต้องการที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การดำเนินการด้วยตนเอง เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตน

6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และแสดงออกถึงความรู้สึกการควบคุมและความสามารถในตนเองต่อการจัดการกับปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการที่มีความสอดคล้องกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและได้ข้อมูลที่เป็นจริง ในระยะการค้นหาสภาพจริงสะท้อนถึงการรวบรวมข้อมูลที่ได้ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อนำไปวางแผนจัดการกับความเจ็บป่วย ในระยะการสะท้อนคิดอย่างวิจาร์ณญาณ ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหา สามารถจัดอันดับความสำคัญของปัญหาและวางแผนการจัดการได้ สอดคล้องกับระยะการวางแผนการพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกัน ในระยะการดำเนินการด้วยตนเอง เป็นการที่ผู้สูงอายุนำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมได้ดี และการทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ตนเองรู้สึกตนเองมีคุณค่า (self concept and self esteem) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548) สอดคล้องกับการปฏิบัติกรพยาบาล และในระยะการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการประเมินผลการพยาบาล เป็นการประเมินผลการนำไปปฏิบัติว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด และในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ ดารณี จามจรี (2546) ในขั้นตอนที่ 6 เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะ ผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการได้ ดังนั้น กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) จึงมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบทบาทการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในงานวิจัยฉบับนี้มากที่สุด กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ระยะ รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง เป็นการเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค้นหาสภาพการณ์จริง ประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจของผู้สูงอายุ เข้าใจและยอมรับ ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสะท้อนกลับทางด้านความคิด การแสดงออกทางคำพูด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ตนเอง

ระยะที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ เป็นการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ ด้วยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจกับปัญหา มีข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจเลือก และพิจารณาอย่างรอบคอบถึงประโยชน์ที่ได้รับ ผู้สูงอายุมีทักษะในการแสวงหาทางเลือกการจัดการกับปัญหา เกิดการรับรู้และไตร่ตรองอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับพยาบาล มีความเชื่อมั่นที่จะตัดสินใจ และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัญหาตามแนวทางที่ตัดสินใจ ส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหา

ระยะที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเอง เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง หลังจากผ่านทั้งสองระยะดังกล่าวข้างต้นในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด โดยภายใต้เงื่อนไขของแต่ละบุคคล เป็นวิธีที่แก้ไขปัญหาตนเองได้ มีความสอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ

ระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนตามที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นต่อไป พยาบาลจะต้องสนับสนุนทางด้านกำลังใจให้สามารถดำเนินการตามแผนอย่างไม่ย่อท้อ ด้วยการช่วยเพิ่มความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม และเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมได้ พร้อมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ติดตามและให้การสนับสนุน รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้ดำเนินการตามแผน จนสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเอง เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ โดยพยาบาลต้องมีทักษะการให้การปรึกษา การให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการ จนผู้ป่วยสามารถนำไปตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้เหมาะสมกับสภาวะโรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเกิดผลลัพธ์ (Outcomes) ดังนี้

1) การนับถือตนเอง (Self - esteem) บุคคลที่นับถือตนเองสูงจะเป็นคนที่ปรับตัวให้ชีวิตมีความสุข และปราศจากความวิตกกังวล มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วยความมั่นใจ บุคคลที่มีความนับถือตนเองต่ำจะมีความรู้สึกต่อตนเองทางด้านลบ และคิดว่าจะทำอะไรก็มีความล้มเหลว การส่งเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และส่งผลในการนับถือตนเองในทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาด้านตนเองเกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่รวมถึงการปรับตัวและการยอมรับกับการเจ็บป่วย

2) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal - control) เป็นความรู้สึกที่บุคคลสามารถตัดสินใจ และดำเนินการให้เกิดผลตามที่ตนปรารถนา พบว่าเมื่อบุคคลมีความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ หรือรู้สึกขาดการควบคุมจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยิ่งบุคคลมีความรู้สึกกับการสูญเสียการควบคุมมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งมีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

3) ความสามารถในตน (Self - efficacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ความสามารถในตนต่อการดำเนินกิจกรรมนั้นสามารถทำนายการกระทำในอนาคต และปฏิบัติการตอบสนองต่อจิตใจของบุคคลได้อีกด้วย

4) การปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับบุคคล ปรับเปลี่ยนความสามารถของบุคคล มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5) การมีสุขภาวะที่ดี (Well - being) การมีสุขภาวะที่ดี เป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจะมีสภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ หรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป

4. การพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ

พยาบาลถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป้าหมายหลักของการพยาบาลผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต (Quality of life) (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) โดยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุทุกภาวะสุขภาพ ให้ดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายของชีวิต รวมถึง

1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี โดยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค เรียกว่า การป้องกันโรคระยะที่ 1 (Primary prevention)

2. ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน (Acute illness) โดยการให้การพยาบาลตามอาการของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะทุพพลภาพจากโรค เรียกว่า การป้องกันระยะที่ 2 (Secondary prevention)

3. ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) โดยการส่งเสริมระดับการช่วยเหลือตนเอง ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและลดภาวะทุพพลภาพ เรียกว่า การป้องกันระยะที่ 3 (Tertiary prevention)

4. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการตระหนักถึงตนเอง (Self awareness) และส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่า การมีศักดิ์ศรี (Dignity) และการดำรงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง

5. ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพร่วมในการประเมินปัญหา หาแนวทางในการแก้ปัญหา

ดังนั้น การให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จึงมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและการรับประทานยา จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง คงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินภาวะคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันระบบการให้บริการสุขภาพอนามัย พยาบาลมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลและต้องมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2549) ดังต่อไปนี้

1. บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (Health education) พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากข้อมูล ความรู้และทักษะ เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2545) พบว่า การให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอจนผู้ป่วยเข้าใจสภาพของโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้ดี

2. บทบาทเป็นผู้ให้การปรึกษา (Counselor) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้ เข้าใจ ยอมรับตนเอง และยอมรับปัญหาของตนเอง ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาปรับตัว และพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้อง (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2546) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ยอมรับที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยและสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต รวมถึงพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลนำข้อมูลที่ได้รับ เป็นแนวทางการเสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย เหตุผลของการรักษาที่แท้จริง เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดพลังอำนาจในการดูแลตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ จากการศึกษาของ อูรา สุวรรณรักษ์ (2542) พบว่า การให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

3. บทบาทเป็นผู้ให้การดูแล (Care provider) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการประเมินสภาพปัญหาเบื้องต้น และให้การดูแล แก้ไขปัญหาที่อาจลุกลาม

4. บทบาทเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามแผน และเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่กล้าซักถามเมื่อมีปัญหา ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความกลัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ พยาบาลจึงต้องช่วยค้นหาความต้องการหรือความสงสัยของผู้ป่วย และต้องช่วยประสานให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามข้อข้องใจกับทีมสุขภาพ หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่กล้าถาม พยาบาลต้องช่วยถามให้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและรู้สึกว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจและเชื่อถือได้ รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ

5. บทบาทการจัดการในการดูแล (Care manager) พยาบาลทำหน้าที่บริหารจัดการในด้านการบริการสุขภาพต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบ ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ

6. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case manager) ในการบริหารจัดการด้านการให้บริการทางสุขภาพจะมุ่งเน้นรายบุคคล เนื่องจากแต่ละบุคคลมีปัญหาทางด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดแตกต่างกัน ซึ่งต้องมีการติดตามเป็นรายกรณี ตั้งแต่รับไว้ตรวจรักษา ส่งต่อ ติดตามผล รับกลับและติดตามเยี่ยมบ้าน

7. ผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator) เป็นการดูแลอำนวยความสะดวกและการติดต่อประสานงาน เช่น การบริการจัดเตรียมสถานที่ การนัดพบปะของกลุ่มผู้ป่วยทั้งในสถานที่ทำงานหรือในชุมชน

8. การศึกษาวิจัย (Research) ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ ยกระดับมาตรฐานในการให้บริการต่อไป

9. เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Initiator) โดยเป็นผู้ริเริ่มในการทำกิจกรรม โครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

10. เป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocator) โดยการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุ สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพและสังคมเท่าเทียมกับคนอื่น สิทธิที่ควรได้รับการคุ้มครองจากผู้แสวงผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ

ในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลเฉพาะสาขาต้องเป็นพยาบาลวุฒิปริญญาโท (สภาการพยาบาล, 2547 อ่างใน ศิริพันธ์์ สาส์ตย์, 2549) และอนาคตประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติในหน่วยปฐมภูมิและทุติยภูมิ ต้องมีการพัฒนาให้

มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะสาขา โดยเฉพาะสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุต้องมีการพบปะทบทวนที่ตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 โรคความดันโลหิตสูง

อรพินท์ ภายโรจน์ (2542) ศึกษา ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดมีระดับต่ำ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้

อุบลรัตน์ จินดาวณิชย์ (2545) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเสนาให้ จังหวัดสระบุรี พบว่า ระดับการศึกษา การเข้าถึงและการยอมรับระบบบริการ การได้รับแรงกระตุ้นจากสังคมและระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ร้อยละ 11.5

วาสนา ครุฑเมือง (2548) ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7

5.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

จิตชนก หัสดี (2541) ศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหาร ชั้นประทวน กรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี โดยวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-60 ปี จำนวน 50 คน ใช้กระบวนการกลุ่ม สัปดาห์ละครั้งจำนวน 5 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคและมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ศึกษา ผลการใช้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช เปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 30 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มทดลองได้รับการ

พยาบาลโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นค้นหาความจริง 2) ขั้นพิจารณาไตร่ตรองสถานการณ์ 3) ขั้นการเป็นผู้ดำเนินการ 4) ขั้นการรักษาความรู้สึกมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 10 ราย โดยใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกจากการสังเกตและอภิปราย ประเมินประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในแบบการรับรู้พลัง กิจกรรมที่ใช้สนับสนุนขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 10 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี การยอมรับความเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การอภิปรายปัญหาร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการติดตามและการประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมกันหาแนวทางเลือกที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการประเมินผลย้อนกลับ พบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว มีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น และการรับรู้พลังอำนาจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสถิติ ภายหลังจากเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 เดือน และ 3 เดือน

พีไลวรรณ ยอดประสิทธิ์ (2542) พบว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเอง ในด้านการเลือกอาหารรับประทาน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และการมาตามนัดดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อุรา สุวรรณรักษ์ (2542) ศึกษา การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสทิทิงพระ จังหวัดสงขลา จำนวน 60 คน โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพรายบุคคล 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ให้การปรึกษาทางสุขภาพแบบกลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรค มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วรรณเพ็ญ กรอบทอง (2544) ศึกษา ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี จำนวน 64 คน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม จำนวน 4 วัน ติดตามผลหลังสิ้นสุดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกในการมีคุณค่าในตนเอง ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพ ภายหลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม

จินตนา ยูนิพันธุ์ และดารณี จามจรี (2545) ศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังบริบทสังคมไทย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 12 คนกลุ่มอายุ 61-70 ปี พบว่า ปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย คือ แรงจูงใจ ความหวัง การได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ และการยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยเกิดจากผลกระทบของการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ทักษะในการดูแลตนเองและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ยากลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จัดแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มการทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ ตามระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมธิณี จันตียะ (2547) ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 15 คน โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของ Gibson (1995) พบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สายสุดา โภชนากรณ์ (2548) ศึกษา การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะซีมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกระทู้แม่แบน อำเภอกะทู้แม่แบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 20 คน พบว่า ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีภาวะซีมเศร้าน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

Hayners et al. (1976) ศึกษาเปรียบเทียบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อความร่วมมือในการรักษา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 38 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ วัดความดันโลหิตที่บ้าน ให้ข้อมูลและความรู้เรื่องรับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวัน มีบุคลากรในทีมสุขภาพไปเยี่ยม

และเสริมพลังอำนาจที่บ้าน กลุ่มควบคุม 18 คน ได้รับการบริการตามปกติใช้เวลา 6 เดือน พบว่ากลุ่มควบคุมให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงร้อยละ 15 กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.3 ระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองลดลง 17 คน ใน 20 คน และลดลงถึงเป้าหมาย 2 คน แสดงว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการกระตุ้นและให้กำลังใจมีผลต่อความร่วมมือการรักษา

Gibson (1995) ศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยโรคระบบประสาท ซึ่งกำลังทุกข์ทรมานกับภาวะรับผิดชอบ ห่วงใยกังวลต่อการดูแลบุตรของตน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดา ทำให้เกิดความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่า มารดาผู้ป่วยมีความรู้ ความคิด ความเข้าใจและรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเอง มีความมั่นใจและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Bling (1998 อ้างใน ดารณี จามจุรี, 2546) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการแสวงหาทักษะและความรู้ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องกันและตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การใช้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ ความคิดเชิงบวก พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วยและความคิดเชิงบวกรวมถึงความผาสุก

6. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตามแนวคิดของ Gibson (1995) มาใช้ ประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) การค้นพบความจริง (Discovering reality) ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความคับข้องใจ ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น และตัดสินใจได้ถูกต้อง 2) การสะท้อนคิดอย่างวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบุปัญหาและความต้องการของตนเองรวมทั้งแนวทางแก้ไข 3) การดำเนินการด้วยตนเอง (Taking charge) ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองความต้องการของตน และจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่ดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้ระยะเวลาในการจัดการทำเท่ากับการศึกษาของ วรณเพ็ญกรอบทอง (2544) ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเองเพื่อควบคุม

โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ครั้ง และประเมินผลใน 1 เดือน พบว่าความรู้สึกรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งคะแนนเฉลี่ยของ systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ลดลง ต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดี สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิด

| โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ | |
|--|--|
| เสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย | |
| ครั้งที่ 1 | ในสัปดาห์ที่ 1 เสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล โดยประเมินพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 ระยะ ใช้ระยะเวลา 60 – 90 นาที |
| | 1.1 สร้างสัมพันธภาพ |
| | 1.2 ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ |
| | ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเล่าถึงการกระทำความรู้สึก ความคิดเห็น และการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาที่มีต่อผลสุขภาพ |
| | ระยะที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลและสะท้อนคิดจนผู้สูงอายุเข้าใจกับปัญหา มีข้อมูลเพียงพอต่อการวางแผนและจัดการกับปัญหา |
| ครั้งที่ 2 และ 3 | โทรศัพท์ติดตาม เพื่อดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเอง และระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 โดยการแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลให้เพียงพอ ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเองและสร้างแรงจูงใจ ให้มีการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลา 10-15 นาที |
| ครั้งที่ 4 | ในสัปดาห์ที่ 4 เสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล โดยประเมินระดับพลังอำนาจ และตรวจสอบแบบบันทึกติดตามตนเอง ให้คำชื่นชมผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีและให้การ ปรีกษาในส่วนตัวพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้ เวลา |

พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

- การควบคุมอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การจัดการความเครียด
- การรับประทานยา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบศึกษาจัดเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Control group pretest - posttest designs)

| | | | |
|-------------|---------|---|-------|
| กลุ่มทดลอง | O_1 | X | O_2 |
| กลุ่มควบคุม | O_3 | | O_4 |
| X | หมายถึง | โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ | |
| O_1 | หมายถึง | พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนทดลองในกลุ่มทดลอง | |
| O_2 | หมายถึง | พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทดลองในกลุ่มทดลอง | |
| O_3 | หมายถึง | พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม | |
| O_4 | หมายถึง | พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทดลองในกลุ่มควบคุม | |

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 26 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2550 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น
2. ไม่ภาวะหลงลืมหรือสมองเสื่อม มีคะแนนสมรรถภาพสมองในเกณฑ์ปกติ โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini - Mental State Examination Thai Version 2002)
3. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12

4. เป็นผู้ป่วยที่มีพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยถึงพลังอำนาจระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ ดารณี จามจรี (2546) มีระดับคะแนน ≤ 119 คะแนน

5. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

6. มีความยินดีเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ราย (Polit & Hunger, 1999) ดังนั้น เพื่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย

ขั้นตอนในการคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประสานงานและชี้แจงวัตถุประสงค์ให้หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคความดันโลหิตสูงทราบ และขอทะเบียนนัดผู้ป่วย เพื่อทำการสำรวจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ คัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. จัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่ (Matched pair) โดยให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคและระดับพลังอำนาจ เนื่องจากอายุและเพศ มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ และความสามารถการดูแลตนเอง (อภินันท์ คูตระกูล, 2542; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548) ระยะเวลาการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อุบลรัตน์ จินดาวณิชย์, 2545) และระดับพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์กับความสามารถของบุคคลในการควบคุม จัดการกับปัญหาและความสำเร็จของการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน (Berckman and Austin, 1993)

3. เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มาตรวจรักษาตามแพทย์นัด ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินสมรรถภาพสมองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับพลังอำนาจ ผู้วิจัยตัดกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินออกและหากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชนิด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

การสร้างและลักษณะเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini - Mental State Examination Thai Version 2002 : MMSE-Thai 2002) เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ (2542) มีข้อคำถาม 11 ข้อ โดยมีการแปลผลภาวะสมรรถภาพสมองผิดปกติ แบ่งตาม ระดับการศึกษา ดังนี้ ผู้สูงอายุอ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ได้คะแนน ≤ 14 ผู้สูงอายุเรียนระดับ ประถมศึกษา ได้คะแนน ≤ 17 และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน ≤ 22 หากพบผู้สูงอายุสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยส่งต่อแพทย์เพื่อทำการรักษา สำหรับการศึกษาคั้ง นี้ไม่พบผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) ของ Jitapunkul (1994) ปรับปรุงจาก Barthel and Mahoney (1989) เป็นเครื่องมือ ที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจำนวน 10 กิจกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ แปลผล ดังนี้ 0 – 4 คะแนน แสดงว่าผู้สูงอายุต้องได้รับการช่วยเหลือทั้งหมด 5 – 8 คะแนน แสดงว่ามีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง 9 – 11 คะแนน แสดงว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง และ 12 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก ช่วยเหลือตนเองได้ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก ทั้งหมด

1.3 แบบประเมินพลังอำนาจ ผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงจากแบบประเมินพลัง อำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของดารณี จามจรี (2546) สร้างจากกรอบแนวคิดแหล่งพลังอำนาจของ Miller (1992) ร่วมกับผลการศึกษาลงอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรค เรื้อรังในบริบทสังคมไทยของดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เป็นแบบประเมินพลัง อำนาจ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 4) การรับรู้ต่อตนเอง 5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยได้นำมา ดัดแปลงเป็นข้อคำถามปลายปิดจำนวน 20 ข้อ สร้างข้อคำถามแบบระดับมาตรา มีลักษณะ คำถาม 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน ระดับ พลังอำนาจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ระดับพลังอำนาจมาก เท่ากับ 4 คะแนน ระดับพลัง

อำนาจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ระดับพลังอำนาจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และระดับพลังอำนาจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผล ระดับพลังอำนาจ โดยกำหนดคะแนนระดับพลังอำนาจหลังการทดลองเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง 10 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงจากแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ ดารณี จามจรี (2546) เป็นประเมินพลังอำนาจ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) ความสามารถในการจัดการกับปัญหา 4) การรับรู้ต่อตนเอง 5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม รวมมีทั้งหมด 30 ข้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ชนิดไม่ทราบสาเหตุ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 จำนวน 27 ข้อ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .90 ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับเกณฑ์ของ Polit & Hungler (1999) ดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ดีมีค่า $\geq .80$ และไม่มีข้อเสนอนะให้ปรับปรุงแก้ไข นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบอีกครั้ง และให้คงข้อคำถามเดิมไว้ทั้งหมด

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.77 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีค่าใกล้เคียงกับค่าความเที่ยงเกณฑ์มาตรฐาน 0.8 ขึ้นไป (Burns & Grove, 1997) จากการทดลองใช้ พบว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อคำถามได้ดี

สำหรับการศึกษานี้ นี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับพลังอำนาจอยู่ในช่วง 88 – 110 คะแนน เนื่องจากพลังอำนาจมีผลต่อความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วย

หากคะแนนระดับพลังอำนาจต่ำความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยตนเองลดลง (ดาร์นี จามจุรี, 2546)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระยะเวลาการเป็นโรค และโรคร่วมอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ วิภาวรรณ จรรย์สุภรินทร์ (2544) เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานครบรักษาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน การปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด 3 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน 2 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้อง 1 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.73 ผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงข้อคำถาม แล้วนำมาประเมินความถูกต้องทั้งประเภท ความถี่ จำนวนครั้งของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ และความหมายของข้อคำถาม

การแปลผล พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้อิงเกณฑ์ ซึ่งประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom (1971 อ้างใน วิภาวรรณ จรรย์สุภรินทร์, 2544) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 10 ข้อคำถาม

- ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ตั้งแต่ 24 – 30 คะแนน
- ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 คือ ตั้งแต่ 18 – 23 คะแนน
- ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 – 17 คะแนน

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อคำถาม

- ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ตั้งแต่ 9.6 – 12 คะแนน
- ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 คือ ตั้งแต่ 7.2 – 9.5 คะแนน
- ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 – 7.1 คะแนน

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อคำถาม

- ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ตั้งแต่ 14.4 – 18 คะแนน
- ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 คือ ตั้งแต่ 10.8 – 14.3 คะแนน

- ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 – 10.7 คะแนน

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อคำถาม

- ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ตั้งแต่ 12 – 15 คะแนน
- ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 คือ ตั้งแต่ 9 – 11 คะแนน
- ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 – 8 คะแนน

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมทุกด้าน จำนวน 25 ข้อ

- ระดับดี ได้คะแนนร้อยละ 80 คือ ตั้งแต่ 60 – 75 คะแนน
- ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 คือ ระดับคะแนน 45 – 59 คะแนน
- ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 - 44 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงจากแบบสอบถามของ วิทยารรณ จรรย์ศุภรินทร์ (2544) เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายเครียด และการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ข้อ แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 จำนวน 22 ข้อ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .88 ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับเกณฑ์ของ Polit & Hungler (1999) ค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq .80$ และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นข้อคำถาม ดังนี้

ข้อคำถามเกี่ยวกับด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งคำถาม“ใน 1 – 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานผัก บ่อยเพียงใด” เป็นข้อคำถามประเด็นเดียว ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เพิ่มข้อคำถาม “การรับประทานผลไม้”ในข้อคำถามเดียวกัน และในข้อคำถามด้านการจัดการความเครียด ผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นคำถาม “เมื่อมีความเครียด ท่านระบายความเครียดกับคนหรือสิ่งของ” ซึ่งเป็นประเด็นคำถามมีความหมายทั้งด้านบวกและลบในข้อคำถามเดียวกัน โดยการระบายความเครียดกับสิ่งของ เป็นความหมายเชิงลบ และการระบายความเครียดกับคน เป็นความหมายเชิงบวก ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เลือกข้อคำถามที่มีความหมายอย่างเดียว

เมื่อได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและได้ปรับข้อคำถามในส่วนที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ โดยปรับข้อคำถามด้านการรับประทานอาหาร “ใน 1 – 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานผักและผลไม้ บ่อยเพียงใด” ด้าน

การจัดการความเครียด ปรับข้อความเป็นข้อความที่มีความหมายเชิงบวกเพียงอย่างเดียว โดยปรับเป็นข้อความ “เมื่อมีความเครียดท่านระบายความเครียดกับคน บ่อยเพียงใด”

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.78 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีค่าใกล้เคียงกับค่าความเที่ยงเกณฑ์มาตรฐาน 0.8 ขึ้นไป (Burns & Grove, 1997) จากการทดลองใช้ พบว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อความได้ดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้ทบทวนจาก โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ อูรา สุวรรณรักษ์ (2542) ที่สร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามกรอบแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ประเมินผลในเดือนที่ 4 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ สามารถมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

3.1 ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำราวารสารและผลงานวิจัยต่างๆ

3.2 สร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรก ให้การพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล โดยการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้สูงอายุกับผู้วิจัย เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม และดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 ระยะ คือ 1) การค้นพบความจริง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้บอกเล่าถึงการกระทำ ความรู้สึก ความคิดเห็น และการดำเนินชีวิตประจำวันที่ผ่านมาที่มีผลต่อสุขภาพ 2) สะท้อนคิดอย่างวิจารณ์ญาณ เป็นการสร้างพลังให้ผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุซักถาม ทำความเข้าใจกับปัญหาและสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติม จนผู้สูงอายุมีข้อมูลที่เพียงพอ

ต่อการเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหา และวางแผนการจัดการปัญหา ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 60 – 90 นาที

ครั้งที่ 2 และ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 โดยการโทรศัพท์ติดตามสนับสนุนในพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจระยะที่ 3) การดำเนินการด้วยตนเอง ผู้วิจัยทบทวนความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุ สนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน และสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการภาวะโรคระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที

ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 ให้การพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคลโดยให้ผู้สูงอายุซักถาม และสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งประเมินพลังอำนาจและสำรวจแบบบันทึกติดตามตนเอง ยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจ และประเมินพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อน

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นคู่มือสำหรับพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล และใช้สื่อ ดังนี้

1. ภาพพลิก มีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อน

2. คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื้อหาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อน เป็นเนื้อหาเหมือนในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยแจกให้ผู้ป่วยในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีขั้นตอนการจัดทำดังนี้

1. รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. จัดหารูปภาพประกอบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และสื่อที่ใช้ในการสอน ได้แก่ ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และแบบบันทึกการติดตามตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของปัญหา ความเหมาะสมของรูปแบบ การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของภาพประกอบ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละเครื่องมือ ดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ปรับวัตถุประสงค์เฉพาะให้สอดคล้องกับกิจกรรม เช่น วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 1 เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหาและผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง ปรับเป็น เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับพยาบาล

1.2 เพิ่มรายละเอียดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้แสดงกิจกรรมของผู้สูงอายุในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชัดเจน เดิมเป็นกิจกรรมที่บรรยายไม่ได้แสดงให้เห็นว่าเป็นกิจกรรมของพยาบาลหรือของผู้สูงอายุ ให้ปรับเพิ่มตารางแสดงกิจกรรมของพยาบาลและผู้สูงอายุ ปรับข้อมูลให้สอดคล้องกับตาราง

เมื่อได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ไขในส่วนที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ โดยปรับวัตถุประสงค์เฉพาะและเพิ่มตารางแสดงกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น ตารางเสริมสร้างพลังอำนาจพยาบาลและผู้สูงอายุ

2. ภาพพลิก และคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีข้อเสนอแนะดังนี้

2.1 ปรับรูปแบบอักษรให้ผู้สูงอายุอ่านได้ง่าย

2.2 ปรับภาพให้เหมาะสมกับเนื้อหา

2.3 พิจารณาตัดเนื้อหาบางอย่างที่เข้าใจยากออก

เมื่อได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและได้ปรับแก้ไขในส่วนที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ โดยปรับอักษร เป็นอักษรธรรมดาอ่านง่าย เพิ่มภาพให้สอดคล้องกับเนื้อหา และตัดข้อมูลการหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุสับสน

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

4.1 แบบบันทึกติดตามตนเอง เป็นแบบบันทึกการติดตามตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้ตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างตามข้อตกลงเบื้องต้น ในเรื่องรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา โดยให้ผู้ป่วยบันทึกเองหรือญาติบันทึกให้ ซึ่งในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 แบบบันทึกการติดตามตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยทราบผลการปฏิบัติตัวของตนเองและสามารถวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ส่วนผู้วิจัยได้นำผลจากการบันทึกการปฏิบัติมาใช้ในการประเมินพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในวันประเมินผลการทดลอง

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 26 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2550 ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 เตรียมการทดลอง

- 1.1 สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในวิจัย
- 1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล
- 1.3 ผู้วิจัยนำเสนอโครงการต่อหัวหน้างานผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้ทราบถึงรายละเอียด ขั้นตอน และวิธีการที่ดำเนินการเพื่อพิจารณาอนุมัติ
- 1.4 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการทดลอง โดยติดต่อใช้สถานที่ห้องสุขภาพจิตของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ
- 1.5 ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยสำรวจประชากรโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ จากทะเบียนนัดและเวชระเบียน คัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นโรค จำนวน 20 คู่
- 1.6 เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งดำเนินการพินิจสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ประเมินภาวะสมองเสื่อม ด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ด้วย Barthel ADL Index และประเมินพลังอำนาจ ด้วยแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้มีทุกรายมีภาวะสมองปกติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก และมีคะแนนพลังอำนาจอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำไปพร้อมกัน แต่ป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่ม โดยผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาให้

ความรู้ในห้องที่จัดเตรียมไว้ แล้วนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งอยู่คนละฟากกับห้องตรวจผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

2.1 กลุ่มควบคุม เมื่อผ่านการประเมินและได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ปฏิบัติดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามแบบสอบถาม และนัดพบผู้ป่วยอีกครั้ง เมื่อครบ 4 สัปดาห์ตรงวันนัดพบแพทย์

2.1.2 หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยการให้ความรู้เป็นกลุ่มก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องตามโปรแกรมการสอนของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่จัดสอนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการรับประทานยาหมื่นเวียนกันไปโดยไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ด้วยการบรรยายปากเปล่า ไม่ได้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

2.2 กลุ่มทดลองเมื่อผ่านการประเมินและได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ปฏิบัติดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยนำผู้ป่วยไปห้องที่จัดเตรียมไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามแบบสอบถาม แล้วให้การพยาบาลตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่วางไว้ ครั้งที่ 1 ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 60 – 90 นาที

2.2.2 สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้สูงอายุกับผู้วิจัย ให้สามารถเปิดเผยข้อมูลตามความจริง และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ยอมรับในความเป็นบุคคล โดยแสดงท่าที่เป็นกันเองและยอมรับฟังความคิดเห็น

2.2.3 ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงการกระทำความรู้สึก ความคิดเห็น และการดำเนินชีวิตประจำวันที่ผ่านมาที่มีผลต่อสุขภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูล และสะท้อนกลับด้านความคิด ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเอง รับรู้ปัญหาสุขภาพของตนตามความเป็นจริง และรับรู้ปัญหาสุขภาพที่ต้องการแก้ไข ในระยะนี้ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ จึงสามารถเล่าความรู้สึกที่เป็นจริงมา หากผู้สูงอายุไม่มีสัมพันธภาพที่ดีมาก่อนหรือเพิ่งทำความรู้จัก ผู้สูงอายุมักแสดงอาการลังเลเล็กน้อย ต้องอธิบายให้เข้าใจและใช้เวลาในการพูดคุยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีมาก่อน

ระยะที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างวิจารณ์ญาณ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อคำถาม ทำความเข้าใจกับปัญหาและสนับสนุนให้ข้อมูลเพิ่ม โดยใช้ภาพพลิก

เป็นสื่อ เช่น ความรู้เรื่องโรค ผลกระทบของโรค ผลดีของการควบคุมระดับความดันโลหิต วิธีการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา และวางแผนการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป ในระยะนี้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเพิ่มเติมและหากมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน เช่น มีเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจ และสามารถบอกเล่าถึงแผนที่จะดำเนินการต่อไปได้ชัดเจนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประสบการณ์

2.2.4 หลังจากดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 1 แล้ว ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุสามารถบอกถึงแผนที่จะไปปฏิบัติต่อไปได้ จึงมอบคู่มือการดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกติดตามตนเอง พร้อมทั้งอธิบายการบันทึกลงในแบบบันทึกติดตามตนเอง

2.2.5 ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งแรก เป็นการสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ โดยเป็นที่เล็งสนับสนุนข้อมูลและความรู้เพิ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนและสร้างแรงจูงใจชมเชยในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ดี เป็นการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจระยะที่ 3 การดำเนินการด้วยตนเอง ผู้วิจัยทบทวนความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุ สนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน และสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะโรค และระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้เวลาครั้งละ 10 - 15 นาที ในการนัดหมายโทรศัพท์ พบว่า ผู้สูงอายุบางรายนัดให้โทรศัพท์ตอนหลัง 10.00 น. บางรายให้โทรศัพท์ หลัง 18.00 น. เป็นต้น เนื่องจากต้องออกไปทำสวน ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมตามเวลาที่ผู้สูงอายุแจ้งไว้ โดยเมื่อผู้สูงอายุหรือญาติรับโทรศัพท์ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสอบถามความพร้อมของผู้สูงอายุทุกครั้ง ก่อนสิ้นสุดการโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะสรุปผลที่ได้จากการพูดคุยและให้ผู้สูงอายุสรุปสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป แล้วนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามครั้งต่อไป ซึ่งห่างจากครั้งนี้ 1 สัปดาห์

2.2.6 ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 โดยปฏิบัติตามกิจกรรมเหมือนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งแรก ใช้เวลา 10 - 15 นาที และนัดพบครั้งต่อไปที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงตรงกับวันนัดพบแพทย์

ขั้นที่ 3 การประเมินผล เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยปฏิบัติ ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินระดับพลังอำนาจและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามแบบสอบถาม แจ้งให้ผู้สูงอายุทราบว่าสิ้นสุด

การเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ พร้อมขอขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ และให้คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุพร้อมทั้งให้การแนะนำ

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 4 โดยเปิดโอกาสให้ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประเมินระดับพลังอำนาจและตรวจสอบแบบบันทึกติดตามตนเอง ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามแบบสอบถาม ใช้เวลา 30 – 45 นาที

สิ่งที่ได้จากการนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในคลินิก กล่าวพูดคุย ซักถาม และแสดงความคิดเห็น มากขึ้น ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อถือ ศรัทธา และง่ายต่อการให้ข้อมูล เพื่อช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีผู้สูงอายุบอกว่าเมื่อตื่นนอนทุกวัน คิดถึงผู้วิจัยที่แนะนำให้เดินออกกำลังกาย นาน 30 นาที จึงได้เดินออกกำลังกายและคิดว่าต้องพยายามทำตามคำแนะนำ เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทดลองได้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยดำเนินการ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t - test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t - test



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experiment) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการจับคู่ตามเพศเดียวกัน อายุและระดับพลังอำนาจที่ใกล้เคียงกัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในตารางที่ 4 - 5)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในตารางที่ 6 - 7)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นโรค และโรคประจำตัว

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง (n = 20) | | กลุ่มควบคุม (n = 20) | | รวม (n = 40) | |
|--------------------------|------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 5 | 25 | 5 | 25 | 10 | 25 |
| หญิง | 15 | 75 | 15 | 75 | 30 | 75 |
| อายุ | | | | | | |
| 60 – 65 ปี | 8 | 40 | 8 | 40 | 16 | 40 |
| 66 – 70 ปี | 4 | 20 | 5 | 25 | 9 | 22.5 |
| 70 ปีขึ้นไป | 8 | 40 | 7 | 35 | 15 | 37.5 |
| อายุเฉลี่ย (\bar{X}) | 67.95 | | 67.80 | | 67.88 | |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 2 | 10 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| ประถมศึกษา | 17 | 85 | 20 | 100 | 37 | 92.5 |
| ปวช. | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 2.5 |
| ศาสนา | | | | | | |
| ศาสนาพุทธ | 20 | 100 | 20 | 100 | 40 | 100 |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| โสดและหม้าย | 9 | 45 | 7 | 35 | 16 | 40 |
| คู่ | 11 | 55 | 13 | 65 | 24 | 60 |
| อาชีพ | | | | | | |
| งานบ้าน | 6 | 50 | 4 | 20 | 10 | 25 |
| เกษตรกรรม | 13 | 65 | 16 | 80 | 29 | 72.5 |
| ข้าราชการบำนาญ | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 2.5 |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | รวม | |
|--------------------------------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
| | (n = 20) | | (n = 20) | | (n = 40) | |
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| รายได้เฉลี่ย | | | | | | |
| น้อยกว่า 2,000 บาท | 6 | 30 | 0 | 0 | 6 | 15 |
| 2,001 - 4000 บาท | 8 | 40 | 11 | 55 | 19 | 47.5 |
| 4,001 – 6,000 บาท | 1 | 5 | 5 | 25 | 6 | 15 |
| มากกว่า 6,001 บาท | 5 | 25 | 4 | 20 | 9 | 22.5 |
| ดัชนีมวลกาย (BMI) | | | | | | |
| 18.5 – 24.9 (ปกติ) | 12 | 60 | 12 | 60 | 24 | 60 |
| มากกว่า 25 (อ้วน) | 8 | 40 | 8 | 40 | 16 | 40 |
| ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี) | | | | | | |
| 1 - 5 ปี | 9 | 45 | 9 | 45 | 18 | 45 |
| 6 – 10 ปี | 11 | 55 | 11 | 55 | 22 | 55 |
| โรคประจำตัว | | | | | | |
| ไม่มีโรคประจำตัวอื่น | 20 | 100 | 20 | 100 | 40 | 100 |

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 (n = 30 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 (n = 16 คน) อายุเฉลี่ย 67.88 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 92.5 (n = 37 คน) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 (n = 24 คน) อาชีพส่วนใหญ่ เป็นอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 72.5 (n = 29 คน) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,001 – 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.5 (n = 19 คน) เพียงพอต่อการใช้ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 60 (n = 24 คน) ระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในระหว่าง 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 (n = 22 คน) และไม่มีโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในตารางที่ 4 - 5)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)

| | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | ค่าสถิติ | |
|-----------------------------|----------------|------|----------------|------|----------|---------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | p-value |
| กลุ่มทดลอง | | | | | | |
| พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน | 57.35 | 2.96 | 66.20 | 4.76 | 7.96 | .00 |
| | (ระดับปานกลาง) | | (ระดับดี) | | | |
| กลุ่มควบคุม | | | | | | |
| พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน | 54.55 | 5.56 | 56.30 | 5.65 | 3.04 | .00 |
| | (ระดับปานกลาง) | | (ระดับปานกลาง) | | | |

จากตารางแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนทดลอง และหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนทดลองเท่ากับ 57.35 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองเท่ากับ 66.20

กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนทดลองเท่ากับ 54.56 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองเท่ากับ 56.30

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน

| พฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | ค่าสถิติ | | |
|---------------------------------|-----------|-------|-----------|------|----------|----|---------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | df | p-value |
| กลุ่มทดลอง | | | | | | | |
| - ด้านการควบคุมอาหาร | 23.95 | 2.26 | 26.85 | 3.56 | 3.80 | 19 | .00 |
| - ด้านการออกกำลังกาย | 9.00 | 1.52 | 10.45 | 1.05 | 5.45 | 19 | .00 |
| - ด้านการจัดการความเครียด | 10.75 | 1.83 | 14.40 | 1.27 | 10.00 | 19 | .00 |
| - ด้านการรับประทานยา | 13.65 | 1.60 | 14.50 | .89 | 2.38 | 19 | .03 |
| กลุ่มควบคุม | | | | | | | |
| - ด้านการควบคุมอาหาร | 22.35 | 3.50 | 23.20 | 3.61 | 2.90 | 19 | .01 |
| - ด้านการออกกำลังกาย | 8.15 | 1.76 | 8.85 | 1.60 | 3.39 | 19 | .00 |
| - ด้านการจัดการความเครียด | 10.65 | 1.57 | 10.75 | 1.97 | .46 | 19 | .65 |
| - ด้านการรับประทานยา | 13.40 | 17.79 | 13.50 | 1.57 | .49 | 19 | .63 |

จากตารางแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทุกด้านคือ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการกำจัดความเครียด และด้านการรับประทานยาหลังทดลองและก่อนการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนทดลองเท่ากับ 23.95, 9.00, 10.75 และ 13.65 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองเท่ากับ 26.85, 10.45, 14.40 และ 14.50 โดยรวมอยู่ในระดับดีตามลำดับ

กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร และด้านการออกกำลังกาย หลังทดลองและก่อนการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร และด้านการออกกำลังกายก่อนทดลองเท่ากับ 22.35 และ 8.15 อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านควบคุมอาหาร และด้านการออกกำลังกาย หลังการทดลองเท่ากับ 23.20 และ 8.85 อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยาก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงในตารางที่ 6 - 7)

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1 = n_2 = 20$)

| | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | ค่าสถิติ | |
|-----------------------------|----------------|------|----------------|------|----------|---------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | p-value |
| ก่อนทดลอง | | | | | | |
| พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน | 57.35 | 2.96 | 54.55 | 5.56 | 1.98 | .054 |
| | (ระดับปานกลาง) | | (ระดับปานกลาง) | | | |
| หลังทดลอง | | | | | | |
| พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน | 66.20 | 4.76 | 56.30 | 5.65 | 5.54 | .000 |
| | (ระดับดี) | | (ระดับปานกลาง) | | | |

จากตารางแสดงให้เห็นว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มทดลองเท่ากับ 57.35 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 54.55 อยู่ในระดับปานกลาง

หลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มทดลองเท่ากับ 66.20 อยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 56.30 อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้าน ($n_1 = n_2 = 20$)

| พฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | ค่าสถิติ | | |
|---------------------------------|------------|------|-------------|------|----------|----|---------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | df | p-value |
| ก่อนทดลอง | | | | | | | |
| - ด้านการควบคุมอาหาร | 23.95 | 2.26 | 22.35 | 3.50 | 1.72 | 38 | .94 |
| - ด้านการออกกำลังกาย | 9.00 | 1.52 | 8.15 | 1.76 | 1.64 | 38 | .11 |
| - ด้านการจัดการความเครียด | 10.75 | 1.83 | 10.65 | 1.57 | .19 | 38 | .85 |
| - ด้านการรับประทานยา | 13.65 | 1.60 | 13.40 | 1.79 | .47 | 38 | .64 |
| หลังทดลอง | | | | | | | |
| - ด้านการควบคุมอาหาร | 26.85 | 3.56 | 23.20 | 3.61 | 3.22 | 38 | .00 |
| - ด้านการออกกำลังกาย | 10.45 | 1.05 | 8.85 | 1.60 | 3.74 | 38 | .00 |
| - ด้านการจัดการความเครียด | 14.40 | 1.27 | 10.75 | 1.97 | 6.96 | 38 | .00 |
| - ด้านการรับประทานยา | 14.50 | .89 | 13.50 | 1.57 | 2.48 | 38 | .02 |

จากตารางแสดงให้เห็นว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการกำจัดความเครียดและด้านการรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา กลุ่มทดลอง เท่ากับ 26.85, 10.45, 14.40 และ 14.50 อยู่ในระดับดีทุกด้าน ตามลำดับ และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านควบคุมอาหารเท่ากับ 23.20 ระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 8.85 ระดับปานกลาง ด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 10.75 ระดับน้อย และด้านการรับประทานยาเท่ากับ 13.50 อยู่ในระดับดี ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research designs) แบบสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest control groups designs) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้รับการพยาบาลตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ปัญหาการวิจัย

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ หรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่มีความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 26 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 18 พฤษภาคม 2550 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น มีคะแนนสมรรถภาพสมองในเกณฑ์ปกติ โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (MMSE - Thai 2002) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index มีพลังอำนาจอยู่ในระดับน้อยถึงพลังอำนาจระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงจากแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ ดารณี จามจรี (2546) และมีความยินดีเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (MMSE - T) เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ของ คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) ของ Jitapunkul (1994) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และแบบประเมินพลังอำนาจ ผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงจากแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ ดารณี จามจรี (2546)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ตามแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และสื่อที่ใช้สนับสนุนข้อมูลในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย ภาพพลิก และคู่มือการดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษา และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .78

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินระดับพลังอำนาจ และแบบบันทึกการติดตามตนเอง นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษา และนำแบบประเมินระดับพลังอำนาจตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .77

การดำเนินการทดลอง

ก่อนการทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย แล้วทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการให้ผู้สูงอายุได้บอกเล่าถึงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา หลังจากนั้น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องให้ผู้สูงอายุได้รับทราบ พร้อมทั้งสะท้อนคิด เพื่อเสริมสร้างพลังให้ผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจ เห็นความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ควรปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาวะโรค และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามโปรแกรม

หลังการทดลอง เมื่อครบ 4 สัปดาห์ (ตรงกับวันแพทย์นัดตรวจ) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินระดับพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และติดตามพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ปฏิบัติของกลุ่มทดลองจากการแบบบันทึกการติดตามตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทดสอบการแจกแจงความถี่ของข้อมูลพบว่าปกติ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและความถี่ของข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t - test และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนทดลองเท่ากับ 57.35 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเท่ากับ 65.45 อยู่ในระดับดี มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 4 หน้า 62) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 และผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำแนกตามรายด้าน (ดังแสดงในตารางที่ 5 หน้า 63) ดังนี้

ด้านการควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนทดลองเท่ากับ 23.95 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเท่ากับ 26.85 อยู่ในระดับดี มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นผลเนื่องจากผู้วิจัยได้เสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุนุคคล โดยให้ผู้สูงอายุเล่ารายการอาหารที่รับประทานในวันก่อนมาโรงพยาบาล และรายการอาหารที่ขอรับประทาน ผู้วิจัยให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาหารเค็ม ประเภทอาหาร ปริมาณอาหารที่ควรรับประทานและเหมาะสมกับโรค จนผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถเลือกประเภทอาหารรับประทานได้ถูกต้อง และในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 มีการโทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับรายการอาหารผู้สูงอายุนรับประทาน กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการเลือกอาหารรับประทาน เช่น ผู้สูงอายุเคยรับประทานอาหารโดยการเติมน้ำปลาในข้าวทุกครั้ง เมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุงดเติมน้ำปลาในข้าว เป็นต้น และ

ผู้สูงอายุบันทึกการอาหารที่รับประทานในแบบบันทึกติดตามมากกว่า 3 วันในหนึ่งสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลภัก สำราญจิตต์ (2538) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับความรู้ ความเชื่อและทัศนคติที่ดีกับโรค ทำให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนทดลองเท่ากับ 9.00 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเท่ากับ 10.45 อยู่ในระดับดี มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นผลจากผู้วิจัยเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลประโยชน์ของการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีน้อย เช่น การใช้เวลาที่เหมาะสม สถานที่ออกกำลังกาย การสนับสนุนจากสังคมหรือครอบครัว และความพร้อมของร่างกาย จนผู้สูงอายุเข้าใจ และมีแรงจูงใจ สามารถเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสม และในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 โทศัพท์สอบถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในสัปดาห์ที่ผ่านมา กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินเร็วในช่วงเวลาเช้า ใช้เวลานานมากกว่า 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จากเดิมที่ผู้สูงอายุมีการเดิน เคลื่อนไหวร่างกายเล็กน้อย ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที และผู้สูงอายุบันทึกการออกกำลังกายที่ได้ปฏิบัติในแบบบันทึกติดตามมากกว่า 3 วัน ในหนึ่งสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา ดาสา (2544) พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของอาจารย์สตรี ในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีสูงขึ้นหลังจากรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และการศึกษาของ สุวิมล สันติเวส (2544) พบว่า การเพิ่มสมรรถนะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น

ด้านการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนทดลองเท่ากับ 10.75 อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองเท่ากับ 14.40 อยู่ในระดับดี มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล รู้วิธีการจัดการกับความเครียดมากขึ้น ทำให้มีการจัดการความเครียดที่ดี และในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 โทศัพท์สอบถามเกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ และผู้สูงอายุบันทึกการจัดการความเครียดที่ได้ปฏิบัติในแบบบันทึกติดตามมากกว่า 3 วันในหนึ่งสัปดาห์ เป็นการกระตุ้นเตือนและเฝ้าระวังการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น ผู้สูงอายุมีความเครียดสามารถนวดคลายเครียดได้ด้วยตนเอง หลังจากผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และผู้สูงอายุมีความกล้าในการพูดคุยกับเพื่อน เนื่องจากได้รับข้อมูลการพูดคุยกับเพื่อนเป็นการจัดการความเครียดที่ดีอีกวิธีหนึ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2548)

ด้านการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนทดลองเท่ากับ 13.65 อยู่ในระดับดี หลังการทดลองเท่ากับ 14.50 อยู่ในระดับดี มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงกิจวัตรประจำวัน และวิธีการจัดยารับประทาน เพื่อร่วมกันขจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานยาไม่ตรงเวลา ไม่ครบถ้วน หรือลืมรับประทานยา และในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 โทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยา ชมเชยให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ดี ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการรับประทานยามากขึ้น เช่น การเดินทางไปภูธรนอกบ้าน เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุลืมรับประทานยาบ่อย ได้ร่วมหาแนวทางโดยการให้ผู้สูงอายุนำยาใส่ กระเป๋าถือทุกครั้งก่อนออกนอกบ้าน และให้รับประทานยาทันทีทุกครั้งที่ได้ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ของ สรินทร เขียวใสธร (2545) และผลทิพย์ ปานแดง (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

จากการที่ผู้วิจัยเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้กระบวนการเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน ยอมรับคุณค่าในตัวบุคคล เกิดการจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยกับผู้สูงอายุค้นหาข้อมูล ความรู้และปัจจัยเกี่ยวข้องกับโรค สะท้อนคิดในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนผู้สูงอายุสามารถระบุปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ตัดสินใจเลือกพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม เป็นการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล สามารถวางแผนนำไปปฏิบัติด้วยตนเองและปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาของ จิตชนก หัสดี (2541) การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคและมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษา Hayners et al. (1976) ศึกษาเปรียบเทียบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อความร่วมมือในการรักษา โดยศึกษากลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการเสริมพลังอำนาจให้ข้อมูลและความรู้เรื่องรับประทานยาลดความดันโลหิต ร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวัน และวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยบุคลากรในทีมสุขภาพไปเสริมสร้างพลังอำนาจเยี่ยมที่บ้าน กลุ่มควบคุม 18 คน ได้รับการบริการตามปกติใช้เวลา 6 เดือน พบว่ากลุ่มควบคุมให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงร้อยละ 15 กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.3 ระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองลดลง 17 คน และลดลงถึงเป้าหมาย 2 คน

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้ เริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อถือ และมีเจตคติที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุ กล้าพูด บอกเล่าในสิ่งที่ปฏิบัติจริง กล้าซักถามในสิ่งที่สงสัย ผู้วิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สามารถนำมาเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุได้ตรงประเด็น โดยการ สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล มีผลนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ สามารถจัดอันดับความสำคัญของปัญหา ตัดสินเลือกและ วางแผนการปฏิบัติ นำไปดำเนินการด้วยตนเองและปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป การศึกษา ครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้แนวคิดของ Gibson (1995) ซึ่งเป็น กระบวนการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจให้กับบุคคล มีการสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน ยอมรับคุณค่าในตัวบุคคล และมีการจัดการแบบมีส่วนร่วมเพื่อจัดอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไข

การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 โดยการพูดคุย ซักถาม พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ข้อมูล ให้การ บริक्षाในปัญหาที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ได้แก่ ผู้สูงอายุยังคงรับประทานนมจืดกับแกงไตปลา ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณโซเดียมในนมจืดที่รับประทาน ต้องรับประทานอย่างจำกัด ลด ปริมาณการรับประทานลง เป็นต้น การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ซักถาม เป็นการสื่อสาร 2 ทาง กระตุ้น ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจ มีพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (ดารณี จามจรี, 2546) สามารถจัดการกับปัญหาและให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการศึกษาผลของการดูแล สุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน ของ วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548) พบว่า ภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการ ดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการบริการ

การประเมินระดับพลังอำนาจและตรวจสอบแบบประเมินติดตามตนเองของ ผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนระดับพลังอำนาจของผู้สูงอายุเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง 10 คะแนนขึ้นไปทุกคน (ดังแสดงตารางที่ 9 หน้า 103) และการบันทึกติดตามตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุบันทึกข้อมูลในแบบติดตามตนเองครบถ้วน จำนวน 11 ท่าน บุตรและหลานช่วยบันทึก 5 ท่าน และผู้สูงอายุ 4 ท่าน มีข้อมูลแบบบันทึกติดตามตนเองไม่ครบถ้วน ขาดบันทึกรายการอาหาร ที่รับประทาน ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนขาด ผู้สูงอายุสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมจน ครบถ้วน และในส่วนของผู้สูงอายุที่สามารถบันทึกแบบติดตามด้วยตนเองครบถ้วน ส่วนมากเป็น ผู้สูงอายุวัยตอนต้น ผู้สูงอายุที่บันทึกไม่ครบถ้วน เป็นผู้สูงอายุเพศผู้ชาย 3 ท่าน เพศหญิง 1 ท่าน และผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานบันทึกให้ มีทั้งเพศหญิงและชาย พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนระดับ

พลังอำนาจเพิ่มมากกว่า 20 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษา ของอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกการรับรู้ภาวะโรคและการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับความรัก การเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ

โรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หรือภาวะไตวาย เป็นต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การควบคุมอาหารที่มีปริมาณแคลอรีเหมาะสมต่อการควบคุมน้ำหนัก การลดอาหารรสเค็ม การงดอาหารที่ไขมันอิ่มตัว ลดการดื่มแอลกอฮอล์ เลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม (เตือนใจ หมวกแก้ว, 2540; จิตชนก หัสดี, 2541; ธิดาทิพย์ ชัยศิริ, 2541; สุทิน คำชาย, 2541; ยุพิน หงษ์ชิน, 2542; สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543 ; วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์, 2544; สุพรรณิณี ชีโย, 2545; อารักษ์ใจธรรม, 2545; ปรศนี ศรีกัน, 2546; ธันดา ตระการวิษ, 2547 และ ลีวรรณ อุณาภิรักษ์, 2548) ดังนั้น การนำไปโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ยอมรับคุณค่าในตัวบุคคล สร้างความมั่นใจในการบรรลุเป้าหมาย อย่างมีส่วนร่วม และมีอิสระในการตัดสินใจเลือกการจัดการหรือแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ให้ความต่อเนื่องและเหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับ ประเทือง ภูมิภักทราคม (2540) พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีเกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีได้ (สุกาญดา หนูรักษ์, 2546)

สมมุติฐานที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เท่ากับ 60.88 อยู่ในระดับดี และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เท่ากับ 56.30 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ กลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 6 หน้า 64) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 และผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำแนกตามรายด้าน (ดังแสดงในตารางที่ 7 หน้า 65) ดังนี้

ด้านการควบคุมอาหาร ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อทดลองเท่ากับ 26.85 อยู่ในระดับดีและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อควบคุมเท่ากับ 23.20 อยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อทดลองเท่ากับ 10.45 อยู่ในระดับดีและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อควบคุมเท่ากับ 8.85 อยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการจัดการความเครียด ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อทดลองเท่ากับ 14.40 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อควบคุมเท่ากับ 10.75 อยู่ในระดับน้อย และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการรับประทานยา คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 14.50 อยู่ในระดับดี กลุ่มควบคุมเฉลี่ย เท่ากับ 13.50 อยู่ในระดับดี และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก มีการให้ข้อมูลการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการรับประทานยา และในบางครั้งมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การงดน้ำงดอาหารเพื่อเจาะเลือดตรวจสุขภาพ เป็นการให้ข้อมูลรายกลุ่มและรายบุคคล โดยไม่มีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน การสื่อสารเป็นการสื่อสารทางเดียว ข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับก็ไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้ความสนใจลดลง การรับรู้ น้อยลง นอกจากนี้การให้ข้อมูลรายกลุ่มจะมีผู้สูงอายุจำนวนมาก ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความกล้าในการสอบถามปัญหาหรือข้อข้องใจ รวมทั้งลักษณะการให้ข้อมูลเป็นแบบที่ผู้ให้ข้อมูลซ่อนยัดตนเองเป็นศูนย์กลาง ไม่ได้สอดคล้องกับวิถีดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และจากการพูดคุยสอบถามผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้สูงอายุไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว มักจะบอกว่า “ไม่รู้ ไม่เคยมีใครแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา” และประเภทอาหารที่ควรควบคุม ผู้สูงอายุบอกว่า “งดอาหารหวาน ๆ และมัน ๆ” จากการศึกษาของ ศิริพร จิรวัฒนกุล

และคณะ (2540) พบว่า การปฏิบัติงานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลฝ่ายกาย และโรงพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติการพยาบาลแบบ “ Task Oriented “ โดยมุ่งการทำงานประจำให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวร ไม่มีการดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษากับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารแบบทางเดียวจากพยาบาลสู่ผู้ป่วย ในรูปคำสั่ง คำสอน และคำแนะนำ ไม่เน้นการสื่อสารเพื่อการบำบัด จึงทำให้การพยาบาลแบบปกติมีประสิทธิภาพน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหารและด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น แต่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทุกด้านเพิ่มขึ้น แต่อยู่ในระดับดี (ดังแสดงในตารางที่ 5 หน้า 63) การที่ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นในด้านการควบคุมอาหารและด้านการออกกำลังกายนั้น อาจเนื่องจากปัจจุบันมีสื่อสาธารณะที่มีการรณรงค์ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีช่องทางารได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ด้านนโยบายสาธารณะมีการจัดสถานที่การออกกำลังกาย จัดกิจกรรมประกวดการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ในการวิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการจัดการความเครียดและด้านการรับประทานยา พบว่า ไม่มีความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เนื่องจากวิธีการจัดการความเครียดมีหลายวิธี และในข้อคำถามการจัดการความเครียดมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการนอนพักผ่อนในช่วงกลางวัน การนั่งสมาธิคลายเครียดหรือการนวดคลายเครียด ซึ่งเป็นวิธีคลายเครียดที่ผู้สูงอายุต้องมีข้อมูลและได้รับการฝึกทักษะอย่างเพียงพอ จึงนำไปปฏิบัติได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลปกติจึงมีวิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างไป จากการประเมินพบว่าผู้สูงอายุมีการจัดการความเครียดโดยการทำสวนในเวลากลางวัน และในเวลากลางคืนผู้สูงอายุจะดูทีวี เป็นต้น พฤติกรรมการรับประทานยา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง แต่ผู้สูงอายุยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง ครบถ้วนและวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อลืมรับประทานยา ทำให้พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติไม่มีความแตกต่างกัน

การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลให้ความรู้ ให้การปรึกษา ชักถามปัญหา มีการสื่อสาร 2 ทาง ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

และมีการเรียนรู้ร่วมกัน สอดคล้องกับการเรียนรู้และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ดังนี้

1. ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยการที่พยาบาลต้องไต่ถามและรับฟัง การรับรู้ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. เนื้อหาข้อมูลจะต้องเสริมความรู้เดิม พยาบาลต้องคำนึงถึงประสบการณ์เดิม
3. ความพร้อมของผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นในการเรียนรู้
4. การมีส่วนร่วม และการฝึกปฏิบัติจะเพิ่มการเรียนรู้ และจำได้แม่นยำมากขึ้น
5. การประเมิน โดยการไต่ถามผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้มากขึ้น
6. การให้คำชมและกำลังใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และปฏิบัติได้ถูกต้อง เป็นแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม
7. เนื้อหาและวิธีการการให้ข้อมูล ต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการ เรียนรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน
8. การมีสิ่งรบกวนจะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการ ควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้
9. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้
10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจใน การตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต วางแผนและเลือกวิธีการของตนเอง จะเพิ่มแรงจูงใจในการ เรียนรู้

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะ แทรกซ้อน โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้สูงอายุกับพยาบาล ค้นพบความจริงในการปฏิบัติ มีการสะท้อน คิดอย่างวิจารณ์ญาณ ผู้สูงอายุได้สอบถาม เรียนรู้ร่วมกันและได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการ เพิ่มในส่วนตัว มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น โดยมีพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนด้านควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้าน การรับประทานยาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษา ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของ สว่างจิตต์ จันทร (2544) พบว่า ความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ การสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ สอดคล้องกับการศึกษา ผลการโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญ

ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทของ จารุวรรณ จินตามงคล (2541) พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย จิตเภท กลุ่มได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโปรแกรมการที่มีประสิทธิภาพ มีการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีความรู้ มองเห็นปัญหา สะท้อนให้เห็นคุณค่าในตนเอง อย่างเป็นระบบจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมกับสภาวะโรค มากกว่าการพยาบาลปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยาดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติ

1.1 ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ แผนกผู้ป่วยนอก เพราะเป็นโปรแกรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีส่วนร่วมทั้งในการประเมินปัญหา และเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา ให้สอดคล้องกับความต้องการและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาวได้ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มาใช้บริการมีจำนวนมาก อาจไม่เหมาะในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทุกคน จึงเสนอแนะเลือกใช้กับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีระดับพลังอำนาจในการดูแลตนเองน้อยถึงปานกลาง

1.2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติและจัดการกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน ดังนั้น ควรนำมาปรับปรุงแบบการให้การพยาบาล จากการที่พยาบาลเป็นผู้สอน ผู้ป่วยเป็นผู้รับฟัง เป็นการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา

ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเอง ให้สอดคล้องกับสภาวะโรคและวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 สนับสนุนให้มีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการติดตาม ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตาม ให้กำลังใจและสนับสนุน ให้เห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการบริหาร

2.1 การให้บริการพยาบาลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นการบริการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้การปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม ผู้บริหารควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีทักษะ การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ พบว่า การติดตามทางโทรศัพท์ทำให้ ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึที่ดี มีแรงจูงใจ มีพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีได้ ผู้บริหารควรมีนโยบายให้นำมาประยุกต์ใช้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โรคเรื้อรังอื่น ตามความจำเป็นและเหมาะสม

3. ด้านการศึกษาวิจัย

3.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในระยะยาว เพื่อศึกษาถึงความยั่งยืนของการปฏิบัติและประสิทธิภาพของ โปรแกรม

3.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบรายกลุ่ม หรือกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบรายกลุ่มร่วมกับการสนับสนุนจากผู้ดูแล เพื่อพัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.3 การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์เท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มประชากรที่ไม่สามารถติดต่อทาง โทรศัพท์ เช่น การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

3.4 ควรศึกษาถึงผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลภัก สำราญจิตร์. 2538. **การศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชามนุษยวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต. 2548. **การนัดคลายเครียด**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.
- กวรรณิกา เรือนจันทร์. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กวี เมฆประดับ. 2542. **ผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา จันทร์สูงและคณะ. 2543. Short Note in Medicine. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน. 2541. **ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คะเนิงนิจ พงศ์ถาวรกุล. 2529. **ความสัมพันธ์ศาสตร์พื้นฐานของการไหลเวียน สำหรับพยาบาล**. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. 2548. **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- จันทนา รณฤทธิชัย. 2548. **พยาธิสภาพของการไหลเวียนเลือด ใน ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล**. ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- จารุวรรณ จินตามงคล. 2541. **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จิตชนก หัสดี. 2541. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมร่วมกับแนวคิดในการสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทหารชั้นประทวนกรมพลธิการทหารบก จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนวนทอง ธนะสุภาภรณ์ และดวงกมล จันทร์นิมิตร. 2542. สุขศึกษากับโรคความดันโลหิตสูง หนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์. 2545. การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- ดารณี จามจรี. 2546. รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมพลังอำนาจในกลุ่มโรคเรื้อรัง. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- ดิลก ภิญโยทัย. 2546. ความดันโลหิตสูง : จาก JNC VII สู่การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. วารสารคลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์ 228 (ธันวาคม): 1019 - 1024.
- เดือนใจ หมวกแก้ว. 2540. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนายทหารชั้นประทวนจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทมาภรณ์ นูรณสมภพ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยน ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกกระทำทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนิกันต์ เชื้อนดิน. 2545. สุขภาพจิตของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธันนดา ตระการนิช. 2547. Delayed Progression in Chronic Disease. ใน เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์ พรศิลป์, Nephrology Review 2004. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อ จำกัด: 193 - 218.

- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล รัชตรังสรรค์. 2550. **คู่มือการดูแลตนเอง ลดน้ำหนักทำได้ ด้วยมือคุณ.** (เอกสารประกอบการอบรม). โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.
- นัยนา เมธา. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2548. **การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ในคู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ.** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: 87 – 96.
- บุตชรา นาคคำภา. 2546. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลโตนด อำเภอนนสูง จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุษกร อ่อนโนน. 2547. **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีศนี ศรีกัน. 2004. **ผลของการตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** Nursing Journal 31 (July – September): 85 – 96.
- ประทุม รัชัญญ์. 2546. **ผลของโปรแกรมฝึกโยคะต่อการลดความเครียดและความดันโลหิตในบุคคลเป็นความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประเทือง ภูมิภักตราคม. 2540. **การปรับพฤติกรรม : ทฤษฎีและการประยุกต์.** กรุงเทพมหานคร: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.
- ปราโมทย์ ธีรพงษ์. 2546. **ความดันโลหิตสูงใน JNC 7. วงการแพทย์ 38 - 42.**
- ปริญญา ดาลา. 2544. **พฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของอาจารย์สตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ปิยะนุช รักพาณิชย์. 2542. **โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว.** โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข : กรุงเทพมหานคร.
- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ สืบสายอ่อน. 2546. **การบริโภคอาหารและการรับรู้ภาวะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนารัตน์ เจนจบ. 2542. **การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์. 2542. **โปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พีระ นูรณะกิจเจริญ. 2546. **ความดันโลหิตสูงทันยุค.** สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: แชนค อี เอ็น กราฟฟิคเพรส.
- เพ็ญโพยม เชนสมบัติ. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาวนา กิริติยุดวงศ์. 2537. **การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลประจำจังหวัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี สุดสงวนศรี. 2539. **ผลการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่มโดยใช้แผ่นพับในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เมธินี จันตียะ. 2547. **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ยุพิน หงษ์วะชิติน. 2542. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมาย เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมือง ฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา ศรีธีธวัชรินทร์และผ่องพรรณ อรุณแสง. 2545. การสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อจัดทำเป็น ข้อเสนอ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านานาวิทยา.
- วาสนา ชนะพลพัฒน์. 2548. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่อง เบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาสนา ครุฑเมือง. 2548. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *Nursing Journal* 32 (October - December): 53 – 68.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2537. นิติเวชสาธก: สิทธิผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์. 2544. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลนิจ สิงหะและประไพ กิตติบุญถวัลย์. 2548. ผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชน. *วารสารการศึกษา* 16 (พฤษภาคม - สิงหาคม): 89 - 98.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล และคณะ. 2540. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*: 30 - 33.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. 2549. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาลศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. 2542. การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมชาติ โฉมฉายะ. 2540. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.

- สมโภชน์ เขี่ยมสุภาชาติ. 2543. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรินทร์ เขียวใสธร. 2545. **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สว่างจิตต์ จันทร์. 2544. **ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สถาบันพระบรมราชชนก. 2541. **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก
- สายสุดา โภชนากรณ์. 2548. **การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกระทู้มแบน อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินีนาง อนุสกุล. 2544. **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกาญดา หนูรักษ์. 2546. **พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุขุมาล ต้อยแก้ว. 2540. **การประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชัญญา วงษ์เพ็ง. 2542. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา กระจ่างแดน. 2540. **ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียด และความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุดาพร ว่องไววิทย์. 2539. **ความต้องการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤตมาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. 2545. **ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวน องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะแนวทางนโยบายและการวิจัย**. สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤตมาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณรัตน์ ชีไธ. 2548. ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. **พยาบาลสาร 32** (เมษายน – มิถุนายน): 58 – 71.
- สุวิมล สันติเวส. 2544. **ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทิน คำชาย. 2541. **ผลของการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. 2543. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพินท์ ภายโรจน์. 2542. **ผลกระทบการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรสา พันธุ์ภักดี. 2542. **กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอนงค์ สัมพัญญ. 2539. **การศึกษาปัจจัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรุณรัตน์ กาญจนะ. 2545. **ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อภิรักษ์ คุณตระกูล. 2546. **การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อารักขา ใจธรรม. 2545. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุทัยพรรณ รุดคง. 2549. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลรัตน์ จินดาวณิชย์. 2545. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุรา สุวรรณรักษ์. 2542. **การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสะทิงพระ จังหวัดสงขลา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุ๋นใจ เครือสถิต. 2542. **ประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Appel, L. J. 2003. Lifestyle Modification as a Means to Prevent and Treat High Blood Pressure. *Journal of the American Society of Nephrology*14, 99 -102.
- Appel, L. J., Champagne, C. M., et al. 2003. Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Blood Pressure Control. *JAMA* 28, 2083 – 2093.
- Berckman, K. L. and Austin, J. K. 1993. Causal Attribution, Perceived Control and Adjustment in Patient with Lung cancer. *Oncology Nursing Forum* 20 (1): 23 – 30

- Charlene, M.A. 1999. Empowerment and health behavior in a community-based hypertension control program in West Baltimore. **Geriatric Nursing** 20, 50 - 51.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, HR., et al. and the National High Blood Pressure Education Program Coordination Committee. 2003. **The Seventh Report of the Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure**. The JNC 7 Report..
- Funk, K. L., Elmer P. J., Stevens. V. J., et al. 2003. A Trail of Lifestyle Interventions for Blood Pressure Control : Intervention Desing and Rational. **Journal of Advance Nursing** 18, 988 - 995.
- Funnell, M. M. & Anderson, R. M. 2004. Empowerment and Self-Management Of Diabetis. **Clinical Diabetes** 13, 123 - 127.
- Gibson, C.H.1991. A Concept analysis of empowerment. **Journal of Advance Nursing** 16, 354 - 361.
- Gibson, C.H. 1995. The process of empowerment in mother of chronically ill children. **Journal of Advance Nursing** 21, 1201 - 1210.
- Haney, P. 1988. Providing empowerment to the person with AIDS. **Social Work** 33, 251 - 256.
- Hayness, R. B., et al. 1986. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. **Lancet**. 1 (June): 1265 – 1268.
- Heathcote, G. 2000. Autonomy, health and ageing : transnational perspective. **Health Education Research** 15, 13 - 24.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., and Ebrahim, S. 1994. The meaning of activities of Daily living in Thai elderly population : Development of a new index. **Age and Aging** 23, 97 – 101.
- Klabunde, E.R. 2004. Secondary Hypertension Cardiovascular Physiology Concept. **Journal of Advance Nursing** 10, 205 - 213.
- Krobthong, V. 2000. **The effects of the empowerment process on the self-esteem development for hypertension control**. Doctor of Philosophy of Public Health Nursing. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

- Luggen, A. S. 2004. Research Review : Hypertension Management in African Americans. *Geriatric Nursing* 25, 60 - 61.
- Miller, C. A. 1999. Update on hypertension management. *Geriatric Nursing* 20, 218 -219.
- Miller, J. F. 2000. *Client Power Resource In Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness*. 3rd ed. Philadelphia: F.A.Davis.
- Miller E. R., Erlinger T. P., Young D. R., Jehn M., Charleston J., Rhodes D., Wasan S. K., et al. 2002. Results of Diet, Exercise, and Weight loss Intervention Trial (DEW - IT) *Hypertension* 40(5): 612 - 618.
- Messias, D. K., Jong, M. K., Mcloughlin, K. 2005. Being Involved and Making a Difference. *Journal of Holistic Nursing* 23, 70 - 82.
- Mok, E., Martinson, I., and Wong, TK. S. 2004. Individual Empowerment Among Chinese Cancer Patients in Hong Kong. *Western Journal of Nursing Research* 59 - 75.
- Oparil, S. 2000. *Lifestyle modification*. In S., Oparil & M. A. Weber (Eds), *A Companion to Brenner and Rector 's The Kidney*. Philadelphia: Saunders.
- Pellino, T.,Tluczek, A.,Collins, M., Trimborn, S., Norwick, H, et al. 1998. Increasing Self-Efficacy Through Empowerment: Preoperative Education for Orthropaedic Patients. *Orthopaedic Nursing* 17, 48 – 59.
- Potipruk, J. 2005. *The Development of Empowerment Program in Patients with Uncontrolled Hypertension*. Faculty of Graduate Studies,The Degreeen of Nursing Science (Family Nurse Practitioner) Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Rowell, C. M. 1996. Analysis of the concept of Empowerment. *Journal of Advance Nursing* 22, 305 - 313.
- Szaloczy, D. M. 1998. The Triad of Empowerment: Leadership, Environment, and Professional Traits. *Nursing Economics* 16, 254 - 257.
- Zimmerman, M. A., and Rappaport, J. 1998. Citizen participation, perceived control,and psychological Empowerment . *American Journal of community Psychology* 16, 725 - 750.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

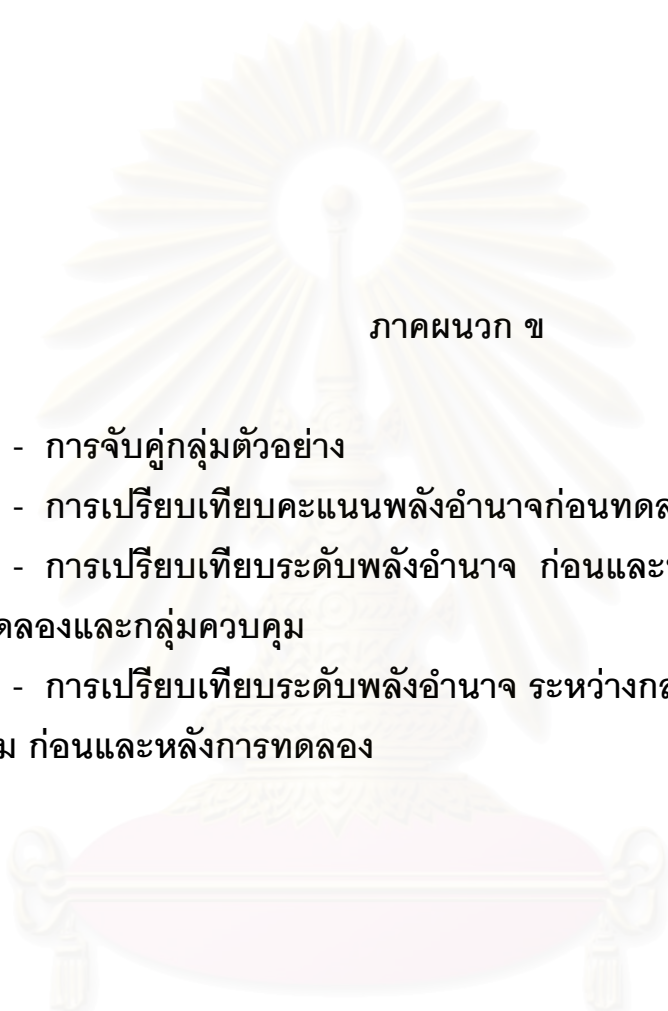
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| ชื่อ – สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด |
|------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร. พิชญภรณ์ มุลศิลป์ | อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. อาจารย์ ลินดา คล้ายปักซี่ | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี |
| 3. นพ. สุเทพ เทอดอุดมธรรม | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดและหัวใจ ประจำโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| 4. นางสาววีณา ลิ้มสกุล | พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| 5. นางจารึก ธานีรัตน์ | พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

- การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง
- การเปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจก่อนทดลองและหลังการทดลอง
- การเปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ก่อนและหลังการทดลอง

ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

- การเปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)

| ตัวอย่างที่ | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | |
|-------------|------------|-------|-----------|-------------|-------|------------|
| | ก่อน | หลัง | ผล | ก่อน | หลัง | ผล |
| | ทดลอง | ทดลอง | | ทดลอง | ทดลอง | |
| 1 | 98 | 117 | เพิ่มขึ้น | 97 | 100 | เพิ่มขึ้น |
| 2 | 108 | 122 | เพิ่มขึ้น | 103 | 104 | เพิ่มขึ้น |
| 3 | 103 | 118 | เพิ่มขึ้น | 99 | 101 | เพิ่มขึ้น |
| 4 | 97 | 112 | เพิ่มขึ้น | 98 | 100 | เพิ่มขึ้น |
| 5 | 88 | 104 | เพิ่มขึ้น | 89 | 92 | เพิ่มขึ้น |
| 6 | 110 | 125 | เพิ่มขึ้น | 108 | 108 | เหมือนเดิม |
| 7 | 88 | 108 | เพิ่มขึ้น | 88 | 90 | เพิ่มขึ้น |
| 8 | 101 | 124 | เพิ่มขึ้น | 101 | 105 | เพิ่มขึ้น |
| 9 | 102 | 119 | เพิ่มขึ้น | 102 | 102 | เหมือนเดิม |
| 10 | 94 | 114 | เพิ่มขึ้น | 95 | 97 | เพิ่มขึ้น |
| 11 | 97 | 110 | เพิ่มขึ้น | 93 | 95 | เพิ่มขึ้น |
| 12 | 97 | 117 | เพิ่มขึ้น | 96 | 98 | เพิ่มขึ้น |
| 13 | 99 | 122 | เพิ่มขึ้น | 99 | 101 | เพิ่มขึ้น |
| 14 | 94 | 117 | เพิ่มขึ้น | 96 | 96 | เหมือนเดิม |
| 15 | 96 | 116 | เพิ่มขึ้น | 97 | 99 | เพิ่มขึ้น |
| 16 | 99 | 122 | เพิ่มขึ้น | 101 | 102 | เพิ่มขึ้น |
| 17 | 100 | 122 | เพิ่มขึ้น | 98 | 100 | เพิ่มขึ้น |
| 18 | 92 | 107 | เพิ่มขึ้น | 90 | 92 | เพิ่มขึ้น |
| 19 | 95 | 115 | เพิ่มขึ้น | 96 | 97 | เพิ่มขึ้น |
| 20 | 110 | 131 | เพิ่มขึ้น | 106 | 106 | เหมือนเดิม |

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนระดับพลังอำนาจหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกคน แต่ กลุ่มควบคุมมีคะแนนระดับพลังอำนาจเพิ่มขึ้นเล็กน้อย 16 ราย และเหมือนเดิม 4 ราย

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)

| | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | ค่าสถิติ | |
|--------------------|-----------|------|-----------|------|----------|---------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | p-value |
| กลุ่มทดลอง | | | | | | |
| - คะแนนพลังอำนาจ | 99.05 | 5.29 | 117.10 | 6.70 | 20.00 | .01 |
| กลุ่มควบคุม | | | | | | |
| - คะแนนพลังอำนาจ | 97.60 | 5.20 | 99.40 | 5.03 | 8.46 | .00 |

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง มีระดับพลังอำนาจก่อนทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพลังอำนาจก่อนทดลองเท่ากับ 99.05 และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพลังอำนาจหลังการทดลองเท่ากับ 117.10

กลุ่มควบคุม มีระดับพลังอำนาจก่อนทดลองและหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพลังอำนาจก่อนทดลองเท่ากับ 97.60 และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพลังอำนาจหลังการทดลองเท่ากับ 99.40

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

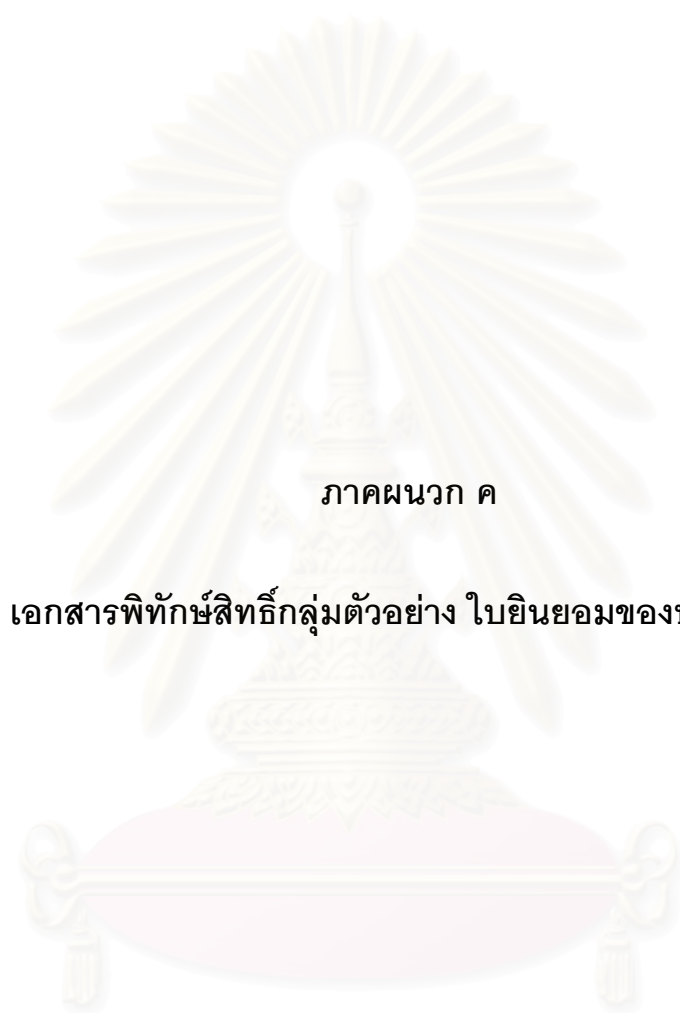
ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบระดับพลังอำนาจ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1 = n_2 = 20$)

| | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | ค่าสถิติ | |
|------------------|------------|------|-------------|------|----------|---------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | p-value |
| ก่อนทดลอง | | | | | | |
| - ระดับพลังอำนาจ | 99.05 | 5.29 | 97.60 | 5.20 | .87 | .39 |
| หลังทดลอง | | | | | | |
| - ระดับพลังอำนาจ | 117.10 | 6.70 | 99.40 | 5.03 | 9.45 | .00 |

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับพลังอำนาจ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพลังอำนาจ กลุ่มทดลองเท่ากับ 99.05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 97.60

หลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับพลังอำนาจ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพลังอำนาจ กลุ่มทดลองเท่ากับ 117.10 และค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 99.40

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ใบยินยอมของประชากร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากผู้วิจัย ชื่อ นางอรพิน เทอดอุดมธรรม ที่อยู่ โรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ตำบล บ้านส้อง อำเภอ เวียงสระ จังหวัด สุราษฎร์ธานี ซึ่งได้ลงนาม
ด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี
ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้
เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธการเข้าร่วมการ
ศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็น
ประโยชน์ต่อการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้

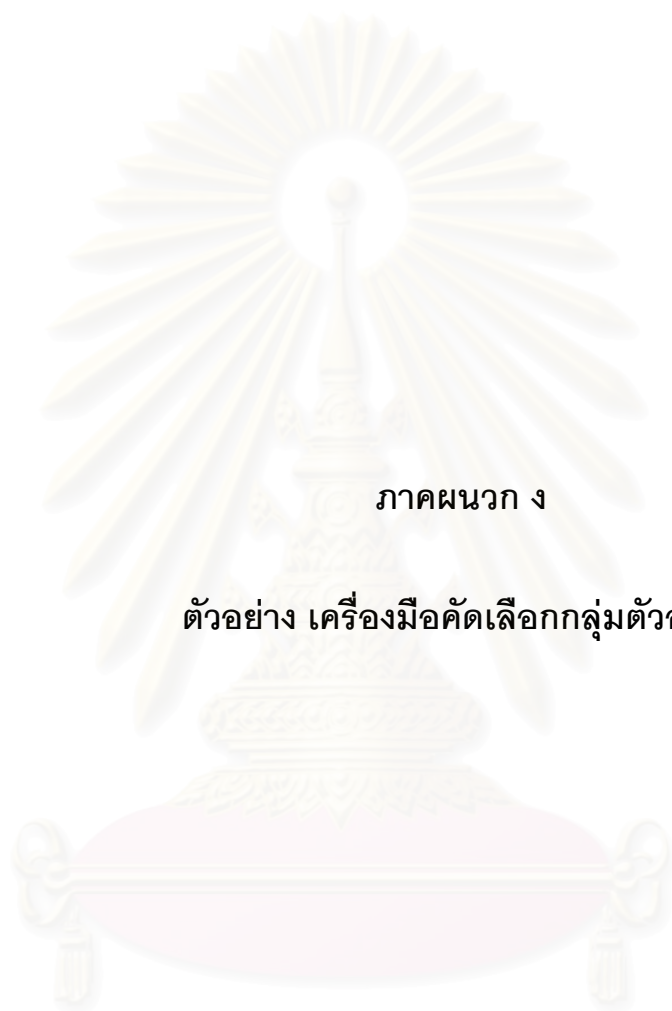
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่ ลงนาม ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....
สถานที่/วันที่
.....
ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่
.....
ลงนาม พยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่าง เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล
(Barthel ADL Index)

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับเรียบร้อยต่อหน้า
 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปาก ต้องมีคนป้อนให้
 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้
 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
2. การทำความสะอาดหลังตื่นนอน (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำได้เอง (รวมทั้งทำตัวเอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
8. การอาบน้ำ
 0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
 1. อาบน้ำได้เอง
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ
 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์)
 2. กลั้นได้ตามปกติ
10. การกลั้นปัสสาวะ (ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องใส่สายสวนปัสสาวะ
 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
 2. กลั้นได้ตามปกติ

การตัดคะแนน

- | | |
|----------------|--|
| 0 – 4 คะแนน | ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมาก (ต้องช่วยเหลือทั้งหมด) |
| 5 – 8 คะแนน | ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง) |
| 9 – 11 คะแนน | อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (พึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง) |
| 12 คะแนนขึ้นไป | สูงกว่าเกณฑ์ (พึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก/ กำหนดจำหน่ายได้) |

ตัวอย่างแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

MMSE – Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 นี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ.....ชื่อว่าอะไร

2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร

11. Vasoconstriction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)

คะแนนรวม.....

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....อายุปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

| ระดับการศึกษา | คะแนน | |
|---|--------|------------------------------|
| | จุดตัด | เต็ม |
| ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) | ≤ 14 | 23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 10) |
| ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา | ≤ 17 | 30 |
| ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา | ≤ 22 | 30 |

ตัวอย่าง แบบประเมินพลังอำนาจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อ.....สกุล.....HN.....

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงการรับรู้พลังอำนาจของตัวท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้ว พิจารณาข้อความต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกของท่าน จากนั้นใส่เครื่องหมาย X ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว และกรุณาตอบทุกข้อมากที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้ตรงกับความรู้สึกและการปฏิบัติของท่านมากที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้ตรงกับความรู้สึกหรือการปฏิบัติของท่านมาก ปานกลาง หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้ตรงกับความรู้สึกหรือการปฏิบัติของท่านปานกลาง น้อย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้ตรงกับความรู้สึกหรือการปฏิบัติของท่านน้อย น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้ตรงกับความรู้สึกหรือการปฏิบัติของท่านน้อยที่สุด

| ข้อความ | ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน | | | | |
|---|-----------------------------------|-----|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย | | | | | |
| 1. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี | | | | | |
| 2. ท่านสามารถรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ได้ดี | | | | | |
| ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย | | | | | |
| 6. ท่านทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงรักษาไม่หายขาด แต่ป้องกันได้ | | | | | |
| 7. ท่านทราบว่าอาการดอาหารเค็ม อาหารสำเร็จรูปทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ | | | | | |
| ด้านความสามารถในการจัดการกับปัญหา | | | | | |
| 11. ท่านสามารถงดรับประทานอาหารจำพวกแกงกะทิ เนื้อสัตว์ไขมันสูง ได้ | | | | | |
| 12. ท่านสามารถรับประทานอาหารจืดได้ | | | | | |
| ด้านความรู้ต่อตนเอง | | | | | |
| 16. ท่านรู้เกี่ยวกับการเลือกประเภทอาหาร รับประทาน | | | | | |
| 17. ท่านรู้เกี่ยวกับการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม | | | | | |

| ข้อความ | ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน | | | | |
|---|-----------------------------------|-----|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| ด้านความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ | | | | | |
| 24. ท่านเชื่อการออกกำลังกายวันละ มากกว่า 30 นาที สามารถลดความดันโลหิตได้ | | | | | |
| 25. ท่านเชื่อว่าการควบคุมความดันโลหิตได้ดีนั้น เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง | | | | | |
| ด้านความสัมพันธ์ภาพกับสิ่งแวดล้อม | | | | | |
| 26. ท่านเป็นที่ปรึกษาให้กับลูกและหลานทุกครั้ง เมื่อลูกและหลานมีปัญหา | | | | | |
| 30. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม สหกรณ์ อย่างสม่ำเสมอ | | | | | |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตัวอย่าง เครื่องมือประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

□ □ □

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |
4. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์
5. สถานภาพสมรส

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> คู่ |
| <input type="checkbox"/> ม่าย | <input type="checkbox"/> หย่า |
| <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |
6. อาชีพ

| | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> งานบ้าน | <input type="checkbox"/> เกษตรกร |
| <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ/บำนาญ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 2,000 บาท | <input type="checkbox"/> 2,001 – 4,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 4,001 – 6,000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 6,001 บาท |
8. น้ำหนักตัว กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI).....
9. เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน ปี
10. โรคประจำตัวอื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด ตามความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ

การปฏิบัติด้านการควบคุมอาหาร

1. ใน 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารเช้า ข้าวขาหมู ข้าวหมูกรอบ ข้าวมันไก่ เป็นต้น บ่อยเพียงใด
 - รับประทานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
 - รับประทาน 1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์
 - ไม่รับประทานเลย
2. ใน 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น ต้มข้าวไก่ แพนงหมู ก๋วยเตี๋ยว ซ่าหริ่ม เป็นต้น บ่อยเพียงใด
 - รับประทานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
 - รับประทาน 1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์
 - ไม่รับประทานเลย
3. ใน 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรับประทานอาหารทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ไข่ทอด หนังไก่ทอด เป็นต้น บ่อยเพียงใด
 - รับประทานมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
 - รับประทาน 1 – 3 ครั้ง/สัปดาห์
 - ไม่รับประทานเลย

การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย

11. ใน 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ออกกำลังกาย เช่น เดิน เดิน-วิ่ง ว่ายน้ำ ฟล่อง หรือการออกกำลังกายบริหารให้เหงื่อออก บ่อยเพียงใด
 - มากกว่า 3 ครั้ง / สัปดาห์
 - 1 – 3 ครั้ง / สัปดาห์
 - ไม่เคยเลย
12. ท่านได้ออกกำลังกาย ใช้เวลานานเท่าใดในแต่ละครั้ง
 - 30 นาที ขึ้นไป
 - 5 – 30 นาที
 - ต่ำกว่า 5 นาที จนถึงไม่ออกเลย

การปฏิบัติด้านการจัดการความเครียด

15. ใน 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด บ่อยเพียงใด
- มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- 1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด หรือเครียด
16. ในแต่ละคืนส่วนใหญ่ท่านใช้เวลานอนหลับสนิทนานเท่าไร
- 6 ชั่วโมงขึ้นไป
- 4 – 6 ชั่วโมง
- น้อยกว่า 4 ชั่วโมง

ด้านการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

23. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านลืมรับประทานยาบ่อยแค่ไหน
- ไม่ลืม รับประทานทุกครั้ง
- ลืมรับประทาน 1 – 3 ครั้ง
- ลืมรับประทานมากกว่า 3 ครั้ง
24. ท่านลืมรับประทานยา ท่านปฏิบัติอย่างไร
- รับประทานยาในครั้งต่อไปเป็น 2 เท่า
- ข้ามมื้อต่อไป
- รับประทานยาทันทีที่จำได้
25. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง
- มาตรวจตามนัดทุกครั้ง
- มาตรวจตามนัดบางครั้ง
- ไม่มาตรวจตามนัด



ภาคผนวก ฉ

ตัวอย่าง เครื่องมือทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผู้รับผิดชอบ นางอรพิน เทอดอุดมธรรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ

รูปแบบการดำเนินการ ให้การพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล

สถานที่ ห้องสุขภาพจิต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหาและผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้น
 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนจัดการกับตนเองให้มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 4. เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 1 รูปแบบดำเนินการ ให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 60 – 90 นาที

| วัตถุประสงค์ เฉพาะ | เนื้อหา | กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ | | สื่อ/อุปกรณ์ | การประเมินผล |
|---|--|---|--|---|--|
| | | ผู้วิจัย | ผู้สูงอายุ | | |
| 1. เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกับพยาบาล | <p>-โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>ความดันโลหิต หมายถึง แรงเลือดที่กระทำต่อผนังหลอดเลือดทั่วร่างกาย</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบน เท่ากับหรือมากกว่า 140 มม.ปรอท หรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับหรือมากกว่า 90 มม.ปรอท</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง จำแนกได้ตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ดังนี้</p> <p>-ระดับปกติความดันโลหิตไม่เกิน120/80มม.ปรอท</p> <p>-ก่อนจะเป็นระดับความดันโลหิตไม่เกิน139/89 มม.ปรอท</p> <p>-ระยะที่ 1 ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 159/99 มม.ปรอท</p> | <p>สวัสดีค่ะ ดิฉัน.....เป็น นิสิตปริญญาโท สาขาการ พยาบาลผู้สูงอายุ คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย วันนี้อยู่ฝึกยินดี เป็นอย่างยิ่งที่มีโอกาสได้มา เสริมสร้างพลังอำนาจต่อ พฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของท่าน ซึ่ง เป็นงานวิจัยชิ้นหนึ่ง มี วัตถุประสงค์ เพื่อให้ คุณ.....มี ความสามารถในการดูแล ตนเอง มีพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนโรคความดัน</p> | <p>- ผู้สูงอายุบอกชื่อ ตนเอง มีปฏิริยา โต้ตอบกับผู้วิจัย ทำให้ รู้สึกผ่อนคลาย</p> <p>- ผู้สูงอายุบอกเล่า พฤติกรรมป้องกันโรค ที่ปฏิบัติ บอกถึง ความรู้สึก ความวิตก กังวล และปัญหา เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ</p> | <p>- แบบประเมิน พฤติกรรม ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน</p> | <p>- ผู้สูงอายุ มีสี หน้าสดชื่น ให้ ความร่วมมือ บอกเล่าถึง สภาพการณ์ที่ เป็นจริง</p> |

| วัตถุประสงค์ เฉพาะ | เนื้อหา | กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ | | สื่อ/อุปกรณ์ | การประเมินผล |
|--|--|--|--|--------------|--|
| | | ผู้วิจัย | ผู้สูงอายุ | | |
| 2. เพื่อให้ ผู้สูงอายุทราบ ปัญหาและอุป สรรคของตนเอง | <p>-ระยะที่ 2ระดับความดันโลหิตมากกว่า160/100 มม.ปรอท</p> <p><u>ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง</u></p> <p>1. ด้านร่างกาย เป็นผลเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายถูกทำลายและเกิดการแข็งตัว ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายถูกทำลาย ได้แก่</p> <p>1.1 สมอง หลอดเลือดสมองแข็งตัวตีบแคบ มีการโป่งพองและเสียความยืดหยุ่น ทำให้หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันได้ ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย ทำให้เป็นอัมพาต สมองเสื่อม และอาจมีความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิตได้</p> <p>1.2 หัวใจ ผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบแคบและแข็งตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก โดยมีการบีบตัวด้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดัน</p> | <p>โลหิตสูงมากขึ้น</p> <p>- ก่อนอื่น ก็ขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามแบบสอบถามก่อนนะคะ</p> <p>- ประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผู้สูงอายุยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ตามการสัมภาษณ์</p> <p>- พุคคุยซักถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่มีต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน</p> | <p>- บอกเล่าพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามข้อคำถามแบบสัมภาษณ์อย่างเป็นกันเองและตรงตามความจริง</p> <p>- พุคคุยได้ตอบ ให้ข้อมูลตามสภาพจริง</p> | - | <p>- ผู้สูงอายุรู้ปัญหา และมี ความเข้าใจ ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> |

| วัตถุประสงค์ เฉพาะ | เนื้อหา | กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ | | สื่อ/อุปกรณ์ | การประเมินผล |
|---|---|---|---|-------------------------------------|--|
| | | ผู้วิจัย | ผู้สูงอายุ | | |
| 3. เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีความรู้ เกี่ยวกับโรค สามารถวางแผนการมี พฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ได้ | หรือแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจ ห้องล่างซ้ายโต หากเกิดการบีบตัวด้านแรงดันที่เพิ่มขึ้น และมากขึ้นเรื่อย ๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อน ไม่สามารถขยายตัวได้อีก ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย 1.3 ไต หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในหนา แข็ง หลอดเลือดตีบหรือแคบลง ทำให้ปริมาณเลือดไป เลี้ยงไตไม่เพียงพอ อัตราการกรองลดลง และมีการ ทำลายของหน่วยไต ดังนั้นสมรรถภาพของไตในการ กำจัดของเสียจึงบกพร่อง เกิดการคั่งของเสียใน ร่างกาย โดยเฉพาะการคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นพิษต่อ ร่างกาย ถ้าการคั่งของเสียอยู่ในเลือดระดับสูงจะทำให้ เกิดภาวะกรดในเลือด หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด 1.4 จอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ที่ตาเกิด การหนาตัวและตีบแคบ ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือด ตาสูงขึ้น หลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมทำให้ ประสาทตาเสื่อม เกิดอาการตามัวหรือตาบอด | ภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ เทคนิค ตั้งคำถาม ปลายเปิด การทวน ความ - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงในส่วน ที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ ใน ประเด็น 1. ผลกระทบของโรค 2. พฤติกรรมป้องกันและ ควบคุมระดับความดัน โลหิต -ด้านควบคุมอาหาร - ด้านการออกกำลังกาย -ด้านการจัดการ ความเครียด | - ตั้งใจรับฟัง และมี การซักถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน | - ภาพพลิก โรคความดัน โลหิตสูง | - ผู้สูงอายุมี ความรู้เกี่ยวกับ เรื่องโรคและวางแผนการมี พฤติกรรม ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน |

ความดันโลหิตสูง
ปฏิบัติตัวอย่างไร?

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความดันโลหิตสูง

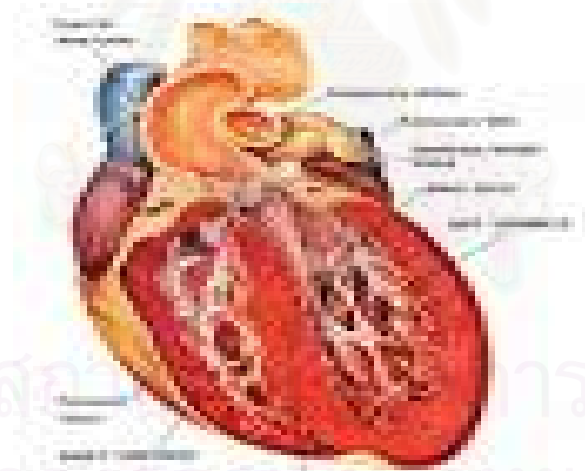
ความดันโลหิต หมายถึง แรงที่เลือดกระทำต่อผนังหลอดเลือด
ระดับความดันโลหิตตัวบน เป็นแรงดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว และ
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง เป็นแรงดันเลือดขณะหัวใจคลายตัว

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบน เท่ากับหรือ
มากกว่า 140 มม.ปรอท หรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับหรือมากกว่า 90 มม.ปรอท
คนอายุมากขึ้น ความยืดหยุ่นของเส้นเลือดเสียไป ขนาดของเส้นเลือด
ตีบเล็กลง ผลเลยทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ



การแบ่งชนิดของความดันโลหิต

ปกติความดันโลหิตไม่เกิน 120/80 มม.ปรอท
ก่อนจะเป็นความดันไม่เกิน 139/89 มม.ปรอท
ระยะที่ 1 ความดันไม่เกิน 159/99 มม. ปรอท
ระยะที่ 2 ความดันมากกว่า 160/100 มม. ปรอท



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ การดูแลตนเอง

โรคความดันโลหิตสูง



ความดันโลหิต หมายถึง แรงเลือดที่กระทำต่อผนังหลอดเลือดทั่วร่างกาย โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบน เท่ากับหรือมากกว่า 140 มม.ปรอท หรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับหรือมากกว่า 90 มม.ปรอท โรคความดันโลหิตสูง จำแนกได้ตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ดังนี้

- ระดับปกติความดันโลหิตไม่เกิน 120/80 มม.ปรอท
- ก่อนจะเป็นระดับความดันโลหิตไม่เกิน 139/89 มม.ปรอท
- ระยะที่ 1 ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 159/99 มม.ปรอท
- ระยะที่ 2 ระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มม.ปรอท





ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

1. ด้านร่างกาย เป็นผลเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายถูกทำลายและเกิดการแข็งตัว ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายถูกทำลาย ได้แก่

1.1 สมอง หลอดเลือดสมองแข็งตัวตีบแคบ มีการโป่งพองและเสียความยืดหยุ่น ทำให้หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันได้ ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย ทำให้เป็นอัมพาต สมองเสื่อม และอาจมีความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

1.2 หัวใจ ผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบแคบและแข็งตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก โดยมีการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดันหรือแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต หากเกิดการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นและมากขึ้นเรื่อย ๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย

1.3 ไต หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในหนาแข็ง หลอดเลือดตีบหรือแคบลง ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ อัตราการกรองลดลง และมีการทำลายของหน่วยไต ดังนั้นสมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียจึงบกพร่อง เกิดการคั่งของเสีย โดยเฉพาะการคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย ถ้ากั อยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

1.4 จอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ที่ตาเกิดการหนาตัวและตีบแคบ ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น

หลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมทำให้ประสาทตาเสื่อม เกิดอาการตามัวหรือตาบอด

2. ด้านจิตใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิตได้

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อ การแสดงบทบาทในสังคมลดลง ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลและให้การช่วยเหลือ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ซ

ตัวอย่าง เครื่องมือกำกับการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกติดตามตนเอง

ชื่อ.....สกุล.....

คำชี้แจง ให้บันทึกการรับประทานอาหาร แต่ละมื้อ การออกกำลังกาย และการคลายเครียดที่ปฏิบัติในแต่ละวัน

| วัน/เดือน/ปี | เวลา | รายการอาหารที่รับประทาน |
|--------------|----------------------|-------------------------|
| | เช้า | |
| | อาหารว่างระหว่างมื้อ | |
| | เที่ยง | |
| | อาหารว่างระหว่างมื้อ | |
| | เย็น | |
| | เช้า | |
| | อาหารว่างระหว่างมื้อ | |
| | เที่ยง | |
| | อาหารว่างระหว่างมื้อ | |
| | เย็น | |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางอรพิน เทอดอุดมธรรม เกิดวันที่ 20 เมษายน 2505 ประวัติการศึกษาสำเร็จ การศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ปี พ.ศ. 2527 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2547 ประวัติรับราชการ พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ ตำบล บ้านล้อง อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย