การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง



ปริญญานิพนธ์

ของ

พิชชาดา สุทธิแป้น

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤศจิกายน 2559

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง



ปริญญานิพนธ์

ของ

พิชชาดา สุทธิแป้น

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤศจิกายน 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง



บทคัดย่อ

ของ

พิชชาดา สุทธิแป้น

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤศจิกายน 2559

พิชชาดา สุทธิแป้น. (2559). *การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง.* ปริญญานิพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิริณธิ์ กิตติพิชัย.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อการสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง 2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ และ 3) เพื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โปรแกรมการจัดการตนเอง เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (MANCOVA with Repeated Measure) วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis) และวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมตามเกณฑ์มาตรฐาน 75/75

ผลการวิจัย พบว่า 1) การทดลองแบบรายบุคคล แบบกลุ่มเล็ก และแบบกลุ่มใหญ่มีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 75/75 2) ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและค่าดัชนีมวลกายมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p \leq .05$) 3) ส่วนในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพมากว่ากลุ่มควบคุม ($p \leq .05$) 4) ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลอง ($p \leq .05$) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม ส่วนค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองในระยะติดตามอีก 1 เดือนมีพัฒนาการดีขึ้น ($p \leq .05$) และ 5) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ($p \leq .05$)

RESEARCH AND DEVELOPMENT OF A SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AND HEALTH OUTCOMES FOR THE ELDERLY WITH HYPERTENSION

AN ABSTRACT

BY

PITCHADA SUTIPAN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the

Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research

at Srinakharinwirot University

November 2016

Pitchada Sutipan. (2016). *Research and Development of a Self-Management Program on Healthy Lifestyle Behaviors and Health Outcomes for the elderly with hypertension.* Dissertation Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University. Advisor committee: Assoc. Prof. Dr. Ungsinan Intarakamhang, Assist. Prof. Dr. Wirin Kittipichai.

The objectives of the research and development study were (1) to develop a self-management program on healthy lifestyle behaviors and health outcomes for the elderly with hypertension, (2) to study the efficiency of a self-management program on healthy lifestyle behaviors and health outcomes for elderly patients with hypertension, and (3) to study the effects of the self-management program on healthy lifestyle behaviors and health outcomes for elderly patients with hypertension. The participants in experimental group received the self-management intervention for eight weeks, while the control group received conventional nursing care. The instruments were used in this research included a healthy lifestyle behaviors questionnaire, a self-efficacy questionnaire and a self-management program for hypertensive elderly patients, an automatic sphygmomanometer, a weighing scale and a height measuring scale. The data were analyzed by MANCOVA, repeated MANCOVA, Correlation analysis, and the performance indices the effectiveness standard of 75/75. The research findings were as follows: (1) the efficiency level of the program was higher than the criterion of 75/75; (2) After the program, healthy lifestyle behaviors and BMI of the experimental group increased significantly compared to those of the control group ($p \leq .05$); (3) After being in the program for four weeks, the healthy lifestyle behaviors and health outcomes of the experimental group had increased significantly compared to those of the control group ($p \leq .05$); (4) After the program and the one month follow-up, the experimental group significantly improved in terms of healthy lifestyle behaviors and BMI compared to the pretest ($p \leq .05$), while the control group did not change. Moreover, the blood pressure of the experimental group significantly decreased at the fourth-week following the program ($p \leq .05$). However, the change in blood pressure following the self-management program and one month after completing the program was found to be significant. Finally, 5) healthy lifestyle behaviors were significantly negatively correlated with health outcomes ($p \leq .05$).

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิต
อย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

ของ

พิชชาดา สุทธิแป้น

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

……คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

……ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

……ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

……ประธาน
(ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ)

……กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

……กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย)

……กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรธรรม)

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.)
ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นับว่าเป็นเกียรติอย่างสูงในการได้รับทุนครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองให้สำเร็จได้ด้วยดี เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาวะที่ดีและเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่สนใจต่อไป

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาใน การให้คำแนะนำปรึกษา และการให้ข้อเสนอแนะจากรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง ประธานคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ พร้อมด้วยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบปากเปล่าที่ให้ข้อเสนอแนะ ทำให้งานปริญญานิพนธ์ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยมีว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ ประธานคณะกรรมการสอบปากเปล่า รองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิริณธิ์ กิตติพิชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรธรรม กรรมการสอบปากเปล่า

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาและตรวจเครื่องมือ ประกอบด้วย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.พงษ์ศิริ ปรารถนา รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรณี วัฒนสมบูรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ รวมทั้งผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกท่าน ทำให้งานวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ และคณะกรรมการบริหารหลักสูตรสาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ทุกท่านที่มีส่วนสำคัญทำให้ปริญญานิพนธ์สำเร็จด้วยดี

และสุดท้ายขอขอบพระคุณกำลังใจ และการสนับสนุนที่ได้จากครอบครัวของผู้วิจัย คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากปริญญานิพนธ์เรื่องนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยให้กำลังใจตลอดมา

พิชชาดา สุทธิแป้น

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ**	1
	ภูมิหลัง	1
	ความสำคัญของการวิจัย	8
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	8
	ขอบเขตของการวิจัย	8
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	11
	นิยามศัพท์เฉพาะ	11
	นิยามปฏิบัติการ	12
2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	15
	สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย	15
	พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ	22
	พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	22
	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	43
	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	47
	ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง	47
	แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง	48
	การวัดและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง	49
	การรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ	50
	โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	51
	เป้าหมายการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	52
	หลักการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	52
	รูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	53
	แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	54
	งานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	62

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2	(ต่อ)	
	การวิจัยและพัฒนาโปรแกรม	64
	กรอบแนวคิดการวิจัย	81
	สมมติฐาน	86
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	88
	ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	88
	ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ...	109
4	**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**	124
	ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	125
	ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ...	162
5	**สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**	188
	สรุปผลการวิจัย	191
	อภิปรายผล	193
	ข้อจำกัดของงานวิจัย	207
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	207
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	208

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ **หน้า**

บรรณานุกรม 210

ภาคผนวก 236

ภาคผนวก ก 237

ภาคผนวก ข 241

ภาคผนวก ค 282

ภาคผนวก ง 285

ประวัติย่อผู้วิจัย 287

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	25
2	ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุ	45
3	เกณฑ์การประเมินน้ำหนักตัวโดยใช้ดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชีย	45
4	การเปรียบเทียบระหว่างแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของจรรยา สุวรรณทัต (2537) อุทัย บุญประเสริฐ (2542) และสุพักตร์ พิบูลย์ (2552)	67
5	ตัวอย่างแบบสอบถามความต้องการจำเป็น	92
6	โครงสร้างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	99
7	กิจกรรมและคะแนนประจำกิจกรรม	115
8	แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน ระยะเวลา และรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	129
9	ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	134
10	ผลผลิตและผลลัพธ์ของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	136
11	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	141
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละด้านย่อยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตามสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงและการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (Modified Priority Needs Index: $PNI_{Modified}$)	143
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการป้องกันโรคตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	144
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	145

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	146
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการออกกำลังกายตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	148
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	149
18	ผลการสนทนากลุ่มในประเด็นสาเหตุและอุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่ม	150
19	โครงสร้างการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	156
20	ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	161
21	ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล	163
22	ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มย่อย...	164
23	ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบบกลุ่มใหญ่	164
24	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	166
25	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด	167

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง **หน้า**

26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 169

27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง 170

28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 171

29 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 172

30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 173

31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 174

32 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวมและด้านย่อยระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมในระยะติดตามอีก 1 เดือน 175

33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย โดยพิจารณาจำแนกตามกลุ่มการทดลอง (G) และครั้งของการวัด (T) 177

34 ผลการทดสอบการวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยระหว่างโปรแกรมกับครั้งในการวัดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร 177

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง **หน้า**

35 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย ระหว่างครั้งของการวัดแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 178

36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางของคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว โดยพิจารณาจำแนกตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด 181

37 ผลการทดสอบการวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มการทดลองกับครั้งของการวัดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร 181

38 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ระหว่างในการวัดแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 182

39 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันด้วยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยกับ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน 184

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	31
2	รูปแบบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี (A model of healthy)	32
3	ความสัมพันธ์แบบเงื่อนไขระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์	48
4	ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ	62
5	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความต้องการจำเป็นที่มีต่อการวางแผนและพัฒนา	75
6	ผลการคัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	126
7	ร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	155
8	การจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีตามขั้นตอน SMILE	160

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และนับวันจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2025 จำนวนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้ถูกคาดการณ์ไว้ว่า จะมีแนวโน้มที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนถึง 1.56 พันล้านคน (Bell; Twiggs; & Olin. 2015) เช่นเดียวกับในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อชนิดอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วนลงพุง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล; และคนอื่นๆ. 2557: 17) สอดคล้องกับผลการสำรวจสถิติผู้ป่วยและการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาคเหนือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ (กมลชนก เทพสิทธา; และ อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลย์. 2555: 203) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อัตราการรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัตราการเข้าถึงการบริการ และอัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2558 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558) และคณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกันการวินิจฉัยการประเมินและการรักษาโรคความดันโลหิตสหรัฐอเมริกาฉบับที่ 8 (Joint National Committee 8th) (James; et al. 2014: 507-520) นั้นมีค่อนข้างต่ำ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงไม่มีการแสดงอาการใดๆ ออก อย่างเด่นชัดมาในระยะแรก จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยและใส่ใจติดตามดูแลตนเองร่วมกับดำเนินชีวิต ที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหาร ที่มีรสจัด การรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งการมีความเครียดสะสมเรื้อรัง พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ (WHO. 2013: 11) และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ โรคไตวาย นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและอาจรุนแรงถึงขั้นสูญเสียชีวิตได้ (Aronow; et al. 2011: 498-500)

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาวะที่ดีนั้น โดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมและ

ครอบคลุมทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งทั้ง 3 มิตินี้มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม (Holistically) และนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ด้วยการหันมาใส่ใจและจัดการสุขภาวะของตนเอง ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ อีกทั้งยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐจะต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปได้ (Miok. 2002; Cakir; & Pinar. 2006: 190-215) แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตทางด้านร่างกายและอารมณ์เป็นหลัก ได้แก่ การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (นุชนาถ สำนัก; และคนอื่นๆ. 2554; สุพัชรินทร์ วัฒนกุล; และคนอื่นๆ. 2556; อรวรรณ ประภาศิลป์; ชดช้อย วัฒนะ; และ ทิพาพร ธาระวานิช. 2556; อัมมร บุญช่วย. 2558; อารีย์ เสนีย์. 2557; Tung; et al. 2013) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ที่ดีในด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่มีต่อการควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในหน่วยปฐมภูมิด้วยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยทั้งหมด 12 เรื่องของนงลักษณ์ จำรัสพงษ์ (2553) พบว่า กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในระดับหนึ่งถึงสอง และกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการให้ความรู้ ทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดร่วมกับการให้คำปรึกษา ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ดังนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการป้องกันโรค 4) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ที่เน้นและให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเอง ทั้งในมิติ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อนำไปสู่พฤฒพลัง (Active Ageing) โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระตือรือร้น กระฉับกระเฉงในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและสังคมมากขึ้น โดยการใช้ประสบการณ์ ทักษะ และภูมิปัญญาที่สั่งสมมาในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ให้กับผู้อื่นและสังคม (คณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554; คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2545) ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เผชิญและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากอาการป่วยต่างๆ ได้ ลดการพึ่งพาผู้อื่น และสามารถดำเนินชีวิตให้อยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข (Vogel; et al. 2009; WHO. 2002) รวมทั้งช่วย

เปลี่ยนจากภาระที่รัฐบาลต้องดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เป็นพลังในการพัฒนาตนเองและสังคมต่อไป (กัตติกา ธนะขว้าง. 2551; ลัดดา เถียมวงศ์. 2551; Peel; McClure; & Bartlett. 2005; Son; & Wilson. 2012; Thoits; & Hewitt. 2001)

การมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีไม่ได้เป็นผลมาจากยีนหรือพันธุกรรม แต่เกิดจากการที่มนุษย์สร้างและกระทำขึ้นมาด้วยตนเองผ่านการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของตัวเองอย่างสม่ำเสมอจนเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวัน เนื่องจากทุกคนมีศักยภาพในการดูแลตนเองให้มี สุขภาวะที่ดี ทั้งในมิติกาย จิตใจ และสังคม แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจและความสุขในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืนต่อไป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดกระทำตามแนวคิดจิตวิทยา เชิงบวกถูกนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในการพัฒนาสุขภาวะที่ดีของบุคคลได้ และมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีคุณลักษณะนิสัยเชิงบวกใน การอยากดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย (Meaningful) ความสมบูรณ์ (Fulfilling) และสามารถกำกับและพัฒนาศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Seligman. 2000) การจัดกระทำตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกส่วนใหญ่มุ่งเน้นในการพัฒนาศักยภาพที่เป็นจุดแข็งของบุคคล เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การมองโลกในแง่ดี การมีความหวังและหาหนทางไปสู่ความสำเร็จ และการสามารถเผชิญและปรับฟื้นตัวจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ นอกจากนั้นการจัดกระทำตามแนวจิตวิทยาเชิงบวกยังช่วยลดสภาวะความเครียด ไม่สบายใจ อาการซึมเศร้า และอารมณ์ทางลบได้ (Carson; et al. 2010; Sin; & Lyubomirsky. 2009) ในปัจจุบันได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับการดูแลสุขภาพ เช่น จากการศึกษาของ ฮัฟแมนและคนอื่นๆ (Huffman; et al. 2015) พบว่า การจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลต่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับอาห์น (Ahn; et al. 2015) ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการสุขภาพอย่างบูรณาการตามแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในกลุ่มหญิงสูงวัยชาวเกาหลีจำนวน 33 คน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบและคลายตัว ค่าไขมันในเลือด และอาการซึมเศร้ามีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ในขณะที่สมรรถนะทาง

ร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

นอกจากนั้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาวะที่ดีที่ผ่านมานั้นได้เน้น การจัดกิจกรรมในเชิงรับ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำและอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการจดจำหรือเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่ลดลง (Heathcote. 2000) ทำให้ผู้ป่วยยังคงประสบปัญหาในการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อัตรากลับมารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนยังคงสูง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดการตนเอง โดยมีครอบครัว แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขคอยให้ การสนับสนุน นับว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเป็นจำนวนมาก ทำให้มีนักวิชาการได้พัฒนาและเสนอแนวคิดการจัดการตนเองไว้เป็นจำนวนมาก ดังเช่น โทบินและคนอื่นๆ (Tobin; et al. 1986) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การเตือนตนเอง (Self-instruction) และ 3) การตัดสินใจ (Decision making) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น จินตนา บัวทองจันทร์ และคนอื่นๆ (2556) ในขณะที่แคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self - reinforcement) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล (2554) สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคนอื่นๆ (2556) และ พามังกาส (Pamungkas; et al. 2015) ส่วนเคลียร์ (Creer. 2000: 95-129) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การรวบรวมและประมวลข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและการประเมินผล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนการปฏิบัติ (Self-reaction) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้าและคนอื่นๆ (2555) จันทร์เพ็ญ หวานคำ และคนอื่นๆ (2558) และ วัฒนะและคนอื่นๆ (Wattana; et al. 2007) เช่นเดียวกับลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003: 1-7) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองที่ว่า การจัดการตนเองเป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญปัญหากับโรคเรื้อรัง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) 2) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 3) การตัดสินใจ (Decision making) 4) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 5) การปฏิบัติ (Taking action) และ 6) การปรับให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล

(Self tailoring) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น เบญจมาศ ถาดแสง และคนอื่นๆ (2555) พัชรี อ่างบุญตา และคนอื่นๆ (2555) และจันทร์จิรา สีสว่าง และคนอื่นๆ (2553) โดยแนวคิดการจัดการตนเองทั้งหมดนั้นมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ที่เชื่อว่า บุคคลกระทำกิจกรรมใดๆ ต้องเกิดจากกระบวนการคิด โดยเริ่มจาก การสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในการดำเนินชีวิตของตนเองต่อไป

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยการบูรณาการแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (Seligman. 2000) และแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) เนื่องจากแนวคิดหรือทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งไม่เพียงพอที่จะพัฒนาเป็นโปรแกรมทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนได้ โดยในแต่ละแนวคิดจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีความกระฉับกระเฉง และดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน โดยมีความเชื่อที่ว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงทุกคนมีคุณลักษณะทางบวกที่จะกระทำสิ่งใดนั้นได้ด้วยตนเอง โดยผ่านการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองหลังจากประเมินผลของการกระทำทั้งข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง แล้วนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและเหมาะสมภายใต้บริบทของตนเองต่อไป ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ถูกสร้างขึ้นนับว่าเป็นกุญแจที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกที่มุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพและจุดแข็งภายในตัวของบุคคลให้มีวิธีคิดในการจัดการตนเองเชิงบวกด้วยตนเอง มีความมั่นใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับสุขภาพและบริบทของตนเอง นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี ทั้งกาย จิต และสังคม ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีการบูรณาการนำเอาสองแนวคิดนี้มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผลจากการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่างอย่างแท้จริง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเอง มีความหวัง มีกำลังใจที่จะแก้ไขและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง รวมทั้งช่วยให้เกิดความคงอยู่ของพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืนมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นอกจากนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-Efficacy) นับว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถกำหนด

ประสิทธิภาพในการแสดงออกทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ช่วยควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการแสดงพฤติกรรม และช่วยในการตัดสินความสามารถของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ทำให้มีงานวิจัยจำนวนมากที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมใน การดำเนินชีวิตให้มีสุขภาวะที่ดีสูง บุคคลนั้นจะมีความมั่นใจและสามารถพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (กนกวรรณ อุดมพิทยารัชต์. 2557; จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551; สายฝน กันธมาลี. 2550; สุพิชชา วงค์จันทร์; อังศินันท์ อินทรกำแหง; และ พรรณี บุญประกอบ. 2557; อังศินันท์ อินทรกำแหง; ทัศนา ทองภักดี; และ วรสรณ์ เนตรทิพย์. 2553; Intarakamhang. 2012; Intarakamhang; & Dungchan. 2012) กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอทที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2008) เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยอวัยวะต่างๆ มีความเสื่อมถอยลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และเป็นผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI $\geq$ 25 กก./ตารางเมตร) เพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 17.9 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 22.6 ปี 2553 และภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 30 กก./ตารางเมตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 4.9 ตามลำดับ ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการป่วยที่พบมากที่สุด ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ ในปี 2557 เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ (โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่. 2557) อีกทั้งในวัยผู้สูงอายุตอนต้นนี้ เป็นวัยที่บุคคลยังมีกำลัง ความสามารถในการดูแลและรักษาตนเอง รวมทั้งยังมีศักยภาพในการทำคุณประโยชน์ต่างๆ ให้กับสังคมและประเทศชาติได้ (วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ. 2552; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. 2544; WHO. 2002)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยการนำองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่มาเป็นฐานในการสร้างและออกแบบด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แล้วพัฒนาต่อยอดต่อไป ร่วมกับการสำรวจความต้องการจำเป็นและการค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทาง ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง แล้วดำเนินการจัดกระทำซ้ำๆ หลายครั้ง โดยนำผลที่ได้มาปรับปรุงเป็นระยะๆ เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องมากขึ้น จนทำให้ได้โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติได้อย่างแท้จริงและเป็นที่

ยอมรับในเชิงวิชาการมากขึ้น ขั้นตอนในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและทำความเข้าใจในปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม และขั้นตอนที่ 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยนำผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-3 มาเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯ เพื่อนำไปใช้ในระยะต่อไป ส่วนระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยใช้เกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพแบบรายบุคคล กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขจนได้โปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ และขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยนำโปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

ดังนั้น ในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงครั้งนี้ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่ดีและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นภายใต้บริบทและสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล ตลอดจนทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองที่สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมตามศักยภาพที่ตนเองและองค์ความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมฯ สามารถนำมาใช้เพื่อตอบสนองนโยบายของประเทศในการสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง อันจะเกิดประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างแท้จริง และสามารถเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการส่งเสริมการจัดการสุขภาวะตนเองได้อย่างยั่งยืน และส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ความมุ่งหมายทั่วไป เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการองค์ความรู้ที่เป็นสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ทั้งทางด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และสาธารณสุขมาเป็นกรอบในการศึกษา ทำให้สามารถเป็นประโยชน์ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน สังคม และประเทศชาติต่อไป ดังนี้

1. ผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้เป็นสิ่งที่ช่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะ กระบวนการ ผลลัพธ์ของกระบวนการในการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อเสนอและทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพต่อไป นำไปสู่การวางนโยบายสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น หรือศูนย์สาธารณสุขประจำท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐสามารถใช้เป็นแผนการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุ เตรียมองค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ

ขอบเขตการวิจัย

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. การสังเคราะห์งานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษา หาข้อสรุปของภาพรวมของ

งานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตโดยกำหนดช่วงเวลาของงานวิจัยที่รวบรวม คือ งานวิจัยที่ทำการศึกษาระหว่างปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006-2015 และที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งในระดับนานาชาติ แหล่งข้อมูลงานวิจัยที่นำมาประมวลและสังเคราะห์ คือ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ที่ให้บริการสืบค้นฐานข้อมูลเอกสารฉบับเต็มของวารสาร วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัยที่ได้รวบรวมจากสำนักพิมพ์ต่างๆ ทั่วโลก ได้แก่ ProQuest Health and Medical Complete, Pubmed, Science-Direct, Scopus โดยใช้คำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้น ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behavior) สุขภาวะที่ดี (Well-being) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating) การออกกำลังกาย (Exercise) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Disease preventive behavior) พฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดีทางจิตใจ (Psychological well-being behavior) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Engaging in social activity) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging)

2. การประเมินความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2008) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อันเนื่องจากการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นอันตราย แล้วทำการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Modified Priority Need Index หรือ $PNI_{modified}$) ทำให้ทราบว่าปัญหาที่สำคัญ และการวางแผน สร้าง และออกแบบโปรแกรมฯ ให้ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 แขวง 96 ชุมชน (เทศบาลนครเชียงใหม่. 2557) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane. 1967: 886) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ± 5% จำนวน 400 คน

3. การค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาและทำความเข้าใจถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางใน การส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งบุคคลสามารถควบคุมความดันโลหิตได้และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยเลือกกรณีศึกษาแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposeful Sampling) (ชาย โพธิสิตา. 2552) จำนวนกลุ่มละ 5 คน

4. การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แล้วนำร่างโปรแกรมจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมาตรวจสอบและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาผู้ใหญ่ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้าน การส่งเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. พื้นที่

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

2. เนื้อหา

โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นโดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (Seligman. 2000) และแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ในการจัดกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 8 ครั้ง โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 74 ปี หรือผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งเพศหญิงและชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือผ่านการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอท และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การเขียนด้วยภาษาไทยได้ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยใช้เกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพแบบรายบุคคลจำนวน 6 คน แบบกลุ่มย่อยจำนวน 10 คน และกลุ่มใหญ่จำนวน 20 คน ส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม

การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรจัดกระทำ คือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง มี 2 รูปแบบ ได้แก่

1. การได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี สุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2. การไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี สุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ตัวแปรความแปรปรวนร่วม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

ตัวแปรตาม

1. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 74 ปี หรือผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือผ่านการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อันเนื่องจากการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม โดยมีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอทอย่างน้อย 1 ปี และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

การประเมินความต้องการจำเป็น หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันกับสภาพที่คาดหวังอย่างเป็นระบบ ทำให้ได้ข้อมูลที่นะบุสภาพความต้องการ อันมีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาโปรแกรมต่อไป แล้วทำการจัดลำดับความสำคัญของความแตกต่างนั้น

การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรม หมายถึง การหาคุณภาพโปรแกรมด้วยการนำโปรแกรมไปทดลองใช้แล้วปรับปรุงให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ประสิทธิภาพของโปรแกรม คือ ระดับคุณภาพของโปรแกรมที่วัดจากการวิเคราะห์ค่าร้อยละของผลการประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยกิจกรรม (E_1) ต่อค่าเฉลี่ยร้อยละของผลรวมจากการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (E_2) ค่าประสิทธิภาพโปรแกรมที่เป็นการฝึกทักษะโดยทั่วไปไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 75/75 และการยอมรับประสิทธิภาพของโปรแกรมด้วยพิจารณาจากค่าความแปรปรวนระหว่างร้อยละ 2.5-5.0 โดยการยอมรับประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ประสิทธิภาพที่ได้สูงกว่าเกณฑ์ เท่ากับเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้

นิยามปฏิบัติการ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีให้สำเร็จตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1986) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่สามารถทำได้ (1 คะแนน) ถึงมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) การแปลความหมาย คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **พฤติกรรมการป้องกันโรค** หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ไม่ให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ 1) การสังเกต เฝ้าติดตาม และค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพและแหล่งปัจจัยหรือทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ และ 2) การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การงดสูบบุหรี่ การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีนเป็นส่วนผสม

2. **การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ** หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension: DASH) ได้แก่ 1) การรับประทาน

อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช 2) การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง และ 3) การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว

3. **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม** หมายถึง การกระทำที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อส่งเสริมสังคมให้สันติสุข ได้แก่ 1) การทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองถนัดและสนใจ และ 2) การร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศาสนา ชมรม หรือชุมชน การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

4. **การออกกำลังกาย** หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย หลักของการออกกำลังกายตามหลัก FITT (American College of Sport Medicine. 2006) ได้แก่ 1) ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) ควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate-Intensity) 3) ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time of Exercise) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 20-30 นาที โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) ช่วงเข้มข้นของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Endurance training phase) และช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase) และ 4) ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of Exercise) ควรเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจในแต่ละบุคคล

5. **พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี** หมายถึง การกระทำของบุคคลในการจัดการดูแลสุขภาพจิตใจของตัวให้มีสุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกระทำสิ่งต่างๆ อย่างอิสระด้วยตนเอง 2) การใช้ชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3) การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้งอกงามขึ้น 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 5) การจัดการและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม และ 6) การปฏิบัติตนตามหลักศาสนาที่ตนยึดถือ

การวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในสังคม แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดรวมประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) จนกระทั่ง ปฏิบัติเป็นประจำ (4) การแปลความหมาย คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ทางด้านสุขภาพที่ทำการวัดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เป็นขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการในการจัดการและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนิน

ชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพประกอบด้วยค่าความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ความดันโลหิต** หมายถึง ค่าที่แสดงถึงแรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย แรงดันโลหิตที่วัดได้มี 2 ค่า คือ ความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) และความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) โดยวัดที่ต้นแขน เมื่อผู้ป่วยผ่อนคลายหรือนั่งพักแล้วอย่างน้อย 5 นาที และต้องไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมาก่อนหน้าอย่างน้อย 30 นาที โดยการแปลผลของค่าความดันโลหิตในการวิจัยครั้งนี้ยึดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ที่ว่า ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Mild hypertension) ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Moderate hypertension) และถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Severe hypertension)

2. **ดัชนีมวลกาย** หมายถึง เกณฑ์ที่บอกถึงภาวะโภชนาการโดยรวมของบุคคล โดยประเมินจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสองและมีหน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การประเมินน้ำหนักตัวโดยใช้ดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชียขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2004) ได้แก่ 1) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) ภาวะน้ำหนักปกติ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ 3) ภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน คือ การที่บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) บุคคลมีภาวะท้วม คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับ I คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับ II คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้จัดลำดับการนำเสนอดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย
2. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ: ความหมาย องค์ประกอบ การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ
4. โปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
5. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรม
6. กรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐาน

1. สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย

ปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล. 2557: 115; Lionakis; et al. 2012: 135-147) ดังเช่น การรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2012) พบว่า หนึ่งในสามของประชากรทั้งหมดต้องเผชิญกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรทั้งหมดทั่วโลก สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจอัตราป่วยของผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ และสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงระหว่างปี 2550-2555 ซึ่งคิดเป็นอัตราต่อแสนคนดังนี้ 1,025 1,150 1,230 1,349 1,434 และ 1,571 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2556) นอกจากนั้นยังพบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมดไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานของผู้ที่มีค่าระดับความดันโลหิตปกติ (วิชัย เอกพลากร. 2553)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐาน โดยถ้าวัดที่สถานพยาบาลแล้วมีค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic

pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Mild Hypertension) แต่ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Moderate Hypertension) และถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Severe Hypertension) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจน แต่ถ้าปล่อยไว้เป็นเวลานาน แรงดันเลือดจะไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตได้ (สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์; และ พักตร์วิภา สุวรรณพรหม. 2556: 66-77; James; et al. 2014)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงถูกจำแนกออกเป็น 2 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดของโรค (World Health Organization, International Society of Hypertension: WHO-ISH. 2003) ได้แก่

1. **ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension)** พบมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด โดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) พันธุกรรม บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีระดับความดันโลหิตปกติ 2) อายุ ค่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมตามวัยและการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ทำให้ค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องช้าๆ โดยค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวมีแนวโน้มที่สูงกว่าค่าความดันช่วงหัวใจคลายตัว ซึ่งค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ส่วนค่าความดันช่วงหัวใจคลายตัวจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.5-1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี 3) เพศ ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายเมื่อเทียบในวัยเดียวกัน เนื่องจากภายหลังที่ผู้หญิงหมดประจำเดือนจะทำให้การทำงานของเรนินในกระแสโลหิตเพิ่มมากขึ้น 4) ภาวะอ้วน น้ำหนักและส่วนสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 7 (The Joint National committee seventh) ที่พบว่า คนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูง เมื่อลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัม จะช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (James; et al. 2014) 5) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจะไปกระตุ้น

การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ส่งผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดรัดตัวและเพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มขึ้นจึงนำไปสู่การมีค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้น นอกจากนั้นพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เกลือและ/หรือโซเดียมสูง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และระดับความดันโลหิตลงได้

2. **ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ** พบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และมักเกิดจากการเป็นโรคอื่นมาก่อน เช่น 1) โรคไต ที่มีสาเหตุมาจากเนื้อไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตตีบ ทำให้เกิดภาวะไตวาย โรคหลอดเลือดไตอักเสบ โรคกรวยไตอักเสบ และโรคไตจากเบาหวาน ส่งผลให้เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียม นำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น 2) โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น โรคฟีโอโครโมไซโตมา (Pheochromocytoma) ทำให้มีการหลั่งของอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินเข้ากระแสเลือดมาก ทำให้หลอดเลือดหดตัวและระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น 3) โรคระบบประสาท โดยระบบประสาทซิมพาเธติคจะหลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน สารนี้จะไปกระตุ้นให้ไตหลั่งสารเรนิน ทำให้สารแองจิโอเทนซินวัน (Angiotensin I) เปลี่ยนเป็นสารแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ทำให้หลอดเลือดตีบ แรงต้านทานในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะปกติได้ จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น และ 4) การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาสเตียรอยด์ ยาลดความอ้วน ยาคุมกำเนิด เป็นต้น ทำให้คนที่รับประทานยาพวกนี้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (James; et al. 2014)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายของแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรของปรอทในผู้ป่วยทั่วไป หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรของปรอทในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน แนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกออกเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ 1) การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และ 2) การรักษาโดยวิธีใช้ยา โดยแต่ละแนวทางมีรายละเอียด (James; et al. 2014) ดังนี้

1. **การรักษาโดยไม่ใช้ยาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต**

การรักษาโดยไม่ใช้ยาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้รับความนิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มก่อนมีความดันโลหิตสูง (Prehypertension) และกลุ่มที่มี ค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับหนึ่ง (Hypertension stage I) เช่น การปรับพฤติกรรมการบริโภคให้

เหมาะสม การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น

1.1 การบริโภคที่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสจัด ไขมันสูง เกลือและ/หรือโซเดียมสูง เป็นต้น แต่ควรหันมารับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) ได้แก่ อาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ เนื่องจากการลดหรือจำกัดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบสูง ทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณของน้ำเลือดลดลง ความต้านทานในหลอดเลือดลดลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (Levine. 2004) และการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงและทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย ส่งผลให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นด้วย (Chobanian; et al 2003) รวมทั้งการรับประทานอาหารที่กากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ซึ่งช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระได้เร็วและดีขึ้น และเส้นใยอาหารที่รับประทานเข้าไปสามารถรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึม ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (Singh; et al. 1992) รวมถึงการควบคุมน้ำหนักหรือดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ให้อยู่ในช่วง 18.5-24.9 ซึ่งจะพบว่าการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมจะช่วยให้ค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวลดลง ได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท โดยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นด้วย (สุรพรชัย กองพัฒนากูล. 2542)

1.2 การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น การเดินเร็วๆ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวันซึ่งจะทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากในการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ลดอุดตันและแรงต้านภายในหลอดเลือดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตมีค่าลดลง (JNC VII. 2003) ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตสูงที่ลดลง (Brandao; et al. 2002) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การตอบสนองหลังการออกกำลังกายแบบทันที ทำให้ปริมาตรของเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาทีในขณะพักจะลดลงในระดับต่ำกว่าก่อนเริ่มออกกำลังกาย ซึ่งเรียกว่า Post-exercise hypotension (PEH) ความต้านทานในหลอดเลือดลดลงด้วย นำไปสู่การลดลงของค่าความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังมีการปลดปล่อยสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวในบริเวณที่มีการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ เช่น สาร Nitric oxide นำไปสู่การลดลงของค่าความดันโลหิตสูงเช่นกัน แต่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน ในการลดลงของค่าความดันโลหิตนี้จะคงอยู่เป็นระยะเวลา 22 ชั่วโมงหลังจากออกกำลังกายเพียงครั้งหนึ่ง (ปิยะนุช รัก

พานิช. 2548) และ 2) การตอบสนองหลังการออกกำลังกายในระยะยาว ทำให้เกิดการปรับตัวต่อการฝึกออกกำลังกายในระยะยาว ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดใหญ่ขึ้นและช่วยส่งเสริมการทำงานของผนังชั้นในของหลอดเลือดทำงานดีขึ้นและช่วยลดระดับไขมันในเลือดลงได้

1.3 การจัดการความเครียด เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น จะช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ โดยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic nervous system) ทำให้ลดการหลั่งอีพิเนฟริน (Norepinephrine) ในเลือด นำไปสู่การลดการหดรัดตัวของหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2545) ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติส่วนซิมพาเธติคให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดรัดตัว เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องบีบและคลายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนั้นทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (Adrenaline) และคอร์ติซอล (Cortisol) หัวใจเต้นเร็วขึ้นและผนังหลอดเลือดหดเกร็งมากขึ้น ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้

1.4 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้ค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันช่วงหัวใจคลายตัวสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท เช่น การสูบบุหรี่ โดยในควันบุหรี่มีสารต่างๆ มากกว่า 4000 ชนิด โดยเฉพาะสารนิโคติน (Nicotine) ซึ่งไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติค (sympathetic) ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารแคททีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น นำไปสู่การหดตัวของหลอดเลือดและหัวใจมีการเต้นที่เร็ว ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตามในการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ จึงจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยวิธี การให้ยาต่อไป

2. การรักษาโดยวิธีการใช้ยา

การใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิตจะช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และคงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับความรู้สึก เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่างๆ ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกได้ 5 กลุ่ม (James; et al. 2014) ได้แก่

2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เช่น ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) ฟูโรซีไมด์ (Furosemide) เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมโซเดียมและคลอไรด์ ทำให้ร่างกายขับโซเดียมคลอไรด์ออกทางไตและยับขับโปตัสเซียมและ

แมกนีเซียมออกทางปัสสาวะ หรือยาบางตัวมีฤทธิ์ยับยั้งการขับโปตัสเซียม ซึ่งระยะแรกของการใช้ยาทำให้มีปัสสาวะมากขึ้น ปริมาณเลือดและเกลือแร่ในร่างกายลดลง เป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง

2.2 ยากั้นเบต้าแอดรีเนอจิกรีเซฟเตอร์ (Beta-adrenergic receptor blockers) เช่น โพรพราโนลอล (Propranolol) อะทีนโนลอล (Atenolol) เมโทโพรลอล (Metoprolol) เป็นต้น ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยยับยั้ง เบต้าแอดรีเนอจิกรีเซฟเตอร์ (Beta-adrenergic receptors) ที่สมอง หัวใจบีบตัวลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้ยังลดการสร้างเรนินทำให้แองจิโอแทนซินทู (Angiotensin II) ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว (Vasoconstrictor) ลดลงและลดการดูดซึมโซเดียมที่ไต

2.3 ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) เช่น แอมโลดิฟีน (Amlodipine) ไนเฟ็ดดิฟีน (Nifedipine) เวอร์ราปามิล (Verapamil) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลดความดันโดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือดส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันลดลง เนื่องจากแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือดลดลง ซึ่งมีการออกฤทธิ์ที่ค่อนข้างนาน 12-24 ชั่วโมง

2.4 ยากั้นการทำงานของแองจิโอเทนซิน (Angiotensin receptor blockers) เช่น โลซาตาน (Losartan) วอลซาตาน (Valsartan) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะลดความดันโลหิต โดยแย่งแองจิโอแทนซินทูจับกับตัวรับแองจิโอแทนซินทู ทำให้ยับยั้งการทำงานของแองจิโอแทนซินทู ลดการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม

2.5 ยายับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin coverting enzyme inhibitors) เช่น อินาลิพริว (Enalipril) แคปโตพริว (Captopril) และเพอร์รินโดพริว (Perindopril) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะลดความดันโลหิต โดยยับยั้งเอนไซม์ในการเปลี่ยนแองจิโอแทนซินวันให้เป็นแองจิโอแทนซินทู ซึ่งเป็นตัวการทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาตัวเพิ่มขึ้น และยังลดการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม

การเลือกใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงในทางปฏิบัติมักพิจารณาตามสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ระดับของความดันโลหิตและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย หลักการรักษาจะเป็นไปตามขั้นตอน โดยขั้นแรกใช้ยาชนิดเดียวเป็นกลุ่มยาขับปัสสาวะ เพราะสามารถลดความดันโลหิตสูงลงโดยปริมาณของเลือดในระบบไหลเวียน และลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลงได้ ขั้นที่ 2 คือ ยาลดความดันโลหิตสูง (Antihypertensive agent) เช่น ยากั้นแอดรีเนอจิกเพิ่มเข้าไปกับการใช้ยาขับปัสสาวะ ถ้ายังควบคุมไม่ได้จึงเลื่อนไปใช้ยาร่วมกันหลายชนิดต่อไป

ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อลดผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย โดยหากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้หลอดเลือดแดงถูกทำลายและเกิดการแข็งตัว เนื่องจากความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดหนา แข็ง ขาดความยืดหยุ่น และแตกง่าย เกิดการอุดตัน ลิ่มเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก ขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ เช่น หัวใจ สมอง และไต ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆ (Aronow; et al. 2011; Wang; & Vasan. 2005) ได้แก่

โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย เนื่องจากผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลง และถ้ามีการอุดตันของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจวายได้ จากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น โดยออกแรงบีบตัว เพื่อต้านความดันในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น โดยระยะแรกหัวใจจะมี การปรับตัวกล้ามเนื้อหัวใจจะขยายตัวมากขึ้น จึงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลง ถ้าภาวะนี้เกิดขึ้นต่อไปเรื่อยๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถจะขยายตัวได้อีก การทำงานของหัวใจขาดประสิทธิภาพ นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว

โรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูงนำไปสู่การแข็งตัวของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ทำให้หลอดเลือดแดงของสมองแตก การตีบแคบหรืออุดตันได้ง่าย ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายส่งผลให้เป็นอัมพาต หรือมีอาการสมองเสื่อม และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า 3-4 เท่าของคนที่มีความดันโลหิตปกติในวัยเดียวกัน

ไตวาย เนื่องจาก ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตที่สูงเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียลดลง เกิดการคั่งของสารต่างๆ เช่น ครีเอตินิน (Creatinine) และสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย ถ้ามีการคั่งของเสียในระดับที่สูงจะทำให้ความดันโลหิตที่สูงอยู่แล้วกลับสูงมากขึ้นกว่าเดิมจนอาจจะเกิดอาการหมดสติ และเสียชีวิต

จอประสาทตาเสื่อม เนื่องจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงต่อเนื่องจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จอตาและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงฝอยเล็กๆ ในจอรับภาพ

(Retina) หนาและหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ และตาบอดในที่สุด

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้ขาดได้ รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการักษา ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น ไร้ค่า และทำให้แสดงอารมณ์โกรธฉุนเฉียวกับคนรอบข้างได้ (Sherbourne; et al. 2004)

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงบางกรณีอาจรุนแรงและส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้แสดงบทบาทในสังคมลดลง และจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Sherbourne; et al. 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงไม่มีการแสดงอาการใดๆ ออกอย่างเด่นชัดมาในระยะแรก จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยและใส่ใจติดตามดูแลตนเองร่วมกับดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสจัด การรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งการมีความเครียดสะสมเรื้อรัง พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบในด้านต่างๆ เป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองให้มีสุขภาวะที่ดีนั้นนับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ รวมทั้งช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี มีพื้นฐานมาจากนิยามสุขภาวะที่ดีขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO. 1986) ที่ว่า สุขภาวะที่ดี คือ ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความพิการทุพลภาพเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุที่ความดันโลหิตสูงสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และสามารถพึ่งพาและช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่น และสังคมได้ตามศักยภาพของตนเอง ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่หลากหลายใน

การช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองถนัดและสนใจ และทำให้ปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคมมากขึ้น (WHO. 2002; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2545)

2.1.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

คำว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ มีชื่อเรียกที่แตกต่างกันออกไป โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลนั้นมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี จึงทำให้มีนักวิชาการจำนวนมากสนใจและให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องและแตกต่างกันไป เช่น วอล์กเกอร์ ซีไคร์ส และเพนเดอร์ (Walker; Sechrist; & Pender. 1987) คือ การปฏิบัติเฉพาะบุคคลที่ส่งเสริมสุขภาพจนเกิดเป็นสุขนิสัยโดยได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว สิ่งแวดล้อม และชุมชนที่อาศัยอยู่ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ (Nutrition) 2) การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) 3) การจัดการความเครียด (Stress management) 4) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) 5) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) และ 6) การบรรลุศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) ในขณะที่ กิลลิส (Gillis. 1997) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำที่เป็นกิจวัตรในชีวิตประจำวันที่แสดงถึงการป้องกันการเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี ได้แก่ 1) โภชนาการ (Nutrition) 2) การทำกิจกรรมทางกาย (Physical Participation) 3) ความปลอดภัย (Safety) 4) การตระหนักรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Awareness) 5) การจัดการความเครียด (Stress Management) และ 6) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในขณะที่ เพนเดอร์ (Pender; et al. 2006) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำที่เป็นกิจวัตรประจำวันหรือนิสัยทางด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) 2) การออกกำลังกาย (Exercise) 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4) การจัดการความเครียด (Stress Management) 5) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal Support) และ 6) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เช่นเดียวกับ ฮาคิฮาซาโนกลูและโกซัม (Hacihasanoglu; & Gozum. 2011) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ (Nutrition) 2) การออกกำลังกาย (Exercise) 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4) การจัดการความเครียด (Stress Management) 5) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal Support) และ 6) การตระหนักรู้ในตน (Self-realization) และโฟร์เราสซานีและคนอื่นๆ (Foroushani; et al. 2014) ที่ เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) 2) การออกกำลังกาย (Exercise) 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4) การจัดการความเครียด (Stress Management) 5) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal Support) และ 6) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

สำหรับในส่วนของประเทศไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เช่น กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตามยุทธ์ศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงใน 6 กลยุทธ์ (6 อ.) ได้แก่ 1) อาหาร (Diet) 2) อารมณ์ (Emotion) 3) ออกกำลังกาย (Exercise) 4) อโรคยา (Disease Reduction) 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment Health) และ 6) อบายมุข (Temptation) ในขณะที่ เถียมวงศ์ และคนอื่นๆ (Thiamwong; et al. 2008) เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 1) การใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ (Being Self-Sufficient and Living Simply) 2) การจัดการกับความเครียด (Managing Stress and Making a Peaceful) 3) การมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากสังคม (Having Social Relationship and Support) 4) การทำบุญและทำความดี (Making Merit and Good Deeds) 5) การตระหนักและดูแลตนเอง (Practicing Self-Care and Self-Awareness) 6) การไม่อยู่นิ่งเฉยด้านกาย (Staying Physically Active) 7) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Staying Socially Active) ส่วน รัตนพันธ์และคนอื่นๆ (Rattanapun; et al. 2009) ได้เสนอพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี พึ่งพาตนเองได้ มีความพอดีในการดำเนินชีวิตอันประกอบด้วย 1) การหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและความพิการ (Avoiding disease and disability) 2) การมีสมรรถนะที่ดีทั้งทางด้านจิตใจและด้านร่างกาย (Maintaining high cognitive and physical function) และ 3) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีคุณค่า (Active engagement with life) นอกจากนั้นจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan) พ.ศ. 2554-2563 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2554) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การดำเนินชีวิตแบบไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพที่ดีนั้น ซึ่งยึดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการบูรณาการของระบบสุขภาพ บริบทของสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของสังคม เพื่อให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการป้องกันสุขภาพจากโรควิถีชีวิต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ดังนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ให้มีการดำเนินชีวิตที่ลดความเสี่ยงและภาระแทรกซ้อน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม 2)พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เพียงพอ และ 3) การจัดการอารมณ์ให้เหมาะสม และนอกจากนั้น ธนะขว้าง อิสระมาลัย และหัถกิจ (Thanakwang; Isaramalai; & Hatthakit. 2014) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการ

ดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำในการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การอยู่อย่างพึ่งพาตนเองได้ (Being self-reliant) 2) การมีส่วนร่วมและยังคงประโยชน์ต่อสังคม (being actively engaged with society) 3) การมีความงอกงามทางปัญญา (Developing spiritual wisdom) 4) การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (Maintaining a healthy) 5) การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Engaging in active learning) และ 6) การเตรียมตัวเพื่อความมั่นคงยามชรา (Building up financial security) จากความหมายข้างต้น ทำให้สามารถสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดังตาราง 1

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	Walker; et al. (1987)	Gillis (1997)	Pender (2006)	Hacihasanoglu; & Gozum (2011)	Foroushani; et al. (2014)	**กระทรวงสาธารณสุข (2549)**	Thiamwong; et al. (2008)	Rattanapun; et al. (2009)	**สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2554)**	Thanakwang; Isaramalai; & Hatthakit. (2014)	**ความถี่ (ร้อยละ)**
1. พฤติกรรมการป้องกันโรค	√	√	√	√	√	√	√	√		√	9 (90)
2. การออกกำลังกาย	√	√	√	√	√	√	√	√	√		9 (90)
3. การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	√	√	√	√	√	√	√	√	√		9 (90)
4. การมีส่วนร่วมทางสังคม	√	√	√	√	√		√	√		√	8 (80)
5. โภชนาการ	√	√	√	√	√	√			√		7 (70)
6. การพัฒนาจิตวิญญาณ			√		√		√				3 (30)
7. การบรรลุศักยภาพแห่งตน	√			√							2 (20)
8. ความปลอดภัย		√				√					2 (20)
9. การใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ							√			√	2 (20)
10. การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง										√	1 (10)
11. การเตรียมตัวเพื่อความมั่นคงยามชรา										√	1 (10)

จากการสังเคราะห์ในตาราง 1 ทำให้ได้องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี สุขภาวะที่ดี โดยพิจารณาจากค่าความถี่ตั้งแต่ 5 ขึ้นไป หรือคิดเป็นร้อยละ 50 ของงานวิจัยทั้งหมด ดังนั้น

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 5) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ โดยคิดเป็นร้อยละ 90, 90, 90, 80, และ 70 ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **พฤติกรรมการป้องกันโรค** (Disease preventive behavior) หมายถึง การกระทำที่แสดงถึงการดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเอง ได้แก่ 1) การสังเกต เฝ้าติดตาม และค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพและแหล่งปัจจัยหรือทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ และ 2) การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ 2.1) การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารนิโคติน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและหัวใจมีอัตราการเต้นที่เพิ่มขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัวเพิ่มขึ้น และเป็นอันตรายต่อเซลล์เยื่อบุผิวของหลอดเลือดแดง โดยการสูบบุหรี่มวนแรกจะกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที นำไปสู่ความดันโลหิตที่สูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท (Norton. 1995) 2.2) การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 58.8 กรัมเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อไตถูกทำลาย หรือมากกว่า 3 แก้วต่อวัน นำไปสู่ความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ส่วนการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยกว่า 30 ซีซีต่อวันจะช่วยส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงกว่าการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่า 30 ซีซีต่อวัน (Kotchen; & Kotchen. 1999) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรงดหรือจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าหยุดดื่มความดันโลหิตจะลดลงเรื่อยๆ และ 2.3) การลดการดื่มเครื่องดื่ม พวกชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังซึ่งมีสารคาเฟอีน เนื่องจากสารคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว แล้วนำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Chobanian; et al. 2003) จากการรายงานที่ศึกษาถึงผลของสารคาเฟอีนของ ฮาร์ทเลย์ และคนอื่นๆ (Hartley; et al. 2000) พบว่า ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตต่างๆ กัน ตั้งแต่ความดันโลหิตปกติ สูงเล็กน้อย และสูงแน่นอน จำนวน 18-73 คน ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน 250 มิลลิกรัม แล้ววัดความดันโลหิตซ้ำหลังจากนั้น 45-60 นาที พบว่าทุกกลุ่มมีค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งมากกว่า 1.5 เท่าของกลุ่มที่ความดันปกติ

2. **การออกกำลังกาย** (Exercise) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การออกกำลังกายที่นิยมศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ไท่จี๋กง การเดินเร็ว การ

ว่ายน้ำ การรำไม้พลอง (ศุชญา แก้วสกุลทอง. 2551; Taylor-Pilae; et al. 2006: 598-606; Thurston; & Green. 2004: 379-387)

หลักของการออกกำลังกายตามหลัก FITT (American college of sports medicine. 2006) ได้แก่ 1) ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) ควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate-Intensity) คือ การออกกำลังกายที่อยู่ในช่วงร้อยละ 55-69 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximum Heart Rate) ในแต่ละบุคคลหรือจากดัชนีความหนักเบาในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการมีเหงื่อออกขณะเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงติดต่อกันเป็นประโยคสลับกับการหายใจเข้าออกตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยขัด 3) ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time of Exercise) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 20-30 นาที โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) ช่วงเข้มข้นของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Endurance training phase) และช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase) และ 4) ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of Exercise) ควรเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจในแต่ละบุคคล เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายและจิตใจ รวมทั้งช่วยป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไขมันสูง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีรายงานจำนวนมากบ่งชี้ว่า การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมีประโยชน์กับสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุในปัจจุบันการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอยู่ในจำนวนไม่มากนัก ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายในผู้สูงอายุของ วริศา จันทรังสีวรกุล (2553) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีโรคประจำตัว ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ในขณะที่การศึกษาของธาริน สุขอนันต์ และคนอื่นๆ (2557: 66-75) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของผู้สูงอายุนั้น พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

3. **พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี** (Psychological well-being behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลในการจัดการดูแลสุขภาพจิตใจของตัวให้มีสุขภาวะจิตทางด้านบวกในการดำเนินชีวิต (Positive psychological functioning) ช่วยให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้เต็ม

ความสามารถ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจาก อริสโตเติล (Aristotle) ที่ได้เสนอว่า การอยู่อย่างมีชีวิตที่ดีไม่เพียงแต่มีพื้นฐานมาจากระดับความพึงพอใจเชิงอัตวิสัยกับสิ่งที่ประสบมา แต่ยังเน้นถึงการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุข เช่นเดียวกับนอร์ตัน (Norton. 1976) ซึ่งเป็นนักปรัชญากลุ่มยูไดโมนิส (Eudaemonist) ที่มุ่งเน้นถึงภาวะของการดำรงอยู่ ต่อมาวอทเทอแมนและคณะ (Waterman; et al. 1990) ได้เสนอว่า การมีสุขภาวะที่ดีในรูปแบบของยูไดโมนิกส์เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการพัฒนาศักยภาพของบุคคล และใช้ศักยภาพนั้นในการผลักดันไปให้ถึงเป้าหมายของชีวิต ต่อมาไรฟ์ (Ryff; Singer. 1996) ได้เสนอว่า คุณลักษณะทางจิตด้านบวกส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวมทั้งให้ความสำคัญกับความรู้สึกยินดี (Pleasure) และภาวะของการดำรงอยู่ (Being) ที่มากไปกว่าการเสพสุขอย่างหมกมุ่น (Self indulgent) องค์ประกอบของการมีสุขภาวะที่ดีในรูปแบบของยูไดโมนิกส์สามารถจำแนกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 2) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) 3) การมีความงอกงามในตน (Personal Growth) 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations with others) 5) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ หรือการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) และ 6) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การใช้ชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นการกระทำด้วยการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง สามารถเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ทั้งในแง่ที่ดีและไม่ดี ทำให้มีความรู้สึกทางบวกต่อชีวิตในอดีตของตนเอง

3.2 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เป็นการกระทำที่แสดงออกถึงความรัก มิตรภาพที่ดี และสัมพันธภาพที่อบอุ่นให้กับผู้อื่น มีความรัก ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีความไว้วางใจในผู้อื่น และมีความรู้สึกที่ดีและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

3.3 การกระทำสิ่งต่างๆ อย่างอิสระด้วยตนเอง เป็นการกระทำอย่างอิสระและสามารถตัดสินใจกำหนดชีวิตด้วยตนเอง และสามารถอดทนต่อแรงกดดันทางสังคม โดยมีความคิดและพฤติกรรมกระทำในสิ่งที่ตนเห็นว่าดีแล้ว

3.4 การจัดการและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นความสามารถของบุคคลในการเลือกหรือสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมรอบตัวให้เหมาะสมกับความต้องการและความพอใจของบุคคลนั้น รวมทั้งการที่บุคคลสามารถมองเห็นประโยชน์จากโอกาสต่างๆ ที่มีอยู่รอบตัวได้

3.5 การปฏิบัติตนตามหลักศาสนาที่ตนยึดถือ เป็นการกระทำตามเป้าหมายในชีวิตในอดีตและปัจจุบัน โดยมีพื้นฐานมาจากหลักศาสนาที่ตนยึดถือ การได้กำหนดทิศทางชีวิตด้วยตนเองและมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

3.6 การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้งอกงามขึ้น เป็นการกระทำเพื่อพัฒนาศักยภาพที่ตนมีอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองและเปิดโอกาสให้ตนเองได้รับรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ เห็นโอกาสในการปรับปรุงตนเองและพฤติกรรมตลอดเวลา

4. **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม** (Engaging in social activity) หมายถึง การกระทำที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อส่งเสริมสังคมให้สันติสุข ได้แก่ 1) การทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองถนัดและสนใจ และ 2) การร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศาสนา ชมรม หรือชุมชน การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Alberta Health and Wellness. 2002) รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ถึงขีดสูงสุด รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นที่อยู่รอบข้าง เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนั้นต้องเริ่มจากการพัฒนาตนเองให้เข้ากับผู้อื่นได้ง่าย การให้ความรัก ความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด การยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น และเมื่อมีปัญหาสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst. 1963) ได้ที่เสนอว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยไม่สามารถที่หลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การได้ยินที่ลดลง ทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นที่ไม่สะดวกนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม นำไปสู่การรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองที่ลดลง ดังนั้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงเป็นการเปิดโอกาสที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคม การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง นอกจากนั้นยังช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี จากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller. 1991) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ พบว่าการมีความสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งการมีความสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นที่อยู่รอบข้างด้วยการให้ความรัก เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด การยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นและเมื่อมีปัญหากล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

5. **การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ** (Healthy eating) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและลดความรุนแรงของโรคต่างๆ (Gradner; et al. 2000; Holmes. 2004) จากการสำรวจพฤติกรรม

การรับประทานอาหาร โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2554) พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารโปรตีนน้อยและต่ำกว่าความต้องการที่ร่างกาย สำหรับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension: DASH) ของผู้สูงอายุให้เหมาะสมในแต่ละวันนั้น ควรรับประทานอาหารให้สมดุลและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ขนาดส่วนประกอบของร่างกาย และกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน จากการศึกษาของแอปเพิลและคนอื่นๆ (Apple; et al. 2003) และการศึกษาของ โรล กริมและ ฮิลดีเบรนท์ (Roel; Hildebrant; & Grimm. 2003: 466-472) พบว่าผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงสามารถช่วยลดค่าความดันโลหิตได้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลักในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ดังนี้

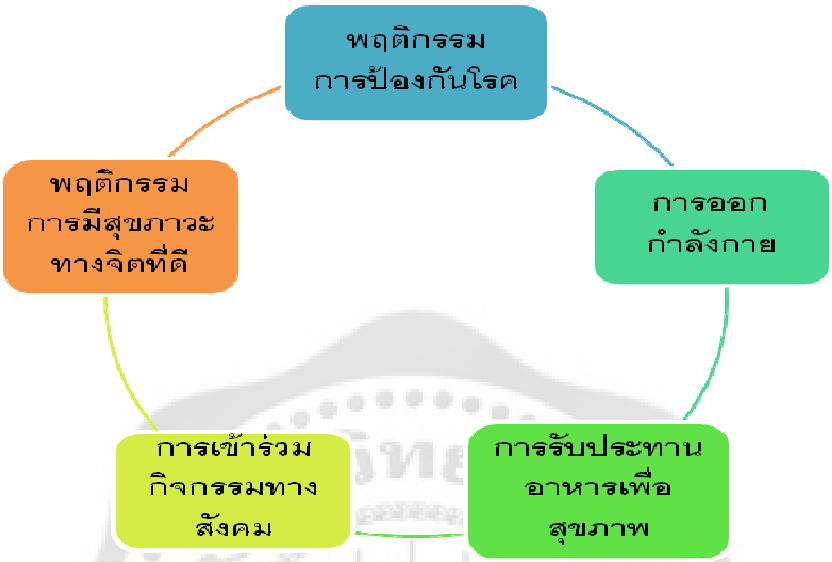
5.1 การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช จากการศึกษาของแคปแลน (Kaplan; et al. 1998) ที่พบว่า อาหารมังสวิรัติที่มีผักและผลไม้ที่มีกากใยและอาหารไขมันต่ำสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ เช่นเดียวกับผลของการประชุมของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 7 (The Joint National committee seventh) ที่เสนอว่า การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเป็นการรับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian; et al. 2003)

5.2 การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด รสเค็ม หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง เนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดี ทำให้ความต้านทานในเลือดมากขึ้น ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น อาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร ซอสหรือเครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมต่างๆ ที่มีการเติมผงฟู ผงชูรส ผงกันบูด สารกันเชื้อรา และอาหารทะเล รวมทั้งยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องร่วง เป็นต้น จากการทบทวนและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุควรรับประทานโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งจะสามารถช่วยลดความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian; et al. 2003; Ogihara; & Rakugi. 2005: 297-314; Sacks; et al. 2001)

5.3 การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เป็นต้น รวมทั้งอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบและอาหารทะเลบางชนิด ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และควรหันมาประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม ตุ๋น อบ นึ่งแทน (James; et al. 2014)

ดังนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 5) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2.1.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีถูกพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดต่างๆ ทั้งทางจิตวิทยา สังคมศาสตร์ และสาธารณสุข เพื่อให้ครอบคลุมการมีวิถีชีวิตที่มี สุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน

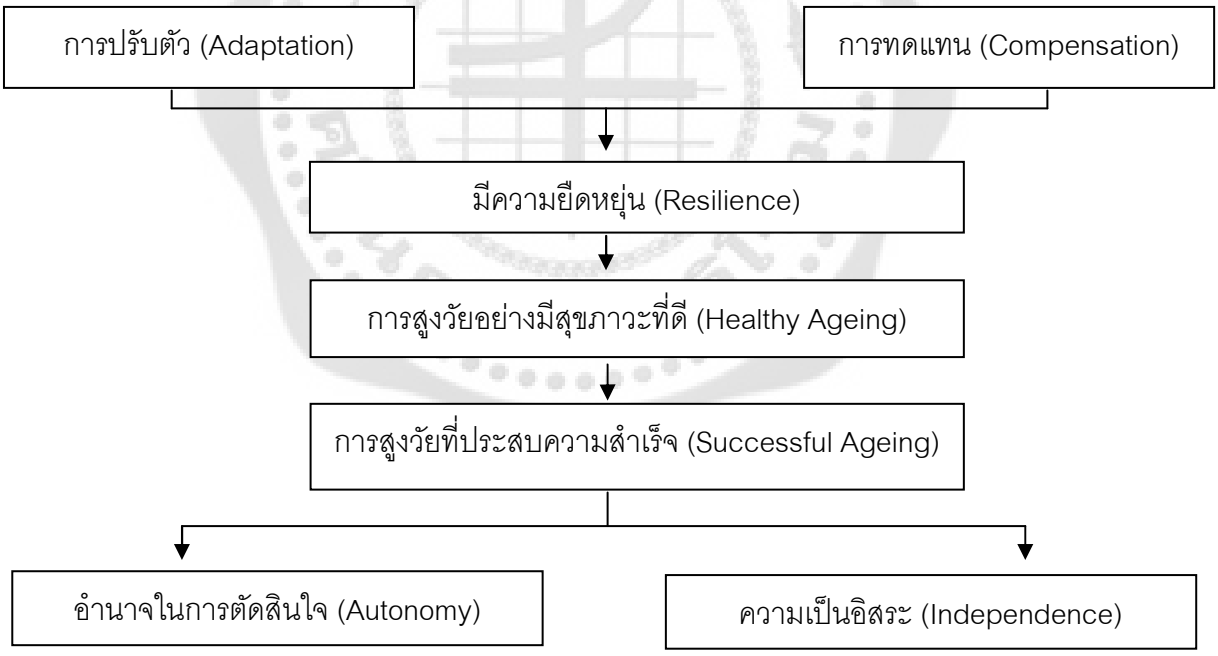
1. แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

1.1 แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Ageing) (Peel; McClure; & Bartlett. 2005)

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นการที่ผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีตามแนวคิดขององค์กรทางสุขภาพของประเทศแคนาดา (Health Canada) ตั้งแต่ปลายปี ค.ศ. 1970 และได้พัฒนาเป็นกรอบนโยบายในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน โดยระบุคำจำกัดความของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นกระบวนการชีวิตที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่ การเพิ่มและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี ความเป็นอิสระ และคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการส่งเสริม การเปลี่ยนผ่านชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ การมีชีวิตที่ยืนยาวจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยไม่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต และยังคงรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจไว้ได้

ความหมายของแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดีค่อนข้างคล้ายคลึงกับแนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ จึงพบว่านักวิจัยบางคนเห็นว่าแนวคิดทั้งสอง คือ แนวคิดเดียวกัน และอาจใช้แทนกัน ส่วนนักวิจัยบางคนเห็นว่าการที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จได้จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาก่อน (Hansen-Kyle. 2005)

แฮนเซน ไคล์ (Hansen-Kyle. 2005) ได้เสนอรูปแบบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับความสูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ต้องมีความสมดุลจึงจะเกิดภาวะของการปรับตัว (Adaptation) การทดแทนหรือการชดเชย (Compensation) ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะยืดหยุ่นหรือความสามารถใน การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (Resilience) ภาวะเหล่านี้ถือเป็นเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นก่อนการมีสุขภาพดี และเมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาวะที่ดี เหตุการณ์ที่ตามมา (Consequences) ก็คือการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging) คือ ความสามารถที่จะสร้างหรือคงไว้ซึ่งบทบาทและวิถีทางการดำเนินชีวิตของตนเอง ประกอบไปด้วยภาวะที่เป็นอิสระ (Independence) และมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี (A model of healthy)

ที่มา: Hansen-Kyle, L. (2005). A Concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*. 40(2): 45-57.

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของประเทศไทยสอดคล้องกับบริบทต่างประเทศ โดย การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ที่ไม่มีโรคหรือมีโรคประจำตัว และความสามารถที่จะกระทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จากความซับซ้อนที่เกิดจากความมีหลายมิติของแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี เนื่องจากแนวคิดนี้มีความเป็นอัตวิสัยและให้ความสำคัญในระดับปัจเจกบุคคล ทำให้นักวิจัยมีความพยายามที่จะหามติร่วมกันของคำจำกัดความของแนวคิดนี้ โดยเชื่อว่าควรจะมีการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก ซึ่งบ่งถึงศักยภาพในการทำหน้าที่และปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และครอบคลุมการมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Peel; et al. 2005)

1.2 แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful ageing) (Rowe; & Kahn. 1998)

แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จถูกพัฒนาขึ้นโดยรอว์และคาห์น (Rowe; & Kahn. 1998) การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตนเอง โดยลักษณะการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การปราศจากหรือหลีกเลี่ยงจากโรคและภาวะทุพพลภาพ (Low probability of disease and disease related disability) 2) การรักษาความสามารถของร่างกายและสติปัญญาให้ยาวนาน (High cognitive and physical functional capacity) และ 3) ทำงานเพื่อชุมชนและสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมอย่างสม่ำเสมอ และการใช้หลักคำสอนทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจในการดำเนินชีวิต (Active engagement with life) ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี มีส่วนร่วมหรือมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนมีความปลอดภัยในชีวิต รวมทั้งมีความพึงพอใจในชีวิต โดยการมองคุณค่าในตนเองและ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (เล็ก สมบัติ; และคนอื่นๆ. 2554)

อย่างไรก็ตามแนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ เชื่อว่า ผู้สูงอายุสามารถคงรูปแบบของกิจกรรมต่างๆ ที่มีคุณค่าที่มีอยู่ในวัยกลางคนต่อเนื่องไปสู่ในวัยสูงอายุ แนวคิดนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นอุดมคติเกินไป เพราะเป็นการคาดหวังซึ่งไม่มีทางเป็นจริงที่ผู้สูงอายุแต่ละคนจะคงระดับสูงๆ ของการทำกิจกรรมตั้งแต่วัยกลางคนจนเข้าสู่วัยสูงอายุ และทำให้ไม่เกิดคำอธิบายในกลุ่มของผู้เจ็บป่วย ผู้พิการ คนอ้วน ผู้ติดยาและสารเสพติด ตลอดจนผู้ที่มีช่วงชีวิตหนึ่งไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมได้ ดังนั้น แนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จจึงถูกวิจารณ์ว่าเป็นการกล่าวถึงกระบวนการสูงอย่างกว้างๆ และมองผู้สูงอายุเป็นกลุ่มก้อนเดียวกัน (Hutchison; et al. 2006; Walker. 2006) ในปี ค.ศ. 1980 แนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จได้ถูกปรับโฉมใหม่ในนามของแนวคิดการสูงวัยอย่างเป็นประโยชน์ (Productive ageing) ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านการเมืองและ

สังคมของประเทศสหรัฐอเมริกาในขณะนั้น โดยการปรับเปลี่ยนความสนใจจากตัวผู้สูงอายุไปเป็นตามกระบวนการของการพัฒนาคนไปตลอดช่วงชีวิต (Walker. 2006)

1.3 แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ (Productive Ageing) (Caro; et al. 1993)

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ ปรากฏครั้งแรกในปี ค.ศ. 1982 โดยนักสังคมวิทยาที่ตั้งข้อสังเกตว่าทำอย่างไรจึงจะสร้างความสมดุลระหว่างความสูงอายุ การเป็นภาระที่ต้องพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และการนำศักยภาพที่มีอยู่ของผู้สูงอายุมาสร้างผลผลิตให้เกิดคุณประโยชน์ต่องานครอบครัว และชุมชน แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ถูกพัฒนาขึ้นโดยคาโรห์และคนอื่นๆ (Caro; et al. 1993) การสูงวัยอย่างมีประโยชน์เป็นการที่ผู้สูงอายุสามารถนำความสามารถของตนเองไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม โดยการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมตามความสนใจและความสามารถของแต่ละบุคคล (Scott; et al. 2001)

บาสและคาโรห์ (Bass; & Caro. 2001) ได้พยายามพัฒนากรอบแนวคิด เพื่อให้ง่ายต่อ การทำความเข้าใจกับแนวคิดการสูงวัยอย่างเป็นประโยชน์ โดยพบว่าแนวคิดดังกล่าวประกอบไปด้วย 5 ส่วนสำคัญ ซึ่งทำงานกันอย่างเป็นระบบ มีความเป็นพลวัตรและเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ดังนี้

1) สภาพแวดล้อม (Environment) ได้แก่ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เหตุการณ์โลก การเมือง การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

2) สถานการณ์ (Situation) ได้แก่ บทบาท ความรับผิดชอบ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพปัจจุบัน บริบทชุมชน ความคาดหวัง เป็นต้น

3) บุคคล (Individual) ได้แก่ ทัศนคติ เพศ เชื้อชาติ คุณลักษณะทางร่างกาย องค์ประกอบทางชีวภาพ

4) นโยบายสังคม (Social policy) ได้แก่ นโยบายของรัฐ ระบบบำเหน็จบำนาญ ภาษี เป็นต้น

5) ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ระดับของการมีส่วนร่วม

สำหรับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ในบริบทของประเทศไทย หมายถึง การคงไว้ซึ่งศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ โดยเป็นความสามารถในการพึ่งตนเองเท่าที่จะทำได้ของผู้สูงอายุและการใช้ความสามารถส่วนตัวในทางสร้างสรรค์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่นและสังคม ส่วนผู้สูงอายุไทยรับรู้ว่าการเป็นผู้สูงอายุอย่างเป็นประโยชน์ คือ การทำกิจกรรมใดๆ โดยผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะผลิตหรือสร้างสรรค์ความเจริญงอกงาม เพื่อประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือเป็นการพัฒนาศักยภาพของตัวผู้สูงอายุเอง ธนาคารสมอง (Brain bank) เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ ผู้ที่เกษียณอายุแล้วแต่ยังมีความรู้ความสามารถมาช่วยงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม และเป็นพลังในการพัฒนาประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับสังคมและ

วัฒนธรรมไทยที่ให้ความเคารพนับถือต่อผู้อาวุโส โดยให้ผู้เกษียณอายุแล้วที่มีความรู้ทักษะ ความเชี่ยวชาญจากประสบการณ์ต่างๆ มาถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันดีงามจากผู้อาวุโสสู่คนรุ่นใหม่ เพื่อสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามเป็นประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติหลังเกษียณอายุ

1.4 **ทฤษฎีพัฒนาการของเพค** (Peck's Developmental Theory) (Peck. 1968)

เพค (Peck. 1968) ได้จำแนกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 55 - 75 ปีและผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปีขึ้นไปซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพและ การมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาและสังคมซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ คือ

1.4.1 ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (Ego differentiation and work-role preoccupation) เป็นความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับบทบาท หน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ อย่างไรก็ตามถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองไม่ได้มาจากบทบาทหน้าที่ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุความรู้สึกนั้นก็ยังคงอยู่ โดยพอใจที่จะหาสิ่งอื่นๆมาทาทดแทน เช่น หางานอดิเรกทำ เข้าร่วมชมรม หรือกลุ่มที่ตนเองสนใจ เป็นต้น

1.4.2 ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ (Body transcendence and body preoccupation) เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับว่าสภาพร่างกายของตนถดถอยลงและพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะมีความสุข

1.4.3 การยอมรับว่าร่างกายของตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ (Ego transcendence and Ego preoccupation) เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์และ การเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติและยอมรับความตายได้โดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตาย ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ยึดติดกับสภาพร่างกายและพยายามยื้อไว้ให้ยาวนานที่สุด จะไม่มีความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ แล้วมีความหวาดกลัวต่อความตาย

2. **แนวคิดและทฤษฎีทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี**

2.1 **ทฤษฎีกิจกรรม** (Activity Theory) (Havighurst. 1963)

ทฤษฎีกิจกรรมพัฒนาขึ้นโดย ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst. 1963) ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่เน้นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุกล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลงแต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองสนใจ หรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาจะทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข สำหรับคำว่ากิจกรรมตามทฤษฎีนี้ หมายถึงกิจกรรมต่างๆ นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อตนเอง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูงต่อสังคมหรือชุมชน ซึ่งเป็น

กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ และยังมีคุณค่า ดังนั้นการมีกิจกรรมที่พอเหมาะกับวัยของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและจำเป็น การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้

1) สภาพสังคมปัจจุบันที่ทันสมัยและเปลี่ยนแปลงไป (Modernization Perspective) เป็นปัจจัยซึ่งว่าด้วยบทบาทของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปอาจทำให้ผู้สูงอายุก้าวตามไปไม่ทัน

2) การเชื่อมโยงบุคคลแต่ละวัยแต่ละยุค (Intergeneration Linkage) เป็นปัจจัยที่สนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ชีวิตของคนเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันระหว่างคนในวัยเดียวกันแต่คนละยุคสมัย

3) บทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของแต่ละวัยของคน (Structural Functional Theory) ปัจจัยนี้กล่าวถึงการสูงอายุว่าเมื่อคนเข้าสู่วัยชรามากขึ้นบทบาทหน้าที่ของตนเองก็จะลดลง

กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548) คือ

1) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ เช่น อาสาสมัครให้บริการทางสุขภาพอนามัย ช่วยเหลือกิจกรรมโรงพยาบาล กิจกรรมทางด้านสังคมสงเคราะห์ องค์การทางศาสนา

2) กิจกรรมที่มีรูปแบบ เพื่อการเรียนรู้เพื่อตอบสนองต่อความอยากรู้ ความอยากเห็นเพื่อดำเนินกิจกรรมบางอย่างให้เสร็จ เช่น การเรียนรู้ในระบบการศึกษาผู้ใหญ่ หรือการเข้าอบรมในระยะสั้นๆ

3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว เช่น นันทนาการงานอดิเรก เล่นกีฬา เล่นดนตรี เป็นสมาชิกชมรม สมาคมต่างๆ รวมทั้งการท่องเที่ยว และเป็นผู้บรรยายพิเศษซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชนและสังคมเป็นต้น ผู้สูงอายุควรหากิจกรรมนันทนาการทำเพื่อให้ร่างกายกระตือรือร้น มีแนวคิดใหม่ ได้สัมผัสคนอื่นและจิตใจตื่นตัว มีชีวิตชีวา

2.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) (Cumming; & Henry. 1961)

ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่างเป็นทฤษฎีที่ถูกพัฒนาโดย คัมมิ่งและเฮ็นรี่ (Cumming; & Henry. 1961) และได้เผยแพร่และตีพิมพ์เป็นครั้งแรกในหนังสือ Growing old: The Process of Disengagement เมื่อปี 1961 ทฤษฎีนี้ได้เน้นถึงการที่ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากผู้สูงอายุจะยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลงจึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน พอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่คนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและ

ค่อยๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด อย่างไรก็ตามโดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามผสานอยู่กับสังคมให้นานเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการรักษาสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ก่อนที่บทบาทของตนเองจะแคบลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นโดยสรุปกระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะดังนี้ 1) เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป 2) เป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ 3) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุถึงพอใจ 4) เป็นสากลของทุกสังคม และ 5) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์

ปัจจัยที่มีผลต่อการถอยห่างของผู้สูงอายุ ได้แก่ กระบวนการชราที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล สภาพสังคมและความเชื่อมโยงของอายุที่เพิ่มขึ้น (Eliopoulos. 2010: 16) จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการถอยห่าง และทฤษฎีกิจกรรมจะมีความขัดแย้งกัน ซึ่งนิวการ์เท็น และคนอื่นๆ (Neugarten; et. al. 1968) ได้ศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งทั้งสองทฤษฎีแล้ว พบว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีความสุข และมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคลที่ผ่านมา ผู้ที่มีบทบาทในสังคม ชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็ต้องการที่จะร่วมกิจกรรมต่อไป ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษ ไม่เคยมีบทบาทใดๆ ในสังคมมาก่อนก็ย่อมที่จะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น และได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

2.3 **ทฤษฎีความต่อเนื่อง** (Continuity Theory) (Neugarten; et. al. 1968)

ทฤษฎีความต่อเนื่องเป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย นิวการ์เท็น และคนอื่นๆ (Neugarten; et. al. 1968) เพราะเหตุว่าทั้งทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีการถอยห่างไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึง ความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุได้ นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมาและมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาร่วมอธิบาย ได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ

3. แนวคิดและทฤษฎีทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender. 1996)

การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นแนวทางในการอธิบายถึงส่วนประกอบของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีคุณค่าแห่งการคาดหวัง (Expectancy-Value Theory) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancies) และเป็นแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่เน้นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของแต่ละบุคคล

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ลักษณะรายบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristic and experiences) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) และพฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. **ลักษณะรายบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล** โดยมีความเชื่อที่ว่า บุคคลมีเอกลักษณ์และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลประกอบด้วยพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

1.1 **พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior)** คือ พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาจนกลายเป็นนิสัย (Habit Formation) มีอิทธิพลทั้งทางตรงและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Self-Related Affect) ทำให้เกิดการพิจารณาไตร่ตรองและความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) จะทำให้บุคคลมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำ

1.2 **ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)** มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลทางอ้อมโดยส่งผ่านองค์ประกอบทางด้านการรับรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคลสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.2.1 **ปัจจัยด้านชีวภาพ (Personal Biologic Factors)** ประกอบด้วยอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ความแข็งแรง และความสมดุลของร่างกาย เป็นต้น

1.2.2 **ปัจจัยด้านจิตใจ (Personal Psychological Factors)** ประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถของบุคคล เป็นต้น

1.2.3 **ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Personal Sociacultural Factors)** ประกอบด้วย เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม วัฒนธรรม การศึกษา และสภาพเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

2. **ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)** เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ด้าน ดังนี้

2.1 **การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ** (Perceived Benefits of Action) สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง ทำให้เป็นแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกมา การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำจะส่งผลต่อความมุ่งมั่นในการแสดงพฤติกรรม โดยขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ที่ได้รับ และระยะห่างของเวลาการปฏิบัติกับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

2.2 **การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ** (Perceived Barriers of Action) จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวกสิ้นเปลือง ความยากลำบาก หรือการเสียเวลา เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และทางอ้อมโดยผ่านความมุ่งมั่นต่อการแสดงพฤติกรรมซึ่งจะทำให้ความตั้งใจของบุคคลลดลง

2.3 **การรับรู้ความสามารถของตนเอง** (Perceived Self-Efficacy) โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา การที่บุคคลตัดสินว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ โดยพิจารณาจากความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น

2.4 **อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม** (Activity Related Affect) เป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นในช่วงก่อน ระหว่าง หรือหลังการเกิดพฤติกรรม ความรู้สึกนี้จะเก็บไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อารมณ์ที่เกิดจากการกระทำในขณะนั้น อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น อารมณ์เกี่ยวข้องกับบริบทในขณะที่กระทำพฤติกรรม

2.5 **อิทธิพลระหว่างบุคคล** (Interpersonal Influences) ปัจจัยระหว่างบุคคล เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ ทัศนคติของผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการสุขภาพ อิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม (Norms) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการมีบุคคลเป็นแบบอย่าง (Modeling)

2.6 **อิทธิพลสถานการณ์** (Situational Influences) เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงทางเลือกที่มีอยู่ (Perceptions of option available) ลักษณะของ ความต้องการ (Demand characteristics) และความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Aesthetic features of the environment)

3. **ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม** (Behavioral Outcome) เป็นการกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

3.1 **ความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำ** (Commitment to a Plan of Action) เป็น ความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติ เวลา สถานที่ และเป้าหมายที่เป็นไปได้ รวมทั้งกลยุทธ์เสริมแรงเพื่อจูงใจให้ปฏิบัติ

3.2 **ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น** (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นๆ ที่เกิดขึ้นทันที เช่น การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายแต่ระหว่างทางผ่านห้างสรรพสินค้าจึงตัดสินใจไปเดินซื้อสินค้าไม่ไปออกกำลังกาย เพราะชอบซื้อของมากกว่าการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เป็นต้น

3.3 **แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ** (Health Promoting Lifestyles) เป็นการกระทำที่แสดงออกในการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งคงไว้ซึ่งการมีร่างกายที่แข็งแรง พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำ ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายของแบบจำลอง เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จะทำให้ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ เนื่องจากการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ดีหรือในระดับสูง (Optimal health or high-level wellness) เช่น องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่า การดำเนินชีวิตเป็นนิสัย แบบแผน หรือวิถีในการดำเนินชีวิต ซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติและค่านิยมของบุคคล หรือวัฒนธรรมทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคม และองค์การทางสังคม ในขณะที่วอล์คเกอร์ ซีคริสท์ และเพนเดอร์ (Walker; Sechrist; & Pender. 1987: 77) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำในกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั้งเข้านอน ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาวะของบุคคลนั้น องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยสามารถแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

3.3.1 โภชนาการ (Nutrition) เป็นการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัยและได้คุณค่าทางโภชนาการ

3.3.2 การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Exercise) เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มีรูปแบบ เพื่อการสร้างและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ เป็นต้น

3.3.3 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการตระหนักต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ สังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ

3.3.4 การจัดการความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกาย หรืองานอดิเรกที่ชอบ เป็นต้น

3.3.5 การมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น (Interpersonal Relations) เป็นการตระหนักถึงความรู้สึกใกล้สนิทสนม มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3.3.6 การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) หมายถึง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต กระทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น

2.1.3 การวัดและการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีที่นิยมใช้ในปัจจุบันสามารถแบ่งออกเป็น 2 แบบวัด ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS)) และแบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile 2 (HPLP-II)) โดยแต่ละแบบวัดมีรายละเอียด ดังนี้

แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS)) ถูกพัฒนาขึ้นโดย วอล์คเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker; et al. 1995) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประเมินความถี่ในการแสดงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อและเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด และครอบคลุมองค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้ง 6 พฤติกรรม ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ (A 4- point Likert-type scale) คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำโดยคะแนนต่ำสุด คือ 48 คะแนนและคะแนนสูงสุด คือ 192 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงจะมีระดับของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีที่สูง (Aksoy; et al. 2011: 600–603; Bahar; et al. 2008: 1-12)

ในขณะที่แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile 2 (HPLP-II)) ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยวอล์คเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker; et al. 1995) ซึ่งเป็น แบบวัดที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยมีข้อคำถามทั้งหมด 52ข้อ และเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ (A 4- point Likert-type scale) คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยๆ และเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยคะแนนต่ำสุด คือ 52 คะแนนและคะแนนสูงสุด คือ 208 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงจะมีระดับของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูง ต่อมาบาฮารและคนอื่นๆ (Bahar; et al. 2008) ได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ (Validity and reliability tests) พบว่าแบบวัด HPLP-II มีค่า*สัมประสิทธิ์*แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha coefficient) ในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการความเครียด โภชนาการ ความรับผิดชอบต่อ

สุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.64 0.68 0.77 0.79 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี สุขภาวะที่ดี พบว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นจาก การสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงสาธารณสุข. 2549; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2554; Foroushani; et al. 2014; Hacihasanoglu; & Gozum. 2011; Gillis. 1997; Pender. 1996; Rattanapun; et al. 2009; Thanakwang; Isaramalai & Hatthakit. 2014; Thiamwong; et al. 2008; Walker; Sechrist; & Pender. 1987) ในการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีได้สร้างตามนิยามความหมายที่สังเคราะห์ขึ้นและปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมไทย ลักษณะของแบบสอบถามแต่ละข้อคำถามใช้ตัวเลือกแบบมาตรวัดรวมประมาณค่า (Summated rating scale) แบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย (1) จนกระทั่ง เป็นประจำ (4) การแปลความหมาย คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พบว่า มีหลากหลายวิธีที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเหมาะสมกับสภาวะของโรค เช่น การศึกษาของ สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคนอื่นๆ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 68 คน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ กนกวรรณ อุดมพิทยารัชต์ (2557) ที่พบว่าภายหลังที่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05รวมทั้งค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่การศึกษาของสุพิชชา วงค์จันทร์ อังศินันท์ อินทรกำแหง และพรรณี บุญประกอบ (2555: 83-94) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายมีอิทธิพลต่อดัชนีมวลกายของบุคลากร

ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของมิฮอก (Miok. 2002) ที่ศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุชาวอเมริกัน-เกาหลีที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับที่ 1 และไม่ได้รับยาลดความดันโลหิต จำนวน 156 คน เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับพฤติกรรมมีความรู้ ทัศนคติ แบบแผนในการรับประทานอาหาร และการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งมีระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และระดับคลอเลสเตอรอลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 **ผลลัพธ์ทางสุขภาพ** (Health Outcomes)

2.2.1 ความหมายและองค์ประกอบของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

คำว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ นั้นได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ เช่น แลง (Lang. 1976: 45-56) ได้เสนอว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยวัดจาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ ในขณะที่โดนาบีเดียน (Donabedian. 1982) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ทาง ด้านสุขภาพที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพ

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ทางด้านสุขภาพที่แสดงถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ความดันโลหิต (The Blood Pressure) และค่าดัชนีมวลกาย (The Body Mass Index) เนื่องจากระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับดัชนีมวลกาย เช่น จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2554) พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ทำให้เสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตที่สูงขึ้นถึง 4.61 เท่าของผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติและในขณะเดียวกัน ถ้าน้ำหนักตัวลดลง ค่าความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย โดยน้ำหนักที่ลดลง 1 กิโลกรัมจะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) 1.2-1.6 มิลลิเมตรปรอท และความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) 1.0-1.3 มิลลิเมตรปรอท (วิชัย เอกพลากร. 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 8 (The Joint National committee 8th) ที่เสนอว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะอ้วนร่วมด้วย ถ้ามีการลดน้ำหนักตัวลงตั้งแต่ 4.5 กิโลกรัมจะช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ (James; et al. 2014: 507-520) โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

ค่าความดันโลหิต (The Blood Pressure) หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ค่าแรงดันโลหิตที่วัดแบ่งออกเป็น 2 ค่า คือ ความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) ซึ่งเป็นขณะที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดเข้ามาในหลอดเลือดแดง ความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) โดยความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา อายุ เพศ และสภาวะของร่างกาย (James; et al. 2014: 507-520)

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หมายถึง เกณฑ์ที่บอกถึงภาวะโภชนาการโดยรวมของร่างกายและหาได้จากการคำนวณด้วย ค่าน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ตามปกติแล้วการหาดัชนีมวลกายจะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและประหยัดในการจำแนกและวัดความรุนแรงของภาวะโภชนาการได้ (Mahan; & Escott-Stump. 1996) ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30 (พรฑิตา ชัยอำนวย. 2545) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด (ศรัญญา คล้ายสกุล. 2551) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้มองภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-concept) ไปในทางลบ ความภาคภูมิในในตนเอง (Self esteem) ต่ำกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของความเครียดได้ (สุภลักษณ์ บุญความดี. 2541)

2.2.2 การวัดและการประเมินของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ในปัจจุบันการวัดความดันโลหิตสามารถวัดทำการวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาล การวัดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมง และการวัดความดันโลหิตสูงจากการวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยสมาคมความดันโลหิตสูงยุโรปได้แนะนำให้ผู้ป่วยต้องนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที และไม่สูบบุหรี่ หรือหลังจากสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (Caffeine) อย่างน้อย 30 นาที หลังเข้าห้องน้ำแล้วในตอนเช้าให้วัดก่อนรับประทานยา นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง แขวนวางบนโต๊ะ ไม่ขยับแขน ไม่นั่งไขว้ห้างเท้า 2 ข้างวางอยู่บนพื้น และไม่พูดคุยในช่วงเวลาที่วัดความดันโลหิต (O'Brien; et al. 2003: 821-848) จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ได้จำแนกระดับ ความดันเลือดออกเป็นระยะของโรค ดังในตาราง 2 ซึ่งเกณฑ์ตัดสินว่าเป็นโรคความดันเลือดสูงอยู่ที่ระดับความดันเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท เหมือนกับเกณฑ์ของ World Health Organization / International Society of Hypertension (WHO/ISH Writing Group. 2003) และ European Society of Hypertension – European Society of Cardiology Guidelines for the

Management of Arterial Hypertension โดยผู้ที่มีเบาหวานหรือโรคไตทำงานผิดปกติจะลดเกณฑ์มาอยู่ที่ระดับเท่ากับหรือมากกว่า 130 / 80 มิลลิเมตรปรอท (หรือที่ระดับเท่ากับหรือมากกว่า 130 / 85 มิลลิเมตรปรอทตามเกณฑ์ของ European Society of Hypertension) ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่ใช้ในประชากรทั่วไป (ตาราง 2)

ตาราง 2 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป จนถึงผู้สูงอายุ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2555)

ระดับความดันโลหิต	ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)
เหมาะสม	< 120 และ	< 80
ปกติ	120-129 และ/หรือ	80-84
ปกติค่อนข้างสูง	130-139 และ/หรือ	85-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140-159 และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	160-179 และ/หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3	≥180	≥110
ความดันโลหิตสูงช่วงหัวใจบีบตัวสูง	≥140	< 90

ตาราง 3 เกณฑ์การประเมินน้ำหนักตัวโดยใช้ดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชีย (WHO. 2004)

ภาวะน้ำหนักตัว	ดัชนีมวลกาย
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.500
ปกติ	18.500 - 22.999
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	≥ 23.000
- ท้วม มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน (At risk)	23.000 - 24.999
- โรคอ้วนระดับ I (Obese grade 1)	25.000 - 29.999
- โรคอ้วนระดับ II (Obese grade 2)	>30.000

ส่วนการหาค่าดัชนีมวลกายเป็นวิธีการที่ใช้ในการประเมินการสะสมพลังงานในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยถ้าดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐานบ่งบอกว่าบุคคลมีน้ำหนักที่มากเกินไปไม่สมดุลกับส่วนสูงหรือมีไขมันสะสมอยู่ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย องค์การอนามัยโลก (WHO. 2004) ได้เสนอเกณฑ์ในการพิจารณาและตัดสินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยการใช้ค่าดัชนีมวลกาย สำหรับคนเอเชีย ดังแสดงในตาราง 3

2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การศึกษาของศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551) ที่ทำการศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยกิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล (2554) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในด้านอาหาร การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และยาลดความดันโลหิตตามแนวคิดของแคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) ต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 คน เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีชัยรัตนกูล และคนอื่นๆ (Srichairattanakull; et al. 2014) ที่ทำการศึกษาโปรแกรมพัฒนาตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในประชาชนชาวไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 42 คน โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตและแนวทางป้องกัน การตรวจสุขภาพ การใช้ตรวจแบบ และการอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคในการจัดการตนเอง รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นและมีค่าความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

นอกจากนั้นการจัดการตนเองแล้ว งานวิจัยที่ผ่านมายังได้ทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในของตนเอง การดูแลตนเอง และการกำกับตนเองของ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ของสุนันทา ศรีศิริ (2555) ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันช่วงหัวใจบีบตัวและความดันช่วงหัวใจคลายตัวและค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง ทัศนา ทองภักดี และ วรสรณ์ เนตรทิพย์ (2553: 97-112) ที่ศึกษาผลการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model ของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าภายหลังสิ้นสุดโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่ารอบเอวและสะโพกลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของอินทรกำแหง (Intarakamhang. 2012) และการศึกษาของอินทรกำแหง และดวงจันทร์ (Intarakamhang; & Dungchan. 2012) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม 3 self ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเมตาบอลิก (Metabolic) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเมตาบอลิก (Metabolic) ที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรม 3 self มีการรับรู้ความสามารถของตนเองการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าดัชนีชี้วัดทางการแพทย์ เช่น ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่ารอบเอวและสะโพก น้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด เป็นต้น ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับสุพิชชา วงค์จันทร์ อังศินันท์ อินทรกำแหง และพรรณี บุญประกอบ (2557) ที่ศึกษาผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถของตนเองการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย จำนวน 62 คน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 3 Self มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. **การรับรู้ความสามารถของตนเอง** (Perceived Self-Efficacy)

3.1 **ความหมายการรับรู้ความสามารถของตนเอง**

การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การประเมินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองใน การกระทำตามเป้าหมายที่กำหนด (Bandura. 1997; Schunk. 2000) การรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลว่าสามารถทำอะไรตามทักษะและความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura. 1997) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำ กิจกรรม การใช้ความพยายาม ความอดทน

ปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลและมีความยืดหยุ่นไปตามสภาพการณ์ โดยบุคคล 2 คนที่มีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่างกัน อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ หรือแม้แต่บุคคลคนเดียวกันที่รับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกมาได้เช่นกัน

3.2 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองถูกพัฒนาขึ้น โดยแบนดูรา (Bandura. 1997: 22-23) ที่เสนอว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคลแต่ละคนนั้นต้องอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการเลือกแสดงพฤติกรรมออกมาในสถานการณ์ต่างๆ และขึ้นอยู่กับระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความเข้มหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และการนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา แต่ถ้าบุคคลนั้นมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นในทางลบ บุคคลนั้นจะหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพประกอบ 3

การรับรู้ความสามารถของตนเอง		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	**ต่ำ**
	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์

ที่มา: Bandura. A. (1999). *Self-efficacy in Changing Societies*. P.22.

แบนดูราได้เสนอวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนไว้ 4 วิธี ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่ได้รับและประสบความสำเร็จ ทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองได้ เพราะเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะทำได้

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การมีตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลของการกระทำตามที่คาดหวัง ทาให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าตนก็สามารถทำได้หากมีความพยายามจริงและไม่ย่อท้อ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์จะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

3.3 การวัดและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย พบว่า มีนักวิจัยจำนวนมากได้สร้างและพัฒนาแบบวัดที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถจัดประเภทแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การวัดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ ตั้งแต่ไม่มีความมั่นใจจนถึงมีความมั่นใจ 2) การวัดระดับความยากของงานที่ปฏิบัติ โดยคำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ 3) การวัดแบบผสม คือ เป็นการวัดทั้งความมั่นใจและความยากใน การปฏิบัติ และ 4) การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในลักษณะทั่วๆ ไป โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนไปถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า (ปรีดา เบ็ญคาน. 2548: 24; วิลาสลักษณ์ ชัววัลลี. 2542: 34)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ซึ่งเป็นการวัดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ตั้งแต่ไม่มีความมั่นใจจนถึงมีความมั่นใจ โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

3.4 การรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์สูงกับการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เช่น การศึกษาของแอนนิซีและโกจารา (Annesi; & Gorjala. 2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของ การจัดการกำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ของการจัดการกำกับตนเอง และการศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน ของ ธิรานี โหมขุนทด (2551) พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สายฝน กันธมาลี (2550) ที่พบว่า ภายหลังผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 200 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา ศรีศิริ (2555) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานครจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันช่วงหัวใจบีบตัวและความดันช่วงหัวใจคลายตัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นตัวแปรจัดกลุ่มในการวิจัยครั้งนี้

4. โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงครั้งนี้มีพื้นฐานมาจากปรัชญาปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ของจอห์นดิวอี้ (John Dewey. 1938) ที่เชื่อว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลลงมือกระทำเอง (Learningby doing) และประสบการณ์มีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของบุคคล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ถูกพัฒนาขึ้นครั้งนี้เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดเรียนรู้ด้วยการลงมือทำและนำตนเองในการเรียนรู้ (Self-Directed Learning) โดยมีการเชื่อมโยงกับประสบการณ์และความสนใจของตัวผู้สูงอายุเองหรือผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ ผู้สูงอายุจะเป็นผู้กำหนดความต้องการที่จะเรียนรู้ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ วิธีการเรียนรู้ และประเมินความก้าวหน้าด้วยตนเอง (อาชัญญา รัตนอุบล; และคนอื่นๆ. 2555) ส่วนผู้จัดโปรแกรมให้กับผู้สูงอายุจะเป็นเพียงเพื่อนร่วมทาง (Facilitator) ในการเรียนรู้ร่วมกับผู้สูงอายุ โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือเป็นผู้อำนวยความสะดวกและให้การเสริมแรงแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมากกว่าการถ่ายทอดโดยตรง นอกจากนั้นแล้วทรัพยากรหรือแหล่งในการเรียนรู้จะต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจและการเรียนรู้ได้ (นันทรัตน์ อมาตยกุล. 2555: 56)

โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ถูกพัฒนานี้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้ 5 ประการ ได้แก่ 1) ความต้องการความรู้เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิต (Coping Needs) เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ความต้องการทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Expressive Needs) เช่น ทักษะการจัดการตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น 3) ความต้องการความรู้เพื่อการถ่ายทอดให้สังคม (Contributive Needs) เช่น การทำกิจกรรมอาสาสมัครต่างๆ 4) ความต้องการความรู้เพื่อความเข้าใจสภาพแวดล้อม (Influence Needs) เช่น ความรู้เกี่ยวกับชุมชนและสภาพแวดล้อมรอบตัวทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และ 5) ความต้องการความรู้ในการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิม (Transcendence Needs) เช่น ความรู้และการศึกษาที่จัดในรูปแบบต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (McClusky. 1975)

4.1 เป้าหมายการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการสังเคราะห์แนวคิดของโนลล์ (Knowles. 1980) แม็กคลัสกี (McClusky. 1975) และเพ็ญแข ประจนปัจจนึก (2550) พบว่า เป้าหมายการจัดกิจกรรม สำหรับผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาศักยภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือตนเอง ลดการเป็นภาระของสังคม และสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ได้

2. เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นและทัศนคติเชิงบวกแก่ผู้สูงอายุในการพัฒนาศักยภาพของตนเองด้วยการมีความคิดเชิงบวกต่อตนเองและสังคม และเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการชราภาพตามธรรมชาติ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักและเกิดความเข้าใจในกระบวนการชราภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

4. เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืนหรือมีศักยภาพที่เหมาะสมในการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วม และความปลอดภัยในชีวิต

4.2 หลักการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนแนวคิดและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับหลักการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถสรุปได้ ดังนี้ (McClusky. 1975; Moody. 1990; Knowles. 1980)

1. การจัดกิจกรรมควรจัดให้สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุในแต่ละคน หรือเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต (Needs and Interests)

2. การเอาสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้สูงอายุ (Life Situations) มาเป็นศูนย์กลางหรือหลักในการเรียนรู้ (Life-Centered) เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้สูงอายุจะได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมควรยึดประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นหลัก

3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of Experiences) ผู้สูงอายุแต่ละคนมีประสบการณ์ที่มีคุณค่า โดยจัดเวลาให้ผู้สูงอายุได้คิด และวิเคราะห์ประสบการณ์ในการทำกิจกรรมอย่างละเอียดเพื่อนำมาใช้ในออกแบบการจัดการเรียนรู้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง (Self-Directing) ผู้จัดโปรแกรมมีบทบาทในกระบวนการสืบหาหรือค้นหาคำตอบร่วมกับผู้สูงอายุ (Mutual Inquiry) มากกว่าการทำหน้าที่ส่งผ่าน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ที่ได้มาใช้ประยุกต์ใช้ในแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนเองและทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละคน (Pace of Learning) ดังนั้น ในการจัดการเรียนรู้จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเพื่อจัดเตรียมรูปแบบของการจัดการเรียนรู้ เวลาที่จัด สถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

4.3 รูปแบบในการจัดการกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

รูปแบบในการจัดการกิจกรรมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความเหมาะสม ขนาดกลุ่มของผู้สูงอายุ ลักษณะของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม และคุณภาพของวิทยากร (Knowles. 1980: 90-91) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้จากโปรแกรมไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ นำไปสู่การมีสุขภาพร่างกายและความเป็นอยู่ที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดกิจกรรมระดับปัจเจกบุคคล เป็นรูปแบบที่มีความสำคัญค่อนข้างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ก่อให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง เช่น การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในการตั้งเป้าหมายและวางแผน การลงมือปฏิบัติหรือการทำแบบฝึกหัดในกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

2. รูปแบบการจัดกิจกรรมระดับกลุ่ม เช่น อภิปรายกลุ่ม การบรรยาย การใช้กรณีตัวอย่าง/บุคคลต้นแบบ และการจัดทัศนศึกษา การทำกิจกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มนี้ ทำให้บุคคลได้ฟังหรือมีประสบการณ์ในลักษณะเดียวกับผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่า ตัวเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นหรือไม่รู้สึกท้อแท้

และสิ้นหวัง เพราะอย่างน้อยก็ยังมีเพื่อนที่มีประสบการณ์ลักษณะคล้ายๆ กัน และจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกัน รวมทั้งได้ระบายความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวล ทำให้มีกำลังใจที่จะทำต่อไป

4.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในปัจจุบันมีนักวิชาการจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองไว้หลากหลายทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านจิตวิทยา และสุขศึกษา จึงเป็นเรื่องยากในการที่จะให้คำจำกัดความของ การจัดการตนเองอย่างชัดเจนและครอบคลุมทั้งหมด เช่น โทบินและคนอื่นๆ (Tobin; et al. 1986) ได้เสนอว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำที่บุคคลพยายามควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเองอย่างสมัครใจ ทำให้เกิดปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่ กระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) เป็นการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ แยกแยะสาเหตุและจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม 2) การเตือนตนเอง (Self-Instruction) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำพฤติกรรมเพื่อกำกับ เพิ่ม คงไว้ หรือลด การตอบสนองที่เหมาะสมและมีการกระตุ้นตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Self-Induced Responses Change) และ 3) การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการพิจารณาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ส่วนแคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) ได้เสนอว่า การจัดการตนเอง คือ พฤติกรรมที่บุคคลจัดการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสถานการณ์นั้น โดยมีการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ในขณะที่เคลียร์ (Creer. 2000: 95-129) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยตนเอง เพื่อควบคุมอาการและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูลและประเมินผลการตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ ส่วน บารโลว์ และคนอื่นๆ (Barlow; et al. 2002: 178) เสนอว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง คือ ความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดจากโรคทางกายและใจ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ของแต่ละบุคคล ส่วนลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003: 1-7) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเอง คือ การเรียนรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองทั้งทาง

ร่างกายและจิตใจ เพื่อใช้ในการเผชิญกับปัญหาหรือโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) การตัดสินใจ (Decision Making) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource Utilization) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (The Formation of a Patient Provider Partnerships) การปฏิบัติ (Taking Action) และ การปรับให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (Self Tailoring) ดังนั้น การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำที่บุคคลพยายามควบคุมในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรคด้วยตนเอง และลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงถูกพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) เนื่องจากแนวคิดหรือทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งไม่เพียงพอที่จะพัฒนาเป็นโปรแกรมทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนได้ โดยในแต่ละแนวคิดจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีความกระฉับกระเฉง และดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน (Nieboer; & Lindenberg. 2002; Steverink; & Lindenberg. 2005; Van Bruggen. 2001)

แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) (Bandura. 1989)

แนวคิดการกำกับตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) ที่เสนอโดย แอลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura. 1989) โดยเชื่อว่า ถึงแม้ว่าบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมมากระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา แต่บุคคลก็สามารถใช้พุทธปัญญา (Cognitive approach) ในการแสดงพฤติกรรมของตนเองออกมาโดยการสังเกตและเลียนแบบการกระทำของผู้อื่นพฤติกรรมที่ได้จดจำในสมอง เมื่อมีเงื่อนไขหรือแรงจูงใจที่เหมาะสม เช่น การศึกษาของ ศรัญญา คล้ายสกุล (2551) ที่ศึกษาผลของการกำกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อระดับความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกจำนวน 50 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะนำหนักตัวเกินมาตรฐาน และโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการปฏิบัติโยคะที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พร้อมทั้งการติดตามจากผู้วิจัย เพื่อให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับสิรญา ธาสถาน และคนอื่นๆ (2557) ที่ศึกษาผลโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและ

ระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วยการสังเกต การตัดสินใจ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางการแพทย์วิถีพุทธ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางการแพทย์วิถีพุทธสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แนวคิดการกำกับตนเองประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-Observation) กระบวนการตัดสิน (Judgment Process) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) โดยมีรายละเอียดในแต่ละกระบวนการ ดังนี้

1. **การสังเกตตนเอง** (Self-Observation) เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้จริง และทำให้เกิดความตระหนัก (Awareness) บุคคลจะระมัดระวังตัวที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือการถอนสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Stimulus Removal) แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือเข้าใกล้สิ่งกระตุ้นที่ทำส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงปรารถนา (Selective stimulus exposure) มากขึ้น กระบวนการสังเกตตนเองนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 **การตั้งเป้าหมาย** (Goal Setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องเปลี่ยนแปลงและเกณฑ์ในการประเมินอย่างชัดเจน รูปแบบลักษณะของเป้าหมายที่บุคคลกำหนดขึ้นนั้นเป็นไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายจะไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าเป้าหมายนั้นขัดแย้งกับเป้าหมายอื่น โดยในการตั้งเป้าหมายในกิจกรรมต่างๆ ควรมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนจึงจะทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น คุณสมบัติของเป้าหมายที่จะประสบความสำเร็จนั้นประกอบด้วย 1) เป้าหมายต้องมีความเฉพาะเจาะจงและมีทิศทางในการกระทำที่แน่นอน โดยบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนว่า เขาจะต้องกระทำพฤติกรรมอย่างไรหรือเท่าไร 2) เป้าหมายต้องมีลักษณะที่ท้าทายจะช่วยกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น เพื่อให้การกระทำนั้นบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่เขาได้กำหนดไว้ 3) เป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจและส่งเสริมความสามารถของตนเองมากกว่าเป้าหมายระยะยาว เนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จตามที่ตั้งไว้ได้ง่ายและเร็ว และเมื่อบุคคลบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในระยะยาวมากขึ้น และ 4) เป้าหมายควรอยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สามารถปฏิบัติได้

1.2 **การติดตามตนเอง** (Self-Monitoring) เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวกับกระทำพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำลงไปแล้ว และแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการการติดตามตนเองทำให้ทราบลักษณะปกติของบุคคล และทำให้มีความตระหนัก (Awareness) อย่างสม่ำเสมอ การมีความตระหนักต่อความปกติ (Baseline) ของอาการ บุคคลจะระมัดระวังตัวที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัว ขั้นตอนในการติดตามตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย 2) การจำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ 3) การกำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึกการสังเกต 4) บันทึกพฤติกรรม 5) การแสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน และ 6) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำการบันทึก

ประสิทธิภาพของการติดตามตนเอง ได้แก่ 1) ระดับของแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเองหรือความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง (Motivation level) 2) การให้คุณค่าของพฤติกรรม (Value) รวมทั้งความยากง่ายของพฤติกรรม 3) ความสามารถในการควบคุม (Amenability to control) และ 4) ช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Temporal proximity) ถ้าช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมสั้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น เช่น ความต้องการลดความดันโลหิต การบันทึกจำนวนเกลือที่รับประทานแต่ละมื้ออย่างทันทีทันใดจะส่งผลทำให้เกิดความระมัดระวังในการรับประทานอาหารมากขึ้นดีกว่าบันทึกในตอนก่อนนอนของแต่ละวัน

2. **กระบวนการตัดสินใจ** (Judgment Process) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากกระบวนการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง โดยการนำข้อมูลที่ได้บันทึกไว้เปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ นอกจากการตัดสินใจที่ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่

2.1 การเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคม (Social Referential Comparison) ซึ่งประกอบด้วยการเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคม (Normative Comparison) การเปรียบเทียบกับสังคม (Social Comparison) การเปรียบเทียบกับตนเอง (Self-Comparison) และการเปรียบเทียบกับกลุ่ม (Collective Comparison) (Bandura.1986 อ้างอิงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2550: 56 – 57)

2.2 คุณค่าของกิจกรรม (Valuation of Activities) กระบวนการตัดสินใจจะไม่ส่งผลใดๆต่อบุคคล ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคล แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่า การประเมินตนเองก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที โดยถ้าบุคคลพบว่า

กิจกรรมนั้นมีคุณค่าน้อยหรือไม่มีคุณค่า บุคคลนั้นจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมนั้นมีคุณค่ามาก บุคคลนั้นจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นมาก ส่วนกิจกรรมที่มีคุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับคุณค่าของกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับ

3. **การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง** (Self-Reaction) เป็นกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เมื่อตนเองประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งสำเร็จ การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเสริมแรงทางบวกและทางลบ ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมสร้างแรงทางบวกมากกว่าทางลบ และบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตัวเอง เพราะผู้อื่นไม่สามารถที่จะทราบว่าบุคคลนั้นมีความต้องการการเสริมแรงหรือไม่ ในการเสริมแรงต้องเสริมแรงทันทีอย่างเหมาะสม โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถกระทำได้ตามพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนด บุคคลนั้นก็จะแสดงปฏิกิริยาทางลบหรือการลงโทษตนเอง หรืออาจกลับเข้ามาสู่กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสิน และแสดงปฏิกิริยากับตนเองต่อไป

ตัวเสริมแรงสามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของ (Material Reinforces) เช่น อาหาร เสื้อผ้า 2) ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforces) เช่น การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม 3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity Reinforces) 4) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforces) มักอยู่ในรูปของเบี้ย แต้ม ดาว แสตมป์ หรือคูปอง และ 5) ตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforces) เป็นตัวเสริมแรงที่ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความภาคภูมิใจ

หลักการเสริมแรงประกอบด้วย 1) ต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายนั้นทันที ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร 2) ต้องให้อย่างสม่ำเสมอ หรือแทบทุกครั้งที่เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย 3) ควรจะบอกถึงเงื่อนไขในการให้การเสริมแรง เช่น ควรจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสถานการณ์แบบไหน แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง 4) ควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพของการเป็นตัวเสริมแรง เนื่องจากบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการณ์ในการเป็นตัวเสริมแรงได้ โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา 5) ต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล 6) ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น 7) ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย และ 8) การเสริมแรงตนเองควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรงหรือการยืดเวลาการสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอ ควรมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงตนเองเสียใหม่ให้เป็น การใช้ตาราง

การเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้น แม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคต (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.2550; Kazdin. 1984 อ้างใน ประทีป จินงี่. 2540)

ส่วนการลงโทษตนเองถ้าทำอย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะกระตุ้นให้มีแรงผลักดันในการทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนามากขึ้นได้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม การลงโทษตนเองให้เจ็บกาย เป็นเทคนิคที่ใช้ไม่ได้ผลในการจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง เพราะเมื่อถึงเวลาที่จะต้องลงโทษจริงๆ แล้ว บุคคลมักไม่ยอมลงโทษให้ตนเองเจ็บปวด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเองประกอบด้วย 5 ปัจจัย (Bandura. 1991)

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal Benefits) เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตนเอง บุคคลนั้นจะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองส่งผลให้การกำกับตนเองคงอยู่ต่อไป

2. การเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcement) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วได้รับการยกย่อง ชมเชย สรรเสริญ ให้การยอมรับ หรือได้รับการเสริมแรงจากบุคคลในสังคม การเสริมแรงทางสังคมเหล่านี้จะช่วยให้การกำกับตนเองคงอยู่ต่อไป

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling Supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเองหากได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอื่นๆ รอบข้างมีพฤติกรรมเดียวกับตนเอง บุคคลเหล่านี้จะมีส่วนช่วยในการเป็นตัวแบบที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ปฏิกิริยาทางลบจากบุคคลอื่น (Negative Sanctions) บุคคลที่มีการพัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเอง หากมีพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานจะทำให้บุคคลในสังคมแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อเขา ซึ่งปฏิกิริยาทางลบเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานแบบเดิมอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual Supports) บุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เคยส่งเสริมให้มีการกำกับตนเองด้วยมาตรฐานในระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสที่จะกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีอิทธิพลให้ตนเองต้องลดมาตรฐานลงไป

1.2 จิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) (Seligman. 2000)

จิตวิทยาเชิงบวกเป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของจิตวิทยาตะวันตกสมัยใหม่ที่มุ่งศึกษาการพัฒนาและเติมเต็มศักยภาพของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Luthans. 2002) ต่างจากมุมมองของจิตวิทยาตะวันตกสายหลักหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่มุ่งเน้นศึกษาที่ปัญหา วิธีรักษา วิธีการแก้ปัญหาและการป้องกันสภาวะทางลบทางด้านจิตใจของมนุษย์เป็นสำคัญ ต่อมาในปีมาร์ติน ซิลิกแมน (Martin Seligman) เป็นผู้ริเริ่มให้ความสำคัญในการศึกษาที่ยึดเอาจุดแข็งของมนุษย์เป็นศูนย์กลาง

ของการพัฒนา คุณลักษณะนิสัยเชิงบวกของบุคคล ได้แก่ การพัฒนาในด้านคุณค่า (Value) จุดแข็ง (Strength) ความยืดหยุ่น (Resiliency) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ความหวัง (Hope) และความสุข (Happiness) การรู้สึกขอบคุณ (Gratitude) ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (Seligman. 2000) ต่อมาลูแทนส์ และคนอื่นๆ (Luthans; et al. 2007) ได้ศึกษาโครงสร้างของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (PsyCap construct) ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Confidence) ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และการปรับฟื้นคืนสภาพ (Resilience) โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีคุณลักษณะนิสัยเชิงบวกในระดับที่แตกต่างกัน รวมทั้งทุกคนอยากดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย (Meaningful) ความสมบูรณ์ (Fulfilling) และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จิตวิทยาเชิงบวกที่นำไปสู่การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายใน 3 ลักษณะ (Seligman 2004) ดังนี้

1. **การมีชีวิตที่รื่นรมย์** (The pleasant life) คือ การมีความสนุกสนาน ความสุขที่ได้รับการตอบสนองจากสิ่งแวดล้อมรอบๆบุคคลนั้น เช่น การได้ครอบครองที่ที่ต้องเองปรารถนา เป็นต้น

2. **การมีวิถีชีวิตที่ดี** (The good life) คือ การมีชีวิตที่สามารถออกแบบได้ด้วยตนเองและสามารถทำกิจกรรมตามวิถีชีวิตที่ต้องการด้วยความกล้าหาญ การมองโลกในแง่ดี การมีทักษะทางสังคมที่ดี และการมีความหวัง ทำให้เกิดความอิ่มเอมทางใจและสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

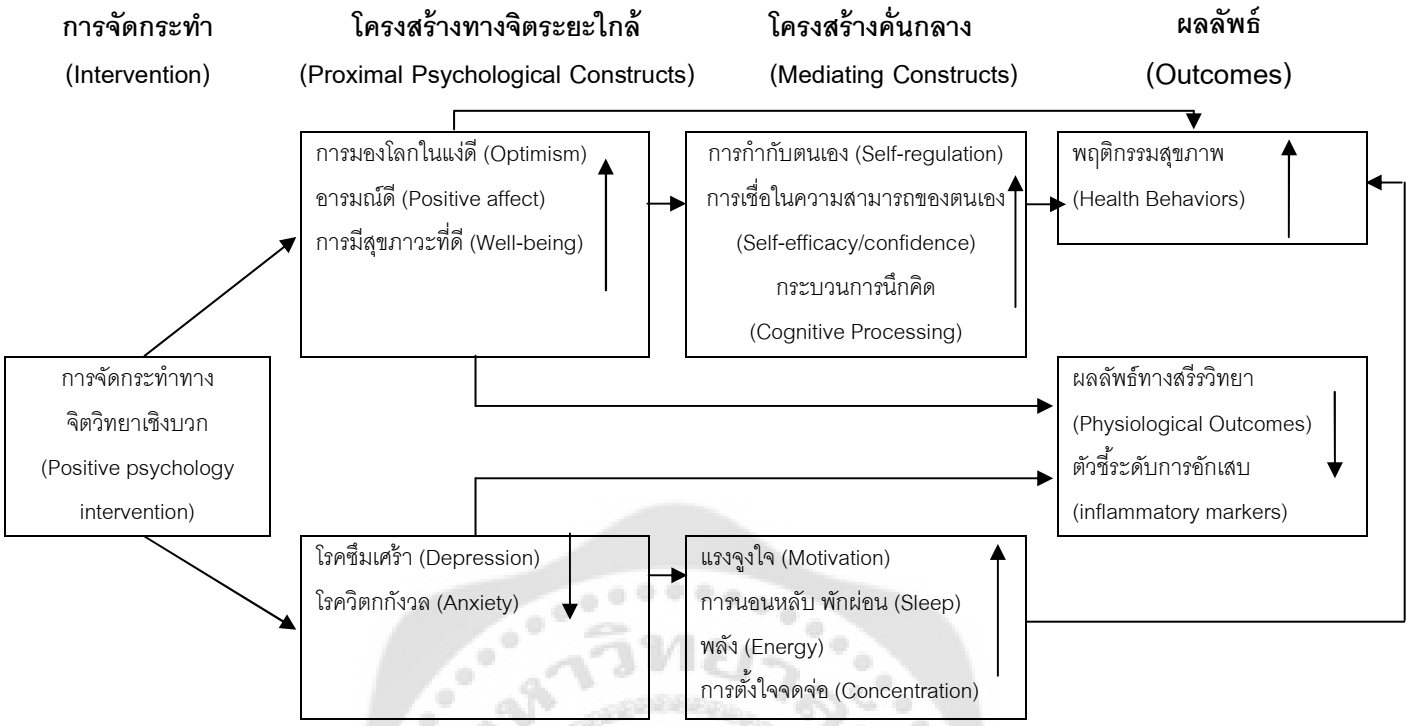
3. **การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า** (The meaningful life) คือ การมีความหมายต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดความสงบสุข อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของความสุขและเป็นความสุขที่ยั่งยืน

ตัวอย่างนักจิตวิทยาที่สนใจและทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (Positive Psychology) ได้แก่ วิคเตอร์ ฟรังเคิล (Victor Frankl), รอลโล เมย์ (Rollo May), อีริค ฟรอมม์ (Eric Fromm), คาร์ล โรเจอร์ (Carl Rogers), อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow), และ อีริค อีริคสัน (Erik Erikson) (Duckworth; Steen; & Seligman 2005) การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ประสบการณ์การณ์เชิงบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต 2) จิตลักษณะที่มีความคงทนภายในบุคคล เช่น ความสนใจและลักษณะทางบุคลิกภาพ 3) ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างบุคคลกับกลุ่ม เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และชุมชน 4) สถาบันที่ส่งผลในเชิงบวกต่อบุคคล เช่น ครอบครัว โรงเรียน จากการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention) ด้วยการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของซินและลัมโบมิสกี (Sin; & Lyubomirsky. 2009) พบว่า การจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีและยังช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บอไลเออร์ และคนอื่นๆ (Bolier; et al.

2013) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกในการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled studies) ด้วยการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า การจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกมีประสิทธิภาพในการเพิ่มสุขภาวะที่ดีเชิงอัตวิสัยและสุขภาวะทางจิตและทำให้อาการซึมเศร้าลดน้อยลง

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ในช่วงแรกของจิตวิทยาเชิงบวกได้ทำการพัฒนาการจัดประเภทของคุณลักษณะเด่น 24 ด้าน (Character Strengths and Virtues) นับได้ว่าเป็นการพัฒนาศาสตร์ทางจิตวิทยาในมุมมองใหม่ คือเน้นเรื่องของการสร้างความสุขหรือสุขภาวะในเชิงจิตวิทยา (Psychological well-being) โดยได้มีการจัดทำเครื่องมือวัดที่ใช้ในการประเมินคุณลักษณะเด่นแต่ละด้านที่เรียกว่า Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) ซึ่งเป็นแบบประเมินออนไลน์ประกอบด้วย 240 ข้อ (Seligman; et al. 2005)

กิจกรรมหรือการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention) มีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มการมีสุขภาวะที่ดี เช่น ความพึงพอใจในชีวิต สุขภาวะทางจิต และอารมณ์ทางบวก นอกจากนั้นยังช่วยลดอาการซึมเศร้าและอารมณ์ทางลบ (Carson; et al. 2010; Sin & Lyubomirsky. 2009) นอกจากนั้น จากการศึกษาของ ฮัฟแมนและคนอื่นๆ (Huffman; et al. 2015) พบว่า การจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังภาพประกอบ 4 ด้วยเหตุนี้จิตวิทยาทางบวกจึงเป็นศาสตร์ที่ผู้วิจัยเลือกมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี



ภาพประกอบ 4 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ที่มา:Huffman, J. C.; et al. (2015). A Positive Psychology Intervention for Patients with an Acute Coronary Syndrome: Treatment Development and Proof-of-Concept Trial. *Journal of Happiness Studies*. 1-22.

4.3 งานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการนำการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางใน การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาของดองโบและคนอื่นๆ (Dongbo; et al. 2003) ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดของลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ และการปรับทักษะการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล ส่วนกิจกรรมการสอนและให้ความรู้ การฝึกทักษะและการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาท และการจัดการอารมณ์ โดยมีรายละเอียดโปรแกรม ดังนี้ 1) การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความหมาย

การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง อาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองโดยเน้นการตั้งเป้าหมายด้วยการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วกำหนดหรือการวางแผนการปฏิบัติ เช่น การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การทานยารักษาความดันเป็นประจำ เป็นต้น แล้วนำเสนอปัญหาและร่วมกันแสดงความคิดเห็น 2) การตัดสินใจโดยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจที่จะจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงด้วยการยกตัวอย่างอาการที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงและให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทดลองตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น 3) การเข้าถึงและใช้แหล่งทรัพยากรให้เกิดประโยชน์เพื่อนำมาใช้ร่วมกับการจัดการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ทำให้สามารถบอกเล่าอาการของโรคความดันโลหิตที่เป็นอยู่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถที่จะประสานความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ เช่น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยารักษาความดัน โลหิตเป็นประจำ 6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละคน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่แต่ละคนตั้งไว้ โดยทำศึกษาในชุมชนเมือง 5 ชุมชนของเมืองเซียงไฮ้ ประเทศจีน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 526 คน โปรแกรมประกอบด้วยการสอนเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2-2.5 ชั่วโมง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ มีการประเมินผลลัพธ์ก่อนการทดลอง และ 6 เดือนหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล (2554) ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 คน โดยโปรแกรมการจัดการตนเองถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของของแคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 3 ทักษะ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self– Monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) ซึ่งเนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วยด้านอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และด้านยาลดความดันโลหิต โปรแกรมแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินปัญหาและความต้องการ ระยะเตรียมการ ระยะปฏิบัติการ และระยะประเมินผลในการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง 3 เดือน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันต่ำกว่าและมีความแตกต่าง จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิณญา คงเจริญ และคนอื่นๆ (2556) ที่ศึกษาโปรแกรม การจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - Management Concept)

ของแคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษาโดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมและฝึกทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อย การติดตามกระตุ้นการจัดการตนเองโดยการเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน และติดตามอีก 3 เดือน ต่อมาพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ภายหลังที่ติดตามอีก 3 เดือน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. **การวิจัยและพัฒนา** (Research and Development)

การวิจัยและพัฒนามีวิวัฒนาการและความเป็นมาตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยมี การประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนาอย่างกว้างขวางในทุกศาสตร์และสาขาวิชา เช่น วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิศวกรรม การคมนาคม การบิน การเกษตร สังคมศาสตร์ ทำให้เกิดการผสมผสานกันระหว่างการวิจัยประเภทพื้นฐานและประยุกต์เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการแก้ปัญหา พัฒนานวัตกรรม ทำให้เกิดวิธีการและแนวทางการปฏิบัติใหม่ๆ

ในช่วงปี ค.ศ. 1950-1970 นักการศึกษาและนักวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์พยายามศึกษาเพื่อเข้าใจสาเหตุปัญหา ค้นหาแนวทาง และวิธีการที่จะทำให้สถานการณ์ต่างๆ ในสังคมดีขึ้น จึงทำให้มีการให้ความสำคัญต่อการวิจัยประเภทการวิจัยและพัฒนา โดยนำผลที่ได้รับจากการวิจัยทั้งประเภทพื้นฐานและประยุกต์มาใช้ในการสร้างผลิตผลที่สามารถนำไปใช้ได้ (จรรจา สุวรรณทัต. 2537)

5.1 **ความหมายของการวิจัยและพัฒนา**

การวิจัยและพัฒนาเป็นรูปแบบหนึ่งของระเบียบวิธีการวิจัยที่นำเอาแนวคิด กระบวนการของการวิจัยมาพัฒนาให้ได้ผลการวิจัยที่เกิดประโยชน์และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น โดยมีนักการศึกษาและนักวิชาการได้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนาไว้ เช่น นงลักษณ์ วิรัชชัยและสุวิมล ว่องวาณิช (2544) ได้เสนอ ความหมายของการวิจัยและพัฒนาคือ กระบวนการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ ประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่หรือใช้ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการศึกษา โดยเน้นหลักตรรกวิทยา เป้าหมายของการวิจัยและพัฒนา คือ เพื่อใช้เป็นกระบวนการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของ

นวัตกรรมหรือโปรแกรม โดยประกอบด้วยการวิจัยและกระบวนการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการซ้ำๆ กันหลายๆ รอบ เพื่อปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ วรรณี แกมเกตุ (2551: 37) ได้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนา หมายถึง การวิจัยเพื่อสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมและตรวจสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น วิธีการทำวิจัยอาจเริ่มต้นด้วยการวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้มาใช้ในการพัฒนา ทำการพัฒนาและทำการวิจัยเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ

จากความหมายของการวิจัยและพัฒนาข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายของการวิจัยและพัฒนาได้ว่า การวิจัยและพัฒนา หมายถึง ระเบียบวิธีการวิจัยที่ใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐานในการเรียนรู้ แสวงหาคำตอบของประเด็นปัญหา แสวงหาความรู้ใหม่ เพื่อนำมาใช้ในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีเป้าหมาย คือ การพัฒนาหรือ การเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นในทิศทางหรือลักษณะที่ต้องการ

5.2 กระบวนการในการดำเนินการวิจัยและพัฒนา

นักวิชาการได้เสนอกระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาไว้ ดังนี้

จรรจา สุวรรณทัต (2537) ได้เสนอ กระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาในทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กระบวนการในการดำเนินงานมีระเบียบแบบแผนและประสิทธิภาพที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การดำเนินงานตามแผน (Do) การตรวจสอบผลการดำเนินงาน (Check) และการพัฒนาปรับปรุง (Action) และในแต่ละขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนามีรายละเอียด ดังนี้

1. การรวบรวมการวิจัยและข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสังเกตภายใต้สถานการณ์ต่างๆ

2. การเตรียมการ การให้คำนิยามทักษะ การระบุวัตถุประสงค์ การกำหนดลำดับขั้นตอนและการทดสอบความเป็นไปได้ในสเกลเล็กๆ

3. การพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบขั้นต้น รวมทั้งการเตรียมวัสดุอุปกรณ์หรือเนื้อหาใน การถ่ายทอด คู่มือ และแบบวัด

4. การทดสอบขั้นต้น โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตและแบบวัด

5. การปรับปรุงผลิตผลในด้านสำคัญๆ โดยอาศัยการเสนอแนะจากผลที่ได้จากการทดลองภาคสนาม

6. การทดสอบภาคสนามขั้นสำคัญ ขั้นตอนนี้อาจเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณในผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และมีการประเมินโดยเทียบเคียงกับวัตถุประสงค์และกลุ่มเปรียบเทียบ

7. การปรับปรุงผลิตผลในขั้นนำไปใช้ แก้ไขปรับปรุงโดยอาศัยผลที่ได้รับจากการทดลองภาคสนามขั้นสำคัญ

8. การทดลองภาคสนามเพื่อการปฏิบัติ เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และแบบสอบถาม

9. การปรับปรุงผลิตผลขั้นสุดท้าย ปรับปรุงผลิตผลโดยใช้ผลจากการเสนอแนะในขั้นที่ 8

10. การเผยแพร่และการจำหน่ายจ่ายแจก โดยรายงานเกี่ยวกับผลิตผลให้แก่ที่ประชุมวิชาการและวิชาชีพ และนำรายงานลงในวารสาร และมีการควบคุมเพื่อให้เกิดคุณภาพ

อุทัย บุญประเสริฐ (2542) ได้เสนอ กระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนา ซึ่งพัฒนามาจากการวิจัยเชิงทดลอง แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและกำหนดเป้าหมายลักษณะนวัตกรรมที่ต้องการ

2. การออกแบบต้นแบบ (Prototype design) หรือระบบในขั้นต้น (System design)

3. การทดสอบต้นแบบในขั้นทดลองใช้ (Trial test) หรือในการทดลองแบบนำร่อง (Pilot test)

4. การปรับปรุงต้นแบบหรือพัฒนาระบบจากผลการทดลอง (System improvement)

5. การทดสอบภาคสนาม (Field test) หรือทดสอบระบบ (System run test) โดยทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้างขึ้น

6. การปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (Improvement)

7. การดำเนินการผลิตและเผยแพร่หรือนำออกสู่ตลาด

นอกจากนั้น สุพักตร์ พิบูลย์ (2552) ได้เสนอ กระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาสามารถแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิจัยเพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นในการร่างโปรแกรมด้วยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (R1 การวิจัยครั้งที่ 1)

2. การสร้างโปรแกรมฉบับร่าง แล้วนำโปรแกรมฉบับร่างไปหาคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำผลที่สรุปจากผู้เชี่ยวชาญมา ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมฉบับร่าง (D1 การพัฒนาครั้งที่ 1)

3. การนำโปรแกรมฉบับร่างไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม แล้ววิเคราะห์และตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม (R2 การวิจัยครั้งที่ 2)

4. ปรับปรุงจนได้โปรแกรมฉบับสมบูรณ์ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (D2 การพัฒนาครั้งที่ 2) แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

จากการศึกษากระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาของ จรรจา สุวรรณทัต (2537) อุทัย บุญประเสริฐ (2542) และ สุพัตร์ พิบูลย์ (2552) พบว่า ขั้นตอนในการดำเนินงานมีความสอดคล้องกัน ตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบระหว่างแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของจรรจา สุวรรณทัต (2537) อุทัย บุญประเสริฐ (2542) และ สุพักตร์ พิบูลย์ (2552)

แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ จรรจา สุวรรณทัต (2537)	**แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ อุทัย บุญประเสริฐ (2542)**	**แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ สุพัตร์ พิบูลย์ (2552)**
1. การรวบรวมการวิจัยและข้อมูล การรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสังเกตภายใต้สถานการณ์ต่างๆ	1. การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและกำหนดเป้าหมายลักษณะนวัตกรรมที่ต้องการ	1. การวิจัยครั้งที่ 1 (R1) การวิจัยเพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นในการร่างโปรแกรมด้วยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. การเตรียมการ การให้คำนิยามทักษะ การระบุวัตถุประสงค์ การกำหนดลำดับขั้นตอนและการทดสอบความเป็นไปได้ในสเกลเล็กๆ		
3. การพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบขั้นต้น การเตรียมวัสดุอุปกรณ์หรือเนื้อหาในการถ่ายทอด คู่มือ และแบบวัด	2. การออกแบบต้นแบบ (Prototype design) หรือระบบในขั้นต้น (System design)	2. การพัฒนาครั้งที่ 1 (D1) นำไปหาคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมฉบับร่าง
4. การทดสอบขั้นต้น การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตและแบบวัด	3. การทดสอบต้นแบบในขั้นทดลองใช้ (Trial test) หรือในการทดลองแบบนำร่อง (Pilot test)	3. การวิจัยครั้งที่ 2 (R2) การนำโปรแกรมฉบับร่างไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม แล้ววิเคราะห์และตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม

ตาราง 4 (ต่อ)

แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ จรรจา สุวรรณทัต (2537)	**แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ อุทัย บุญประเสริฐ** (2542)	**แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ สุพัตร์ พิบูลย์** (2552)
5. การปรับปรุงผลิตผล การปรับปรุงโดยเสนอแนะจากผลที่ได้จากการทดลองภาคสนาม	4. การปรับปรุงต้นแบบหรือพัฒนาระบบจากผลการทดลอง (System improvement)	4. การพัฒนาครั้งที่ 2(D2) การปรับปรุงจนได้โปรแกรมฉบับสมบูรณ์ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
6. การทดสอบภาคสนามขั้นสำคัญ อาจเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณในผลที่เกิดและมีการประเมินโดยเทียบเคียงกับวัตถุประสงค์และกลุ่มเปรียบเทียบ	5. การทดสอบภาคสนาม (Field test) หรือทดสอบระบบ (System run test) โดยทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้างขึ้น	
7. การปรับปรุงผลิตผลในขั้นนำไปใช้ การแก้ไขปรับปรุงโดยอาศัยผลที่ได้รับจากการทดลองภาคสนามขั้นสำคัญ	6. การปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (Improvement)	
8. การทดลองภาคสนาม การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และแบบสอบถาม		
9. การปรับปรุงผลิตผลขั้นสุดท้าย การปรับปรุงผลิตผลโดยใช้ผลจากการเสนอแนะในขั้นที่ 8		
10. การเผยแพร่และการจำหน่ายจ่ายแจกการรายงานเกี่ยวกับผลิตผลให้แก่ที่ประชุมวิชาการและวิชาชีพ และนำรายงานลงในวารสาร และมีการควบคุมเพื่อให้เกิดคุณภาพ	7. การดำเนินการผลิตและเผยแพร่หรือนำออกสู่ตลาด	

จากการศึกษาแนวคิดการวิจัยและพัฒนาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปกระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง และระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรม การจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ และตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยในการวิจัยและพัฒนาต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

5.2 การใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการประเมินความต้องการจำเป็นในการสร้างและออกแบบโปรแกรม

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือ รูปแบบการวิจัยชนิดหนึ่งที่ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการตอบคำถามการวิจัยที่ตั้งขึ้น โดยใช้วิธีการสืบค้นหา รวบรวม คัดเลือก ประเมินคุณภาพ และการสกัดข้อมูลของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และปราศจากอคติ (Cook; et al. 1997) ในปัจจุบันการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้รับการยอมรับว่าเป็นงานวิจัยที่ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากที่สุด เมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ (Harbour; & Miler. 2001) และยังช่วยบอกถึงทิศทางความต้องการในการวิจัยต่อไป (Murlow; et al. 1997) โดยอาจใช้การวิเคราะห์ทางสถิติที่เรียกว่า การวิเคราะห์เมต้า (Meta-analysis) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ (วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ. 2550)

5.2.1 รูปแบบของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสามารถทำได้ 4 รูปแบบ ตามชนิดของงานวิจัยปฐมภูมิ ดังนี้ (Pearson; Field; & Jordan. 2007)

1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิเชิงปริมาณที่มีลักษณะข้อมูลแบบตัวเลข (Numerical data) โดยใช้การวิเคราะห์เมต้าในการสังเคราะห์ข้อมูล เมื่องานวิจัยปฐมภูมิที่ได้รับการคัดเลือกมีความสมบูรณ์ของสถิติ แต่หากงานนั้นมีข้อมูลทางสถิติไม่เพียงพอที่จะสามารถวิเคราะห์ ก็สามารถสรุปผลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นกระบวนการที่ผสมผสานข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิเชิงคุณภาพที่ได้จากการสืบค้นและการสร้างบทสรุปของข้อมูลที่สามารถอธิบายสาระสำคัญของแนวคิดนั้นได้อย่างชัดเจน

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หนังสือ และตำรา (Expert opinion and text) เป็นกระบวนการที่จะหาข้อสรุปที่สำคัญในข้อความหรือความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่น่าเชื่อถือ เพื่อสังเคราะห์เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแม้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จัดอยู่ในระดับต่ำ แต่ในทางปฏิบัติผู้ใช้ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบก็ยังให้การยอมรับและเห็นความสำคัญของความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

4. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจ (Economic analysis) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการนำข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์มาวิเคราะห์ร่วมด้วย เพื่อประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในทางปฏิบัติ

ขั้นตอนในการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนในการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบัน Cochrane collaboration ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Angela; et al. 2014) ดังนี้

1. การกำหนดหัวข้อ (Title of systematic review) โดยพิจารณาจากองค์ความรู้ที่มีอยู่จากงานวิจัยที่ผ่านมาในเรื่องที่สนใจ และควรตรวจสอบว่าเป็นเรื่องที่กำลังมีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบหรือไม่ จากการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความน่าเชื่อถือหรือสืบค้นจากฐานข้อมูลที่อาจมีผู้รวบรวมการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมาแล้วในหัวข้อที่สนใจ เช่น ระบบฐานข้อมูลของ Cochrane collaboration ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมเฉพาะบทความที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเท่านั้น โดยการสืบค้นนั้นจะต้องมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนที่สามารถทำซ้ำได้โดยผู้อื่นได้

2. การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน (Review question and objective) เป็นการกำหนดคำถามจะใช้วิธีการเช่นเดียวกับงานวิจัยปฐมภูมิ โดยข้อคำถาม ควรประกอบด้วยประชากรที่ต้องศึกษา การจัดกระทำ ผลลัพธ์ที่สนใจ ซึ่งการตั้งคำถามควรกำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนทำการทบทวนและไม่ตั้งคำถามตามผลงานวิจัยที่ผ่านมา โดยกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามในการทบทวนจะนำไปสู่การกำหนดเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัย โดยข้อคำถาม ควรเป็นไปตามหลัก PICO (PICO Format) (Melnyk; & Fineout-Overholt. 2005) ดังนี้

P (Population) ประชากรที่ต้องการศึกษา โดยระบุถึงโรค ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เป็นต้น

I (Intervention) การจัดกระทำหรือสิ่งเปรียบเทียบที่ต้องการประเมิน โดยการระบุในเรื่อง ชนิด ขนาด วิธีการจัดกระทำ ความถี่ในการจัดกระทำ กรณีที่เป็นการทบทวนเพื่อเปรียบเทียบการจัดกระทำ ควรระบุว่าเป็นการเปรียบเทียบการจัดกระทำอะไร

C (Comparison) การเปรียบเทียบ เช่น การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดกระทำกับกลุ่มที่ได้รับการจัดกระทำ

O (Outcomes) ผลลัพธ์ที่น่าสนใจ เช่น การมีสุขภาวะที่ดี และสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ ผลลัทธ์ที่วัดคืออะไร วัดเมื่อไร

3. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) เป็นการระบุถึงประชากรที่ศึกษา การจัดกระทำหรือเปรียบเทียบ การวัดผลลัพธ์และรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมกับคำถามสำหรับการทบทวน

4. การสืบค้นงานวิจัย (Search Searching) เป็นการค้นหางานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ควรมีการวางระบบในการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบชัดเจน วิธีการสืบค้นสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การสืบค้นด้วยมือ (Hand searching) การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized searching) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิก (Electronic database) การสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ (Searching for unpublished materials) เป็นต้น

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Appraise for quality of research) เป็นการตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกมาทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของงานวิจัยมีมากมายและในปัจจุบันยังไม่มีข้อยุติและการศึกษาเปรียบเทียบว่าควรใช้เครื่องมือใดในการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่จะนำมาทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เช่น แบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยของชาร์มเมอร์ (Chalmers; et al. 1981) แบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Jadad (Jadad; et al. 1996) แบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแนวทางของ Cochrane (Higgins; & Green. 2008) ในการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัยจะมีการให้คะแนนงานวิจัยตามลักษณะด้านต่างๆ ที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงอคติ เมื่อนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน ทำให้ได้คะแนนคุณภาพรวมของงานวิจัยแต่ละเรื่อง สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแนวทางของ Cochrane โดยจะมีประเด็นที่ใช้ในการพิจารณา 7 ประเด็นหลัก (Higgins; & Green, 2008) ได้แก่

1. การควบคุมคุณภาพ (Quality control) มีการควบคุมการจัดกระทำเพิ่มเติม (co-intervention) เนื่องจากถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดกระทำเพิ่มเติมจะทำให้ไม่สามารถเชื่อมั่นได้อย่างเต็มที่ว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นผลของการจัดกระทำที่กำลังศึกษาอยู่

2. กระบวนการสุ่ม (Randomization) เป็นแบ่งกลุ่มโดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอย่างเท่าเทียมกัน

3. การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและควบคุมมีความใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง (Comparability) เพื่อป้องกันลักษณะที่ไม่เหมือนกันของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ต้น

4. อัตราในการติดตาม (Follow-up rates) การติดตามผลลัพธ์ในการศึกษาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

5. อัตราการออกกลางคัน (Dropout rate) การอธิบายหรือให้เหตุผล และจำนวนผู้ที่ออกจากการศึกษากลางคันหรือก่อนการทดลองสิ้นสุด เนื่องจากถ้ากลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการทดลองจำนวนมาก การสรุปผลการทดลองอาจเกิดการผิดพลาดได้

6. วิธีการปกปิดสิ่งทดลอง (Blinding) ในการได้รับการจัดกระทำของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของแต่ละกลุ่ม (Blinding of participants, personal and outcomes assessors)

7. การวิเคราะห์โดยนำผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน ทั้งที่ออกระหว่างการทดลองและเข้าร่วมในการทดลองอย่างไม่สม่ำเสมอมาเข้าร่วมในการวิเคราะห์ตามกลุ่มที่ถูกสุ่มเข้ารับโปรแกรมตั้งแต่เริ่มแรก (Intention to treat analysis)

ในการแปลผลงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงที่ถูกคัดเข้าจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างน้อย 5 เกณฑ์ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพปานกลางจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในช่วง 3-4 เกณฑ์ และผลงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยกว่า 3 เกณฑ์

1. การสกัดข้อมูล (Data extraction) หลังจากการอ่านงานวิจัยปฐมภูมิแต่ละเรื่องจะต้องสกัดเอาข้อมูลที่ต้องการและบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลหรือใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น Excel QuatroPro Lotus Foxpro โดยข้อมูลที่สกัดออกมา ได้แก่ ชื่อบทความ ชื่อผู้เขียน ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ รูปแบบการวิจัย ลักษณะและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การจัดกระทำ การวัดผลลัพธ์ ผลการวิจัย ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับงานวิจัย และชื่อผู้ทำการทบทวน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากบทความที่อ่านควรมีการติดต่อกับผู้เขียน

2. การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย (Data synthesis) เป็นขั้นตอนการสรุปผลจาก การรวบรวมงานวิจัยปฐมภูมิที่นำมาทบทวน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยโดยไม่ใช้วิธีการทางสถิติ หากพบข้อมูลในงานปฐมภูมิที่มีลักษณะที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการวัดผลลัพธ์ การจัดกระทำที่แตกต่างกัน หรือมีข้อมูลไม่ครบ เช่น ปราศจากการรายงานค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ทำการทบทวนจะทำการสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยโดยวิธีการสรุปความ (Narrative summary)

2.2 การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยโดยใช้วิธีการทางสถิติ โดยจะต้องใช้ได้ในกรณีที่ข้อมูลในงานวิจัยนั้นเป็นการศึกษาในประชากรลักษณะเดียวกัน ใช้วิธีการจัดกระทำแบบเดียวกันและวัดผลลัพธ์ด้วยวิธีเดียวกัน และจำนวนของงานวิจัยปฐมภูมิตั้งแต่ 2 ขึ้นไป โดยมีการวิเคราะห์ หาน้ำหนักผลเฉลี่ยหรือการประมาณความสัมพันธ์เป็นค่าดัชนีมาตรฐานโดยค่าดัชนีมาตรฐานที่นิยมใช้ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดย การใช้สถิตินั้นอยู่หลายวิธี เช่น Bayesian Meta-regression Meta-analysis และ Frequents แต่วิธีที่นิยมมากที่สุด คือ Meta-analysis

3. การนำเสนอผล เป็นพิจารณาผลของการทบทวนวรรณกรรมว่ามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด รวมทั้งอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาศึกษาในด้านข้อจำกัด การนำไปประยุกต์ใช้

ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

แม้ว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบนี้จะมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับต้นๆ แต่ถ้าหากดำเนินขั้นตอนวิธีการวิจัยไม่ดีพอก็อาจจะทำให้การทบทวนในเรื่องนั้นมีความเชื่อถือลงที่น้อยลงได้ เช่น การตั้งวัตถุประสงค์ที่ไม่ชัดเจน การสืบค้นข้อมูล และวิธีการทำที่ไม่เป็นระบบ ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการใช้แนวทางปฏิบัติ สำหรับการประเมินคุณภาพของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีอยู่มากมาย (Shea; et al. 2009) และอาจมาจากการนำข้อมูลที่มีคุณภาพการศึกษาที่ต่ำเข้ามา หรือการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าที่ค่อนข้างมีอคติ หรือการวัดผลของการศึกษาที่คัดเลือกเข้ามานั้นไม่สามารถแปลผลโดยรวมได้ เนื่องจากแต่ละการศึกษาใช้เกณฑ์ในการแปลผลแตกต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ผิดไปจากความเป็นจริง ดังนั้น การตรวจสอบข้อมูลอย่างดีจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และในการทบทวนวรรณกรรมแต่ละเรื่องจะกระทำโดยผู้ทบทวนมากกว่า 2 ขึ้นไป เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลกันและกันอย่างถูกต้องและเมื่อมีข้อขัดแย้งกันจะใช้วิธีตกลงกันเพื่อหารือถึงข้อยุติที่ยอมรับได้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุที่มี

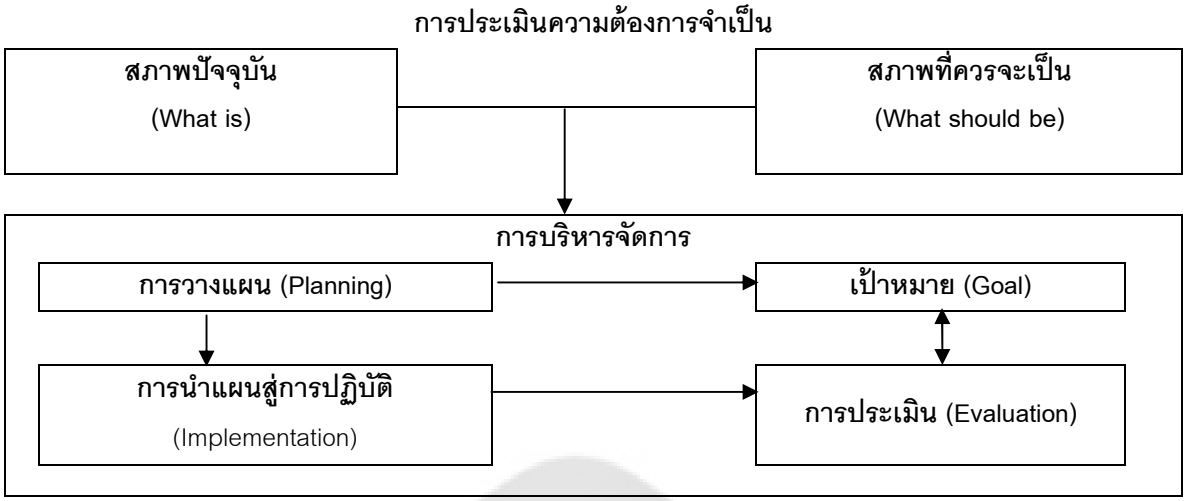
ความดันโลหิตสูง โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย Cochrane collaboration ที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การกำหนดหัวข้อการกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นงานวิจัย การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และการนำเสนอผลจากการทบทวนวรรณกรรม โดยทำการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุที่เป็นภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2015

5.2.2 การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment)

การประเมินความต้องการจำเป็นนั้นถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากต่อการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมต่างๆ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่สะท้อนปัญหาที่ควรต้องได้รับการแก้ไขและทางเลือกในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ในการประเมินความต้องการจำเป็นสามารถทำได้หลายวิธีที่แตกต่างกันตามจุดมุ่งหมายของความต้องการจำเป็นที่กำหนดขึ้น สำหรับในการวิจัยครั้งนี้จุดมุ่งหมายของความต้องการจำเป็น เพื่อสำรวจความต้องการจำเป็นด้วยการพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างสภาวะที่เป็นอยู่กับสภาวะที่ควรจะเป็น ดังนั้น วิธีการประเมินความต้องการจำเป็น คือ โมเดลความแตกต่าง (Discrepancy Model)

คอฟแมนและเมเยอร์ (Kaufman; & Mayer. 1993) ได้ให้ความหมายของ การประเมินความต้องการจำเป็น หมายถึง กระบวนการที่ใช้เพื่อระบุช่องว่างระหว่างผลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันกับที่ปรารถนาจะให้เกิด แล้วจัดลำดับความสำคัญของช่องว่างนั้น เพื่อนำมาเลือกช่องว่างที่สำคัญที่สุดมาเป็นประเด็นที่ต้องดำเนินการต่อไป เนื่องจากผลการประเมินความต้องการจำเป็นทำให้ทราบว่ามีความต้องการอะไรบ้างที่สำคัญที่สุดที่ต้องเติมเต็มหรือขจัดออก ในขณะที่ ริเวอร์และคนอื่นๆ (Reviere; et al. 1996) ได้ให้ความหมายของการประเมินความต้องการจำเป็น คือ กระบวนการที่มีการดำเนินอย่างเป็นระบบสำหรับการคัดเลือกหรือวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน ผลการประเมินใช้ได้เฉพาะกลุ่มประชากร แต่มีความเป็นระบบบนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์และเน้นที่ผลลัพธ์

จากความหมายข้างต้น การประเมินความต้องการจำเป็น คือ กระบวนการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพในปัจจุบัน (What is) กับสภาพที่ควรจะเป็น (What should be) อย่างเป็นระบบแล้วจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังของความแตกต่างนั้น เพื่อนำความต้องการจำเป็นที่สำคัญมาวางแผนการบริหารจัดการ ภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความต้องการจำเป็นที่มีต่อการวางแผนและพัฒนา

ที่มา: สุวิมล ว่องวาณิช. (2550). *การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น*.

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการประเมินความต้องการจำเป็น

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการประเมินความต้องการจำเป็นสามารถดำเนินการได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมิน เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม สำหรับในงานวิจัยนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี ได้แก่ วิธีการสำรวจหรือการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และวิธีการที่ใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process procedure) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นด้วยการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อระบุความต้องการจำเป็น (Need identification) วิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็น (Need analysis) และกำหนดวิธีแก้ปัญหา (Need solution) ผลการวิจัยที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน ข้อตกลงเบื้องต้นในการประเมินความต้องการจำเป็นแบบใช้การวิจัยเชิงสำรวจ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ตอบต้องมีความเข้าใจความหมายของข้อความหรือคำถาม 2) ผู้ตอบต้องมีข้อมูลหรือความรู้เพียงพอ และ 3) ผู้ตอบมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะตอบอย่างซื่อสัตย์ โดยต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของเวลาและทรัพยากรอื่นๆ แบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็นแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (สุวิมล ว่องวาณิช. 2550) ดังนี้

1. แบบสอบถามแบบการตอบข้อมูลชุดเดี่ยว (Single-Response Format) โดยมีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

รายการ	ระดับความต้องการจำเป็น				
	1	2	3	4	5
0. การรับประทานผักผลไม้					
00. การทำงานจิตอาสา					

2. แบบการตอบสนองคู่ (Dual-Response Format) หรือแบบที่กำหนดกลุ่มของข้อความให้ผู้ตอบ ตอบข้อมูล 2 ชุด โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า และให้ผู้ตอบระบุสภาพที่เป็นอยู่จริงกับสภาพที่คาดหวังหรือคิดว่าน่าจะเป็น

รายการ	สภาพที่เป็นจริง					สภาพที่ควรจะเป็น				
	น้อยที่สุด< --------- > มากที่สุด					น้อยที่สุด< --------- > มากที่สุด				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
0. การรับประทานผักผลไม้										
00. การทำงานจิตอาสา										

การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นแบบใช้การวิจัยเชิงสำรวจสำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการประเมินความต้องการจำเป็นที่ใช้แบบการตอบสนองคู่ (Dual-Response Format) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความเห็นเกี่ยวกับสภาพที่ควรจะเป็นและสภาพที่เป็นอยู่จริงแล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Setting Priority)

สำหรับการจัดเรียงลำดับความสำคัญความต้องการจำเป็นแบบการตอบสนองคู่ที่ใช้หลักประเมินความแตกต่าง (Discrepancy Model) ได้แก่ เทคนิควิธีการหาผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference Method หรือ MDF) การหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็น (Priority Need Index หรือ PNI) และการหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Priority Need Index หรือ $PNI_{modified}$)

1. เทคนิควิธีการหาผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference Method หรือ MDF) เป็นการหาผลต่างของค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (I) และค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง (D) บางคนเรียกวิธีนี้ว่า Rank Order of Difference Scores

$$MDF = I - D$$

วิธีนี้มีข้อดีในด้านการออกแบบการเก็บข้อมูลที่ไม่ยุ่งยาก จัดเรียงลำดับได้ง่าย

ข้อจำกัด คือ ยังไม่สามารถระบุค่าสูงสุดและต่ำสุดได้ และความไม่เหมาะสมในการนำเอาสถานภาพในเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ต่างกันมาลบกัน เนื่องจากถ้าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ได้มาใกล้เคียงกันจะทำให้แปลผลได้ยาก

2. การหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็น (Priority Need Index หรือ PNI) โดยมีพื้นฐานมาจากวิธี MDF โดยดัดแปลงให้เป็นรูปดัชนีที่สามารถบอกค่าต่ำสุดและสูงสุดได้ วิธีการนี้ให้ความสำคัญกับระดับคาดหวังเป็นตัวถ่วงน้ำหนัก โดยใช้วิธีการเดิม แต่ถ่วงน้ำหนักของผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (I) และค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง (D) ด้วยน้ำหนักความสำคัญของค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (I)

$$PNI = (I - D) \times I$$

วิธีนี้มีข้อดีกว่าวิธี MDF ตรงที่ เมื่อถ่วงน้ำหนักแล้ว จะทำให้เห็นความแตกต่างชัดเจนขึ้น

3. การหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็น แบบปรับปรุง (Priority Need Index หรือ PNI modified) วิธีนี้ปรับปรุงจากการหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็น แบบดั้งเดิม โดยนงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวาณิช ซึ่งเป็นวิธีการที่หาค่าผลต่างค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (I) และค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง (D) แล้วหารด้วยค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง (D) เพื่อควบคุมขนาดของความต้องการจำเป็นให้อยู่ในพิสัยที่ไม่มีช่วงกว้างมากเกินไป และให้ความหมายเชิงเปรียบเทียบ เมื่อใช้ระดับของสภาพที่เป็นอยู่เป็นฐานในการคำนวณค่าอัตราการพัฒนาเข้าสู่สภาพที่คาดหวัง

$$PNI = \frac{(I - D)}{D}$$

การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นด้วยการสนทนากลุ่ม เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการจำเป็น สามารถนำไปใช้ได้หลายบริบทและมีหลายวิธี วิธีที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่นิยมใช้ คือ เทคนิคการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการฟังและเรียนรู้จากกลุ่มผู้เข้าประชุม วิธีการเก็บข้อมูลแบบนี้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินการมีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้ากัน เกิดการสื่อสารกันภายในกลุ่มระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มและผู้ดำเนินการอภิปราย เพื่อไปกระตุ้นความคิดเห็นของตนเองและผู้อื่นออกมาอย่างเปิดเผยและจริงใจ นำไปสู่การกำหนดปัญหา วางแผน นำแผนสู่การปฏิบัติ และประเมินผล

วิธีการสนทนากลุ่มตามแนวคิดของมอร์แกน (Morgan. 1988) โดยการชี้แจงจุดมุ่งหมาย การเตรียมคำถามสำหรับการสัมภาษณ์กลุ่ม จากคำถามทั่วไปจนถึงคำถามเจาะลึก การกำหนดและเลือกผู้เข้าร่วมกระบวนการที่มีภูมิหลังใกล้เคียงกัน สถานที่ต้องเป็นที่เงียบ ผู้ดำเนินการต้องเป็นผู้ฟังที่ดี การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการกำหนดคำสำคัญ การจัดกลุ่มข้อความที่เป็นประเด็นหลัก ประเด็นที่สำคัญ คือ ต้องระวังเรื่องการเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

5.3 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยใช้เกณฑ์ E_1/E_2

การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ E_1/E_2 ตามแนวทางของชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2520) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาการทดสอบประสิทธิภาพขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย คือ การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม เพื่อให้ทราบว่าโปรแกรมมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยนำโปรแกรมไปทดลองใช้เบื้องต้น (Tryout) ปรับปรุง และนำไปใช้จริง (Trial run หรือ Test) จนแน่ใจว่าแต่ละหน่วยนั้นมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

หลักการแนวคิดพื้นฐานของการหาประสิทธิภาพของโปรแกรมตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ E_1/E_2 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545: 295-297) คือ

1. การสร้างความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างแข็งขัน (Active participation) โดยการที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ลงมือปฏิบัติหรือเข้ามามีส่วนร่วมทั้งกายและใจ จะทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง

2. การจัดกิจกรรมควรเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปทีละเล็กทีละน้อย (Gradual approximation) โดยการจัดเรียงลำดับเนื้อหาสาระจากง่ายไปหายาก

3. การจัดประสบการณ์แห่งความสำเร็จ (Success experience) เพื่อสร้างความรู้สึกที่ดี ความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้เกิดการตระหนักในศักยภาพของตนเอง ทำให้มีแรงในการเรียนรู้ต่อไป

4. การให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันทีทันใด (Immediate feedback) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทราบผลของการกระทำที่ตนเองได้กระทำลงไป และช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพสามารถทำได้ 2 แนวทาง คือ 1) การทดสอบประสิทธิภาพจาก E_1/E_2 และ 2) การทดลองใช้จริง โดยแต่ละแนวทางมีรายละเอียด (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2556: 11-12) ดังนี้

1. **การทดสอบประสิทธิภาพ** เป็นการทดลองใช้เบื้องต้น เพื่อทดสอบประสิทธิภาพก่อนการทดลองใช้จริง โดยทดสอบประสิทธิภาพที่ผู้ทดลองสามารถนำผลการทดลองใช้เบื้องต้นไปปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง การทดสอบประสิทธิภาพประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1) เป็นการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 3 คน ซึ่งอยู่ในระดับอ่อน ปานกลาง และเก่ง โดยนักวิจัยต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างใกล้ชิด ว่าหงุดหงิด ทำหน้าฉงน หรือทำท่าทางไม่เข้าใจหรือไม่ การประเมินประสิทธิภาพโดยพิจารณาจากกิจกรรมหรือภารกิจและงานที่มอบให้ทำและทดสอบหลังทำกิจกรรม แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาประสิทธิภาพ หากไม่ถึงเกณฑ์ต้องปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรมระหว่างเรียน และแบบทดสอบหลังทำกิจกรรมให้ดีขึ้น ก่อนนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1:10) เป็นการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 6-10 คน ซึ่งคละทั้งในระดับอ่อน ปานกลาง และเก่ง โดยนักวิจัยต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างใกล้ชิดว่าหงุดหงิด ทำหน้าฉงน หรือทำท่าทางไม่เข้าใจหรือไม่ การทดสอบประสิทธิภาพโดยการประเมินจากกิจกรรมหรือภารกิจและงานที่มอบให้ทำและประเมินผลลัพธ์ แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาประสิทธิภาพ หากไม่ถึงเกณฑ์ต้องปรับปรุงให้ถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม (1:100) เป็นการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมที่ปรับปรุงจากการทดลองแบบกลุ่มแล้วไปทดลองกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งห้องเพื่อนำผลมาปรับปรุงขั้นสุดท้าย เพื่อจะได้นำไปทดลองใช้จริง โดยนักวิจัยต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างใกล้ชิดว่า หงุดหงิด ทำหน้าฉงน หรือทำท่าทางไม่เข้าใจหรือไม่ การทดสอบประสิทธิภาพโดยการประเมินจากกิจกรรมหรือภารกิจและงานที่มอบให้ทำและประเมินผลลัพธ์ แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาประสิทธิภาพ หากไม่ถึงเกณฑ์ต้องปรับปรุงให้ถึงเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำไปทดสอบประสิทธิภาพภาคสนามซ้ำ อาจทดสอบประสิทธิภาพ 2-3 ครั้งจนได้ค่าประสิทธิภาพถึงเกณฑ์ขั้นต่ำ ด้วยเหตุนี้ ขั้นตอนทดสอบประสิทธิภาพภาคสนามจึงแทนด้วย 1:100

2. **การทดลองใช้จริง** เป็นการนำโปรแกรมที่สร้างและพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง แล้วเปรียบเทียบนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเพื่อปรับปรุงเนื้อหาก่อนนำไปใช้ต่อไป

การกำหนดเกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์

เกณฑ์การหาประสิทธิภาพ หมายถึง ระดับประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้ผลิตโปรแกรมจะพึงพอใจว่า หากโปรแกรมมีประสิทธิภาพถึงระดับแล้ว โปรแกรมนั้นมีคุณค่าที่จะนำไปจัดกิจกรรม และคุ้มกับการลงทุน สำหรับการกำหนดเกณฑ์ประสิทธิภาพ กระทำได้โดยการประเมินพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมใน 2 ประเภท คือ การประเมินพฤติกรรมต่อเนื่องหรือกระบวนการ (Transitional behavior หรือ Process) และการประเมินพฤติกรรมผลลัพธ์ (Terminal behavior หรือ Product) โดยกำหนดค่าประสิทธิภาพของกระบวนการ (E_1) ซึ่งคิดจากคะแนนจากงานทุกชิ้นของผู้เข้าร่วมโปรแกรมมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย แล้วนำมาหาค่าร้อยละ ส่วนค่าประสิทธิภาพของผลลัพธ์ของแต่ละชุดกิจกรรมในโปรแกรม (E_2) ซึ่งคิดจากคะแนนของผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมดมารวมกัน แล้วหาร้อยละของค่าเฉลี่ย (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2556: 11)

เกณฑ์ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ อาจใช้แทนด้วย E_1/E_2 การพิจารณาให้มีค่าขึ้นอยู่กับความเหมาะสม โดยปกติโปรแกรมที่เกี่ยวกับความรู้ ความจำ มักตั้งค่าเป้าหมายไว้ 80/80 85/85 และ 90/90 ส่วนที่เป็นทักษะอาจตั้งไว้ต่ำกว่า คือ 75/75 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545: 295-297) เมื่อทดลองในภาคสนามแล้วนำผลมาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าระหว่างผลประสิทธิภาพจากการทดลองที่ได้รับกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้เพื่อดูว่าสมควรที่จะยอมรับประสิทธิภาพหรือไม่ การยอมรับประสิทธิภาพที่กำหนดไว้โดยให้ถือค่าความแปรปรวนระหว่างร้อยละ 2.5-5.0 ซึ่งประสิทธิภาพไม่ควรต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้เกินร้อยละ 5 แต่โดยปกติจะกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ± 2.5 ดังนั้นการยอมรับประสิทธิภาพจึงมี 3 ระดับ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2556: 11) คือ

1. ประสิทธิภาพที่ได้สูงกว่าเกณฑ์ เมื่อประสิทธิภาพของโปรแกรมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดที่ตั้งไว้มีค่าเกินร้อยละ 2.5 ขึ้นไป ต้องปรับกิจกรรมและแบบวัดและทดลองใหม่ หากค่ายังสูงเกินร้อยละ 2.5 ต้องปรับเกณฑ์ให้สูงขึ้น

2. ประสิทธิภาพที่ได้เท่ากับเกณฑ์ เมื่อประสิทธิภาพของโปรแกรมเท่ากับหรือสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่ไม่เกินร้อยละ ± 2.5

3. ประสิทธิภาพที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่มีค่าไม่เกินร้อยละ 2.5

การหาประสิทธิภาพของกระบวนการ (E_1) สามารถคำนวณได้จากสูตร

$$E_1 = \left(\frac{\frac{(\sum x)}{N}}{A}\right) x100$$

การหาผลสัมฤทธิ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (E_2) สามารถคำนวณได้จากสูตร

$$E_2 = \left(\frac{\frac{(\sum x)}{N}}{B}\right) x100$$

E_1 ร้อยละของประสิทธิภาพของกระบวนการที่จัดไว้ในแต่ละกิจกรรม

E_2 ร้อยละของประสิทธิภาพของผลลัพธ์

$\sum x$ คะแนนรวมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

N จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรม

A คะแนนเต็มของผลการประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม

B คะแนนเต็มของผลการปะเมินผลลัพธ์หลังทำกิจกรรมแต่ละหน่วย

จุดเด่นของการสะท้อนค่าประสิทธิภาพ E_1/E_2 สามารถพิจารณาและตรวจสอบผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ระหว่างทางก่อนที่จะถึงเป้าหมายของการเรียนรู้ หากมีปัญหาสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ และสามารถตรวจสอบผลการเรียนรู้รวบยอดสุดท้าย

จุดอ่อนของการสะท้อนค่าประสิทธิภาพ E_1/E_2 คือ การแสดงค่าแบบรวม โดยมองเฉพาะภาพรวมของกลุ่ม ยังขาดกระบวนการที่จะพิจารณาผลการเรียนรู้เป็นรายบุคคล ซึ่งค่าประสิทธิภาพที่แสดงออกมาเท่ากันของทั้งสองกลุ่มนั้นอาจจะมีการกระจายของระดับความสามารถของผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่แตกต่างกัน

6. กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐาน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความ

ต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและทำความเข้าใจในปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม และขั้นตอนที่ 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยนำผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-3 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ครอบคลุม และลุ่มลึก นำไปสู่การสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯ เพื่อนำไปใช้ในระยะต่อไป ส่วนระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยใช้เกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพแบบรายบุคคล กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขจนได้โปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ โดยการยอมรับประสิทธิภาพที่กำหนดไว้โดยให้ถือค่าความแปรปรวนระหว่างร้อยละ 2.5-5.0 ซึ่งประสิทธิภาพไม่ควรต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้เกินร้อยละ 5 แต่โดยปกติจะกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 2.5 โดยการยอมรับประสิทธิภาพจึงมี 3 ระดับ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545: 295-297) ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพที่ได้สูงกว่าเกณฑ์ เมื่อประสิทธิภาพของโปรแกรมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดที่ตั้งไว้มีค่าเกินร้อยละ 2.5 ขึ้นไป ต้องปรับกิจกรรมและแบบวัดและทดลองใหม่ หากค่ายังสูงเกินร้อยละ 2.5 ต้องปรับเกณฑ์ให้สูงขึ้น 2) ประสิทธิภาพที่ได้เท่ากับเกณฑ์ เมื่อประสิทธิภาพของโปรแกรมเท่ากับหรือสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้แต่ไม่เกินร้อยละ ± 2.5 และ 3) ประสิทธิภาพที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่มีค่าไม่เกินร้อยละ 2.5 ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย ชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2545) ในกลุ่มตัวอย่างแบบเดี่ยว (1:1) แบบกลุ่ม (1:10) และภาคสนาม (1:100) ก่อนนำไปทดลองจริง แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขจนได้โปรแกรมการจัดตนเองฉบับสมบูรณ์ ถึงจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behaviors) เป็น การกระทำของบุคคลที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัยในการสร้างเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด ทั้งทางจิตวิทยา สังคมศาสตร์ และสาธารณสุข ได้แก่ แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Ageing) แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful ageing) แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ (Productive Ageing) ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck's Developmental Theory) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี

สุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการป้องกันโรค 4) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ความดันโลหิต (The Blood Pressure) ซึ่งยึดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ที่ว่า ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Mild Hypertension) ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Moderate Hypertension) และถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Severe Hypertension) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2555) และค่าดัชนีมวลกาย (The Body Mass Index) ซึ่งยึดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2004) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) ภาวะน้ำหนักปกติ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ 3) ภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน คือ การที่บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) บุคคลมีภาวะท้วม คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับที่ 2 คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองได้ถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) (Bandura. 1986) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) เป็นหลัก ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลวางแผน ควบคุมและการกำกับพฤติกรรมของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองให้ไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยคำว่า “การจัดการตนเอง” ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองที่นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิต ขั้นตอนในโปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง (Self-set goal) การวางแผน (Make a plan) การปฏิบัติ (Implementation) การเรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) และการให้กำลังใจ (Encouragement) หรือ SMILE

นอกจากนั้นแล้วการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura. 1997) นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติให้บรรลุ

ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลจะพยายามปฏิบัติให้ได้ตามผลลัพธ์อย่างที่คาดหวังไว้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีการสะสมประสบการณ์ต่างๆ มาตั้งแต่สมัยที่ยังทำงาน และมีความแตกต่างกันในผู้สูงอายุแต่ละคน ทำให้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นตัวแปรความแปรปรวนร่วม

จากการประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ผ่านมาสามารถนำมาออกแบบกรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมติฐาน

จากการประมวลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถตั้งสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายดีกว่ากลุ่มควบคุม

2.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมากกว่ากลุ่มควบคุม

2.2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

3.1 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างกันตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

4.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

4.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

4.3 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือนคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

4.4 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

5. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน

5.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

5.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และการดำเนินการในการวิจัยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ขั้นตอน 2 การศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น (The need assessment)

ขั้นตอน 3 การค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ขั้นตอน 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอน 2 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ มีวัตถุประสงค์ย่อย ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสังเคราะห์และหาข้อสรุปของภาพรวมของงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2) เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมิน

ความต้องการจำเป็น 3) เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม และ 4) เพื่อสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอน 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ในการศึกษารายละเอียดของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006-2015

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้สำหรับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมหรือการจัดกระทำต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับนานาชาติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง 2015 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. งานวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ยตั้งแต่ ตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2004) และ/หรือมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอท
2. งานวิจัยที่มีศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมหรือการจัดกระทำ
3. งานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นตัวแปรตาม
4. งานวิจัยที่มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งเป็นการออกแบบที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และการวิจัยกึ่งทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (Data extraction form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แบบบันทึกการสกัดข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปและคุณภาพของงานวิจัย ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้แต่ง ปีที่พิมพ์ รูปแบบงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ให้บริการหรือศึกษา และการประเมินคุณภาพของงานวิจัยปฐมภูมิ โดยมีพื้นฐานมาจากหนังสือของค็อกแครน สำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการจัดกระทำ (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention) 2) การจัดกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ได้แก่ แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน

ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม รูปแบบการจัดกระทำ และเทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) ประสิทธิผลของการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ

การควบคุมคุณภาพการรวบรวมข้อมูล

ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูล โดยทดสอบความตรงของผู้บันทึก 3 คน ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยอีก 2 คน โดยมีการใช้แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลไปทดลองรวบรวมข้อมูลจากรายงานการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง หลังจากนั้นนำผลการบันทึกมาเปรียบเทียบ เพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Interrater agreement) เมื่อพบความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันในการบันทึก ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 คนได้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อสรุปร่วมกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบภายใต้แนวคิดขององค์กรความร่วมมือค็อกแครน (Cochrane collaboration) (Clarke; & Oxman. 2003) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ที่ให้บริการสืบค้นฐานข้อมูลเอกสารฉบับเต็มของวารสาร วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัยที่ได้รวบรวมจากสำนักพิมพ์ต่างๆ ทั่วโลก ได้แก่ ProQuest Health and Medical Complete, Pubmed, Scopus และ Science-Direct และบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเตอร์เน็ต ในช่วงระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง คือ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2015 โดยใช้คำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้น ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behavior) สุขภาวะที่ดี (Well-being) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating) การออกกำลังกาย (Exercise) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Disease preventive behavior) พฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดีทางจิตใจ (Psychological well-being behavior) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Engaging in social activity) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging)

2. การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันอ่านงานวิจัยที่สืบค้นได้ โดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ แล้วทำการคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุปผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อสรุปร่วมกัน

3. การประเมินคุณภาพของงานวิจัยปฐมภูมิ (Methodological quality assessment) ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ใช้เกณฑ์ตามแนวทางของคอแครน (Cochrane)

(Higgins; & Green. 2008) ประกอบด้วย 7 หัวข้อหลัก ได้แก่ 1) การควบคุมคุณภาพ (Quality control) 2) กระบวนการสุ่ม (Randomization) 3) วิธีการปกปิดสิ่งทดลอง (Blinding) 4) การติดตามประชากรในการศึกษาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (Completeness of follow-up) 5) การออกจากการศึกษากลางคัน (Drop out) 6) การเปรียบเทียบความแตกต่าง (Comparability) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตั้งแต่แรกเริ่มการทดลอง และ 7) การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ถึงแม้ตัวอย่างนั้นอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับการจัดกระทำตามที่ได้รับคัดเลือกเข้ากลุ่มตั้งแต่ก่อนเริ่มการจัดกระทำ (Intention-to-treat analysis) เกณฑ์ในการแปลผลในการประเมิน ได้แก่ งานวิจัยที่มีคุณภาพสูงซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างน้อย 5 เกณฑ์ งานวิจัยที่มีคุณภาพปานกลางซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินในช่วง 3-4 เกณฑ์ และงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยกว่า 3 เกณฑ์ (Higgins; & Green. 2011) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันสกัดข้อมูลจากงานวิจัยและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุป ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อสรุปร่วมกัน

4. การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันสกัดข้อมูลจากงานวิจัยและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุป ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อสรุปร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปและคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี 2) การจัดกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และ 3) ประสิทธิผลของการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ

ขั้นตอน 2 การศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ในการศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ การศึกษาความต้องการจำเป็นนั้นทำให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงปัญหาที่สำคัญที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2004) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อันเนื่องจากการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นอันตราย ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 แขวง 96 ชุมชน (เทศบาลนครเชียงใหม่. 2557) ในกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane. 1967: 886) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ± 5% จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณรวมค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (4 คะแนน) ที่มีการตอบสนองคู่ (Dual-response format) จำนวน 30 ข้อ สำหรับในการแปลความหมายของคะแนนนั้น พิจารณาจากคะแนนรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ที่มีคะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่าตัวอย่างแบบสอบถามความต้องการจำเป็น ดังตาราง 5

ตาราง 5 ตัวอย่างแบบสอบถามความต้องการจำเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

สภาพที่ควรจะเป็น				**รายการ**	**สภาพที่เป็นจริง**			
1	2	3	4		1	2	3	4
				0. การรับประทานผักผลไม้				
				00. การทำงานจิตอาสา				

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของระดับความคิดเห็น ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
น้อยที่สุด	1	4
น้อย	2	3
มาก	3	2
มากที่สุด	4	1

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและพัฒนาขึ้นมาให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการป้องกันโรค 4) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2. ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามนิยามปฏิบัติการ แบบสอบถามความต้องการจำเป็น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 2 การประเมินความต้องการจำเป็นมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับที่มีการตอบสนองรายคู่ (Dual response) จำนวน 30 ข้อ

3. ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลและวิจัยการศึกษา จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุม และความสอดคล้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ คัดเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามความต้องการจำเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีค่า IOC ระหว่าง 0.80-1.00 ถือว่าคำถามในแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Rovinelli; & Hambleton. 1977) มาปรับใช้เพื่อปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

เพื่อหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า เท่ากับ 0.92 เมื่อปรับปรุงภาษาในแบบสอบถามให้สั้นกระชับและเข้าใจง่าย แล้วนำไปเก็บข้อมูลจริง พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอบบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นสูง (Nunnally. 1978)

การดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ วิธีการตอบแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แล้วรอรับแบบสอบถามกลับคืนในวันที่เก็บข้อมูลหรือตามที่ผู้ตอบแบบสอบถามนัดหมาย

4. เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับกลับคืนมาทุกฉบับ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ถ้าแบบสอบถามใดตอบไม่ถูกต้อง เนื่องจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการตอบ ผู้วิจัยจะทำการอธิบายวิธีการตอบอีกครั้งแล้วให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตอบแบบสอบถามอีกครั้งให้ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยจึงให้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลทำโดยการใช้การหาค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. ในการหาค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Modified Priority Need Index หรือ $PNI_{modified}$) เป็นวิธีการศึกษาความต้องการจำเป็นจากระดับของสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน โดยคำนวณจากผลต่างระหว่างสภาพที่คาดหวัง (I) กับสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน (D) ต่อค่าสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน (D) ซึ่งนงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวาณิชได้ปรับปรุงจากวิธีการหาค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (Priority Need Index หรือ PNI) เพื่อควบคุมขนาดของความต้องการจำเป็นให้อยู่ในพิสัยที่ช่วงไม่กว้างมากเกินไป โดยมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$PNI_{modified} = \frac{(I - D)}{D}$$

I (Importance) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่คาดหวัง

D (Degree of success) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน

3. การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นนั้น พิจารณาจากการเรียงค่า $PNI_{modified}$ จากมากไปหาน้อย ถ้าค่า $PNI_{modified}$ ที่มีค่ามากแสดงว่ามีความต้องการจำเป็นสูงที่ต้องได้รับการพัฒนามากกว่าค่า $PNI_{modified}$ ที่มีค่าน้อยกว่า

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่อิสระ (Paired sample t-test)

ขั้นตอน 3 การค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ในการค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยการสนทนากลุ่มมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants)

ในการสนทนากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวนกลุ่มละ 5 คน โดยผู้วิจัยทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยการยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposeful Sampling) (ชายโพธิสิตา. 2552) โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้สูงอายุแกนนำสุขภาพประจำชุมชนเมืองที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2004)

2. เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระดับที่ 1 อยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอท ทั้งเพศชายและหญิง

3. ผู้สูงอายุที่ยินยอมและยินดีให้ความร่วมมือในการทำการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะสร้างคำถามนำในการสัมภาษณ์จากการประมวลข้อมูลและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อค้นหาคำตอบของปัญหาการวิจัยให้ครบถ้วน โดยแนวคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างมีทิศทาง ผู้วิจัยมีแนวคำถาม เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติงานในภาคสนาม และเมื่อผู้วิจัยได้เข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงจะมีการปรับเปลี่ยนและสร้างประเด็นคำถามใหม่ๆ อยู่เสมอตามความเหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ข้อมูลที่ได้และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสำคัญ ตัวอย่างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ 1) ปัญหาและอุปสรรคใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2) เงื่อนไขใดบ้างที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และ 3) แนวทางหรือโปแกรมที่เหมาะสมในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงควรเป็นอย่างไร

2. เครื่องบันทึกเสียง เพื่อช่วยในการบันทึกข้อมูลในขณะทำการสนทนากลุ่ม ทำให้ผู้วิจัยสามารถพูดคุย สอบถามข้อมูลได้โดยไม่ต้องพะวงกับการจดบันทึกมากเกินไป ทั้งยังสามารถช่วยในการตรวจสอบข้อมูลตามที่สัมภาษณ์ได้โดยที่ข้อมูลไม่หายไป

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หลังจากสร้างแนวคำถามใน การสนทนากลุ่มขึ้นตามกรอบแนวคิด จุดมุ่งหมายของการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดการประเมิน ด้านเนื้อหา และด้านการวิจัย จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาความเหมาะสมของคำถามในการสนทนากลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งมีค่า IOC ระหว่าง 0.80-1.00 ถือว่าคำถามในการสนทนากลุ่มนั้นมีความตรงเชิงเนื้อหา (Rovinelli; & Hambleton. 1977) หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่มมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลควบคู่กันไป โดยมีการตรวจสอบภายในและการตรวจสอบภายนอก การตรวจสอบภายในเพื่อพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้เพียงพอและครอบคลุมหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลและสถานที่ที่เลือกมาศึกษาเหมาะสมกับเรื่องและแนวคำถามในการวิจัยเพียงใด และมีการนำเสนอวิธีการ ขั้นตอนของการทำงานในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อย่างชัดเจน

โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้หรือไม่ ส่วนการตรวจสอบภายนอก ผู้วิจัยมีการนำเสนอผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและวิจารณ์ เพื่อพิจารณาว่าข้อสรุปและการตีความของผู้วิจัยถูกต้องหรือตรงตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลมากน้อยเพียงใด

การดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การลงพื้นที่เบื้องต้นโดยผู้วิจัยได้ขอหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเข้าพื้นที่ เพื่อเก็บข้อมูลจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและนำไปติดต่อประสานงานอย่างเป็นทางการในพื้นที่ รวมทั้งทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ เช่น ข้อมูลทางกายภาพ ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข ข้อมูลทางด้านสังคม ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้เห็นภาพรวมของพื้นที่อันเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนการวิจัยต่อไป

2. การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา

3. การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กันตามที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่สนามโดยผ่านแกนนำหรือบุคคลที่รู้จักผู้ให้ข้อมูลพาผู้วิจัยเข้าสู่พื้นที่เก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถทำได้อย่างราบรื่น และให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามยินยอม หรือให้ความยินยอมโดยใช้วาจา แล้วทำการนัดวันเวลาและสถานที่ในการจัดสนทนากลุ่ม

4. ผู้วิจัยดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม โดยแยกออกเป็น 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการจัดสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 5 คน และครั้งที่ 2 เป็นการจัดสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 5 คน เป็นเวลา 1.30-2.00 ชั่วโมง ในระหว่างทำการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดการสนทนากลุ่ม และแนะนำผู้เข้าร่วมการสนทนาแต่ละคน รวมขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสนทนากลุ่ม สิ่งที่ผู้วิจัยต้องตระหนักตลอดเวลาในการลงพื้นที่ คือ การสนทนากับผู้ให้ข้อมูลจะต้องใช้ความจริงใจเสมอ จึงจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความจริงใจและให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างดี หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนด ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการสนทนา กล่าวขอบคุณ และมอบของที่ระลึก พร้อมทั้งเชิญผู้ให้ข้อมูลร่วมรับประทานอาหารและเครื่องดื่มด้วยกัน

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการสนทนากลุ่มในแต่ละประเด็นคำถาม เพื่อนำมาสรุปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ ทั้งในทางกายภาพและเนื้อหา ผู้วิจัยถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงแบบถอดชนิดคำต่อคำ (Verbatim) และรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ความรู้สึก และบรรยากาศของการสนทนาไว้ไม่ให้เสียไป แล้วทำการอ่านบทสนทนาทั้งหมด เพื่อตีความหมาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ลดทอนข้อมูล สกัดสาระ และสร้างข้อสรุป โดยยึดกรอบแนวคิดในการศึกษาเป็นหลัก

ขั้นตอน 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีพื้นฐานมาจากข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 ข้างต้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในขั้นตอนที่ 1 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีในขั้นตอน 2 และการศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่มในขั้นตอน 3

2. กำหนดโครงสร้างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ แนวคิดหรือทฤษฎี กิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการประเมินผล ดังตาราง 6

ตาราง 6 โครงสร้างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
1. การปฐมนิเทศ	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย 3. เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 4. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการฝึกอบรม - แนวคิดการจัดกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 30 นาที 1. ลงทะเบียน และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียด **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที 1. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ	1. ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพทำการวัดโดย อสม. 3. ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4.พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี 5. ความสนใจและการมีส่วนร่วม
2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ - แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 30 นาที ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียนและแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ผู้วิจัยเชิญวิทยากรมาบรรยายในหัวข้อ โรคความดันโลหิตสูงและแนวทางในการจัดการดูแลตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการใช้ชีวิตประจำวัน	1. ความถูกต้องจากแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง 2. ความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากความตั้งใจ การสนทนาและซักถามในเรื่องความดันโลหิตสูง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			2. ทำแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งเฉลย ซักถามและตอบข้อสงสัย **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที สรุปการทำกิจกรรมและทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป	
3. พฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกการจัดการตนเองในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเอง	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 15 นาที 1. ทบทวนเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 75 นาที 1. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โดย อสม. 2. แนะนำวิธีการคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกาย 3. ทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที สรุปการทำกิจกรรมและนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป **การติดตามเยี่ยมบ้าน** ใช้เวลา 30 นาที	1. ความถูกต้องในการคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกาย 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือ 2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	
4. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับประสบการณ์ตรงและมีส่วนร่วมในการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension) 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการรับประทานอาหาร	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม 2. กิจกรรม Bingo รายการอาหารของหวาน และเครื่องดื่มที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการรับประทาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง 3. เฉลย อธิบายและสรุปการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง	1. ความสนใจและการส่วนร่วมในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การ

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
	เพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง		**ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ในแต่ละกลุ่มทำการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ เมื่อแต่ละกลุ่มประกอบอาหารเสร็จแล้วให้ส่งตัวแทนมานำเสนอ 2. แต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) ในคู่มือแล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที 1. สรุปกิจกรรมและนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ **การติดตามเยี่ยมบ้าน** 1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือ 2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
5. การมีส่วนร่วมทางสังคม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสได้ออกแบบและทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชน 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ - แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 30 นาที ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1.วิเคราะห์ สภาพปัญหาทางด้านสุขภาพในปัจจุบันของชุมชน 2. ออกแบบและวางแผนกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพและนำเสนอกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพรวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที 1สรุปการทำกิจกรรมและนัดการทำกิจกรรมจิตอาสาของแต่ละกลุ่ม **การติดตามเยี่ยมบ้าน** 1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation)	1. ความสนใจและการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุ ออกแบบ และวางแผนกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	
6. การออกกำลังกาย	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจหลักและข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 15 นาที 1. ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ในการออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ 1) ทำความอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) 2) ในช่วงออกกำลังกาย (Endurance training phase) โดยทำการเลือกออกกำลังกายตามความสนใจอย่างอิสระ โดยความหนักในการออกกำลังกายที่ทำให้หายใจเร็วขึ้น ถี่ขึ้น ไม่หอบ และสามารถพูดคุยได้จนจบประโยค และ 3) ช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase)	1.ความสนใจและการเข้าร่วมในการออกกำลังกาย 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการออกกำลังกาย การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			2. ทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที สรุปการทำกิจกรรมและนัดการทำกิจกรรมครั้งต่อไป **การติดตามเยี่ยมบ้าน** 1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือ 2. เยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	
7. พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการ	- แนวคิดการกำกับตนเอง - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2. นำแก้วน้ำซึ่งมีน้ำอยู่ครึ่งแก้วออกมาตั้งไว้บนโต๊ะ แล้วในแต่ละกลุ่มร่วมอภิปรายว่า น้ำในแก้วนี้มีลักษณะเช่นใด ระหว่าง	1. ความถูกต้องในการสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
	จัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก		**น้ำเหลือครึ่งแก้ว** หรือ **น้ำหมดไปครึ่งแก้ว** พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบ แล้วให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 90 นาที 1. การพูดกับตนเอง (Self talk) โดยแจกกระดาษให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละ 1 แผ่น แล้วให้เขียนความรู้สึกที่ไม่ดีเกี่ยวกับตัวเองมาคนละ 3 อย่างด้วยดินสอ 2. เขียนข้อความเพื่อเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้เป็นเชิงบวกและเป็นจริงด้วยปากกาดังตัวอย่างต่อไปนี้ 3. เมื่อเขียนความเชื่อใหม่ลงในกระดาษแล้ว ให้แต่ละคนใช้ยางลบลบความเชื่อเดิมทิ้ง แล้วให้แต่ละคนอ่านออกเสียงความเชื่อใหม่ทั้งหมดให้สมาชิกภายในกลุ่มฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน 4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม	เป็นเชิงบวกได้ 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกได้ โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที สรุปการทำกิจกรรมและนัดการทำกิจกรรมครั้งต่อไป **การติดตามเยี่ยมบ้าน** ระยะเวลา 30 นาที 1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้ตั้งไว้พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) 2. เยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	
8. การปิดโปรแกรม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูง	- แนวคิดการประเมินผลการฝึกอบรม	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 30 นาที 1. ทบทวนกิจกรรมต่างๆ ทุกกิจกรรมที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ผู้ช่วยวิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ	1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรม หลังจากที่ผู้ช่วยวิจัยและอสม. ทำการวัดและบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
	โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2. เพื่อให้คำชมเชยและมอบของที่ระลึกแก่ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม		2. เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคน 3. ในขณะที่รอเข้ารับการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลหลังการทดลอง **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที 1. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการติดตามอีก 1 เดือนถัดไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ	2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม 3. ความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากพฤติกรรมการซักถามและการเข้าร่วมกิจกรรม

3. นำร่างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นมาตรวจสอบความเหมาะสมด้วยแบบสอบถามความเหมาะสมและความสอดคล้องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาผู้ใหญ่ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการส่งเสริมสุขภาพ การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน)

ตัวอย่าง แบบสอบถามความเหมาะสมและความสอดคล้อง

0. คำชี้แจงมีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้

1.

น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
____	____	____	____	____

การแปลความหมายของคะแนน โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของการตอบแบบสอบถาม กำหนดระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best. 1997: 190) ดังนี้

ช่วงระดับคะแนน	**ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อองค์ประกอบของโปรแกรม**
1.000 - 1.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.500 - 2.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย
2.500 - 3.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
3.500 - 4.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก
4.500 – 5.000	ความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

4. ปรับปรุงร่างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ทั้งแบบรายบุคคล กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ และ 2) การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ด้วยแบบแผนการทดลองกลุ่มเดียวโดยการทดสอบก่อนหลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2004) ทั้งเพศหญิงและชายในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือผ่านการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอทมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม รวมทั้งไม่ได้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน มะเร็ง โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับระบบกรวยไตและต่อมหมวกไต สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การเขียนด้วยภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม และยังไม่เคยผ่านโปรแกรมการฯ มาก่อน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาประสิทธิภาพแบบรายบุคคล จำนวน 6 คน การหาประสิทธิภาพแบบกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน และการหาประสิทธิภาพแบบกลุ่มใหญ่ จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมการที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมการที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ถูกสร้างในระยะที่ 1 โดยพื้นฐานมาจากแนวคิดและทฤษฎีหลัก ได้แก่ แนวคิดการกำกับตนเองและแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และแนวคิดและทฤษฎีย่อยๆ ได้แก่ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ แนวคิดการฝึกอบรม แนวคิดการจัดกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

และแนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ เพื่อนำมาประกอบในการออกแบบกิจกรรมที่กำหนดขอบเขตเนื้อหาและวัตถุประสงค์ไว้แล้ว และกระบวนการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ แผนการจัดกิจกรรมประกอบด้วยหัวข้อ วัตถุประสงค์ แนวคิด/สาระสำคัญ สื่อ/วัสดุอุปกรณ์ กิจกรรม (ระยะเวลา) การวัดและประเมินผล โดยชุดกิจกรรมประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) เนื้อหาบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับความรู้และแนวทางปฏิบัติ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2) การฝึกการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE และ 3) การฝึกประสบการณ์ตรง โดยแต่ละบทเรียนจะประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมในแต่ละหน่วย และส่วนการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย ใบงานการจัดการตนเองในแต่ละกิจกรรมต่างๆ (E_1)

สื่อประกอบกิจกรรม โดยการศึกษาหลักการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ แนวทางการจัดทำสื่อสำหรับผู้สูงอายุ การวิเคราะห์เนื้อหาและกิจกรรมในแต่ละหน่วย เพื่อกำหนดรูปแบบสื่อประกอบกิจกรรม แล้วจัดทำสื่อและคู่มือประกอบกิจกรรมแต่ละหน่วย

2. แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สภาพการเป็นอยู่ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลจากแบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลนี้ใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล

(0) เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

(00) อายุ……ปี

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการบูรณาการและสังเคราะห์ขึ้นจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปและผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นถูกพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและเหมาะสมกับบริบทในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณรวมค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (4 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนน โดยพิจารณาจากคะแนนรวมของผู้ตอบ

แบบสอบถาม ผู้ที่มีคะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่าง แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (E_2)

พฤติกรรมการป้องกันโรค

0. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

0. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

0. ท่านอาสาสมัครหรือให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความสมัครใจ

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

การออกกำลังกาย

0. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

0. ท่านเรียนรู้และเปิดโอกาสให้ตนเองได้มีประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับ

ระดับความถี่ของพฤติกรรม	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4
นานๆ ครั้ง	2	2
ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง	3	3
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างและพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีขึ้นมาใหม่ โดยมีขั้นตอนการสร้างและพัฒนา ดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์การวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2. ศึกษาหลักการ แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงการวิเคราะห์เครือข่ายเนื้อหา นิยาม และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ในโปรแกรม

3. สร้างและนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสม ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาขององค์ประกอบต่างๆ ในแบบสอบถาม

4. สร้างแบบตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามนี้มีค่า IOC ระหว่าง 0.80-1.00

5. นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีไปทดสอบใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งทั้งฉบับเท่ากับ 0.76 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นสูง (Nunnally. 1978) และมีการตรวจสอบค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ทำให้ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.21-0.58 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป แสดงว่าแบบสอบถามนี้สามารถจำแนกแยกแยะหรือจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มๆ ได้ (Ebel. 1972) ทำให้สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงได้

6. จัดพิมพ์แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีฉบับสมบูรณ์

7. นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. การทดลองแบบรายบุคคล จำนวน 6 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการจัดกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม (E_1) และดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในระยะหลังการทดลอง (E_2) รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่มย่อย

2. การทดลองแบบกลุ่มเล็ก ในผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและยังไม่เคยผ่านโปรแกรมฯ มาก่อน จำนวน 10 คน แล้วดำเนินการตามกระบวนการในโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่การวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีก่อนและเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมทั้งพิจารณาความเหมาะสมความชัดเจนเกี่ยวกับภาษา และนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 เช่นเดียวกับการทดลองแบบรายบุคคล และปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. การทดลองแบบกลุ่มใหญ่ ในผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและยังไม่เคยผ่านโปรแกรมการจัดการตนเองมาก่อน จำนวน 20 คน แล้ว ดำเนินการตามกระบวนการในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่การวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีก่อนและเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง รวมทั้งพิจารณาความเหมาะสมความชัดเจนเกี่ยวกับภาษา และนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 เช่นเดียวกับการทดลองแบบรายบุคคล และปรับปรุงโปรแกรมการจัดการตนเองให้มีความสมบูรณ์

4. การนำโปรแกรมฯ ไปปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ เพื่อไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 75/75 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545) โดย E_1 คือ ประสิทธิภาพของกระบวนการ ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ค่าร้อยละของผลการประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยกิจกรรม ดังตาราง 7

ตาราง 7 กิจกรรมและคะแนนประจำกิจกรรม

ที่	กิจกรรม	คะแนนประจำกิจกรรม
1	ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	20
2	พฤติกรรมการป้องกันโรค	20
3	การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	20
4	การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	20
5	การออกกำลังกาย	20
6	พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	20
	รวม	120

และส่วน E_2 คือ ประสิทธิภาพของผลผลิต ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละของผลรวมจากการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2. สถิติทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบค่าประสิทธิภาพของกระบวนการและประสิทธิภาพของผลผลิตกับเกณฑ์มาตรฐาน 75/75 ที่ได้กำหนดไว้แล้ว โดยใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (One-sample T test)

ขั้นตอน 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มและวัดระยะก่อนทดลอง หลังจากการดำเนินจัดโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา (The Randomized Pretest Posttest and Follow up Control Group Design)

	ก่อนการจัดโปรแกรม	ดำเนินการจัดโปรแกรม	หลังการจัดโปรแกรม	ติดตามผล
กลุ่มทดลอง	(R) SE, B_1, O_1	X_1	B_2, O_2	B_3, O_3
กลุ่มควบคุม	(R) SE, B_1, O_1	X_0	B_2, O_2	B_3, O_3

R เลือกกลุ่มกลุ่มอย่างจากประชากรโดยวิธีการสุ่ม

SE วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

$B_{1,2,3}$ วัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผลอีก 1 เดือนถัดมาตามลำดับ

$O_{1,2,3}$ วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพครั้งแรกในครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผลอีก 1 เดือนถัดมาตามลำดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยผ่านโปรแกรมฯ มาก่อนและมีคุณสมบัติตามขั้นตอนในการหาประสิทธิภาพโปรแกรมฯ จำนวน 40 คน โดยได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้จริงครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช; และนงลักษณ์ วิรัชชัย. 2546: 121-122)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งมาจากในขั้นตอนการหาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ นอกจากนั้น ในการศึกษาขั้นตอนนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพิ่มเติม ได้แก่

1. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งให้ผู้ตอบประเมินตนเอง โดยพิจารณาข้อความที่กำหนดให้แล้วเลือกตอบตามความคิดเห็นของตน ตั้งแต่ไม่มั่นใจ (1 คะแนน) ถึงมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) โดยบุคคลที่มีคะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีว่าอยู่ในระดับสูง ส่วนบุคคลที่มีคะแนนต่ำ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีว่าอยู่ในระดับต่ำ

ตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

0. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง

ไม่มั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจมาก มั่นใจมากที่สุด

____ ____ ____ ____

การสร้างและพัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 กำหนดวัตถุประสงค์การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

1.2 ศึกษาหลักการ แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

1.3 สร้างและนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีคุณภาพคือ ข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (Rovinelli; & Hambleton. 1977) โดยข้อคำถามนี้มีค่า IOC ระหว่าง 0.80-1.00 แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

1.4 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเท่ากับ 0.74 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นสูง (Nunnally. 1978) สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

1.4 จัดพิมพ์แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีฉบับสมบูรณ์

1.5 นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลทำการวิเคราะห์ผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. **เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความดันโลหิตอัตโนมัติ** (Automatic Blood Pressure Measurement Device) ได้รับการตรวจสอบ (Calibrate) ความเที่ยงตรงทุก 6 เดือนตามคุณภาพมาตรฐานจากโรงพยาบาลในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ โดยวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยคนเดียวกัน 2 ครั้ง เพื่อเปรียบเทียบดูความแตกต่างค่าความดันโลหิตที่วัดได้ทั้ง 2 ครั้ง ซึ่งต้องไม่แตกต่างหรือมีความ

แตกต่างน้อยที่สุด ในการวัดความดันโลหิตสูงมีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท และใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดิมทุกครั้งตลอดการวิจัย ขั้นตอนในการวัดความดันโลหิตมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การเตรียมตัวก่อนทำการวัดความดันโลหิตนั้น ผู้เข้ารับการวัดความดันโลหิตต้องไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และสูบบุหรี่มาก่อนทำการวัดอย่างน้อย 30 นาที และถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย

2.2 ก่อนทำการวัดค่าความดันโลหิต ผู้เข้ารับการวัดต้องนั่งพักบนเก้าอี้เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที หลังพิงพนัก เพื่อลดความเกร็งหลัง เท้าทั้ง 2 ข้างวางราบพื้น

2.3 การเลือกผ้ารัดแขน (Arm cuff) ต้องให้เหมาะสมกับแขนของผู้เข้ารับการวัด ส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนของผู้เข้ารับการวัดได้ร้อยละ 80 แล้วทำการพันผ้ารัดแขนที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร และให้กึ่งกลางของถุงลม วางทับบนหลอดเลือดแดงบริเวณเหนือข้อพับศอก (Brachial artery) พอดี แล้วทำการกดปุ่ม start เพื่อเริ่มทำการวัด

2.4 ในขณะที่ทำการวัดแขนซ้ายวางบนโต๊ะให้อยู่ในระดับหัวใจ ไม่ต้องกำมือ แล้วนั่งนิ่งๆ ไม่พูดคุยหรือขยับตัวขณะวัด

2.5 เมื่อเครื่องทำการวัดเสร็จจะแสดงค่าตัวเลขระดับความดันโลหิตออกมาอัตโนมัติ แล้วทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง หากระดับความดันโลหิตที่วัดได้ต่างกันไม่เกิน ± 5 มิลลิเมตรปรอท ให้นำ 2 ค่ามาหาค่าเฉลี่ย หากต่างกันเกิน 5 มิลลิเมตรปรอท ต้องทำการวัดครั้งที่ 3 และนำค่าที่ต่างกันไม่เกิน ± 5 มิลลิเมตรปรอท มาหาค่าเฉลี่ย

การแปลผลของค่าความดันโลหิตในการวิจัยครั้งนี้ยึดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ที่ว่า ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Mild hypertension) ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Moderate hypertension) และถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Severe hypertension) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558)

3. **เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง** ชนิด Floor type weight scale TANITA รุ่น BC-730 ใช้สำหรับชั่งน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างมีหน่วยเป็นกิโลกรัม โดยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Calibrate) ทุก 6 เดือน และที่วัดส่วนสูงมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงกลุ่มตัวอย่างใช้เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย ค่าดัชนีมวลกาย (The Body Mass Index) ซึ่งยึดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2004) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) ภาวะน้ำหนักปกติ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ

3) ภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน คือ การที่บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) บุคคลมีภาวะท้วม คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับ I คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับ II คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะการติดตามผล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 การเตรียมการ ตั้งแต่การเตรียมและศึกษาข้อมูลชุมชน ประสานพื้นที่ และการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน เพื่อทำความเข้าใจบริบทของชุมชน ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถึงเทศบาลนครเชียงใหม่ และหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ รวมทั้งการแนะนำตัวอย่างเป็นทางการกับผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประสานขอความร่วมมือในเรื่องเอกสารและข้อมูลของชุมชน

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยได้รับความร่วมมือจากทีมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5-6 ท่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม

1.3 ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์โปรแกรมฯ ทั้งการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ออกเยี่ยมตามบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเชิญชวนและชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมให้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่สนใจและเต็มใจมาเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งทำการนัดประชุมผู้ที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมในการลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรมและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพและนัดหมายผู้ที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งต่อไป

1.4 การดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมทั้งวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงของผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แล้วทำการนัดกลุ่มทดลองในการทำกิจกรรม

ครั้งต่อไป ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ แต่ทำการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ต่อไป

2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การฝึกคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การแข่งขันในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ การทำงานจิตอาสาเพื่อชุมชน การออกกำลังกายในสวนสาธารณะ และการส่งเสริมพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวนทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ และได้รับการฝึกในการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และการวางแผน (Make A Plan) พร้อมทั้งได้รับแจกคู่มือการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้และแผนที่ตนเองได้กำหนดไว้มาฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง (Implementation) พร้อมทั้งบันทึกการปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่องลงในคู่มือการจัดการตนเองฯ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในขั้นต่อไป

2.3 ผู้วิจัยทำการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลอง เพื่อสอบถามและติดตามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) โดยนำผลการบันทึกการปฏิบัติของตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้ากลุ่มทดลองสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ทำให้ผู้ทดลองเกิดกำลังใจ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและช่วยกลุ่มทดลองปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งอยู่ในขั้นการให้กำลังใจ (Encouragement)

2.4 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบสบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และทำการวัดวัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนักโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3. ระยะติดตามผล

ในระยะการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยเว้นระยะเวลาไว้ 1 เดือน โดยไม่มีการจัดกระทำหรือกระตุ้น ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบสบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และทำการวัดวัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนักโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. **สถิติบรรยาย**

ในการวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows รายละเอียดดังนี้

1.1 การคำนวณความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การคำนวณค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

1.3 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร โดยการหาประสิทธิ์ความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) และสถิติ Shapiro-Wilk เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ MANCOVA

1.4 การตรวจสอบการเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปร โดยใช้สถิติบอกซ์ (Box's M Test) เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ MANOVA และตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's Test

2. **การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน**

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2.1 การเปรียบเทียบสัดส่วนลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-squre)

2.2 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (One Sample T-test)

2.3 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และหากพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรเดียว (Univariate Test) และทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

2.4 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการ

ดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และหากพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรเดียว (Univariate Test) และทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

2.5 การทดสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดหลังการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร แบบวัดซ้ำ (MANCOVA with Repeated Measure) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2.6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis) ในการบอกระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันตามเกณฑ์ ดังนี้ (Hinkle. 1998: 118)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน	ระดับของความสัมพันธ์
.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
.70 - .90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.50 - .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
.30 - .50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
.00 - .30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยก่อนลงมือเก็บข้อมูลทุกครั้ง ร่วมกับการชี้แจงรายละเอียดสาระสำคัญของการวิจัย เหตุผลและวิธีการที่ผู้วิจัยใช้ในการเลือกเข้าเป็นตัวอย่างเพื่อการเก็บข้อมูล มีมาตรการที่จะรักษาความลับ โดยจะมีการปกปิดชื่อ นามสกุล แหล่งข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งการอธิบายผลกระทบที่อาจจะเกิดกับผู้เข้าร่วมการวิจัยและในทำกิจกรรมทุกครั้งผู้วิจัยคำนึงและป้องกันถึงอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยในการทำกิจกรรมทุกครั้งจะมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำ เพื่อคอยดูแลและให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ขึ้น ผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีสิทธิที่จะ

ให้ความร่วมมือหรือไม่ให้ความร่วมมือก็ได้ และมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจหรือถอนตัวจากการให้ความร่วมมือได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ รวมทั้งการจะขอหนังสือรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-172/58E

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลถูกแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอน 2 ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น

ขั้นตอน 3 ผลการค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอน 4 ผลการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 2 ผลการทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	หมายถึง	จำนวนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	หมายถึง	ค่าสถิติ t ที่ได้จากการคำนวณ
F	หมายถึง	ค่าสถิติ F ที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร
E1	หมายถึง	ประสิทธิภาพของกระบวนการที่จัดไว้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยคิดเป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ยในระหว่างการจัดกิจกรรมในแต่ละหน่วยการเรียนรู้

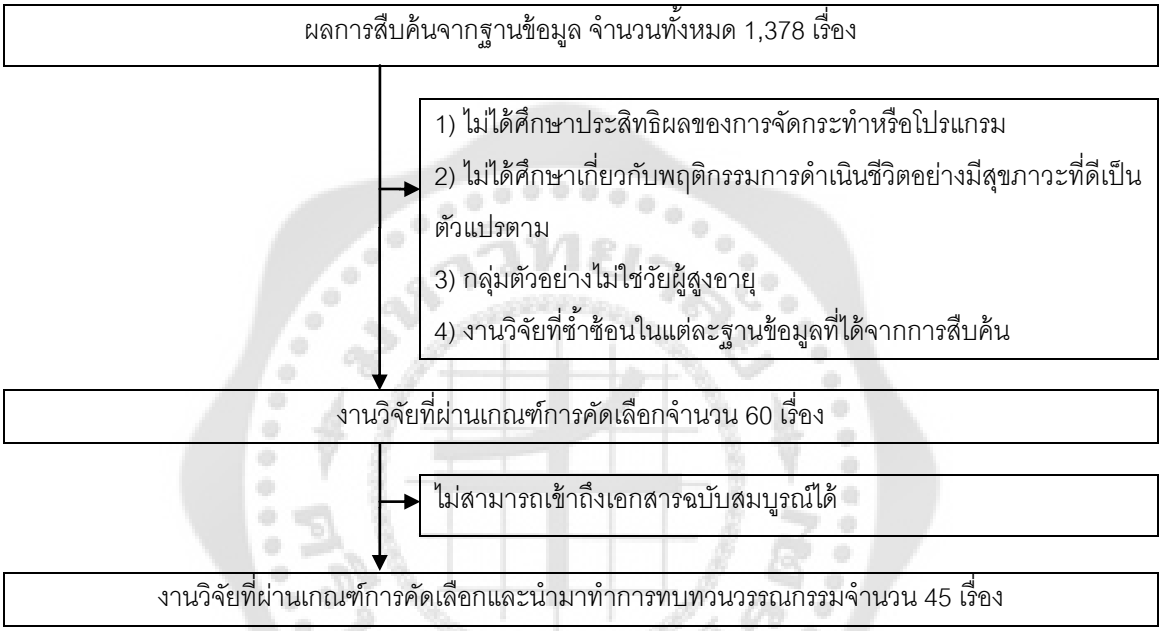
E2	หมายถึง	ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ โดยคิดเป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเป้าหมายภายหลังสิ้นสุดการทดลอง
χ^2	หมายถึง	ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-squre)
Std. Error	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
df	หมายถึง	ระดับของความเป็นอิสระ
G	หมายถึง	กลุ่มการทดลอง ได้แก่ 1) กลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ได้รับโปรมแกรมฯ (E) หรือ และ 2) กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่ได้รับการรักษาตามปกติ (C)
SE	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งแบ่งออกเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำและการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง
T	หมายถึง	ครั้งของการวัด แบ่งออกเป็น 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง (T1) ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง (T2) และครั้งที่ 3 ในระยะการติดตามอีก 1 เดือน (T3)
Sig	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
df	หมายถึง	ระดับของความเป็นอิสระ
SS	หมายถึง	ผลรวมของกำลังสอง
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง

ระยะที่ 1 ผลการสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษา สังเคราะห์และหาข้อสรุปของภาพรวมของงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2) เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น 3) เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม และ 4) เพื่อสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาในระยะที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอน 1 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ผลการคัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวคิดขององค์กรความร่วมมือค็อกแครน (Cochrane collaboration) (Clarke; & Oxman. 2003) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ดังภาพประกอบ 6)



ภาพประกอบ 6 ผลการคัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ผลจากการสืบค้นข้อมูลและงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระดับนานาชาติในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ProQuest Health and Medical Complete, Pubmed, Science-Direct, Scopus ในช่วงระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง คือ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2015 ด้วยคำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้น ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behavior) สุขภาวะที่ดี (Well-being) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating) การออกกำลังกาย (Exercise) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Disease preventive behavior) พฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดีทางจิตใจ (Psychological well-being behavior) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Engaging in social activity) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging) พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีจำนวนทั้งหมด 1,378 เรื่อง

2. เมื่อพิจารณาอย่างละเอียดจากบทคัดย่อ พบว่า งานวิจัยจำนวน 60 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ส่วนงานวิจัยจำนวน 1,318 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจาก 1) ไม่ใช่งานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ วิธีการ การจัดกระทำ หรือโปรแกรม เช่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์ความรู้เชิงอภิมาน การศึกษาเชิงสำรวจ การศึกษาความสัมพันธ์ การวิจัยเชิงคุณภาพ หรือข้อเสนอแนะหรือความเห็นจากคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญ 2) ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นตัวแปรตาม 3) กลุ่มตัวอย่างไม่ใช่วัยผู้สูงอายุ และ 4) งานวิจัยที่ซ้ำซ้อนในแต่ละฐานข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น

3. เมื่อพิจารณาเนื้อหาอย่างละเอียดจากบทความฉบับสมบูรณ์ พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 45 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และผลการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย ประเภทของงานวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย สถานที่ให้บริการหรือศึกษา และการประเมินคุณภาพของงานวิจัยปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประเภทของงานวิจัยถูกแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) งานวิจัยที่มีกลุ่มทดลองและควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้าการทดลอง แล้วทำการวัดก่อนหลังการทดลอง จำนวน 28 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 62.22 ของงานวิจัยทั้งหมด 2) งานวิจัยที่มีหนึ่งกลุ่มการทดลอง (G) แล้วทำการวัดก่อนหลังการทดลอง จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ของงานวิจัยทั้งหมด และ 3) งานวิจัยที่มีกลุ่มทดลองและควบคุม แล้วทำการวัดก่อนหลังการทดลอง จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ตามลำดับ

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยส่วนมากที่มีขนาดใหญ่ (มากกว่า 30 คน) จำนวน 35 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 77.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ส่วนเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการจัดกระทำ ได้แก่ 1) ยินดีในการเข้าร่วมการศึกษา สามารถในการสื่อสาร และไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆ จำนวนอย่างละ 45 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 100.00 ของงานวิจัยทั้งหมด 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตจำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 53.33 ของงานวิจัยทั้งหมด และ 3) เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่เหมาะสม ได้แก่ ไม่มีอาการหรือป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วยที่รุนแรง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคซึมเศร้า หรือบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 31.11 ของงานวิจัยทั้งหมด

3. สถานที่ให้บริการหรือศึกษา พบว่า งานวิจัยทั้งหมดมอบหมายงานให้นำกลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้านจำนวน 45 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมามีการจัดกระทำในสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลร่วมด้วย จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.78 ของงานวิจัยทั้งหมด และมีเพียงบางส่วนที่มีการจัดกระทำในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 48.89 ของงานวิจัยทั้งหมด

4. ผลการประเมินคุณภาพของงานวิจัยปฐมภูมิ พบว่า งานวิจัยที่มีคุณภาพสูงมีจำนวน 23 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 51.11 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมางานวิจัยที่มีคุณภาพปานกลางมีจำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40.00 ของงานวิจัยทั้งหมด และงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำมีจำนวน 4 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 8.89 ของงานวิจัยทั้งหมด

ส่วนที่ 2 รูปแบบของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

จากงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 45 เรื่อง โดยเมื่อพิจารณาในตามแนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (ตาราง 8) ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการจัดกิจกรรม เท่ากับ 29.00 สัปดาห์ ส่วนรูปแบบที่ถูกนำมาใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ 1) การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน 2) การบรรยายให้ความรู้ 3) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 4) การอภิปรายกลุ่ม 5) การสาธิต 6) การแสดงบทบาทสมมติ และ 7) เกม ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 37.78 26.67 17.78 15.56 8.89 2.22 และ 2.22 ของงานวิจัยทั้งหมด ตามลำดับ)

2. โปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการจัดกิจกรรม เท่ากับ 17.25 สัปดาห์ ส่วนรูปแบบที่ถูกนำมาใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ 1) การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน 2) การอภิปรายกลุ่ม 3) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 4) การบรรยายให้ความรู้ 5) การสาธิต 6) การใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง และ 7) การแสดงบทบาทสมมติ ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 31.11 24.44 8.89 6.67 4.44 2.22 และ 2.22 ของงานวิจัยทั้งหมด ตามลำดับ)

ตาราง 8 แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน ระยะเวลา และรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม	29.00	24.51	4.00	96.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	15 (33.33)	Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Kim; & You (2015), Park; & Kim (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	12 (26.67)	Xue; et al. (2008), McManus; et al. (2010), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Foy; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Kim; & You (2015)
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	8 (17.78)	Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hebert; et al. (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Janssen; et al. (2013), Park; & Kim (2015)
					การอภิปรายกลุ่ม	7 (15.56)	Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Kim; & You (2015)
					การสาธิต	4 (8.89)	McManus; et al. (2010), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012)

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
					บทบาทสมมติ	1 (2.22)	Vrdoljak; et al. (2014)
					เกม	1 (2.22)	Vrdoljak; et al. (2014)
แนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก	17.25	15.64	8.00	48.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	15 (33.33)	Chiang; et al. (2008), Clark; et al. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Ho; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Killen; & Macaskill (2014), Ramirez; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015)
					การอภิปรายกลุ่ม	12 (26.67)	Chiang; et al. (2008), Clark; et al. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Melendez Moral; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Ho; et al. (2014), Ramirez; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015)
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	4 (8.89)	Boutin-Foster; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Killen; & Macaskill (2014), Huffman; et al. (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	4 (8.89)	Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Yu; et al. (2014)
					การสาธิต	3 (6.67)	Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012)
					การใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง	1 (2.22)	Melendez Moral; et al. (2013)

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
					บทบาทสมมติ	1 (2.22)	Melendez Moral; et al. (2013)
ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	32.89	29.45	4.00	96.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	9 (20.00)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Intarakamhang (2012), Hekmatpou; et al. (2013) , Foroushni; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	5 (11.11)	Cakir; & Pinar (2006), Intarakamhang (2012), Hekmatpou; et al. (2013) , Foroushni; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015)
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	3 (6.67)	Scala; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011)
					การอภิปรายกลุ่ม	2 (4.44)	Cakir; & Pinar (2006), Hekmatpou; et al. (2013)
					การสาธิต	2 (4.44)	Suwanphan; et al. (2009), Intarakamhang (2012)
					การแสดงบทบาทสมมุติ	1 (2.22)	Scala; et al. (2008)
แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ	20.00	6.93	12.00	24.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	3 (6.67)	Geller; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Ahn; et al. (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	2 (4.44)	Wang; et al. (2014), Ahn; et al. (2015),
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	1 (2.22)	Wang; et al. (2014),
					การอภิปรายกลุ่ม	1 (2.22)	Wang; et al. (2014),

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
ทฤษฎีการดูแลตนเอง	12.00	0.00	12.00	12.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การบรรยายให้ความรู้ การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม	3 (6.67)	Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012)
แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ	10.00	2.83	8.00	12.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การอภิปรายกลุ่ม	2 (4.44)	Chang; et al. (2013), Shin; et al. (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	1 (2.22)	Chang; et al. (2013)
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	1 (2.22)	Shin; et al. (2015)
การปรับตัวของรอย (Roy's adaptation)	12.00	0.00	12.00	12.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การบรรยายให้ความรู้ การสาธิต	1 (2.22)	Hacihasanoglu; & Gozum (2011)
รูปแบบในการเลือก ภาวะที่เหมาะสม และการทดแทน	6.00	0.00	6.00	6.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	1 (2.22)	Geller; et al. (2014)
ทฤษฎีทุนทางสังคม	6.00	0.00	6.00	6.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การบรรยายให้ความรู้	1 (2.22)	Foy; et al. (2013)

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
ทฤษฎีกระบวนการผลิตทางสังคม	6.00	0.00	6.00	6.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	1 (2.22)	Frieswijk; et al. (2006)
โมเดลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	3.00	0.00	3.00	3.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม	1 (2.22)	Gong; et al. (2015)

ส่วนขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า การฝึกปฏิบัติและติดตามตนเองเป็นเทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกนำใช้มากที่สุด จำนวน 45 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมา คือ การประเมินตนเองจากการกระทำที่ผ่านมา หรือการสะท้อนข้อมูลจากการกระทำจำนวนอย่างละ 30 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.67 ของงานวิจัยทั้งหมด การให้สิ่งเสริมแรงทางบวก จำนวนอย่างละ 28 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 62.22 ของงานวิจัยทั้งหมด การวางแผนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา จำนวน 26 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 57.78 ของงานวิจัยทั้งหมด การตั้งเป้าหมาย จำนวน 25 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55.55 ของงานวิจัยทั้งหมด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวนอย่างละ 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 24.44 ของงานวิจัยทั้งหมด การสร้างพันธสัญญาในการปฏิบัติจำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.89 ของงานวิจัยทั้งหมด และการวางแผนป้องกันการกลับมาทำซ้ำจำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.44 ของงานวิจัยทั้งหมด ดังตาราง 9 และสำหรับในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีค่าร้อยละของความถี่ตั้งแต่ 50 ของงานวิจัยทั้งหมด ได้แก่ การฝึกปฏิบัติและติดตามตนเอง การประเมินตนเองจากการกระทำที่ผ่านมา หรือการสะท้อนข้อมูลจากการกระทำ การให้สิ่งเสริมแรงทางบวก การวางแผนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และการตั้งเป้าหมาย

ตาราง 9 ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอน	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
การฝึกปฏิบัติและติดตามตนเอง	45 (100.00)	Cakir; & Pinar (2006), Frieswijk; et al. (2006), Chiang; et al. (2008), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), Killen; & Macaskill (2014), McNamara; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Ramirez; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
การประเมินตนเองจากการกระทำที่ผ่านมาหรือการสะท้อนข้อมูลจากการกระทำ	30 (66.67)	Cakir; & Pinar. (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You. (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
การให้สิ่งเสริมแรงทางบวกหรือการให้กำลังใจ	28 (62.22)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
การวางแผนและแนวทางในการแก้ไขปัญหา	26 (57.78)	Cakir; & Pinar. (2006), Frieswijk; et al. (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), Clark; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan. (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kim; & You. (2015), Park; & Kim. (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
การตั้งเป้าหมาย	25 (55.56)	Cakir; & Pinar (2006), Frieswijk; et al. (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Clark; et al. (2012), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Hasandokht; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You. (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015)

ตาราง 9 (ต่อ)

ขั้นตอน	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนพฤติกรรม	11 (24.44)	Cakir; & Pinar (2006), Xue; et al. (2008), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Park; & Kim. (2015)
การสร้างพันธสัญญาในการปฏิบัติ	4 (8.89)	Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Ogedegbe; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Janssen; et al. (2013),
การวางแผนป้องกันการกลับมาทำซ้ำ	2 (4.44)	Janssen; et al. (2013), Geller; et al. (2014)

ส่วนที่ 3 ประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ผลผลิต (Output) และ 2) ผลลัพธ์ (Outcome) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ตาราง 10)

ตาราง 10 ผลผลิตและผลลัพธ์ของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ตัวแปรตาม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
ผลผลิต		
1. **พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี**	45 (100.00)	Cakir; & Pinar. (2006), Frieswijk; et al. (2006), Chiang; et al. (2008), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), McManus; et al. (2010). Hacihasanoglu; & Gozum. (2011), Clark; et al. (2012), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan. (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013) , Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), Killen; & Macaskill. (2014), McNamara; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Ramirez; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You. (2015), Park; & Kim. (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
- พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	28 (62.22)	Cakir; & Pinar (2006), Frieswijk; et al. (2006), Chiang; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Killen; & Macaskill (2014), Ramirez; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
- พฤติกรรมการป้องกันโรค	28 (62.22)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
- การออกกำลังกาย	27 (60.00)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Kim; & You (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
- การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	23 (51.11)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	14 (31.11)	Cakir; & Pinar (2006), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
2. อื่นๆ		
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	9 (20.00)	Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Shin; et al. (2015)
- การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณและสติปัญญา	5 (11.11)	Cakir; & Pinar (2006), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014)
- พฤติกรรมการกำกับตนเอง	3 (6.67)	Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012)
- ความรู้	2 (4.44)	Bosworth; et al. (2009), Park; & Kim (2015)
ผลลัพธ์		
1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ		
- ระดับความดันโลหิต	23 (51.11)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Foroushni; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
- ดัชนีมวลกาย	12 (26.67)	Cakir; & Pinar (2006), Xue; et al. (2008), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Foroushni; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015)
- ระดับไขมันในเลือด	8 (17.78)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ahn; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
- เส้นรอบเอว	5 (11.11)	Cakir; & Pinar (2006), Xue; et al. (2008), Janssen; et al. (2013), Wang; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015)
อื่น ๆ		
- ภาวะซึมเศร้า	13 (28.89)	Clark; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Ho; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Ramirez; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015),
- การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง	13 (28.89)	Xue; et al. (2008), McManus; et al. (2010), Clark; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Geller; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Killen; & Macaskill (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Kim; & You (2015)
- คุณภาพในการนอนหลับ	1 (2.22)	Yu; et al. (2014)
- สมรรถนะทางร่างกาย	1 (2.22)	Foy; et al. (2013)

เมื่อพิจารณาถึงผลผลิตของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พบว่า พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีและพฤติกรรมการป้องกันโรคจำนวนถูกนำมาศึกษามากที่สุด จำนวนอย่างละ 28 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 62.22 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมา คือ การออกกำลังกายจำนวน 27 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60.00 ของงานวิจัยทั้งหมด การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจำนวนอย่างละ 23 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 51.11 ของงานวิจัยทั้งหมด และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจำนวนอย่างละ 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 31.11 ของงานวิจัยทั้งหมดตามลำดับ และในขณะที่ผลผลิตอื่นๆ ที่ถูกศึกษามากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.00

ของงานวิจัยทั้งหมด การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณและสติปัญญา จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 11.11 ของงานวิจัยทั้งหมด พฤติกรรมการกำกับตนเอง จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.67 ของงานวิจัยทั้งหมด ความรู้ จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.44 ของงานวิจัยทั้งหมดตามลำดับ

ส่วนผลลัพธ์ที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด ได้แก่ ค่าระดับความดันโลหิตสูง จำนวน 23 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 51.11 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมา คือ ดัชนีมวลกาย จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 26.67 ของงานวิจัยทั้งหมด ระดับไขมันในเลือด จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ค่าเส้นรอบเอว จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 11.11 ของงานวิจัยทั้งหมด และส่วนผลลัพธ์อื่นๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.89 ของงานวิจัยทั้งหมด และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.89 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมา คือ คุณภาพในการนอนหลับ และสมรรถนะทางร่างกายจำนวนอย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 2.22 ของงานวิจัยทั้งหมด ตามลำดับ

ขั้นตอน 2 ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น

ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความต้องการจำเป็น

ส่วนที่ 2 ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Modified Priority Needs Index: $PNI_{Modified}$)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความต้องการจำเป็น

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความต้องการจำเป็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 65.00 โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 64 ปี อายุต่ำสุด 60 ปีและอายุสูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรสมากสุดคิดเป็นร้อยละ 65.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 69.00 และได้รับเบี้ยหวัด/บำนาญคิดเป็นร้อยละ 40.750 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 75.750 อาศัยอยู่กับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 43.75 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 23-24.9 ซึ่งถือว่าท้วม 206 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 6-10

ปี 308 คน คิดเป็นร้อยละ 77.00 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคอื่นร่วมด้วยจำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 55.75 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอีก 177 คน คิดเป็นร้อยละ 44.25 มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.50) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 4.75) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (ร้อยละ 2.00) และโรคอื่นๆ (ร้อยละ 1.75) ตามลำดับ (ตาราง 11)

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	140	35.00
- หญิง	260	65.00
2. อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 63.93, S.D. = 3.42)		
- 60 – 65 ปี	310	77.50
- 66 – 70 ปี	77	19.25
- 71 – 75 ปี	13	3.25
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	115	21.750
- สมรส	260	65.00
- หย่า	17	9.25
- หม้าย	8	4.00
4. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	0.75
- ประถมศึกษา	276	69.00
- มัธยมศึกษา	40	10.00
- อนุปริญญา	23	5.75
- ปริญญาตรี	58	14.50
5. แหล่งสำคัญที่มารายได้หลัก		
- เบี้ยหวัด/บำนาญ	163	40.75
- การประกอบอาชีพ	41	10.25
- บุตรหลาน	196	49.00
6. รายได้/เดือน		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	52	13.00
- 5,001 – 10,000 บาท	303	75.75
- 10,001 – 20,000 บาท	45	11.25

ตาราง 11 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. สภาพการเป็นอยู่		
- อยู่คนเดียว	28	7.00
- อยู่กับคู่สมรส	175	43.75
- อยู่กับบุตร หลาน	25	6.25
- อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน	85	21.25
- อยู่กับญาติพี่น้อง	87	21.75
8. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (WHO. 2000)		
- 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ปกติ)	4	1.00
- 23.0 - 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ท้วม)	206	51.50
- 25.0 - 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนระดับที่ 1)	175	43.75
- ≥ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนระดับที่ 2)	15	3.75
9. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
- 1- 5 ปี	24	6.00
- 6 – 10 ปี	308	77.00
- มากกว่า 10 ปี	68	17.00
10. โรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย		
- ไม่มี	223	55.75
- มี	177	44.25
- โรคเบาหวาน	154	38.50
- โรคไขมันในเลือดสูง	19	4.75
- โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	8	2.00
- โรคภูมิแพ้	7	1.75

ส่วนที่ 2 ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามโมเดลความแตกต่าง (Discrepancy Model) ระหว่างสภาพที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบันและสภาพที่คาดหวัง เพื่อสะท้อนลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ผลการศึกษาในตาราง 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในแต่ละด้าน

ย่อยในสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.287 – 0.356 และเมื่อจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นจากมากไปน้อย ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.356 0.341 0.336 0.331 และ 0.287 ตามลำดับ

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละด้านย่อยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
พฤติกรรมการป้องกันโรค	2.580	0.411	3.499	0.255	37.751*	0.356	1
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	2.554	0.367	3.425	0.199	43.580*	0.341	2
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	2.505	0.377	3.346	0.230	40.309*	0.336	3
การออกกำลังกาย	2.492	0.352	3.317	0.315	35.051*	0.331	4
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	2.663	0.265	3.427	0.214	42.972*	0.287	5

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 13 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.295–0.421 ส่วนในการจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มีความสำคัญและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.421 0.396 และ 0.375 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการป้องกันโรคตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

พฤติกรรมการป้องกันโรค	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การสังเกตตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย	2.598	0.511	3.692	0.478	31.538*	0.421	1
- การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	2.510	0.520	3.503	0.515	27.169*	0.396	2
- การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่	2.530	0.529	3.480	0.553	24.757*	0.375	3
- การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.618	0.517	3.485	0.553	23.474*	0.331	4
- การปรึกษาแพทย์เมื่อเกิดความผิดปกติ	2.633	0.513	3.480	0.500	23.270*	0.322	5
- การหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	2.593	0.550	3.358	0.480	21.402*	0.295	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 14 เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.241–0.421 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงรับประทานเกลือโซเดียม การหลีกเลี่ยงหรืองดรับประทานอาหารที่ไขมันชนิดอิ่มตัวหรือมีคอเลสเตอรอลสูง และการหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมัก

ดอง โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.421 0.380 และ 0.365 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบไม่เกิน 2000 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค	2.470	0.519	3.510	0.500	29.135*	0.421	1
- การรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ	2.562	0.521	3.535	0.499	27.155*	0.380	2
- การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมักดอง	2.578	0.519	3.520	0.500	27.196*	0.365	3
- การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง	2.563	0.497	3.390	0.488	24.566*	0.323	4
- การรับประทานผักผลไม้สดตามฤดูกาลมากกว่าการรับประทานผลไม้กระป๋องหรือแปรรูป	2.556	0.527	3.378	0.485	22.653*	0.322	5
- การรับประทานอาหารประเภทนึ่ง ต้ม อบ ลวกแทนการทอด	2.593	0.522	3.218	0.413	19.164*	0.241	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 15 เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า

$PNI_{Modified}$อยู่ระหว่าง 0.302 – 0.373 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การเป็นจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสมาคม ชมรมหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกอยู่ และการอาสาช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อยามที่เขาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.373 0.360 และ 0.343 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การเป็นจิตอาสาตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง	2.563	0.526	3.518	0.510	26.505*	0.373	1
- การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสมาคม ชมรมหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกอยู่	2.500	0.544	3.400	0.501	24.811*	0.360	2
- การอาสาช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อยามที่เขาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ	2.500	0.501	3.358	0.480	25.614*	0.343	3
- เสียสละแรงกาย เวลา หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนร่วม	2.513	0.553	3.328	0.480	22.241*	0.324	4

ตาราง 15 (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน	2.518	0.571	3.305	0.461	21.662*	0.313	5
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางประเพณีศาสนา	2.435	0.549	3.170	0.414	22.139*	0.302	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 16 เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการออกกำลังกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยของการออกกำลังกายตามสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.284 – 0.371 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการออกกำลังกายที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ทั่วร่างกาย ได้แก่ การเดิน วิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร และการออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาทีโดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.371 0.354 และ 0.349 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการออกกำลังกายตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

การออกกำลังกาย	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์	2.425	0.524	3.325	0.469	25.552*	0.371	1
- การออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ การเดินเร็ว รำมวยจีน กายบริหาร	2.470	0.519	3.345	0.521	25.244*	0.354	2
- การออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที	2.438	0.507	3.288	0.495	24.443*	0.349	3
- การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เอ็น ก่อนและหลังการออกกำลังกาย(warm up and cool down)	3.308	0.462	2.503	0.501	24.323*	0.322	4
- ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดได้	3.358	0.490	2.560	0.517	22.608*	0.312	5
- ไม่ออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที	3.278	0.480	2.553	0.508	20.808*	0.284	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 17 เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีตามสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงมีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$อยู่ระหว่าง 0.190 – 0.441 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน3 อันดับแรก ได้แก่ การเรียนรู้หรือหาประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาตนเอง การจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาและอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม และการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีเป้าหมายที่แน่นอน โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.441 0.310 และ 0.300 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	**สภาพที่เป็นจริง**		**สภาพที่คาดหวัง**		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การเรียนรู้ หรือหาประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาตนเอง	2.455	0.499	3.538	0.499	31.187*	0.441	1
- การจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาและอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม	2.755	0.431	3.608	0.489	25.797*	0.310	2
- การดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีเป้าหมาย	2.550	0.503	3.315	0.465	21.724*	0.300	3
- การสำรวจและยอมรับแล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น	2.588	0.498	3.243	0.429	19.592*	0.253	4
- การทำกิจวัตรด้วยตนเองอย่างอิสระ	2.810	0.393	3.508	0.501	24.217*	0.248	5
- การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	2.818	0.469	3.353	0.478	16.226*	0.190	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นตอน 3 ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยการสนทนากลุ่ม

หลังจากการประเมินความต้องการจำเป็นแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ทั้งหมด จำนวน 10 คน ดังนี้ 1) ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จำนวน 5 คน และ 2) ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จำนวน 5 คน ผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมีรายละเอียด ดังนี้

1. อุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักในประเด็นสาเหตุและอุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักได้สรุปร่วมกันว่า อุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) อุปสรรคภายใน เช่น การขาดการใส่ใจดูแลสุขภาพ การไม่มีแรงจูงใจหรือแรงผลักดัน และการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจและ 2) อุปสรรคภายนอก เช่น แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ไม่เพียงพอ ดังตาราง 18 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 18 ผลการสนทนากลุ่มในประเด็นสาเหตุและอุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่ม

สาเหตุและอุปสรรค	ผู้ให้ข้อมูล										จำนวน (ร้อยละ)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ขาดการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ	√	√			√		√	√		√	6 (60.00)
ขาดแรงจูงใจหรือแรงผลักดัน			√	√		√				√	4 (40.00)
การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ			√				√		√		3 (30.00)
แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ไม่เพียงพอ									√		1 (10.00)

1.1 ขาดการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ โดยยังยึดติดกับการดำเนินชีวิตแบบเดิมๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"บางทีป้าก็ว่าตัวเก่าหายดีล่ะบ่ค่อยปวดหัวหรือมีอาการอะหยั้งแล้วเลยบ่ได้สนใจเรื่องกิ๋นยานัก" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 1)

"หมอบอกหื้อป้าลองปรับการกิ๋นดู ป้าลองกิ๋นที่หมอแนะนำ มันจ๋างแจ้ดแผ้ดบ่ลำ ป้าเลยกลับมากิ๋นเหมือนเดิม พวกแกงฮังเลที่มีมันเยอะๆ มัสมั่น แคบหมู ข้าวซอย ปลาร้า ปลาเค็ม แหนม ป้าว่านะ กิ๋นก็ตาย บ่กิ๋นก็ตาย" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 2)

"มีอะหยั๋งก็กิ๋นอันนั้น เป็นยะอะหยั๋งมาหื้อ จ๊ะไปกี๊ดนักต๋อนเจ๊าป้าดื่มแค่กาแฟทุกเช้า มื้ออื่นก็กิ๋นพวกข้าวนึ่ง ผักลวก น้ำพริก" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 5)

"พวกกิจกรรมออกกำลังกายหรือตรวจสุขภาพของทางเทศบาลที่เป็นจัดหื้อ ป้าบ่เคยเข้าร่วมเลย มันบ่ค่อยว่าง ป้าต้องขายครัวที่กาดทุกวัน ตีสามตีสี่ลุกไปล่ะ เย็ยะก๋านก่ออิดแล้ว บ่มีเวลาไปหรอก" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 7)

"ป้าว่า โรคนี้เน้นกิ๋นยาอย่างเดียวพอ ถ้าไม่กิ๋นยาก็เอาไม่อยู่หรอกอย่างอื่นไม่ทำก็ไม่เป็นไร จะหื้อมาออกกำลังกาย ป้าก็ตึงบ่จ้าง" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 8)

"เวลากี๊ดอะหยั้งบ่ออกหรือเกี๊ยด ก่อจะไปสูบบุรี่ จดเหล้า มันเอาไว้แก้หง่อมหลับม่วนกำเดียว หลับไปเลย จะหื้อมาเลิกเหล้า เลิกบุหรี่ มันเลิกยากนะ เวลามีก๋านมีงานอะหยั๋ง เจ้าภาพเป็นมักจะเลี้ยงเหล้า ไม่ว่างานแต่ง ขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานศพ" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

1.2 ขาดแรงจูงใจหรือแรงผลักดันในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"พอไม่สบาย เลยบ่ใคร่อยากไปไหน ตึงวันก็อยู่แต่กับในบ้าน ส่วนใหญ่ก็นั่งๆ นอนๆ ดูทีวีอยู่บ้านเฝ้าบ้านหื้อเขา" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 3)

"บางคนไม่สนใจตัวเก่านัก ส่วนใหญ่เป็นโรคขี้ค้านออกกำลังกาย ขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกายผ่อสิมีแต่คนขี้ปุ่มหลวง ตุ้ยกันนัก เข้าออกโฮงบาลกันนัก" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 6)

"คนที่มาทำงานเพื่อชุมชนจริงๆ ก็มีไม่กี่คนหรอก ส่วนใหญ่ต่างคน ต่างอยู่ ถ้าไม่มีค่าตอบแทนหื้อก็ไม่มา เพราะบ่ได้มีรายได้อะหยั๋ง บางคนต้องยะก๋านและบ่มีลูกหลานดูแล เบี้ยยังชีพที่ได้ในแต่ละเดือนมันไม่เพียงพอ ทำหื้อเบิ้นบ่มีเวลามาเข้าร่วม แต่ลุงมีบำนาญเลยมาทำตรงนี้ได้" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 4)

"ถ้ายาหมดก็ไปเอาที่โฮงบาล แต่กว่าจะได้ตรวจต้องรอนาน และเซี่ยงตังนัก เกรงใจเบิ้นที่พามา ถ้าไม่ค่อยมีอาการอะหยั๋งนัก ลุงไม่อยากมา" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 10)

1.3 การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง จึงเลือกที่จะนั่งๆ นอนๆ อยู่กับที่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เฒ่ามาอิดง่ายขนาด บ่ค่อยมีแฮงยะอะหยั่งก็บ่ม่วน เลยบ่อยากยะอะหยั่ง” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 8)

“ลุงฮู้สึกว่าจะยะอะหยั่งก่ออิดง่ายขนาด ป่วยง่ายโตย เข้าโฮงบาลทีต้องหื้อเปิ้นพาไปทำหื้อฮู้สึกว่าเป็นภาระเปิ้น” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

“ลุงเคยไปออกกำลังกายนะ ไปปั่นรถถีบ ไปล่น แต่พักหลังๆ อิดง่ายกับปวดเข่า เลยหยุด กลัวออกกำลังไปล่ะจะเป็นหนักกว่าเดิม” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 10)

1.4 แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น สถานที่ที่ใช้ในการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายภายในชุมชนไม่เอื้ออำนวย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อก่อนชุมชนร่วมกับทางวัดจัดกิจกรรมออกกำลังกายรำไทจิชี่กง เชิญครูสอนรำชี่กงมาช่วยนำรำช่วงเย็นๆ เพราะต่อนเจ๊าเปิ้นต้องลุกนึ่งข้าวข้าวหื้อลูกหื้อหลาน บางทียุงก็นัก และต่อนนี้ทางวัดเปิ้นสร้างศาลาใหม่ ทำหื้อไม่มีที่ว่างพอที่จะทำกิจกรรมล่ะ” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

2. เงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักในประเด็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า เงื่อนไขที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี คือ การจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การจัดการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตัวเก่าสำคัญสุด ต่อหื้อหมอหรือยาดีแค่ไหน ถ้าตัวเก่าไม่จัดการดูแลตัวเก่า มันก็บ่ช่วย” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 6)

“*สุขภาพดีบ่มีขาย อยากได้หื้อยะเอง*” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

2.2 การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อก่อน ป้าบ่ค่อยมีเวลาออกไปไหน ต้องเลี้ยงหลาน พอหลานเข้าโฮงเฮียนลุงชวนไปทำกิจกรรมยะอะหยันก็ไปตวยเปิ้น เช่น ออกกำลังกายตอนเจ๊า แอ่วไหว้พระ จ้วยงานวัด มันทำหื้อเฮาได้ออกแรงและม่วนตวย” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 5)

“อย่างเรื่องการกิ๋นยา ลูกสาวป้าเป็นคนจัดการหื้อยาหมด เปิ้นกลัวป้าลืมกิ๋นยา พอถึงกำหนดหมอนัดเปิ้นก็พาไปส่งตลอด” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 3)

3. แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักในประเด็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ควรมีโปรแกรมหรือการจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 รูปแบบและวิธีการในการนำเสนอความรู้และผลกระทบเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางปฏิบัติดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีรูปแบบและวิธีการควรมีความยืดหยุ่น เป็นกันเอง สนุกสนาน และยืดหยุ่นสอดคล้องกับความต้องการ ความสนใจ และบริบทของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เช่น การบรรยายหรือเสวนาโดยบุคคลต้นแบบหรือผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ด้านนั้น เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปราชญ์ชุมชน หรือบุคคลที่เป็นที่นับถือการสาธิต การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มหรือกระบวนการกลุ่ม การท่องเที่ยว และการเยี่ยมบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ลุงเคยไปฟังคุณหมอบรรยาย ท่านพูดดีนะท่านแนะนำหื้อ กิ๋นปลาเป็นหลัก กิ๋นผักเป็นยา กิ๋นก้วยอ่องเป็นผลไม้ เตวหื้อได้วันละ 3 กิโล หมั่นพาโลเจอะแจะ เฮาก็พยายามทำตามคู่มือตี้แจก” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 4)

“เมื่ออาทิตย์ที่แล้วหมู่ลุงจะจวนกันไปไหว้พระเก้าวัดที่ต่างจังหวัด เป็นการออกกำลังกายไปในตัว พบปะสังสรรค์กัน ม่วนขนาด มันจ้วยหื้อได้อู้ได้จ๋ากั๋นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกั๋นอย่างเรื่องสมุนไพร เพื่อนลุงแนะนำมาว่า ให้เอาตะไคร้ที่เผาจนเหลืองมาหั่นแล้วต้มเป็นน้ำตะไคร้ แล้วเอามาดื่ม จะช่วยลดความดันได้” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 6)

“บางครั้งไปที่โฮงบาล ตรวจก็บ่ถึง 10 นาที คนมันนัก หมอก็บ่ได้อู้อะหยั่งนัก ป้าก็บ่กล้าถามเป้นมาก แต่การที่คุณหมอจากเทศบาลมาแอ่วหาตี้บ้าน ทำหื้อป้ากล้าถามหรือขอคำแนะนำเน้อ”(ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 3)

3.2 ระยะเวลาในการทำกิจกรรมควรเน้นถึงความสะดวกและชัดเจน ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งควรใช้เวลาไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง ส่วนความถี่ในการรวมกลุ่มทำกิจกรรม อาจเป็นสัปดาห์ละครั้ง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งบ่ควรเกิน 1-2 ชั่วโมง เพราะถ้าใช้เวลานักไป เป้นอาจก้าได้ สัปดาห์ละครั้งกำลังดีเพราะผู้สูงอายุบางคนเป้นอาจมีธุระและหื้อเป้นได้มีเวลากลับไป

ปฏิบัติพ่อง อาจเป็นทุกเช้าวันอาทิตย์ แบบนี้ที่ทุกคนส่วนใหญ่ว่าง" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

3.3 สถานที่ควรเป็นสถานที่ที่สะดวกในการเดินทาง มีความมั่นคงปลอดภัย เป็นสัดส่วน ไม่มีสิ่งรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจ

"ศาลาอเนกประสงค์ของชุมชน สวนสาธารณะ ศาลาวัดที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ ไม่รบกวนสมาธิในการจัดกิจกรรม และกว้างขวางในการทำกิจกรรมป้าว่าก็ดีเน้อ" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 2)

3.4 แหล่งข้อมูลและสื่อการเรียนรู้ ควรเป็นสื่อพวกเพลง คลิป วิทยากร และมีการแจกคู่มือหรือเอกสารประกอบเพื่อให้สามารถนำกลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้านได้ตามความสนใจของแต่ละคน ต้องสอดคล้องกับกิจกรรมและควรเน้นภาพประกอบที่เข้าใจง่าย

"ป้าเคยไปอบรม เป็นหื้อเอกสารเพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน แต่คนเฒ่าจะหื้อมานั่งว่าตัวหนังสือหนัก มันก็บ่อไหว ควรทำเป็นภาพหื้อเข้าใจง่านก็ดีนะ คุณหมอพงษ์ศิริ ปรารถนาดีเป็นก็อู้ดีนะ เข้าใจง่ายตวย" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 1)

ขั้นตอนที่ 4 ผลการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมและคู่มือการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมและคู่มือการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้มาจากในขั้นตอนที่ 1-3 ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีแนวคิดหลักพื้นฐานมาจากแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (Seligman. 2000) และแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ การปฐมนิเทศ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และการปิดโปรแกรม ดังตาราง 19 และการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 2-3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ตาราง 19 โครงสร้างการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี
1. การปฐมนิเทศ	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม 3. เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงของผู้เข้าร่วมกิจกรรม 4. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการฝึกอบรม - แนวคิดการจัดกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ
2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ - แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป
3. พฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกการจัดการตนเองในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเอง
4. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับประสบการณ์ตรงและมีส่วนร่วมในการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension) 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET

ตาราง 19 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี
5. การมีส่วนร่วมทางสังคม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสได้ออกแบบและทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชน 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ - แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์
6. การออกกำลังกาย	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจหลักและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
7. พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	- แนวคิดการกำกับตนเอง - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก
8. การปิดโปรแกรม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2. เพื่อให้คำชมเชยและมอบของที่ระลึกแก่ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม	- แนวคิดการประเมินผลการฝึกอบรม

นอกจากนั้น ผลจากการสังเคราะห์ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทำให้ได้การจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีด้วย SMILE ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังภาพประกอบ 8 ดังนี้

1. **การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง (Self-set goal)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1989) ในขั้นการสังเกตตนเอง (Self-observation) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) ในการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองนั้นควร

แบ่งเป้าหมายหลักออกเป็นเป้าหมายย่อยๆ ที่จะนำไปสู่เป้าหมายหลัก การตั้งเป้าหมายนั้นมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากการตั้งเป้าหมาย ทำให้บุคคลสามารถกำหนดทิศทางของการกระทำเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้และทำให้เกิดความพยายามและความตั้งใจที่จะบรรลุเป้าหมายที่ท้าทายนั้น (Lock; et al. 1981) ในการตั้งเป้าหมายที่ประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วย 1) เป็นการกระทำที่ชัดเจนและจำเพาะ (Specific) 2) สามารถวัดได้ (Measureable) 3) มุ่งเน้นที่การกระทำ (Action-oriented) 4) อยู่ในระดับที่มีความเป็นไปได้จริงและมีลักษณะที่มีความน่าท้าทาย (Realistic and challenging) และ 5) กำหนดระยะเวลาบรรลุเป้าหมายชัดเจน (Time frame) (Bandura. 1989) เช่น การวางแผนในการเลือกรับประทานอาหารประเภท DASH โดยรับประทานสลัดผักเป็นมื้อเย็นทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน การวางแผนในการออกกำลังกายที่ตนเองสนใจอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ดังนั้น การตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

2. **การวางแผน (Make A Plan)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1989) ในขั้นการสังเกตตนเอง (Self-observation) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) โดยการใช้ยุทธวิธีการบรรลุเป้าหมาย (Strategies for achieving goals) เพราะการมีเป้าหมายแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพได้ จึงต้องมีการวางแผนต่อไปด้วยว่าจะทำอย่างไรให้บรรลุเป้าหมาย ด้วยวิธีการอย่างไร การวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยทางด้านความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากสังคม และแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอเหมาะสมการวางแผนด้วยตนเองโดยผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นำประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมมาเป็นข้อมูลประกอบในการวางแผน ซึ่งจะกระตุ้น ชี้นำให้บุคคลริเริ่มแสดงแบบแผนพฤติกรรมที่มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. **การนำแผนที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติ (Implementation)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1989) ในขั้นการสังเกตตนเอง (Self-observation) ด้วยการติดตามตนเอง (Self-monitoring) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) โดยเป็นการแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้วางไว้ พร้อมทั้งมีการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-recording) ในรูปแบบความถี่ ช่วงเวลา หรือความยาวนานของช่วงเวลา หรือผลของพฤติกรรม เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในขั้นตอนต่อไป การลงมือปฏิบัติเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) (Bandura. 1986) นอกจากนั้นแล้วช่วงเวลาระหว่างการเกิด

พฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากถ้าช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมสั้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น (Bandura. 1989)

4. **การเรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา ในขั้นกระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) (Bandura. 1989) และและแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ที่บุคคลได้ลงมือกระทำอย่างรอบคอบ โดยนำข้อมูลสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมของบุคคลนั้นเองมาทำการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback on performance) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของคำพูด ข้อความ หรือกราฟแสดงข้อมูลการกระทำของบุคคลมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ถ้าพฤติกรรมที่ได้กระทำไปแล้วไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ทำให้บุคคลได้เรียนรู้ พัฒนาและปรับปรุงศักยภาพตนเอง โดยเรียนรู้และหาสาเหตุของความล้มเหลวนั้น เช่น พยายามยังไม่เต็มที่ มีความบกพร่องในเรื่องความรู้และทักษะที่จำเป็น หรือการตั้งเป้าหมายที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้เกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การแก้ไขและการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเป้าหมายและวางแผนการดำเนินการให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ดังนั้น ในขั้นการเรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับนี้เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและทัศนคติเชิงบวกแก่ผู้สูงอายุในการพัฒนาศักยภาพของตนเองด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับและส่งเสริมให้เกิดความคิดเชิงบวกต่อตนเอง และเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

5. **การให้กำลังใจ (Encouragement)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1989) ในขั้นการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) เพื่อส่งเสริมให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น ภายหลังจากที่บุคคลได้พิจารณา ไตร่ตรอง และเปรียบเทียบกระทำของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลนั้นสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น หรืออาจได้รับรางวัล ซึ่งไม่ควรเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับเป้าหมายความสำเร็จ เช่น คำพูดชมเชยตนเอง ระบบเบี้ยอรรถกร หลักในการเสริมแรง ได้แก่ 1) การเสริมแรงจะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายนั้นทันที เนื่องจากจะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร 2) การเสริมแรงจะต้องให้อย่างสม่ำเสมอ หรือแทบทุกครั้งที่เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย 3) การเสริมแรงควรจะบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง เช่น ควรจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสถานการณ์แบบไหน แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง 4) ตัวเสริมแรงควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง เนื่องจากบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการณ์เป็นตัวเสริมแรงได้โดย

เฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา 5) ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล 6) ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น 7) ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย และ 8) การเสริมแรงควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรงหรือการยืดเวลาการสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอ ควรมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้น แม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคต



ภาพประกอบ 8 การจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีตามขั้นตอน SMILE

สำหรับการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรมฯ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าระดับความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.60-4.80 (ตาราง 20) และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงร่างโปรแกรมฯ ได้แก่ 1) ควรระบุวัตถุประสงค์ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ให้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้สามารถกำหนดและออกแบบกิจกรรมและผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ได้ 2) ในแต่ละขั้นตอนควรแยกเขียนให้ชัดเจน เช่น ขั้นนำ ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผลและติดตามเยี่ยมบ้าน 3) ควรระบุระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมให้ละเอียดและคำนึงถึง

ธรรมชาติในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เช่น ในการออกกำลังกายจัดกี่ครั้ง ครั้งละกี่ชั่วโมง การทำกิจกรรมจิตอาสาทำตอนไหน กี่ครั้ง 4) รายละเอียดในแต่ละกิจกรรมยังไม่ชัดเจน 5) ควรแยกการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองออกจากหน่วยการเรียนรู้ที่ 1 เนื่องจากต้องระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต ส่วนสูง และชั่งน้ำหนัก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน 6) ควรระบุแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานในการจัดกิจกรรมของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ 7) ควรมีการสอบถามและบันทึกข้อสังเกตในตอนท้ายของกิจกรรม ในแต่ละครั้ง 8) ควรระบุการประเมินให้ชัดเจน เช่น ประเมินอย่างไร ด้วยเครื่องมืออะไร 9) ในการใช้ศัพท์เทคนิค ควรมีการขยายความให้รายละเอียดชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย เนื่องจากเมื่อนำกลับไปกำหนดเองที่บ้าน อาจทำให้เกิดความสับสนและไม่เข้าใจได้ 10) การบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองไม่เหมาะสมกับในบริบทผู้สูงอายุในประเทศไทย เนื่องจากมีการจดบันทึกที่ค่อนข้างมากและยาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายและไม่อยากเขียนได้ อาจเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกให้ง่ายและสะดวกต่อการบันทึกสำหรับผู้สูงอายุ

ตาราง 20 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง	จุดมุ่งหมาย		เนื้อหา		เวลา		สื่อ		รูปแบบ		การประเมินผล	
	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ
1 การปฐมนิเทศ	4.00	มาก	4.60	มากที่สุด	4.64	มากที่สุด	4.08	มาก	4.16	มาก	4.24	มาก
2 ความรู้เบื้องต้นความดันโลหิตสูง	4.65	มากที่สุด	4.30	มาก	3.90	มาก	4.15	มาก	4.25	มาก	3.90	มาก
3 พฤติกรรมการป้องกันโรค	4.60	มากที่สุด	4.60	มากที่สุด	4.20	มาก	4.20	มาก	3.80	มาก	4.00	มาก
4 การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	4.60	มากที่สุด	4.80	มาก	4.40	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก	4.00	มาก
5 การมีส่วนร่วมทางสังคม	4.60	มากที่สุด	4.80	มาก	4.00	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก	4.00	มาก
6 การออกกำลังกาย	4.80	มากที่สุด	4.40	มาก	3.60	มาก	4.00	มาก	4.40	มาก	3.80	มาก

ตาราง 20 (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง	จุดมุ่งหมาย		เนื้อหา		เวลา		สื่อ		รูปแบบ		การประเมินผล	
	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ
7 พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	4.60	มากที่สุด	4.00	มาก	3.60	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก	3.60	มาก
8 การปิดโปรแกรม	4.60	มากที่สุด	4.00	มาก	4.40	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก

และปรับปรุงร่างโปรแกรมฯ ให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองในระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ผลจากการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนตามขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ และขั้นตอนที่ 2 ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ในการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยเริ่มจากการประเมินประสิทธิภาพการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล (One to One Tryout) ประกอบด้วยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม จำนวน 6 คน

ผลการสังเกตและสัมภาษณ์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสนใจต่อเนื้อหาที่วิทยากรนำเสนอ โดยสังเกตจากการซักถาม และจดบันทึกเนื้อหาลงในคู่มือฯ เป็นระยะๆ 2) หน่วยการเรียนรู้ ได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างมาก เพราะมีการนำเสนอเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและสามารถฝึกปฏิบัติตามทีละขั้นตอนได้จนเกิดความเข้าใจ

ส่วนผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคลพบว่าประสิทธิภาพด้านกระบวนการและมีประสิทธิภาพด้านผลผลิต E1/E2 เท่ากับ 75.56/75.69 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 21)

ตาราง 21 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล (n=6)

การหาประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละของค่าเฉลี่ย	เกณฑ์	Sig
ด้านกระบวนการ (E1)	120	90.67	10.86	75.56	75.00	0.88
ด้านผลผลิต (E2)	120	90.83	13.70	75.69	75.00	0.89

สำหรับการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มย่อย (Small Group Tryout) ประกอบด้วยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 10 คน

ผลการสังเกตและสัมภาษณ์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความตั้งใจ โดยมีการซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมต่างๆ 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ละเลยการจดบันทึกหรือติดตามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทำให้ไม่สามารถให้ผลย้อนกลับตนเองได้ อาจปรับเปลี่ยนโดยให้ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดคอยเตือนหรือช่วยบันทึก 3) ในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม อาจมีบางคนไม่กล้าเสนอหรือแสดงความคิดเห็น ควรมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เท่าเทียมกัน

จากตาราง 22 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม พบว่า ประสิทธิภาพด้านกระบวนการและมีประสิทธิภาพด้านผลผลิต E1/E2 เท่ากับ 75.08/75.58 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มย่อย (n= 10)

การหาประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละของค่าเฉลี่ย	เกณฑ์	Sig
ด้านกระบวนการ (E1)	120	90.10	7.95	75.08	75.00	0.97
ด้านผลผลิต (E2)	120	90.70	11.22	75.58	75.00	0.85

ในผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มใหญ่ (Field Group) ประกอบด้วยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 20 คน

ผลการสังเกตและสัมภาษณ์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า 1) ระยะเวลาในการทำกิจกรรมมีน้อยเกินไป ไม่สามารถเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม จึงควรต้องจัดสรรเวลาให้มีความยืดหยุ่น เพียงพอในการทำแต่ละกิจกรรม 2) เมื่อเป็นกลุ่มใหญ่ ทำให้การมีส่วนร่วมไม่ทั่วถึง บางคนทำกิจกรรม บางคนนั่งเฉยๆ อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยจำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างทั่วถึง เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฝึกลองทำกิจกรรมเองที่บ้าน และ 3) ควรมีการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ก่อนทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบและเตรียมตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ

จากตาราง 23 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม พบว่า ประสิทธิภาพด้านกระบวนการและมีประสิทธิภาพด้านผลผลิต E1/E2 เท่ากับ 75.88/75.63 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบบกลุ่มใหญ่ (n=20)

การหาประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละของค่าเฉลี่ย	เกณฑ์	Sig
ด้านกระบวนการ (E1)	120	91.05	10.31	75.88	75.00	0.65
ด้านผลผลิต (E2)	120	90.75	9.77	75.63	75.00	0.74

ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงขึ้นมีค่าประสิทธิภาพของโปรแกรมเป็นไปตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ จึงนำไปสู่การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในการวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประชากรในการทดลองขั้นนี้ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปีไปที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) กลุ่มละ 20 คน โดยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมฯ และผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการรักษาตามปกติ ผลการวิจัยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.50 โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 66 ปี อายุต่ำสุด 60 ปีและอายุสูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรสมากสุดคิดเป็นร้อยละ 47.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 72.50 ส่วนใหญ่มีเบี้ยหวัด/บำนาญเป็นแหล่งที่มาของรายได้หลักคิดเป็นร้อยละ 45.00 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 85.00 ระยะเวลาที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 6-10ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-squre) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 24-25

ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	Sig
	กลุ่มทดลอง (n = 20)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	ทั้งหมด (n = 40)		
1. เพศ				0.96	0.33
- ชาย	6 (30.00)	9 (45.00)	15 (37.50)		
- หญิง	14 (70.00)	11 (55.00)	25 (62.50)		
2. อายุ (ปี) ($\bar{X}$= 65.88, SD = 3.04 Min = 60 Max = 72)				5.10	0.83
- 60 – 65 ปี	12 (60.00)	10 (50.00)	22 (55.50)		
- 66 – 70 ปี	7 (35.00)	9 (45.000)	16 (40.00)		
- 71 – 75 ปี	1 (5.00)	1 (5.00)	2 (5.00)		
3. สถานภาพสมรส				5.87	0.12
- โสด	8 (40.00)	2 (10.00)	10 (25.00)		
- สมรส	8 (40.00)	11(55.00)	19 (47.50)		
- หม้าย	3 (15.00)	3 (15.00)	6 (15.00)		
- หย่า	1 (5.00)	4 (20.00)	5 (12.50)		
4. ระดับการศึกษา				2.42	0.49
- ประถมศึกษา	14 (70.00)	15 (75.00)	29 (72.50)		
- มัธยมศึกษา	5 (25.00)	3 (15.00)	8 (20.00)		
- อนุปริญญา	1 (5.00)	1 (5.00)	2 (5.00)		
- ปริญญาตรี	-	1 (5.00)	1 (2.50)		
5. แหล่งสำคัญที่มารายได้หลัก				0.56	0.76
- เบี้ยหวัด/บำนาญ	10 (50.00)	8 (40. 00)	18 (45.00)		
- ประกอบอาชีพ	5 (25.00)	7 (35.00)	12 (30.00)		
- บุตรหลาน	5 (25.00)	5 (25.00)	10 (25.00)		
6. รายได้ต่อเดือน				3.27	0.20
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	1 (5.00)	4 (20.00)	5 (12.50)		
- 5,001–10,000 บาท	19 (95.00)	15 (75.00)	34 (85.00)		
- 10,001 บาทขึ้นไป	-	1 (5.00)	1 (2.50)		
7. สภาพการเป็นอยู่				6.13	0.11
- อยู่คนเดียว	8 (40.00)	2 (10.00)	10 (25.00)		
- อยู่กับคู่สมรส	5 (25.00)	4 (20.00)	9 (22.50)		
- อยู่กับบุตรหลาน	4 (20.00)	7 (35.00)	11 (27.50)		
- อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน	3 (15.00)	7 (35.00)	10 (25.00)		

ตาราง 24 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มทดลอง (n = 20)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	ทั้งหมด (n = 40)	χ^2	Sig
8. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง				0.17	0.92
- 1-5 ปี	6 (30.00)	7 (35.00)	13 (32.50)		
- 6 – 10 ปี	8 (40.00)	8 (40.00)	16 (40.00)		
- มากกว่า 10 ปี	6 (30.00)	5 (25.00)	11 (27.50)		

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)			กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (S.D.)		
	ก่อน	หลัง	ติดตาม	ก่อน	หลัง	ติดตาม
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุข	79.50	95.55	96.45	79.10	80.20	81.25
ภาวะที่ดี	(6.48)	(6.31)	(4.03)	(5.08)	(7.54)	(3.75)
พฤติกรรมการป้องกันโรค	16.55	18.50	19.10	16.40	16.29	16.85
	(2.14)	(1.93)	(1.17)	(2.01)	(2.39)	(1.60)
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	17.35	19.85	20.00	17.50	17.50	18.65
	(2.28)	(2.03)	(1.17)	(2.31)	(2.91)	(1.14)
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	14.75	17.25	17.75	14.65	15.30	14.95
	(2.36)	(2.17)	(1.45)	(1.95)	(2.27)	(1.23)
การออกกำลังกาย	16.75	20.30	20.20	16.45	16.35	16.90
	(2.07)	(2.18)	(1.40)	(2.19)	(2.91)	(1.45)
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	14.35	19.60	19.45	14.40	14.40	13.95
	(2.01)	(2.06)	(1.47)	(2.39)	(2.35)	(1.15)
ดัชนีมวลกาย	24.88	22.25	23.08	25.24	24.78	25.34
	(2.09)	(2.10)	(1.47)	(2.11)	(2.50)	(2.19)
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	141.70	141.65	139.90	141.75	142.25	142.45
	(1.87)	(2.16)	(1.55)	(2.15)	(2.63)	(1.70)
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลาย	90.50	90.65	89.45	91.00	91.30	91.25
	(2.82)	(2.64)	(1.73)	(2.29)	(2.20)	(2.90)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

1. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1.1 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปรด้วยตรวจสอบค่าความโด่ง (Skewness) ความเบ้ (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilkเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ซึ่งถ้าในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 50 คนขึ้นไปจึงจะสามารถใช้วิธี Kolmogorov-Smirnov test (ผจงจิต อินทสุวรรณ. 2545: 44-51) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า z-values (Skewness& Kurtosis) อยู่ระหว่าง -1.96 ถึง 1.96 ดังนั้นตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงเป็นปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก จ)

1.2 ความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม ด้วยสถิติ Box' M Test พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนตัวแปรตามแต่ละตัวด้วยวิธี Levene's Test พบว่า ทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาคุณสมบัติของ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม พบว่า ค่า Epsilon ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนความเบี่ยงเบนออกจากเงื่อนไขของ Sphericity เข้าใกล้ 1.0 ซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (ภาคผนวก จ)

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้างต้น จะเห็นได้ว่า ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้น จึงนำไปสู่การทดสอบสมมติฐานต่อไป

ขั้นตอน 2 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะก่อนการทดลอง

ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะก่อนการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (Multivariate Analysis of Covariance) โดยนำตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariates) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะก่อนการทดลองแล้ว ดังตาราง 26 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการทดสอบสมมติฐานที่ 2-5 ต่อไป

ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.81	1.24	0.31
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.98	0.13	0.99
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.81	2.74	0.06
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.94	0.69	0.56

3. **การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามอีก 1 เดือน**

ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (ทั้งด้านรวม และรายด้านย่อย) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว) ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามอีก 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (Multivariate Analysis of Covariance) โดยนำตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariates) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2-3 ดังนี้

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.79	1.71	0.15
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.34	10.24	< 0.01
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.85	2.08	0.12
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.66	6.13	< 0.05

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานย่อยที่ 2 พบว่า เมื่อควบคุมการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีภายหลังสิ้นสุดการทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร เช่นเดียวกับค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร ดังนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบภายหลัง (Post hoc analysis) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมทีละตัวแปร เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทีละตัวแปรเป็นลำดับต่อไป ดังตาราง 28

ตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	กลุ่มการทดลอง	1768.54	1	1768.54	42.61	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	1535.69	37	41.51		
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มการทดลอง	21.88	1	21.88	4.75	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	170.31	37	4.60		
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	กลุ่มการทดลอง	31.58	1	31.58	5.64	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	207.08	37	5.60		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	กลุ่มการทดลอง	24.98	1	24.98	5.26	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	175.79	37	4.75		
การออกกำลังกาย	กลุ่มการทดลอง	123.10	1	123.10	19.08	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	238.77	37	6.45		
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	กลุ่มการทดลอง	235.90	1	235.90	47.83	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	182.48	37	4.93		
ดัชนีมวลกาย	กลุ่มการทดลอง	83.99	1	83.99	17.87	< 0.01
	ความคลาดเคลื่อน	173.92	37	4.70		
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	กลุ่มการทดลอง	2.74	1	2.74	0.46	0.51
	ความคลาดเคลื่อน	219.887	37	5.94		
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	กลุ่มการทดลอง	6.74	1	6.74	1.14	0.29
	ความคลาดเคลื่อน	219.52	37	5.93		

จากตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปร พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร ส่วนค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้น ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ตามวิธีบอนเฟอโรนีด้วยความเชื่อมั่น 95%

ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตาราง 29)

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (1-2)	Std. Error	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	กลุ่มทดลอง (1)	94.78	13.81	2.12	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	80.97			
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (1)	18.37	1.54	0.71	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	16.83			
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (1)	19.60	1.85	0.77	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	17.75			
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	กลุ่มทดลอง (1)	17.10	1.64	0.72	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	15.45			
การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (1)	20.15	3.64	0.83	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	16.50			
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	กลุ่มทดลอง (1)	19.52	5.04	0.73	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	14.48			
ค่าดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง (1)	22.01	-3.01	0.71	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	25.02			
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	กลุ่มทดลอง (1)	141.68	-0.54	0.80	0.51
	กลุ่มควบคุม (2)	142.22			
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	กลุ่มทดลอง (1)	90.55	-0.85	0.80	0.29
	กลุ่มควบคุม (2)	91.40			

จากตาราง 29 พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวม และรายด้านย่อย ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐาน

ย่อยที่ 2 ที่ว่า ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายดีกว่ากลุ่มควบคุมบางส่วน ดังนั้น ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย และดัชนีมวลกายดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตามทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมมีค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 3 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.88	0.76	0.61
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.15	31.13	< 0.01
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.96	0.52	0.67
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.43	15.53	< 0.01

จากตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 พบว่า เมื่อควบคุมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระยะติดตามอีก 1 เดือนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร เช่นเดียวกับค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร ดังนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบภายหลัง (Post hoc analysis) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมทีละตัวแปร เพื่อทดสอบว่าค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันทีละตัวแปร เป็นลำดับต่อไป

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิต	กลุ่มการทดลอง	2064.39	1	2064.39	134.78	< 0.01
อย่างมีสุขภาวะที่ดี	ความคลาดเคลื่อน	566.74	37	15.38		
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มการทดลอง	47.77	1	47.77	23.79	< 0.01
	ความคลาดเคลื่อน	74.30	37	2.01		
การรับประทานอาหาร	กลุ่มการทดลอง	14.36	1	14.36	10.81	< 0.01
เพื่อสุขภาพ	ความคลาดเคลื่อน	49.12	37	1.33		
การเข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มการทดลอง	76.98	1	76.98	41.97	< 0.01
ทางสังคม	ความคลาดเคลื่อน	67.86	37	1.83		
การออกกำลังกาย	กลุ่มการทดลอง	92.24	1	92.24	45.95	< 0.01
	ความคลาดเคลื่อน	74.27	37	2.01		
พฤติกรรมการมีสุขภาวะ	กลุ่มการทดลอง	264.77	1	264.77	156.06	< 0.01
ทางจิตที่ดี	ความคลาดเคลื่อน	62.77	37	1.83		
ค่าดัชนีมวลกาย	กลุ่มการทดลอง	54.91	1	54.91	15.83	< 0.01
	ความคลาดเคลื่อน	128.35	37	3.47		
ความดันโลหิตขณะ	กลุ่มการทดลอง	64.85	1	64.85	24.09	< 0.01
หัวใจบีบตัว	ความคลาดเคลื่อน	99.61	37	2.69		
ความดันโลหิตขณะ	กลุ่มการทดลอง	28.75	1	28.75	4.91	< 0.05
หัวใจคลายตัว	ความคลาดเคลื่อน	216.50	37	5.85		

จากตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปร พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร ผู้วิจัยจึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ตามวิธีบอนเฟอโรนีด้วยความเชื่อมั่น

95% ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวมและรายด้านย่อย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตาราง 32)

ตาราง 32 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวมและรายด้านย่อย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามอีก 1 เดือน

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (1-2)	Std. Error	p value
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	กลุ่มทดลอง (1)	96.31	14.92	1.29	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	81.39			
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (1)	19.11	2.27	0.47	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	16.84			
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (1)	19.95	1.24	0.38	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	18.70			
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	กลุ่มทดลอง (1)	17.79	2.88	0.45	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	14.91			
การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (1)	20.13	3.15	0.47	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	16.97			
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	กลุ่มทดลอง (1)	19.37	2.88	0.45	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	14.03			
ค่าดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง (1)	22.99	-2.43	0.61	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	25.42			
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	กลุ่มทดลอง (1)	139.85	-2.65	0.54	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	142.50			
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	กลุ่มทดลอง (1)	89.47	-1.76	0.79	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	91.23			

จากตาราง 32 พบว่า ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวม และรายด้านย่อย ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี รวมทั้งดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลอง

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานย่อยที่ 3 ที่ว่า ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้น ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. **การทดสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดหลังการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือนแตกต่างกันตามกลุ่มการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร แบบวัดซ้ำ** (MANCOVA with Repeated Measure) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ดังนี้

สมมติฐานที่ 4 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างกันตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

ในการทดสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี แตกต่างกันตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด ผู้วิจัยเริ่มทำการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มการทดลอง (G) (กลุ่มทดลอง (E) และกลุ่มควบคุม (C)) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง (T_1) ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง (T_2) และระยะติดตามอีก 1 เดือน (T_3)) ที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย โดยพิจารณาจำแนกตามกลุ่มการทดลอง (G) และครั้งของการวัด (T)

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
ระหว่างกลุ่ม			
กลุ่มการทดลอง (G)	0.30	12.20	< 0.01
ภายในกลุ่ม			
ครั้งของการวัด (T)	0.53	1.95	0.07
ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			
กลุ่มการทดลอง (G) x ครั้งของการวัด (T)	0.11	16.97	< 0.01

จากตาราง 33 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและครั้งในการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความแตกต่างไปตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย (Simple effect) เพื่อหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลักในระดับย่อยของอีกตัวแปรหลักหนึ่ง ดังตาราง 34

ตาราง 34 ผลการทดสอบการวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยระหว่างโปรแกรมกับครั้งในการวัดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
กลุ่มการทดลอง (G)x ก่อนการทดลอง (T_1)	0.98	0.13	0.99
กลุ่มการทดลอง (G)x หลังการทดลอง (T_2)	0.34	10.24	< 0.01
กลุ่มการทดลอง (G)x ระยะติดตาม (T_3)	0.15	31.13	< 0.01
กลุ่มทดลอง (E) x ครั้งของการวัด (T)	0.05	37.644	< 0.01
กลุ่มควบคุม (C) x ครั้งของการวัด (T)	0.68	1.00	0.48

จากตาราง 34 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย พบว่า 1)ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับการวัดในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองการมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยแตกต่างจากกลุ่มควบคุม 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับการวัดในระยะติดตามอีก 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ในระยะติดตามอีก 1 เดือนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยแตกต่างจากกลุ่มควบคุม และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในกลุ่มทดลองแตกต่างไปตามครั้งของการวัด

หลังจากการพบปฏิสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญดังกล่าวข้างจึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ตามวิธีบอนเฟอโรนีด้วยความเชื่อมั่น 95% เพื่อพิจารณาคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อไป

ตาราง 35 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย ระหว่างครั้งของการวัดแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ครั้งที่วัด	ค่าเฉลี่ย	การเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	Std. Error	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	79.15	2-1	15.63	1.40	< 0.01
		หลัง (2)	94.78	3-1	17.16	1.09	< 0.01
		ติดตาม (3)	96.31	3-2	1.53	1.31	0.75
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	79.45	2-1	1.52	1.40	0.85
		หลัง (2)	80.97	3-1	1.94	1.09	0.25
		ติดตาม (3)	81.39	3-2	0.42	1.31	1.00
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	16.54	2-1	1.83	0.60	< 0.01
		หลัง (2)	18.37	3-1	2.57	0.42	< 0.01
		ติดตาม (3)	19.11	3-2	0.74	0.45	0.31
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	16.41	2-1	0.43	0.60	1.00
		หลัง (2)	16.83	3-1	0.43	0.42	0.92
		ติดตาม (3)	16.84	3-2	0.01	0.45	1.00

ตาราง 35 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ครั้งที่วัด	ค่าเฉลี่ย	การเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	Std. Error	Sig
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	17.25	2-1	2.35	0.60	< 0.01
		หลัง (2)	19.60	3-1	2.70	0.51	< 0.01
		ติดตาม (3)	19.95	3-2	0.35	0.52	1.00
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	17.60	2-1	0.15	0.60	1.00
		หลัง (2)	17.75	3-1	1.11	0.51	0.11
		ติดตาม (3)	18.70	3-2	0.95	0.52	0.22
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	14.54	2-1	2.56	0.66	< 0.01
		หลัง (2)	17.10	3-1	3.25	0.60	< 0.01
		ติดตาม (3)	17.79	3-2	0.69	0.40	0.28
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	14.86	2-1	0.59	0.66	1.00
		หลัง (2)	15.45	3-1	0.05	0.60	1.00
		ติดตาม (3)	14.91	3-2	-0.54	0.40	0.56
การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	16.67	2-1	3.48	0.56	< 0.01
		หลัง (2)	20.15	3-1	3.46	0.44	< 0.01
		ติดตาม (3)	20.13	3-2	-0.02	0.49	1.00
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	16.53	2-1	-0.03	0.56	1.00
		หลัง (2)	16.50	3-1	0.44	0.44	0.98
		ติดตาม (3)	16.97	3-2	0.47	0.49	1.00
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	14.39	2-1	5.13	0.64	< 0.01
		หลัง (2)	19.52	3-1	4.98	0.50	< 0.01
		ติดตาม (3)	19.37	3-2	-0.15	0.44	1.00
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	14.36	2-1	0.12	0.64	1.00
		หลัง (2)	14.48	3-1	-0.33	0.50	1.00
		ติดตาม (3)	14.03	3-2	-0.45	0.44	0.95

สมมติฐานย่อยที่ 4.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

จากตาราง 35 การเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตอบสมมติฐานย่อยที่ 4.1 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวม และรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม และรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามไม่แตกต่างระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานย่อยที่ 4.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

จากตาราง 35 การเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตอบสมมติฐานย่อยที่ 4.2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีในระยะติดตามอีก 1 เดือนไม่แตกต่างกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามไม่แตกต่างระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับในการทดสอบการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ผู้วิจัยเริ่มทำการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัดที่มีต่อดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางของคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว โดยพิจารณาจำแนกตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
ระหว่างกลุ่ม			
กลุ่มการทดลอง (G)	0.62	7.10	< 0.01
ภายในกลุ่ม			
ครั้งของการวัด (T)	0.68	2.52	< 0.05
ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			
กลุ่มการทดลอง (G) x ครั้งของการวัด (T)	0.42	7.30	< 0.01

จากตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่4.4 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวมีความแตกต่างไปตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานย่อยที่ 4.4 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย (Simple effect) เพื่อหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลักในระดับย่อยของอีกตัวแปรหลักหนึ่ง

ตาราง 37 ผลการทดสอบการวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มการทดลองกับครั้งของการวัดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
กลุ่มการทดลอง (G)x ก่อนการทดลอง (T_1)	0.95	0.63	0.60
กลุ่มการทดลอง (G)x หลังการทดลอง (T_2)	0.66	6.13	< 0.01
กลุ่มการทดลอง (G)x ระยะติดตาม (T_3)	0.43	15.53	< 0.01
กลุ่มทดลอง (E) x ครั้งของการวัด (T)	0.25	16.16	< 0.01
กลุ่มควบคุม (C) x ครั้งของการวัด (T)	0.86	0.84	0.55

จากตาราง 37 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย พบว่า 1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับการวัดภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับการวัดในระยะติดตามอีก 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากการพบปฏิสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญดังกล่าวข้างจึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ตามวิธีบอนเฟอโรนีด้วยความเชื่อมั่น 95% เพื่อพิจารณาคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อไป

ตาราง 38 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ระหว่างในการวัดแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ครั้งที่วัด	ค่าเฉลี่ย	การเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	Std. Error	Sig
ดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	24.67	2-1	-2.66	0.30	< 0.01
		หลัง (2)	22.01	3-1	-1.68	0.44	< 0.01
		ติดตาม (3)	22.99	3-2	0.98	0.46	0.13
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	25.45	2-1	-0.43	0.30	0.49
		หลัง (2)	25.02	3-1	-0.11	0.38	1.00
		ติดตาม (3)	25.34	3-2	0.32	0.45	1.00
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	141.59	2-1	0.09	0.52	1.00
		หลัง (2)	141.68	3-1	-1.72	0.46	< 0.01
		ติดตาม (3)	139.88	3-2	-1.80	0.60	< 0.01
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	141.86	2-1	0.36	0.52	1.00
		หลัง (2)	142.22	3-1	0.64	0.46	0.52
		ติดตาม (3)	142.50	3-2	0.28	0.57	1.00
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	90.38	2-1	-0.67	0.44	0.40
		หลัง (2)	90.55	3-1	-1.90	0.41	< 0.01
		ติดตาม (3)	89.44	3-2	-1.23	0.55	< 0.01
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	91.23	2-1	0.17	0.44	1.00
		หลัง (2)	91.40	3-1	0.00	0.46	1.15
		ติดตาม (3)	91.23	3-2	-0.17	0.56	1.24

สมมติฐานย่อยที่ 4.3 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

จากตาราง 38 การเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตอบสมมติฐานย่อยที่ 4.3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือนแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัว ทั้งภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามไม่แตกต่างระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานย่อยที่ 4.4 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

จากตาราง 38 การเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตอบสมมติฐานย่อยที่ 4.4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ในระยะติดตามอีก 1 เดือนไม่แตกต่างจากระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือนในระยะติดตามแตกต่างจากระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวในระยะติดตามไม่แตกต่างจากหลังสิ้นสุดการทดลองและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน พบว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและด้านรายย่อยและค่าดัชนีมวลกายมีความคงทนของการเปลี่ยนแปลง แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน แตกต่างจากระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

4. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 ดังตาราง 39

ตาราง 39 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันด้วยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยกับ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน

ตัวแปร	ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง			ในระยะติดตามอีก 1 เดือน		
	ดัชนีมวลกาย	ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	ดัชนีมวลกาย	ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว
- พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	-0.38*	-0.30	0.06	-0.51*	-0.67*	-0.33*
- พฤติกรรมการป้องกันโรค	-0.36*	-0.09	0.10	-0.53*	-0.39*	-0.23
- การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	-0.37*	-0.40*	-0.13	-0.50*	-0.42*	-0.23
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	-0.31	-0.25	0.03	-0.35*	-0.61*	-0.24
- การออกกำลังกาย	-0.16	-0.35*	0.14	-0.35*	-0.61*	-0.25
- พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	-0.40*	-0.19	0.05	-0.44*	-0.68*	-0.36*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 5 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน

สมมติฐานย่อยที่ 5.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

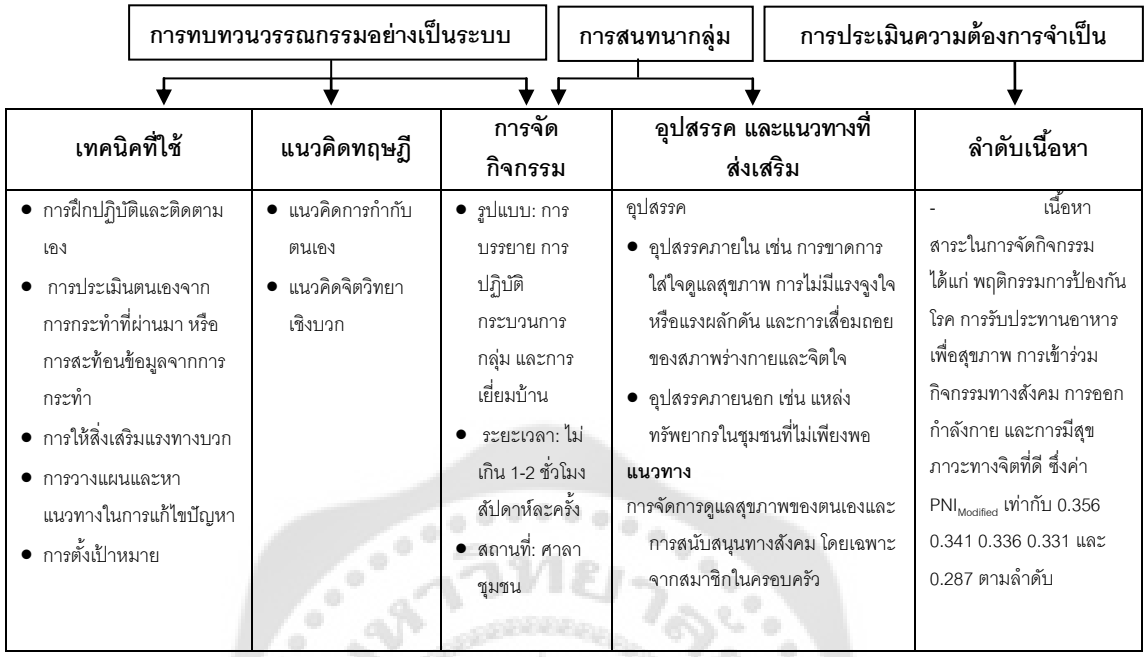
จากตาราง 39 พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม พฤติกรรมการป้องโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในขณะที่พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยไม่มีความสัมพันธ์ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5.1 บางส่วน

สมมติฐานย่อยที่ 5.2 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน

จากตาราง 39 พบว่า ในระยะติดตามอีก 1 เดือน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม พฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และส่วนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5.2 บางส่วน

จากผลการวิเคราะห์การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในการหาประสิทธิภาพโปรแกรมฯ ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้และการหาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง



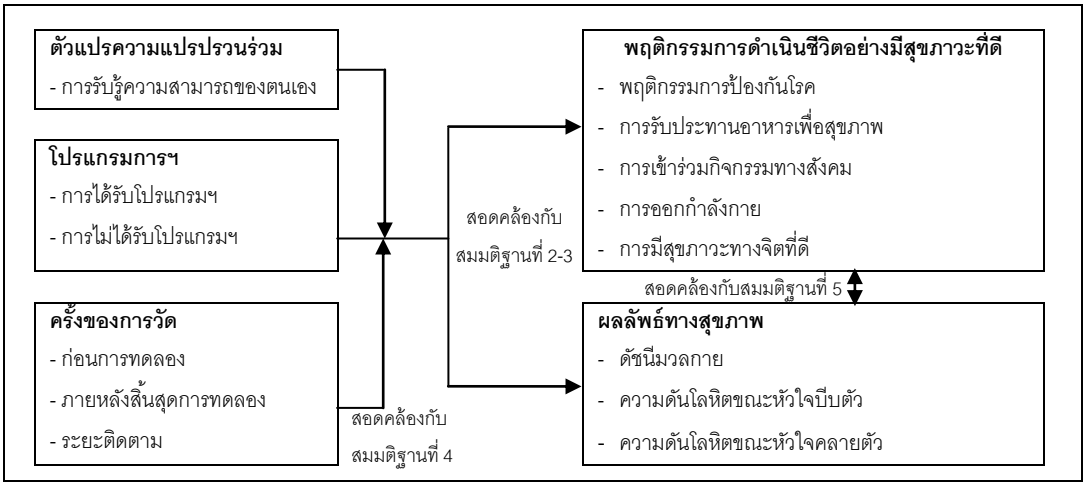
ร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 ประสิทธิภาพโปรแกรมฯ ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

รูปแบบ	ประสิทธิภาพด้านกระบวนการ/ประสิทธิภาพด้านผลผลิต	เกณฑ์ 75/75
- แบบรายบุคคล	75.57/75.70	ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- แบบกลุ่มเล็ก	75.08/75.58	ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- แบบกลุ่มใหญ่	75.88/75.63	ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอน 2 ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง



บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ในบทนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอการสรุปสาระสำคัญโดยย่อของความมุ่งหมาย สมมติฐาน วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย รวมทั้งการนำเสนอการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ความมุ่งหมายทั่วไป เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

เพื่อสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

สมมติฐานในการวิจัย

จากการประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้สามารถตั้งสมมติฐานได้ดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายดีกว่ากลุ่มควบคุม

2.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมากกว่ากลุ่มควบคุม

2.2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

3.1 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างกันตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

4.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

4.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

4.3 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือนคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

4.4 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

5. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน

5.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

5.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งวิธีการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น (The need assessment)

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ถูกออกแบบและพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้แบบรายบุคคลกับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 6 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของการดำเนินกิจกรรม แล้วนำผลการทดลองมาปรับปรุงอีกครั้งเพื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน และทดลองในกลุ่มใหญ่ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน เพื่อหาประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลองชนิด 2 กลุ่มที่มีการวัดในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน (two group pretest posttest follow up design) สำหรับประชากรในการทดลองขั้นตอนนี้ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท และเป็นผู้ที่แพทย์

ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายในการทำกิจกรรม สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) กลุ่มละ 20 คน โดยผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมฯ ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี การฝึกการจัดการตนเองด้วยขั้นตอน SMILE ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การวางแผน (Make a plan) 3) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) 4) การเรียนรู้จากการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) และ 5) การให้กำลังใจ (Encouragement) รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ และมีการติดตามอีก 1 เดือน และผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม โดยได้รับการรักษาตามปกติ ในการเก็บและรวบรวมข้อมูลถูกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปรถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2-3 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) 3) การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร แบบวัดซ้ำ 2 ทาง (Two-way Repeated Measures MANCOVA) และ 4) การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 ด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยโปรแกรมฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีค่าประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ดังนี้

การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ แบบรายบุคคล จำนวน 6 คน พบว่า ร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของกระบวนการที่วัดได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม คิดเป็น 75.56 และร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่วัดได้จากการประเมินพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมฯ คิดเป็นร้อยละ 75.69 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ แบบกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน พบว่า ร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของกระบวนการที่วัดได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละ

กิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 75.08 และร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่วัดได้จากการประเมินพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม คิดเป็นร้อยละ 75.58 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ แบบกลุ่มใหญ่ จำนวน 20 คน ร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของกระบวนการที่วัดได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 75.88 และร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่วัดได้จากการประเมินพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม คิดเป็นร้อยละ 75.63 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวม และรายด้านย่อยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่อย่างไรก็ตามทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมในส่วนของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 บางส่วน

3. ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวม และรายด้านย่อยของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

4. ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวม รายด้านย่อย และคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 บางส่วน

5. ส่วนผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและค่าดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยของค่าความดัน

โลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือนมีค่าลดลงจากระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 บางส่วน

6. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งภาพรวม พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในขณะที่พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยไม่มีความสัมพันธ์ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5.1 บางส่วน

ในระยะติดตามอีก 1 เดือน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม รายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และส่วนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5.2 บางส่วน

อภิปรายผล

จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1-5 ในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ทั้งในการทดลองใช้แบบรายบุคคล กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า ค่าประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ แบบ

รายบุคคลมักจะต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อนำโปรแกรมฯ ไปพัฒนาและปรับปรุง แล้วนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่มเล็กจะทำให้ค่าประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้น (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2556) แต่เนื่องจากโปรแกรมฯ ถูกพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ถูกสร้างจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยอย่างเป็นระบบ การประเมินความต้องการจำเป็น และการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้โปรแกรมฯ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การวางแผน (Make a plan) 3) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) 4) การเรียนรู้จากการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) และ 5) การให้กำลังใจ (Encouragement) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แต่ถ้าหากผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้ ผู้วิจัยจะพูดชักชวน ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้บุคคลนั้นทำการตั้งเป้าหมายและวางแผนการดำเนินการใหม่จนสามารถปฏิบัติบรรลุตามแผนที่กำหนดไว้ได้ สำหรับเกณฑ์ประสิทธิภาพ E_1/E_2 ผู้วิจัยกำหนดตามเกณฑ์ประสิทธิภาพไว้ที่ 75/75 และค่าแปรปรวนต้องอยู่ในช่วง 2.5-5 % (สุนันทา สุนทรประเสริฐ. 2544) ซึ่งสอดคล้องกับ ชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2556) ที่เสนอว่า เกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะควรตั้งเกณฑ์ไว้ที่ 75/75 และไม่ควรตั้งต่ำกว่านี้ เนื่องจากจะทำให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นไม่ได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ถูกสร้างและออกแบบขึ้นมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมต่อไป

จากสมมติฐานข้อที่ 2-3 ที่กล่าวว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2-3 ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการกำกับตนเองและแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า ไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นๆ ได้ดีเท่ากับตนเอง และทุกคนมีคุณลักษณะทางบวกที่สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านกระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจด้วยตนเอง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นโดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ (Facilitator) ในการกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง อีกทั้งกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีโอกาสฝึก

จัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ทำให้เกิดความตระหนักและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มทดลองแต่ละราย นำไปสู่การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีด้วยตนเอง การจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง (Self set goal) โดยเป้าหมายที่ถูกกำหนดขึ้นนั้นต้องความชัดเจน เป็นไปได้ที่ท้าทาย เป็นวัตถุวิสัยหรือสามารถวัดได้ และมีการกำหนดระยะเวลาในการบรรลุเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของตนเอง เช่น การรับประทานสลัดผักพื้นบ้านทุกวันอย่างน้อย 1 มื้อ เป็นเวลา 1 เดือน ดังนั้น ในการกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองนั้นนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ ช่วยกระตุ้นและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ (Aanand; et al. 2011) สอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดเป้าหมาย (Goal setting theory) ของล็อคและลาแธม (Locke; & Latham. 1990) ที่เสนอว่า แต่ละคนมีแรงจูงใจที่มุ่งมั่นในการไปสู่เป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้ เป้าหมายควรเป็นเป้าหมายที่ท้าทาย เป็นไปได้ และเฉพาะเจาะจง ซึ่งจะช่วยกำหนดทิศทางของแนวทางในการปฏิบัติได้นำไปสู่การกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ 2) การวางแผน (Make a plan) เนื่องจากในการกำหนดเป้าหมายขึ้นนั้นเปรียบเสมือนการกำหนดทิศทางในการกระทำ ซึ่งยังไม่อาจทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้ได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางหรือแผนการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมของตนเองมาประกอบในการวางแผนและตัดสินใจ เช่น การวางแผนออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วในสวนสุขภาพกับเพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน ในระยะแรกอาจใช้เวลาเดินติดต่อกันทุกวัน วันละ 30 นาที แล้วค่อยเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ จนรู้สึกว่าเหนื่อยและมีเหงื่อออก โดยก่อนออกกำลังกาย ต้องมีการศึกษาข้อมูล วิธีการและข้อควรปฏิบัติในการเดินเร็วที่ถูกต้อง และข้อระมัดระวังในการเดินเร็ว สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในการวางแผนการปฏิบัติที่ถูกต้องและความชัดเจน จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติด้วยความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ 3) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) นอกจากการมีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติแล้ว การลงมือปฏิบัติและติดตามตนเองนับว่าเป็นกุญแจที่สำคัญในการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE โดยการลงมือปฏิบัติ พร้อมทั้งทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองในรูปความถี่ของพฤติกรรมหรือผลของพฤติกรรม จะทำให้เกิดการเฝ้าระวังในพฤติกรรมของตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองมาเป็นข้อมูลย้อนกลับในขั้นตอนต่อไป (Maxine; et al. 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของแมคมานัสและคนอื่นๆ (McManus; et al. 2005) ที่พบว่า การติดตามตนเองโดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองเป็นการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบหนึ่ง ช่วยให้บุคคลนั้นเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง 4) การเรียนรู้จากการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) ถือว่าเป็นการประเมินตนเอง โดยการนำข้อมูลที่บันทึกไว้จากการ

ติดตามตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ถ้าบุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ บุคคลนั้นจะเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระดับที่สูงขึ้น แต่ถ้าหากบุคคลไม่สามารถกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ทำให้บุคคลนั้นได้มีโอกาสทบทวนสิ่งที่ตนเองได้กระทำไป เพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องของตนเองให้ดีขึ้น และ 5) การให้กำลังใจ (Encouragement) นับว่าเป็นการเสริมแรงชนิดหนึ่ง ถ้าบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง และการเห็นประโยชน์ในกิจกรรมนั้น ซึ่งเป็นกำลังใจภายใน พร้อมทั้งได้รับกำลังใจจากภายนอก เช่น คำพูดให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง รางวัล ทำให้บุคคลนั้นเกิดความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ผู้วิจัยจะพูดชักจูงให้กำลังใจเพื่อให้บุคคลนั้นสามารถหาแนวทางใหม่หรือลองปรับแผนการปฏิบัติใหม่ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และเกิดความพยายามในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้อีกครั้ง สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมแรงของสกินเนอร์ที่ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา แล้วได้รับการเสริมแรงที่บุคคลนั้นต้องการหรือมีคุณค่าต่อบุคคลนั้น ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และความพยายามในการแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก แต่ถ้าหากบุคคลได้รับสิ่งเสริมแรงที่ไม่พึงปรารถนาก็จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงหรือหยุดแสดงพฤติกรรมนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของเบญจมาศ ถาดแสง และคนอื่นๆ (2555) ในกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจำนวน 34 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองทางด้านการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การงดการสูบบุหรี่ การจัดการและควบคุมอารมณ์ตนเอง และการรับประทานยาลดความดันโลหิต ทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ความเหมาะสมกับภาวะของโรคของตนเองมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทร์จิรา สีสว่าง และคนอื่นๆ (2557) ที่ทำการศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองนั้น เน้นการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกทักษะที่ใช้ในการจัดการตนเอง ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (Problem solving) การตัดสินใจ (Decision making) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร (The formation of a patient-provider partnerships) การปฏิบัติ (Taking action) และการเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Self

tailoring) ตามแนวคิดการจัดการตนเองของลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของกชกร ธรรมนำศีล และคนอื่นๆ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 2 ชุมชนในเขตเมืองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองประกอบด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งการสนับสนุนและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้าน ดังนั้น โปรแกรมฯ ในการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน

ในขณะที่เมื่อพิจารณาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2-3 ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้ทำการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ทำให้สามารถประเมินสภาวะน้ำหนักของตนเอง รวมทั้งทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองว่าที่ผ่านมามีความเหมาะสมหรือไม่ พร้อมทั้งวางแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมอยู่เป็นประจำร่วมกับการชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มาเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของตนเองอยู่ตลอดระยะในการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของนิมะ และคนอื่นๆ (Nima; et al. 2016) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์การจัดการภาวะอ้วนของสตรีมุสลิมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาภายใต้ปรัชญาการศึกษาแบบเฮอร์เมนนิติกซ์ จากผู้ให้ข้อมูล 11 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการจัดการภาวะอ้วนที่ดี ผลการศึกษาพบว่า วิธีการจัดการภาวะอ้วน ได้แก่ 1) การจัดการทางปัญญา ได้แก่ การตั้งเป้าหมายและกำหนดแนวทางในการจัดการความอ้วน และการมีสติยับยั้งชั่งใจ และสร้างกำลังใจให้ตนเอง 2) การจัดการทางกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักอิสลาม การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และการถือศีลอดและล้างพิษ และ 3) การจัดการทางสังคม ได้แก่ การสร้างพลังใจ

ในการลดน้ำหนัก และการปฏิบัติตามกิจกรรมของชุมชน ดังนั้น โปรแกรมฯ ในการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลต่อค่าดัชนีมวลกาย ทั้งภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน

อย่างไรก็ตาม ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลับพบว่า คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจาก ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมอาจใช้ระยะเวลาสั้นไป ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตไม่ชัดเจน เช่น การศึกษาของมานัส (Mc Manus. 2010) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในเรื่องการจัดการตนเองเพื่อติดตามควบคุมระดับความดันโลหิตและการปรับลดขนาดยาลดความดันด้วยตนเองร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่า ค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมีค่าลดลง 12.9 มิลลิเมตรของปรอทใน 6 เดือน และ 17.6 มิลลิเมตรปรอทใน 12 เดือน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้น ในการศึกษาของ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองในเรื่องอาหาร ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นจำนวน 4 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นจำนวน 12 สัปดาห์ และมีการเยี่ยมบ้านใน 3 สัปดาห์แรก และหลังจากนั้นทำการติดตามทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น โปรแกรมฯ ในการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลต่อความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน

จากสมมติฐานข้อที่ 4 ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือนแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวม และรายด้านย่อยมากกว่าในระยะก่อนการทดลอง และมีการคงอยู่ของพฤติกรรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 1 เดือน แต่ในกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือนไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 บางส่วน ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่าในช่วงก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Unhealthy lifestyles) เช่น ขาดการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง มีความวิตกกังวลสูง

เก็บตัวอยู่ภายในบ้านไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากระบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา ไม่ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้นำศักยภาพตนเองมาใช้ในการควบคุมระดับความโลหิต โดยทีมสุขภาพจะเป็นผู้กำหนดแนวทางปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความตระหนักหรือเห็นความสำคัญ ขาดแรงจูงใจ ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปฏิบัติได้ดีเท่าที่ควร (Dusing. 2006) แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบของการจัดกิจกรรมในโปรแกรมฯ เน้นการฝึกการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีความง่ายต่อการทำความเข้าใจและมีการสื่อความหมายออกมาเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้กลุ่มทดลองนำการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ไปปฏิบัติได้โดยง่ายร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันร่วมกับการวิเคราะห์ปัญหาในการจัดการตนเองในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่ตึงเครียด รับฟังปัญหา และเคารพในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากกว่าการบรรยายและให้ความรู้เพียงอย่างเดียว นอกจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นอารมณ์ทางบวกและเกิดความพึงพอใจในการที่จะกระทำ รวมทั้งในการติดตามเยี่ยมบ้านนั้น ทำให้กลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนและกระตุ้นให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน ลงมือปฏิบัติ เรียนรู้จากข้อมูลย้อนกลับ และให้กำลังใจด้วยตนเองใน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนัก สามารถวางแผนการปฏิบัติที่สอดคล้องกับอุปสรรคข้อจำกัดของตนเอง ความพึงพอใจและเห็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer. 1991) ที่ว่า การจัดการตนเองจะต้องเริ่มจากการที่บุคคลเห็นว่าพฤติกรรมนั้นสำคัญ สำหรับตนเองและตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน ดังเช่น การศึกษาของสุพิณญา คงเจริญ และคนอื่นๆ (2556) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer. 1991) เพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 57 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มย่อย การส่งเสริมและฝึกทักษะการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย การเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลา 1 เดือนและติดตามหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการกำกับตนเองและระยะเวลามีผลต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตภายหลังสิ้นสุดการทดลองและติดตามอีก 3 เดือนต่อมาสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวและคลายตัวต่ำ

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลอง และมีการคงอยู่ของพฤติกรรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 1 เดือน

นอกจากนั้น ในการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายภายหลังการทดลองและในระยะติดตาม 1 เดือนลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลอง และมีการคงอยู่ของดัชนีมวลกายจากภายหลังการทดลองจนกระทั้งผ่านไปแล้ว 1 เดือน แต่ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายในช่วงก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และในระยะติดตาม 1 เดือนไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 บางส่วน และอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในช่องปาก ทำให้หลีกเลี่ยงหารที่เคี้ยวยาก จึงมักนิยมเลือกรับประทานอาหาร พวกแป้ง น้ำตาล อาหารที่มีปริมาณแคลอรี่มากหรือโคเลสเตอรอลสูง ทำให้ปริมาณแคลอรี่จากอาหารที่รับเข้าไปในร่างกายมีมากกว่าปริมาณพลังงานที่ใช้ ทำให้เกิดการสะสมในร่างกาย อีกทั้งอัตราการเผาผลาญพลังงานขั้นพื้นฐาน (Basal metabolism rate: BMR) ที่ลดต่ำลง และกิจกรรมใช้พลังงานลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548) แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานที่เหมือนเดิมหรือมากเกินไป ในขณะที่อัตราการเผาผลาญกลับลดลง ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป นำไปสู่การสะสมไขมัน ดัชนีมวลกายย่อมเพิ่มขึ้นหรือการมีภาวะโภชนาการเกินได้ (Grore. 2001) แต่ภายหลังเข้ารับโปรแกรมและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองได้ทำจัดการตนเองในการควบคุมการรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้จำกัดแคลอรีและอาหารที่มีไขมันสูง อีกทั้งได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางกายต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ช่วยเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานขั้นพื้นฐานขึ้น น้ำหนักจึงลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษานำร่องของ ภาวดี วิมลพันธุ์และขนิษฐา พิศฉลาด (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มุ่งเน้นการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการปรึกษาในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้สูงอายุจำนวน 6 คน ด้วยการบรรยายให้ความรู้ การนำกลับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการนำร่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนพล ติ่งซุ่ยกุล บัวแก้ว และคนอื่นๆ (2555) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิคบายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buy. 1991) ที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน จำนวน 52 รูป โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 26 คน โดยกลุ่มทดลองได้มีการจัดการตนเอง พร้อมทั้งบันทึกน้ำหนักในแต่ละสัปดาห์ด้วยตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้กลุ่มทดลองสามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นการเสริมแรง

ภายใน นำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าดัชนีมวลกายภายหลังจากการทดลองและในระยะติดตามลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น ค่าดัชนีมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลอง และมีการคงอยู่ของค่าดัชนีมวลกายเมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 1 เดือน

แต่อย่างไรก็ตาม ในการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและภายหลังสิ้นสุดการทดลอง แต่ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 บางส่วน และอาจเนื่องจากในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ละเลยและไม่สนใจค่าความดันโลหิตที่วัดได้ หวังพึ่งแพทย์ในการควบคุมความดันโลหิตเท่านั้น แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีขึ้น เช่น เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ตรวจสอบและป้องกันความผิดปกติของร่างกาย และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวจึงค่อยๆ ลดลง เนื่องจากในการออกกำลังกายในระยะยาวมีผลทำให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจลดลง และแรงต้านในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย นำไปสู่ความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลง (Pescatello; et al. 2004) เช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์อภิมาน (Meta analysis) ของฟาการ์ดและคอร์นนีลิสเซน (Fagard; & Cornelissen. 2004) จากงานวิจัยทั้งหมด 72 เรื่อง พบว่า ระดับความดันโลหิตใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงที่น้อยที่สุด คือ 6 สัปดาห์หลังจากได้รับโปรแกรม แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง 14 สัปดาห์ แต่เมื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน อาจขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอและระยะเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมที่ส่งเสริมการควบคุมค่าความดันโลหิต ทำให้ยังไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตได้ อีกทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบและคลายตัวเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง (Herbert; & Sheppard. 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล และคนอื่นๆ (Sookruadee Thutsaringkaransakul; et al. 2012) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดในสมองโดยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองและติดตามด้วยการโทรศัพท์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรม

การจัดการตนเองมีค่าความดันโลหิตภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของเบญจมาศ ถาดแสง และคนอื่นๆ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติในการจัดการสุขภาพ และการติดตามเยี่ยมบ้านหรือการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น เมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 1 เดือนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลองและระยะสิ้นสุดการทดลอง

จากสมมติฐานข้อที่ 5 ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน

ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย แต่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายเฉพาะในระยะติดตามอีก 1 เดือน เท่านั้น ทำให้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5 บางส่วน แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับดัชนีมวลกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยอาหารที่มีกากใยสูง ไขมันต่ำ ช่วยป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือดและช่วยระบบขับถ่ายให้เป็นไปอย่างปกติ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้แคลอรี่จากอาหารที่รับประทานเข้าไปในร่างกายมีมากกว่าปริมาณพลังงานที่ใช้ ทำให้เกิดการสะสมในร่างกาย รวมทั้งอัตราการเผาผลาญพลังงานของผู้สูงอายุมีลดลง แต่ผู้สูงอายุยังคงรับประทานเท่าเดิม ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ดัชนีมวลการเพิ่มขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเปียโซโตและคนอื่นๆ (Peixoto; et al. 2007) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตด้วยการสำรวจแบบตัดขวาง (a cross-sectional survey) ในผู้ใหญ่ชาวบราซิลจำนวน 1,252 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามอีก 1 เดือน เนื่องจากการหมั่นสังเกตความผิดปกติของตัวเอง ทำให้เกิดการรับรู้

รูปร่างของตนเอง นำไปสู่การควบคุมน้ำหนัก ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่บอกถึงสภาวะสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้เน้นการเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของตนเอง รวมทั้งการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนักตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์จากหนังสือ วารสาร คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดีลาแฮนตี และคนอื่นๆ (Delahanty; et al. 2002) พบว่า พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในโปรแกรมการป้องกันเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามอีก 1 เดือน เนื่องจากพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ทำให้บุคคลสามารถจัดการความเครียดและเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความพึงพอใจและความสุขในการดำเนินชีวิต แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลที่พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ไม่ดี ทำให้มีความวิตกกังวล เครียด มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ นำไปสู่การลดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการสะสมพลังงานและไขมันในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ (Miller. 2009) แต่ในบางกรณีเมื่อเกิดความวิตกกังวล อาจแสดงออกโดยการรับประทานอาหารมากหรือบ่อยขึ้น เพื่อกลบเกลื่อนความทุกข์หรือเป็นสิ่งที่ทดแทน จนทำให้ติดเป็นนิสัย รับประทานอาหารมากเกินความต้องการ นำไปสู่การมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นความเครียดยังกระตุ้นให้ร่างกายผลิตไขมันบริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้เช่นกัน อีกเหตุผลหนึ่ง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ หรือลดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการสะสมพลังงานในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ (บุญศรี นุเกตุ; และปาลีรัตน์ พรทวีกัณทา. 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของหลิว (Liu; et al. 2015) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและสุขภาวะที่ทางจิตในผู้สูงอายุที่มีอายุ 95 ปีขึ้นไป พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายเฉพาะในระยะติดตามอีก 1 เดือน อาจเนื่องมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายในระยะแรกเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปสะสมทีละน้อยตามความสามารถของแต่ละบุคคล ไม่ได้หักโหม เพราะอาจจะเกิดอันตรายได้ แล้วค่อยๆ เพิ่มความหนักในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการปรับตัวและปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงจะทำให้บุคคลนั้นสามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคนอื่นๆ (2553) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ

ส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ จำนวน 341 รูป ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการทำกิจกรรมทางกาย ($r = -0.124$, $p<.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ทำการออกกำลังกายด้วยการกวาดลานวัดทุกวัน ครั้งละ 30 นาที

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน แต่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน ซึ่งค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวจะมีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมได้ง่ายกว่า แต่ในขณะที่ค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัวไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ทำให้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5 บางส่วน แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน และมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในระยะภายหลังการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน พบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ตามหลัก DASH อาจเนื่องมาจากการลดหรือจำกัดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบสูง ทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณของน้ำเลือดลดลง ความต้านทานในหลอดเลือดลดลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (Levine. 2004) และการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงและทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย ส่งผลให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นด้วย (JNC VII. 2003) รวมทั้งการรับประทานอาหารที่กากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ซึ่งช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระได้เร็วและดีขึ้น และเส้นใยอาหารที่รับประทานเข้าไปสามารถรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึม ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (Singh; et al. 1992) สอดคล้องกับการศึกษาลอว์เรนซ์ (Lawrence. 2006) พบว่า การรับประทานอาหารตามหลัก DASH โดยการลดอาหารรสจัด หมักดองและเลือกรับประทานอาหารสด ไขมันต่ำ ผัก ผลไม้ และธัญพืช มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮาร์นเด็น (Harnden. 2009) พบว่าการรับประทานอาหารแบบ DASH มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง และ การศึกษาของ คัทเลอร์ และคนอื่นๆ (Cutler; et al. 1997) พบว่า การรับประทานเกลือโซเดียมที่ลดลง 77 มิลลิโมล/วัน มีความสัมพันธ์กับการลดของค่าความดันโลหิตขณะบีบตัว 1.9 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ

ค่าความดันโลหิตขณะคลายตัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ แซคส์และคนอื่นๆ (Sacks; et al. 2001) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตามหลัก DASH ในกลุ่มตัวอย่าง 412 คน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตามหลัก DASH มีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เช่นเดียวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว โดยในการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ลดอุดตันและแรงต้านภายในหลอดเลือดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตมีค่าลดลง (JNC VII. 2003) ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตสูงที่ลดลง (Brandao; et al. 2002) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การตอบสนองหลังการออกกำลังกายแบบทันที ทำให้ปริมาตรของเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาทีในขณะพักจะลดลงในระดับต่ำกว่าก่อนเริ่มออกกำลังกาย ซึ่งเรียกว่า Post-exercise hypotension (PEH) ความต้านทานในหลอดเลือดลดลงด้วย นำไปสู่การลดลงของค่าความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังมีการปลดปล่อยสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวในบริเวณที่มีการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ เช่น สาร Nitric oxide นำไปสู่การลดลงของค่าความดันโลหิตสูงเช่นกัน แต่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน ในการลดลงของค่าความดันโลหิตนี้จะคงอยู่เป็นระยะเวลา 22 ชั่วโมงหลังจากออกกำลังกายเพียงครั้งหนึ่ง (ปิยะนุช รักพานิช. 2548) และ 2) การตอบสนองหลังการออกกำลังกายในระยะยาว ทำให้เกิดการปรับตัวต่อการฝึกออกกำลังกายในระยะยาว ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดใหญ่ขึ้นและช่วยส่งเสริมการทำงานของผนังชั้นในของหลอดเลือดทำงานดีขึ้นและช่วยลดระดับไขมันในเลือดลงได้ สอดคล้องการศึกษาของ ฮิกาชิ และคนอื่นๆ (Higashi; et al. 2008) ที่พบว่า เมื่อบุคคลออกกำลังกายติดต่อเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิต โดยพบว่าช่วยชะลอการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของเยื่อบุของหลอดเลือดให้ช้าลง มีการปล่อยสารไนตริกออกไซด์ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ความดันโลหิตจึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเช่นเดียวกับการศึกษาพัชรวลัย ลอมแปลง และคนอื่นๆ (2554) พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันและกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ที่ดี รู้สึกพึงพอใจในชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เช่นเดียวกับผู้ที่มีพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ช่วยลดความเครียดลงได้ จะช่วยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic nervous system) ทำให้ลดการหลั่งอีพิเนฟริน

(Norepinephrine) ในเลือด นำไปสู่การลดการหดรัดตัวของหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2545) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติส่วนซิมพาเธติคให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดรัดตัว เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องบีบและคลายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนั้นทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (Adrenaline) และคอร์ติซอล (Cortisol) หัวใจเต้นเร็วขึ้นและผนังหลอดเลือดหดเกร็งมากขึ้น ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ (Kaplan. 2006) แต่อย่างไรก็ตามอิทธิพลของความเครียดที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับลักษณะของความเครียด การรับรู้ต่อความเครียดของบุคคล และลักษณะทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเครียด (วันชัย พินิชกชกร. 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธเมธ รู้ชอบ (2546) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 372 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนั้น ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การควบคุมน้ำหนัก โดยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นด้วย (สุพรชัย กองพัฒนากูล. 2542; Harrison 1997) การงดการสูบบุหรี่ ถ้าบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การสูบบุหรี่ โดยในควันบุหรี่มีสารต่างๆ มากกว่า 4000 ชนิด โดยเฉพาะสารนิโคติน (Nicotine) ซึ่งไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติค (sympathetic) ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น นำไปสู่การหดตัวของหลอดเลือดและหัวใจมีการเต้นที่เร็ว ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมพร ทองกระจาย (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะเชิงอัตวิสัย และตัวชี้วัดทางคลินิกที่คัดสรรในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 106 คน ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมน้ำหนัก การหลีกหรืองดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐพร อยู่ปานและคนอื่นๆ (2558) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสุดท้าย ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี อาจเนื่องจากบุคคลที่มีพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ทำให้มีความเครียดสะสมน้อย แต่

บุคคลที่มีพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีอยู่ในระดับน้อย ทำให้มีความเครียดสะสมเรื้อรัง ส่งผลต่อการเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ จากไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง และต่อมหมวกไตมากเกินปกติ ทำให้ส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเพิ่มขึ้นไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของวิราพรพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคนอื่นๆ (2554) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 123 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดการวิจัยในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้การสุ่มแบบเจาะจง โดยให้ชุมชนใดชุมชนหนึ่งในการทำการทดสอบประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมิได้สะท้อนสัดส่วนที่แท้จริงตามการแจกแจงปกติ

2. ขาดการประเมินอิทธิพลของปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตที่อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ชนิดอาหาร การใช้ยาหรือสมุนไพรต่างๆ การพักผ่อน เนื่องจากเป็นวิถีการดำเนินชีวิตปกติของคนในชุมชนที่ควบคุมตัวแปรร่วมได้ยาก

3. เนื่องจากผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงบางคนไม่ได้จัดการหรือประกอบอาหารเพื่อรับประทานด้วยตนเอง โดยมีผู้ดูแลคอยจัดเตรียมอาหารให้รับประทาน เช่น ลูก หลาน หรือแม่บ้าน ซึ่งอาจมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น จึงควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ในช่วงที่มีการทำกิจกรรมเป็นช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นอุปสรรคในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมจิตอาสานอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนควรสนับสนุนงบประมาณ และกำหนดนโยบายให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริม แนะนำ และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุ ทั้งในระดับคลินิกและชุมชน ได้ฝึกจัดการดูแลสุขภาพของตนเองตามขั้นตอน SMILE ร่วมกับติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนในเชิงรุกให้ผู้สูงอายุได้จัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. โปรแกรมการจัดการตนเองฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นครั้งนี้ เป็นแนวทางหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำไปขยายและต่อยอด โดยประยุกต์ในการจัดกิจกรรม เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิประเมินปัญหาและออกแบบกิจกรรมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยตัวของผู้สูงอายุเอง เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

3. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรมีระบบการติดตามและโทรศัพท์ติดตามผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ ได้ทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ในการจัดการตนเอง

4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ครอบครัว และชุมชนควรมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองฯ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ดีขึ้น เช่น คอยสอบถามถึงการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตได้กำหนดไว้ และการให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้

5. ผู้นำชุมชนควรส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสมาทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนอย่างต่อเนื่องตามความถนัดของแต่ละคน เช่น การแข่งขันกีฬาภายในชุมชน ตลาดนัดสุขภาพ การจัดกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาในท้องถิ่นให้เยาวชนรุ่นหลัง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาในบริบทอื่นๆ เช่น ในเขตชนบทและเขตเมืองหรือในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล เพื่อศึกษาความแตกต่างของประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในบริบทอื่นๆ ว่าปัจจัยใดบ้างที่เป็นตัวแปรส่งผลให้มีความแตกต่างของประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ควรทำการศึกษาโดยประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับต่างๆ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ และเนื่องจากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยยังมีจำนวนไม่มาก หากมีการศึกษาวิจัยในโรคที่หลากหลายจะช่วยพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเป็นพื้นฐานความรู้และข้อมูลในการนำไปพัฒนาการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดความรู้ต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงกับโปรแกรมอื่นๆ เช่น โปรแกรมการจัดการโดยครอบครัวหรือชุมชน สังคม เป็นต้น เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดทางการศึกษาวิจัย

4. ควรทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิต การใช้ยา ภาระโรค อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากโรคในระยะยาว เป็นต้น

5. ควรศึกษาให้ครอบคลุมถึงปัจจัยเชิงเปรียบเทียบแบบพหุระดับในหลายกลุ่มเพราะผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่แต่ละช่วงวัยมีบริบทที่ต่างกันและมีปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรออกแบบศึกษาในลักษณะเช่น *Multigroup Multilevel Structural Equation Modeling* Approach (MMSEM) เป็นต้น ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้รับบริการสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยการจัดการโดยตนเอง ปัจจัยการจัดการสุขภาพโดยสังคมหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์และสิ่งแวดล้อม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพต่างกัน เช่น กลุ่มช่วงอายุ การสมรส การอยู่ร่วมกันของครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

6. จากผลการวิจัยในระยะติดตาม อีก 1 เดือนถัดมา พบว่าพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีแนวโน้มลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ดังนั้นควรมีการติดตามช่วงยาว (Longitudinal design) เพื่อการติดตามค้นหาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการกระตุ้นซ้ำ เพื่อให้พฤติกรรมมีการคงอยู่ต่อไป

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง



ปริญญานิพนธ์

ของ

พิชชาดา สุทธิแป้น

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤศจิกายน 2559

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง



ปริญญานิพนธ์

ของ

พิชชาดา สุทธิแป้น

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤศจิกายน 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง



บทคัดย่อ

ของ

พิชชาดา สุทธิแป้น

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤศจิกายน 2559

พิชชาดา สุทธิแป้น. (2559). *การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง.* ปริญญานิพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิริณธิ์ กิตติพิชัย.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อการสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง 2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ และ 3) เพื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โปรแกรมการจัดการตนเอง เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (MANCOVA with Repeated Measure) วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis) และวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมตามเกณฑ์มาตรฐาน 75/75

ผลการวิจัย พบว่า 1) การทดลองแบบรายบุคคล แบบกลุ่มเล็ก และแบบกลุ่มใหญ่มีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 75/75 2) ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและค่าดัชนีมวลกายมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p \leq .05$) 3) ส่วนในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพมากว่ากลุ่มควบคุม ($p \leq .05$) 4) ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลอง ($p \leq .05$) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม ส่วนค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองในระยะติดตามอีก 1 เดือนมีพัฒนาการดีขึ้น ($p \leq .05$) และ 5) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ($p \leq .05$)

RESEARCH AND DEVELOPMENT OF A SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AND HEALTH OUTCOMES FOR THE ELDERLY WITH HYPERTENSION

AN ABSTRACT

BY

PITCHADA SUTIPAN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the

Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research

at Srinakharinwirot University

November 2016

Pitchada Sutipan. (2016). *Research and Development of a Self-Management Program on Healthy Lifestyle Behaviors and Health Outcomes for the elderly with hypertension.* Dissertation Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University. Advisor committee: Assoc. Prof. Dr. Ungsinan Intarakamhang, Assist. Prof. Dr. Wirin Kittipichai.

The objectives of the research and development study were (1) to develop a self-management program on healthy lifestyle behaviors and health outcomes for the elderly with hypertension, (2) to study the efficiency of a self-management program on healthy lifestyle behaviors and health outcomes for elderly patients with hypertension, and (3) to study the effects of the self-management program on healthy lifestyle behaviors and health outcomes for elderly patients with hypertension. The participants in experimental group received the self-management intervention for eight weeks, while the control group received conventional nursing care. The instruments were used in this research included a healthy lifestyle behaviors questionnaire, a self-efficacy questionnaire and a self-management program for hypertensive elderly patients, an automatic sphygmomanometer, a weighing scale and a height measuring scale. The data were analyzed by MANCOVA, repeated MANCOVA, Correlation analysis, and the performance indices the effectiveness standard of 75/75. The research findings were as follows: (1) the efficiency level of the program was higher than the criterion of 75/75; (2) After the program, healthy lifestyle behaviors and BMI of the experimental group increased significantly compared to those of the control group ($p \leq .05$); (3) After being in the program for four weeks, the healthy lifestyle behaviors and health outcomes of the experimental group had increased significantly compared to those of the control group ($p \leq .05$); (4) After the program and the one month follow-up, the experimental group significantly improved in terms of healthy lifestyle behaviors and BMI compared to the pretest ($p \leq .05$), while the control group did not change. Moreover, the blood pressure of the experimental group significantly decreased at the fourth-week following the program ($p \leq .05$). However, the change in blood pressure following the self-management program and one month after completing the program was found to be significant. Finally, 5) healthy lifestyle behaviors were significantly negatively correlated with health outcomes ($p \leq .05$).

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิต
อย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

ของ

พิชชาดา สุทธิแป้น

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

……คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

……ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

……ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

……ประธาน
(ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ)

……กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

……กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย)

……กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรธรรม)

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.)
ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นับว่าเป็นเกียรติอย่างสูงในการได้รับทุนครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองให้สำเร็จได้ด้วยดี เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาวะที่ดีและเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่สนใจต่อไป

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาใน การให้คำแนะนำปรึกษา และการให้ข้อเสนอแนะจากรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง ประธานคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ พร้อมด้วยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบปากเปล่าที่ให้ข้อเสนอแนะ ทำให้งานปริญญานิพนธ์ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยมีว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ ประธานคณะกรรมการสอบปากเปล่า รองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิริณธิ์ กิตติพิชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรธรรม กรรมการสอบปากเปล่า

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาและตรวจเครื่องมือ ประกอบด้วย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.พงษ์ศิริ ปรารถนา รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรณี วัฒนสมบูรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ รวมทั้งผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกท่าน ทำให้งานวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ และคณะกรรมการบริหารหลักสูตรสาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ทุกท่านที่มีส่วนสำคัญทำให้ปริญญานิพนธ์สำเร็จด้วยดี

และสุดท้ายขอขอบพระคุณกำลังใจ และการสนับสนุนที่ได้จากครอบครัวของผู้วิจัย คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากปริญญานิพนธ์เรื่องนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยให้กำลังใจตลอดมา

พิชชาดา สุทธิแป้น

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ**	1
	ภูมิหลัง	1
	ความสำคัญของการวิจัย	8
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	8
	ขอบเขตของการวิจัย	8
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	11
	นิยามศัพท์เฉพาะ	11
	นิยามปฏิบัติการ	12
2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	15
	สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย	15
	พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ	22
	พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	22
	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	43
	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	47
	ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง	47
	แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง	48
	การวัดและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง	49
	การรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ	50
	โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	51
	เป้าหมายการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	52
	หลักการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	52
	รูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	53
	แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	54
	งานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองฯ	62

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2	(ต่อ)	
	การวิจัยและพัฒนาโปรแกรม	64
	กรอบแนวคิดการวิจัย	81
	สมมติฐาน	86
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	88
	ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	88
	ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ...	109
4	**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**	124
	ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	125
	ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ...	162
5	**สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**	188
	สรุปผลการวิจัย	191
	อภิปรายผล	193
	ข้อจำกัดของงานวิจัย	207
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	207
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	208

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ **หน้า**

บรรณานุกรม 210

ภาคผนวก 236

ภาคผนวก ก 237

ภาคผนวก ข 241

ภาคผนวก ค 282

ภาคผนวก ง 285

ประวัติย่อผู้วิจัย 287

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	25
2	ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุ	45
3	เกณฑ์การประเมินน้ำหนักตัวโดยใช้ดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชีย	45
4	การเปรียบเทียบระหว่างแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของจรรยา สุวรรณทัต (2537) อุทัย บุญประเสริฐ (2542) และสุพักตร์ พิบูลย์ (2552)	67
5	ตัวอย่างแบบสอบถามความต้องการจำเป็น	92
6	โครงสร้างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	99
7	กิจกรรมและคะแนนประจำกิจกรรม	115
8	แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน ระยะเวลา และรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	129
9	ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	134
10	ผลผลิตและผลลัพธ์ของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	136
11	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	141
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละด้านย่อยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตามสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงและการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (Modified Priority Needs Index: $PNI_{Modified}$)	143
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการป้องกันโรคตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	144
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	145

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	146
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการออกกำลังกายตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	148
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง	149
18	ผลการสนทนากลุ่มในประเด็นสาเหตุและอุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่ม	150
19	โครงสร้างการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	156
20	ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	161
21	ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล	163
22	ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มย่อย...	164
23	ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบบกลุ่มใหญ่	164
24	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	166
25	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด	167

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง **หน้า**

26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 169

27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง 170

28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 171

29 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 172

30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 173

31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 174

32 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวมและด้านย่อยระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมในระยะติดตามอีก 1 เดือน 175

33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย โดยพิจารณาจำแนกตามกลุ่มการทดลอง (G) และครั้งของการวัด (T) 177

34 ผลการทดสอบการวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยระหว่างโปรแกรมกับครั้งในการวัดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร 177

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง **หน้า**

35 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย ระหว่างครั้งของการวัดแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 178

36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางของคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว โดยพิจารณาจำแนกตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด 181

37 ผลการทดสอบการวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มการทดลองกับครั้งของการวัดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร 181

38 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ระหว่างในการวัดแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 182

39 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันด้วยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยกับ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน 184

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	31
2	รูปแบบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี (A model of healthy)	32
3	ความสัมพันธ์แบบเงื่อนไขระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์	48
4	ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ	62
5	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความต้องการจำเป็นที่มีต่อการวางแผนและพัฒนา	75
6	ผลการคัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	126
7	ร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง	155
8	การจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีตามขั้นตอน SMILE	160

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และนับวันจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2025 จำนวนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้ถูกคาดการณ์ไว้ว่า จะมีแนวโน้มที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนถึง 1.56 พันล้านคน (Bell; Twiggs; & Olin. 2015) เช่นเดียวกับในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อชนิดอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วนลงพุง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล; และคนอื่นๆ. 2557: 17) สอดคล้องกับผลการสำรวจสถิติผู้ป่วยและการเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละภูมิภาค พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาคเหนือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ (กมลชนก เทพสิทธา; และ อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลย์. 2555: 203) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อัตราการรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัตราการเข้าถึงการบริการ และอัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2558 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558) และคณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกันการวินิจฉัยการประเมินและการรักษาโรคความดันโลหิตสหรัฐอเมริกาฉบับที่ 8 (Joint National Committee 8th) (James; et al. 2014: 507-520) นั้นมีค่อนข้างต่ำ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงไม่มีการแสดงอาการใดๆ ออก อย่างเด่นชัดมาในระยะแรก จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยและใส่ใจติดตามดูแลตนเองร่วมกับดำเนินชีวิต ที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหาร ที่มีรสจัด การรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งการมีความเครียดสะสมเรื้อรัง พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ (WHO. 2013: 11) และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ โรคไตวาย นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและอาจรุนแรงถึงขั้นสูญเสียชีวิตได้ (Aronow; et al. 2011: 498-500)

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาวะที่ดีนั้น โดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำที่เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสมและ

ครอบคลุมทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งทั้ง 3 มิตินี้มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม (Holistically) และนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ด้วยการหันมาใส่ใจและจัดการสุขภาวะของตนเอง ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ อีกทั้งยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐจะต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปได้ (Miok. 2002; Cakir; & Pinar. 2006: 190-215) แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตทางด้านร่างกายและอารมณ์เป็นหลัก ได้แก่ การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (นุชนาถ สำนัก; และคนอื่นๆ. 2554; สุพัชรินทร์ วัฒนกุล; และคนอื่นๆ. 2556; อรวรรณ ประภาศิลป์; ชดช้อย วัฒนะ; และ ทิพาพร ธาระวานิช. 2556; อัมมร บุญช่วย. 2558; อารีย์ เสนีย์. 2557; Tung; et al. 2013) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ที่ดีในด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่มีต่อการควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในหน่วยปฐมภูมิด้วยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากการสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยทั้งหมด 12 เรื่องของนงลักษณ์ จำรัสพงษ์ (2553) พบว่า กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในระดับหนึ่งถึงสอง และกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการให้ความรู้ ทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดร่วมกับการให้คำปรึกษา ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ดังนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการป้องกันโรค 4) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ที่เน้นและให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเอง ทั้งในมิติ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อนำไปสู่พฤฒพลัง (Active Ageing) โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระตือรือร้น กระฉับกระเฉงในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและสังคมมากขึ้น โดยการใช้ประสบการณ์ ทักษะ และภูมิปัญญาที่สั่งสมมาในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ให้กับผู้อื่นและสังคม (คณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554; คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2545) ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เผชิญและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากอาการป่วยต่างๆ ได้ ลดการพึ่งพาผู้อื่น และสามารถดำเนินชีวิตให้อยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข (Vogel; et al. 2009; WHO. 2002) รวมทั้งช่วย

เปลี่ยนจากภาระที่รัฐบาลต้องดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เป็นพลังในการพัฒนาตนเองและสังคมต่อไป (กัตติกา ธนะขว้าง. 2551; ลัดดา เถียมวงศ์. 2551; Peel; McClure; & Bartlett. 2005; Son; & Wilson. 2012; Thoits; & Hewitt. 2001)

การมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีไม่ได้เป็นผลมาจากยีนหรือพันธุกรรม แต่เกิดจากการที่มนุษย์สร้างและกระทำขึ้นมาด้วยตนเองผ่านการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของตัวเองอย่างสม่ำเสมอจนเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวัน เนื่องจากทุกคนมีศักยภาพในการดูแลตนเองให้มี สุขภาวะที่ดี ทั้งในมิติกาย จิตใจ และสังคม แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจและความสุขในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืนต่อไป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดกระทำตามแนวคิดจิตวิทยา เชิงบวกถูกนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในการพัฒนาสุขภาวะที่ดีของบุคคลได้ และมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีคุณลักษณะนิสัยเชิงบวกใน การอยากดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย (Meaningful) ความสมบูรณ์ (Fulfilling) และสามารถกำกับและพัฒนาศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Seligman. 2000) การจัดกระทำตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกส่วนใหญ่มุ่งเน้นในการพัฒนาศักยภาพที่เป็นจุดแข็งของบุคคล เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การมองโลกในแง่ดี การมีความหวังและหาหนทางไปสู่ความสำเร็จ และการสามารถเผชิญและปรับฟื้นตัวจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ นอกจากนั้นการจัดกระทำตามแนวจิตวิทยาเชิงบวกยังช่วยลดสภาวะความเครียด ไม่สบายใจ อาการซึมเศร้า และอารมณ์ทางลบได้ (Carson; et al. 2010; Sin; & Lyubomirsky. 2009) ในปัจจุบันได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับการดูแลสุขภาพ เช่น จากการศึกษาของ ฮัฟแมนและคนอื่นๆ (Huffman; et al. 2015) พบว่า การจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลต่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับอาห์น (Ahn; et al. 2015) ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการสุขภาพอย่างบูรณาการตามแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในกลุ่มหญิงสูงวัยชาวเกาหลีจำนวน 33 คน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบและคลายตัว ค่าไขมันในเลือด และอาการซึมเศร้ามีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ในขณะที่สมรรถนะทาง

ร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

นอกจากนั้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาวะที่ดีที่ผ่านมานั้นได้เน้น การจัดกิจกรรมในเชิงรับ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำและอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการจดจำหรือเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่ลดลง (Heathcote. 2000) ทำให้ผู้ป่วยยังคงประสบปัญหาในการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อัตรากลับมารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนยังคงสูง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดการตนเอง โดยมีครอบครัว แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขคอยให้ การสนับสนุน นับว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเป็นจำนวนมาก ทำให้มีนักวิชาการได้พัฒนาและเสนอแนวคิดการจัดการตนเองไว้เป็นจำนวนมาก ดังเช่น โทบินและคนอื่นๆ (Tobin; et al. 1986) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) การเตือนตนเอง (Self-instruction) และ 3) การตัดสินใจ (Decision making) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น จินตนา บัวทองจันทร์ และคนอื่นๆ (2556) ในขณะที่แคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self - reinforcement) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล (2554) สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคนอื่นๆ (2556) และ พามังกาส (Pamungkas; et al. 2015) ส่วนเคลียร์ (Creer. 2000: 95-129) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การรวบรวมและประมวลข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและการประเมินผล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนการปฏิบัติ (Self-reaction) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้าและคนอื่นๆ (2555) จันทร์เพ็ญ หวานคำ และคนอื่นๆ (2558) และ วัฒนะและคนอื่นๆ (Wattana; et al. 2007) เช่นเดียวกับลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003: 1-7) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองที่ว่า การจัดการตนเองเป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญปัญหากับโรคเรื้อรัง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) 2) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 3) การตัดสินใจ (Decision making) 4) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 5) การปฏิบัติ (Taking action) และ 6) การปรับให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล

(Self tailoring) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น เบญจมาศ ถาดแสง และคนอื่นๆ (2555) พัชรี อ่างบุญตา และคนอื่นๆ (2555) และจันทร์จิรา สีสว่าง และคนอื่นๆ (2553) โดยแนวคิดการจัดการตนเองทั้งหมดนั้นมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ที่เชื่อว่า บุคคลกระทำกิจกรรมใดๆ ต้องเกิดจากกระบวนการคิด โดยเริ่มจาก การสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในการดำเนินชีวิตของตนเองต่อไป

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยการบูรณาการแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (Seligman. 2000) และแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) เนื่องจากแนวคิดหรือทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งไม่เพียงพอที่จะพัฒนาเป็นโปรแกรมทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนได้ โดยในแต่ละแนวคิดจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีความกระฉับกระเฉง และดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน โดยมีความเชื่อที่ว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงทุกคนมีคุณลักษณะทางบวกที่จะกระทำสิ่งใดนั้นได้ด้วยตนเอง โดยผ่านการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองหลังจากประเมินผลของการกระทำทั้งข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง แล้วนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและเหมาะสมภายใต้บริบทของตนเองต่อไป ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ถูกสร้างขึ้นนับว่าเป็นกุญแจที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุกที่มุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพและจุดแข็งภายในตัวของบุคคลให้มีวิธีคิดในการจัดการตนเองเชิงบวกด้วยตนเอง มีความมั่นใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับสุขภาพและบริบทของตนเอง นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี ทั้งกาย จิต และสังคม ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีการบูรณาการนำเอาสองแนวคิดนี้มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผลจากการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่างอย่างแท้จริง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเอง มีความหวัง มีกำลังใจที่จะแก้ไขและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง รวมทั้งช่วยให้เกิดความคงอยู่ของพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืนมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นอกจากนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-Efficacy) นับว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถกำหนด

ประสิทธิภาพในการแสดงออกทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ช่วยควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการแสดงพฤติกรรม และช่วยในการตัดสินความสามารถของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ ทำให้มีงานวิจัยจำนวนมากที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมใน การดำเนินชีวิตให้มีสุขภาวะที่ดีสูง บุคคลนั้นจะมีความมั่นใจและสามารถพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (กนกวรรณ อุดมพิทยารัชต์. 2557; จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. 2551; สายฝน กันธมาลี. 2550; สุพิชชา วงค์จันทร์; อังศินันท์ อินทรกำแหง; และ พรรณี บุญประกอบ. 2557; อังศินันท์ อินทรกำแหง; ทัศนา ทองภักดี; และ วรสรณ์ เนตรทิพย์. 2553; Intarakamhang. 2012; Intarakamhang; & Dungchan. 2012) กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอทที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2008) เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยอวัยวะต่างๆ มีความเสื่อมถอยลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และเป็นผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI $\geq$ 25 กก./ตารางเมตร) เพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 17.9 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 22.6 ปี 2553 และภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 30 กก./ตารางเมตร) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 4.9 ตามลำดับ ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการป่วยที่พบมากที่สุด ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ ในปี 2557 เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ (โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่. 2557) อีกทั้งในวัยผู้สูงอายุตอนต้นนี้ เป็นวัยที่บุคคลยังมีกำลัง ความสามารถในการดูแลและรักษาตนเอง รวมทั้งยังมีศักยภาพในการทำคุณประโยชน์ต่างๆ ให้กับสังคมและประเทศชาติได้ (วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ. 2552; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. 2544; WHO. 2002)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยการนำองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่มาเป็นฐานในการสร้างและออกแบบด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แล้วพัฒนาต่อยอดต่อไป ร่วมกับการสำรวจความต้องการจำเป็นและการค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทาง ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง แล้วดำเนินการจัดกระทำซ้ำๆ หลายครั้ง โดยนำผลที่ได้มาปรับปรุงเป็นระยะๆ เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องมากขึ้น จนทำให้ได้โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติได้อย่างแท้จริงและเป็นที่

ยอมรับในเชิงวิชาการมากขึ้น ขั้นตอนในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและทำความเข้าใจในปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม และขั้นตอนที่ 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยนำผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-3 มาเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯ เพื่อนำไปใช้ในระยะต่อไป ส่วนระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยใช้เกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพแบบรายบุคคล กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขจนได้โปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ และขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยนำโปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

ดังนั้น ในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงครั้งนี้ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่ดีและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นภายใต้บริบทและสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล ตลอดจนทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองที่สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมตามศักยภาพที่ตนเองและองค์ความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมฯ สามารถนำมาใช้เพื่อตอบสนองนโยบายของประเทศในการสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง อันจะเกิดประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างแท้จริง และสามารถเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการส่งเสริมการจัดการสุขภาวะตนเองได้อย่างยั่งยืน และส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ความมุ่งหมายทั่วไป เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการองค์ความรู้ที่เป็นสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ทั้งทางด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และสาธารณสุขมาเป็นกรอบในการศึกษา ทำให้สามารถเป็นประโยชน์ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน สังคม และประเทศชาติต่อไป ดังนี้

1. ผลการวิจัยที่ได้ครั้งนี้เป็นสิ่งที่ช่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะ กระบวนการ ผลลัพธ์ของกระบวนการในการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อเสนอและทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพต่อไป นำไปสู่การวางนโยบายสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น หรือศูนย์สาธารณสุขประจำท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐสามารถใช้เป็นแผนการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุ เตรียมองค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ

ขอบเขตการวิจัย

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. การสังเคราะห์งานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษา หาข้อสรุปของภาพรวมของ

งานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตโดยกำหนดช่วงเวลาของงานวิจัยที่รวบรวม คือ งานวิจัยที่ทำการศึกษาระหว่างปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006-2015 และที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งในระดับนานาชาติ แหล่งข้อมูลงานวิจัยที่นำมาประมวลและสังเคราะห์ คือ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ที่ให้บริการสืบค้นฐานข้อมูลเอกสารฉบับเต็มของวารสาร วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัยที่ได้รวบรวมจากสำนักพิมพ์ต่างๆ ทั่วโลก ได้แก่ ProQuest Health and Medical Complete, Pubmed, Science-Direct, Scopus โดยใช้คำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้น ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behavior) สุขภาวะที่ดี (Well-being) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating) การออกกำลังกาย (Exercise) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Disease preventive behavior) พฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดีทางจิตใจ (Psychological well-being behavior) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Engaging in social activity) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging)

2. การประเมินความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2008) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อันเนื่องจากการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นอันตราย แล้วทำการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Modified Priority Need Index หรือ $PNI_{modified}$) ทำให้ทราบว่าปัญหาที่สำคัญ และการวางแผน สร้าง และออกแบบโปรแกรมฯ ให้ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 แขวง 96 ชุมชน (เทศบาลนครเชียงใหม่. 2557) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane. 1967: 886) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ± 5% จำนวน 400 คน

3. การค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาและทำความเข้าใจถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางใน การส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งบุคคลสามารถควบคุมความดันโลหิตได้และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยเลือกกรณีศึกษาแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposeful Sampling) (ชาย โพธิสิตา. 2552) จำนวนกลุ่มละ 5 คน

4. การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แล้วนำร่างโปรแกรมจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมาตรวจสอบและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาผู้ใหญ่ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้าน การส่งเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

1. พื้นที่

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

2. เนื้อหา

โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นโดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (Seligman. 2000) และแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ในการจัดกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 8 ครั้ง โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 74 ปี หรือผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งเพศหญิงและชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือผ่านการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอท และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การเขียนด้วยภาษาไทยได้ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยใช้เกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพแบบรายบุคคลจำนวน 6 คน แบบกลุ่มย่อยจำนวน 10 คน และกลุ่มใหญ่จำนวน 20 คน ส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม

การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรจัดกระทำ คือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง มี 2 รูปแบบ ได้แก่

1. การได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี สุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2. การไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี สุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ตัวแปรความแปรปรวนร่วม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

ตัวแปรตาม

1. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 74 ปี หรือผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือผ่านการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อันเนื่องจากการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม โดยมีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอทอย่างน้อย 1 ปี และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

การประเมินความต้องการจำเป็น หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันกับสภาพที่คาดหวังอย่างเป็นระบบ ทำให้ได้ข้อมูลที่นะบุสภาพความต้องการ อันมีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาโปรแกรมต่อไป แล้วทำการจัดลำดับความสำคัญของความแตกต่างนั้น

การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรม หมายถึง การหาคุณภาพโปรแกรมด้วยการนำโปรแกรมไปทดลองใช้แล้วปรับปรุงให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ประสิทธิภาพของโปรแกรม คือ ระดับคุณภาพของโปรแกรมที่วัดจากการวิเคราะห์ค่าร้อยละของผลการประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยกิจกรรม (E_1) ต่อค่าเฉลี่ยร้อยละของผลรวมจากการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (E_2) ค่าประสิทธิภาพโปรแกรมที่เป็นการฝึกทักษะโดยทั่วไปไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 75/75 และการยอมรับประสิทธิภาพของโปรแกรมด้วยพิจารณาจากค่าความแปรปรวนระหว่างร้อยละ 2.5-5.0 โดยการยอมรับประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ประสิทธิภาพที่ได้สูงกว่าเกณฑ์ เท่ากับเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้

นิยามปฏิบัติการ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีให้สำเร็จตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1986) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่สามารถทำได้ (1 คะแนน) ถึงมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) การแปลความหมาย คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **พฤติกรรมการป้องกันโรค** หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ไม่ให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ 1) การสังเกต เฝ้าติดตาม และค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพและแหล่งปัจจัยหรือทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ และ 2) การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การงดสูบบุหรี่ การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีนเป็นส่วนผสม

2. **การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ** หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension: DASH) ได้แก่ 1) การรับประทาน

อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช 2) การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง และ 3) การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว

3. **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม** หมายถึง การกระทำที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อส่งเสริมสังคมให้สันติสุข ได้แก่ 1) การทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองถนัดและสนใจ และ 2) การร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศาสนา ชมรม หรือชุมชน การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

4. **การออกกำลังกาย** หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย หลักของการออกกำลังกายตามหลัก FITT (American College of Sport Medicine. 2006) ได้แก่ 1) ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) ควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate-Intensity) 3) ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time of Exercise) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 20-30 นาที โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) ช่วงเข้มข้นของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Endurance training phase) และช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase) และ 4) ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of Exercise) ควรเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจในแต่ละบุคคล

5. **พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี** หมายถึง การกระทำของบุคคลในการจัดการดูแลสุขภาพจิตใจของตัวให้มีสุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกระทำสิ่งต่างๆ อย่างอิสระด้วยตนเอง 2) การใช้ชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3) การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้งอกงามขึ้น 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 5) การจัดการและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม และ 6) การปฏิบัติตนตามหลักศาสนาที่ตนยึดถือ

การวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในสังคม แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดรวมประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) จนกระทั่ง ปฏิบัติเป็นประจำ (4) การแปลความหมาย คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ทางด้านสุขภาพที่ทำการวัดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เป็นขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการในการจัดการและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนิน

ชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพประกอบด้วยค่าความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ความดันโลหิต** หมายถึง ค่าที่แสดงถึงแรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย แรงดันโลหิตที่วัดได้มี 2 ค่า คือ ความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) และความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) โดยวัดที่ต้นแขน เมื่อผู้ป่วยผ่อนคลายหรือนั่งพักแล้วอย่างน้อย 5 นาที และต้องไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมาก่อนหน้าอย่างน้อย 30 นาที โดยการแปลผลของค่าความดันโลหิตในการวิจัยครั้งนี้ยึดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ที่ว่า ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Mild hypertension) ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Moderate hypertension) และถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Severe hypertension)

2. **ดัชนีมวลกาย** หมายถึง เกณฑ์ที่บอกถึงภาวะโภชนาการโดยรวมของบุคคล โดยประเมินจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสองและมีหน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การประเมินน้ำหนักตัวโดยใช้ดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชียขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2004) ได้แก่ 1) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) ภาวะน้ำหนักปกติ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ 3) ภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน คือ การที่บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) บุคคลมีภาวะท้วม คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับ I คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับ II คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้จัดลำดับการนำเสนอดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย
2. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ: ความหมาย องค์ประกอบ การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. การรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ
4. โปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
5. การวิจัยและพัฒนาโปรแกรม
6. กรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐาน

1. สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย

ปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล. 2557: 115; Lionakis; et al. 2012: 135-147) ดังเช่น การรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2012) พบว่า หนึ่งในสามของประชากรทั้งหมดต้องเผชิญกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรทั้งหมดทั่วโลก สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจอัตราป่วยของผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ และสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงระหว่างปี 2550-2555 ซึ่งคิดเป็นอัตราต่อแสนคนดังนี้ 1,025 1,150 1,230 1,349 1,434 และ 1,571 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2556) นอกจากนั้นยังพบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมดไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานของผู้ที่มีค่าระดับความดันโลหิตปกติ (วิชัย เอกพลากร. 2553)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐาน โดยถ้าวัดที่สถานพยาบาลแล้วมีค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic

pressure) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Mild Hypertension) แต่ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Moderate Hypertension) และถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Severe Hypertension) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจน แต่ถ้าปล่อยไว้เป็นเวลานาน แรงดันเลือดจะไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตได้ (สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์; และ พักตร์วิภา สุวรรณพรหม. 2556: 66-77; James; et al. 2014)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงถูกจำแนกออกเป็น 2 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดของโรค (World Health Organization, International Society of Hypertension: WHO-ISH. 2003) ได้แก่

1. **ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension)** พบมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด โดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) พันธุกรรม บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีระดับความดันโลหิตปกติ 2) อายุ ค่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมตามวัยและการสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ทำให้ค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องช้าๆ โดยค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวมีแนวโน้มที่สูงกว่าค่าความดันช่วงหัวใจคลายตัว ซึ่งค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ส่วนค่าความดันช่วงหัวใจคลายตัวจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.5-1 มิลลิเมตรปรอทต่อปี 3) เพศ ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายเมื่อเทียบในวัยเดียวกัน เนื่องจากภายหลังที่ผู้หญิงหมดประจำเดือนจะทำให้การทำงานของเรนินในกระแสโลหิตเพิ่มมากขึ้น 4) ภาวะอ้วน น้ำหนักและส่วนสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 7 (The Joint National committee seventh) ที่พบว่า คนอ้วนที่มีความดันโลหิตสูง เมื่อลดน้ำหนักตัวลงทุก 10 กิโลกรัม จะช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (James; et al. 2014) 5) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันจะไปกระตุ้น

การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ส่งผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดรัดตัวและเพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มขึ้นจึงนำไปสู่การมีค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้น นอกจากนั้นพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เกลือและ/หรือโซเดียมสูง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และระดับความดันโลหิตลงได้

2. **ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ** พบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และมักเกิดจากการเป็นโรคอื่นมาก่อน เช่น 1) โรคไต ที่มีสาเหตุมาจากเนื้อไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตตีบ ทำให้เกิดภาวะไตวาย โรคหลอดเลือดไตอักเสบ โรคกรวยไตอักเสบ และโรคไตจากเบาหวาน ส่งผลให้เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียม นำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น 2) โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น โรคฟีโอโครโมไซโตมา (Pheochromocytoma) ทำให้มีการหลั่งของอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินเข้ากระแสเลือดมาก ทำให้หลอดเลือดหดตัวและระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น 3) โรคระบบประสาท โดยระบบประสาทซิมพาเธติคจะหลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน สารนี้จะไปกระตุ้นให้ไตหลั่งสารเรนิน ทำให้สารแองจิโอเทนซินวัน (Angiotensin I) เปลี่ยนเป็นสารแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ทำให้หลอดเลือดตีบ แรงต้านทานในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะปกติได้ จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น และ 4) การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาฮอร์โมนเอสโตรเจน ยาสเตียรอยด์ ยาลดความอ้วน ยาคุมกำเนิด เป็นต้น ทำให้คนที่รับประทานยาพวกนี้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (James; et al. 2014)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายของแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรของปรอทในผู้ป่วยทั่วไป หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรของปรอทในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน แนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกออกเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ 1) การรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และ 2) การรักษาโดยวิธีใช้ยา โดยแต่ละแนวทางมีรายละเอียด (James; et al. 2014) ดังนี้

1. **การรักษาโดยไม่ใช้ยาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต**

การรักษาโดยไม่ใช้ยาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้รับความนิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มก่อนมีความดันโลหิตสูง (Prehypertension) และกลุ่มที่มี ค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับหนึ่ง (Hypertension stage I) เช่น การปรับพฤติกรรมการบริโภคให้

เหมาะสม การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น

1.1 การบริโภคที่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสจัด ไขมันสูง เกลือและ/หรือโซเดียมสูง เป็นต้น แต่ควรหันมารับประทานอาหารแบบ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) ได้แก่ อาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ เนื่องจากการลดหรือจำกัดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบสูง ทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณของน้ำเลือดลดลง ความต้านทานในหลอดเลือดลดลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (Levine. 2004) และการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงและทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย ส่งผลให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นด้วย (Chobanian; et al 2003) รวมทั้งการรับประทานอาหารที่กากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ซึ่งช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระได้เร็วและดีขึ้น และเส้นใยอาหารที่รับประทานเข้าไปสามารถรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึม ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (Singh; et al. 1992) รวมถึงการควบคุมน้ำหนักหรือดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ให้อยู่ในช่วง 18.5-24.9 ซึ่งจะพบว่าการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมจะช่วยให้ค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวลดลง ได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท โดยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นด้วย (สุรพรชัย กองพัฒนากูล. 2542)

1.2 การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น การเดินเร็วๆ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวันซึ่งจะทำให้ค่าความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากในการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ลดอุดตันและแรงต้านภายในหลอดเลือดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตมีค่าลดลง (JNC VII. 2003) ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตสูงที่ลดลง (Brandao; et al. 2002) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การตอบสนองหลังการออกกำลังกายแบบทันที ทำให้ปริมาตรของเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาทีในขณะพักจะลดลงในระดับต่ำกว่าก่อนเริ่มออกกำลังกาย ซึ่งเรียกว่า Post-exercise hypotension (PEH) ความต้านทานในหลอดเลือดลดลงด้วย นำไปสู่การลดลงของค่าความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังมีการปลดปล่อยสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวในบริเวณที่มีการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ เช่น สาร Nitric oxide นำไปสู่การลดลงของค่าความดันโลหิตสูงเช่นกัน แต่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน ในการลดลงของค่าความดันโลหิตนี้จะคงอยู่เป็นระยะเวลา 22 ชั่วโมงหลังจากออกกำลังกายเพียงครั้งหนึ่ง (ปิยะนุช รัก

พานิช. 2548) และ 2) การตอบสนองหลังการออกกำลังกายในระยะยาว ทำให้เกิดการปรับตัวต่อการฝึกออกกำลังกายในระยะยาว ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดใหญ่ขึ้นและช่วยส่งเสริมการทำงานของผนังชั้นในของหลอดเลือดทำงานดีขึ้นและช่วยลดระดับไขมันในเลือดลงได้

1.3 การจัดการความเครียด เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น จะช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ โดยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic nervous system) ทำให้ลดการหลั่งอีพิเนฟริน (Norepinephrine) ในเลือด นำไปสู่การลดการหดรัดตัวของหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2545) ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติส่วนซิมพาเธติคให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดรัดตัว เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องบีบและคลายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนั้นทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (Adrenaline) และคอร์ติซอล (Cortisol) หัวใจเต้นเร็วขึ้นและผนังหลอดเลือดหดเกร็งมากขึ้น ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้

1.4 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้ค่าความดันช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันช่วงหัวใจคลายตัวสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท เช่น การสูบบุหรี่ โดยในควันบุหรี่มีสารต่างๆ มากกว่า 4000 ชนิด โดยเฉพาะสารนิโคติน (Nicotine) ซึ่งไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติค (sympathetic) ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารแคททีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น นำไปสู่การหดตัวของหลอดเลือดและหัวใจมีการเต้นที่เร็ว ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตามในการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ จึงจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยวิธี การให้ยาต่อไป

2. การรักษาโดยวิธีการใช้ยา

การใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิตจะช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และคงไว้ซึ่งกลไกของประสาทรับความรู้สึก เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่างๆ ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกได้ 5 กลุ่ม (James; et al. 2014) ได้แก่

2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เช่น ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide) สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) ฟูโรซีไมด์ (Furosemide) เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมโซเดียมและคลอไรด์ ทำให้ร่างกายขับโซเดียมคลอไรด์ออกทางไตและยับขับโปตัสเซียมและ

แมกนีเซียมออกทางปัสสาวะ หรือยาบางตัวมีฤทธิ์ยับยั้งการขับโปตัสเซียม ซึ่งระยะแรกของการใช้ยาทำให้มีปัสสาวะมากขึ้น ปริมาณเลือดและเกลือแร่ในร่างกายลดลง เป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง

2.2 ยากั้นเบต้าแอดรีเนอจิกรีเซฟเตอร์ (Beta-adrenergic receptor blockers) เช่น โพรพราโนลอล (Propranolol) อะทีนโนลอล (Atenolol) เมโทโพรลอล (Metoprolol) เป็นต้น ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยยับยั้ง เบต้าแอดรีเนอจิกรีเซฟเตอร์ (Beta-adrenergic receptors) ที่สมอง หัวใจบีบตัวลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้ยังลดการสร้างเรนินทำให้แองจิโอแทนซินทู (Angiotensin II) ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว (Vasoconstrictor) ลดลงและลดการดูดซึมโซเดียมที่ไต

2.3 ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) เช่น แอมโลดิฟีน (Amlodipine) ไนเฟ็ดดิฟีน (Nifedipine) เวอร์ราปามิล (Verapamil) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลดความดันโดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือดส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันลดลง เนื่องจากแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือดลดลง ซึ่งมีการออกฤทธิ์ที่ค่อนข้างนาน 12-24 ชั่วโมง

2.4 ยากั้นการทำงานของแองจิโอเทนซิน (Angiotensin receptor blockers) เช่น โลซาตาน (Losartan) วอลซาตาน (Valsartan) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะลดความดันโลหิต โดยแย่งแองจิโอแทนซินทูจับกับตัวรับแองจิโอแทนซินทู ทำให้ยับยั้งการทำงานของแองจิโอแทนซินทู ลดการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม

2.5 ยายับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin coverting enzyme inhibitors) เช่น อินาลิพริว (Enalipril) แคปโตพริว (Captopril) และเพอร์รินโดพริว (Perindopril) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะลดความดันโลหิต โดยยับยั้งเอนไซม์ในการเปลี่ยนแองจิโอแทนซินวันให้เป็นแองจิโอแทนซินทู ซึ่งเป็นตัวการทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาตัวเพิ่มขึ้น และยังลดการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม

การเลือกใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงในทางปฏิบัติมักพิจารณาตามสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ระดับของความดันโลหิตและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย หลักการรักษาจะเป็นไปตามขั้นตอน โดยขั้นแรกใช้ยาชนิดเดียวเป็นกลุ่มยาขับปัสสาวะ เพราะสามารถลดความดันโลหิตสูงลงโดยปริมาณของเลือดในระบบไหลเวียน และลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลงได้ ขั้นที่ 2 คือ ยาลดความดันโลหิตสูง (Antihypertensive agent) เช่น ยากั้นแอดรีเนอจิกเพิ่มเข้าไปกับการใช้ยาขับปัสสาวะ ถ้ายังควบคุมไม่ได้จึงเลื่อนไปใช้ยาร่วมกันหลายชนิดต่อไป

ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อลดผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย โดยหากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้หลอดเลือดแดงถูกทำลายและเกิดการแข็งตัว เนื่องจากความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดหนา แข็ง ขาดความยืดหยุ่น และแตกง่าย เกิดการอุดตัน ลิ่มเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก ขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ เช่น หัวใจ สมอง และไต ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆ (Aronow; et al. 2011; Wang; & Vasan. 2005) ได้แก่

โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย เนื่องจากผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลง และถ้ามีการอุดตันของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจวายได้ จากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น โดยออกแรงบีบตัว เพื่อต้านความดันในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น โดยระยะแรกหัวใจจะมี การปรับตัวกล้ามเนื้อหัวใจจะขยายตัวมากขึ้น จึงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลง ถ้าภาวะนี้เกิดขึ้นต่อไปเรื่อยๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถจะขยายตัวได้อีก การทำงานของหัวใจขาดประสิทธิภาพ นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว

โรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูงนำไปสู่การแข็งตัวของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ทำให้หลอดเลือดแดงของสมองแตก การตีบแคบหรืออุดตันได้ง่าย ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายส่งผลให้เป็นอัมพาต หรือมีอาการสมองเสื่อม และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า 3-4 เท่าของคนที่มีความดันโลหิตปกติในวัยเดียวกัน

ไตวาย เนื่องจาก ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตที่สูงเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียลดลง เกิดการคั่งของสารต่างๆ เช่น ครีเอตินิน (Creatinine) และสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย ถ้ามีการคั่งของเสียในระดับที่สูงจะทำให้ความดันโลหิตที่สูงอยู่แล้วกลับสูงมากขึ้นกว่าเดิมจนอาจจะเกิดอาการหมดสติ และเสียชีวิต

จอประสาทตาเสื่อม เนื่องจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงต่อเนื่องจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จอตาและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงฝอยเล็กๆ ในจอรับภาพ

(Retina) หนาและหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ และตาบอดในที่สุด

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้ขาดได้ รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการักษา ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น ไม่สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น ไร้ค่า และทำให้แสดงอารมณ์โกรธฉุนเฉียวกับคนรอบข้างได้ (Sherbourne; et al. 2004)

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงบางกรณีอาจรุนแรงและส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้แสดงบทบาทในสังคมลดลง และจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Sherbourne; et al. 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงไม่มีการแสดงอาการใดๆ ออกอย่างเด่นชัดมาในระยะแรก จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยและใส่ใจติดตามดูแลตนเองร่วมกับดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสจัด การรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งการมีความเครียดสะสมเรื้อรัง พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบในด้านต่างๆ เป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองให้มีสุขภาวะที่ดีนั้นนับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ รวมทั้งช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี มีพื้นฐานมาจากนิยามสุขภาวะที่ดีขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO. 1986) ที่ว่า สุขภาวะที่ดี คือ ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความพิการทุพลภาพเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุที่ความดันโลหิตสูงสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และสามารถพึ่งพาและช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่น และสังคมได้ตามศักยภาพของตนเอง ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่หลากหลายใน

การช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองถนัดและสนใจ และทำให้ปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคมมากขึ้น (WHO. 2002; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2545)

2.1.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

คำว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ มีชื่อเรียกที่แตกต่างกันออกไป โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลนั้นมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี จึงทำให้มีนักวิชาการจำนวนมากสนใจและให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องและแตกต่างกันไป เช่น วอล์กเกอร์ ซีไคร์ส และเพนเดอร์ (Walker; Sechrist; & Pender. 1987) คือ การปฏิบัติเฉพาะบุคคลที่ส่งเสริมสุขภาพจนเกิดเป็นสุขนิสัยโดยได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว สิ่งแวดล้อม และชุมชนที่อาศัยอยู่ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ (Nutrition) 2) การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) 3) การจัดการความเครียด (Stress management) 4) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) 5) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) และ 6) การบรรลุศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) ในขณะที่ กิลลิส (Gillis. 1997) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำที่เป็นกิจวัตรในชีวิตประจำวันที่แสดงถึงการป้องกันการเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี ได้แก่ 1) โภชนาการ (Nutrition) 2) การทำกิจกรรมทางกาย (Physical Participation) 3) ความปลอดภัย (Safety) 4) การตระหนักรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Awareness) 5) การจัดการความเครียด (Stress Management) และ 6) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในขณะที่ เพนเดอร์ (Pender; et al. 2006) ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำที่เป็นกิจวัตรประจำวันหรือนิสัยทางด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) 2) การออกกำลังกาย (Exercise) 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4) การจัดการความเครียด (Stress Management) 5) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal Support) และ 6) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เช่นเดียวกับ ฮาคิฮาซาโนกลูและโกซัม (Hacihasanoglu; & Gozum. 2011) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ (Nutrition) 2) การออกกำลังกาย (Exercise) 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4) การจัดการความเครียด (Stress Management) 5) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal Support) และ 6) การตระหนักรู้ในตน (Self-realization) และโฟร์เราสซานีและคนอื่นๆ (Foroushani; et al. 2014) ที่ เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) 2) การออกกำลังกาย (Exercise) 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4) การจัดการความเครียด (Stress Management) 5) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal Support) และ 6) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

สำหรับในส่วนของประเทศไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เช่น กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตามยุทธ์ศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงใน 6 กลยุทธ์ (6 อ.) ได้แก่ 1) อาหาร (Diet) 2) อารมณ์ (Emotion) 3) ออกกำลังกาย (Exercise) 4) อโรคยา (Disease Reduction) 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment Health) และ 6) อบายมุข (Temptation) ในขณะที่ เถียมวงศ์ และคนอื่นๆ (Thiamwong; et al. 2008) เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 1) การใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ (Being Self-Sufficient and Living Simply) 2) การจัดการกับความเครียด (Managing Stress and Making a Peaceful) 3) การมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากสังคม (Having Social Relationship and Support) 4) การทำบุญและทำความดี (Making Merit and Good Deeds) 5) การตระหนักและดูแลตนเอง (Practicing Self-Care and Self-Awareness) 6) การไม่อยู่นิ่งเฉยด้านกาย (Staying Physically Active) 7) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Staying Socially Active) ส่วน รัตนพันธ์และคนอื่นๆ (Rattanapun; et al. 2009) ได้เสนอพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี พึ่งพาตนเองได้ มีความพอดีในการดำเนินชีวิตอันประกอบด้วย 1) การหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและความพิการ (Avoiding disease and disability) 2) การมีสมรรถนะที่ดีทั้งทางด้านจิตใจและด้านร่างกาย (Maintaining high cognitive and physical function) และ 3) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีคุณค่า (Active engagement with life) นอกจากนั้นจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย (Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan) พ.ศ. 2554-2563 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2554) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การดำเนินชีวิตแบบไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพที่ดีนั้น ซึ่งยึดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการบูรณาการของระบบสุขภาพ บริบทของสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของสังคม เพื่อให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการป้องกันสุขภาพจากโรควิถีชีวิต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ดังนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ให้มีการดำเนินชีวิตที่ลดความเสี่ยงและภาระแทรกซ้อน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม 2)พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เพียงพอ และ 3) การจัดการอารมณ์ให้เหมาะสม และนอกจากนั้น ธนะขว้าง อิสระมาลัย และหัถกิจ (Thanakwang; Isaramalai; & Hatthakit. 2014) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการ

ดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำในการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การอยู่อย่างพึ่งพาตนเองได้ (Being self-reliant) 2) การมีส่วนร่วมและยังคงประโยชน์ต่อสังคม (being actively engaged with society) 3) การมีความงอกงามทางปัญญา (Developing spiritual wisdom) 4) การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (Maintaining a healthy) 5) การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Engaging in active learning) และ 6) การเตรียมตัวเพื่อความมั่นคงยามชรา (Building up financial security) จากความหมายข้างต้น ทำให้สามารถสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดังตาราง 1

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	Walker; et al. (1987)	Gillis (1997)	Pender (2006)	Hacihasanoglu; & Gozum (2011)	Foroushani; et al. (2014)	**กระทรวงสาธารณสุข (2549)**	Thiamwong; et al. (2008)	Rattanapun; et al. (2009)	**สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2554)**	Thanakwang; Isaramalai; & Hatthakit. (2014)	**ความถี่ (ร้อยละ)**
1. พฤติกรรมการป้องกันโรค	√	√	√	√	√	√	√	√		√	9 (90)
2. การออกกำลังกาย	√	√	√	√	√	√	√	√	√		9 (90)
3. การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	√	√	√	√	√	√	√	√	√		9 (90)
4. การมีส่วนร่วมทางสังคม	√	√	√	√	√		√	√		√	8 (80)
5. โภชนาการ	√	√	√	√	√	√			√		7 (70)
6. การพัฒนาจิตวิญญาณ			√		√		√				3 (30)
7. การบรรลุศักยภาพแห่งตน	√			√							2 (20)
8. ความปลอดภัย		√				√					2 (20)
9. การใช้ชีวิตเรียบง่ายและพอประมาณ							√			√	2 (20)
10. การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง										√	1 (10)
11. การเตรียมตัวเพื่อความมั่นคงยามชรา										√	1 (10)

จากการสังเคราะห์ในตาราง 1 ทำให้ได้องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี สุขภาวะที่ดี โดยพิจารณาจากค่าความถี่ตั้งแต่ 5 ขึ้นไป หรือคิดเป็นร้อยละ 50 ของงานวิจัยทั้งหมด ดังนั้น

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 5) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ โดยคิดเป็นร้อยละ 90, 90, 90, 80, และ 70 ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **พฤติกรรมการป้องกันโรค** (Disease preventive behavior) หมายถึง การกระทำที่แสดงถึงการดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเอง ได้แก่ 1) การสังเกต เฝ้าติดตาม และค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพและแหล่งปัจจัยหรือทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ และ 2) การหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ 2.1) การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารนิโคติน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและหัวใจมีอัตราการเต้นที่เพิ่มขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัวเพิ่มขึ้น และเป็นอันตรายต่อเซลล์เยื่อบุผิวของหลอดเลือดแดง โดยการสูบบุหรี่มวนแรกจะกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที นำไปสู่ความดันโลหิตที่สูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท (Norton. 1995) 2.2) การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 58.8 กรัมเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อไตถูกทำลาย หรือมากกว่า 3 แก้วต่อวัน นำไปสู่ความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ส่วนการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยกว่า 30 ซีซีต่อวันจะช่วยส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงกว่าการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่า 30 ซีซีต่อวัน (Kotchen; & Kotchen. 1999) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรงดหรือจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าหยุดดื่มความดันโลหิตจะลดลงเรื่อยๆ และ 2.3) การลดการดื่มเครื่องดื่ม พวกชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังซึ่งมีสารคาเฟอีน เนื่องจากสารคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว แล้วนำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Chobanian; et al. 2003) จากการรายงานที่ศึกษาถึงผลของสารคาเฟอีนของ ฮาร์ทเลย์ และคนอื่นๆ (Hartley; et al. 2000) พบว่า ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตต่างๆ กัน ตั้งแต่ความดันโลหิตปกติ สูงเล็กน้อย และสูงแน่นอน จำนวน 18-73 คน ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน 250 มิลลิกรัม แล้ววัดความดันโลหิตซ้ำหลังจากนั้น 45-60 นาที พบว่าทุกกลุ่มมีค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งมากกว่า 1.5 เท่าของกลุ่มที่ความดันปกติ

2. **การออกกำลังกาย** (Exercise) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การออกกำลังกายที่นิยมศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ไท่จี๋กง การเดินเร็ว การ

ว่ายน้ำ การรำไม้พลอง (ศุชญา แก้วสกุลทอง. 2551; Taylor-Pilae; et al. 2006: 598-606; Thurston; & Green. 2004: 379-387)

หลักของการออกกำลังกายตามหลัก FITT (American college of sports medicine. 2006) ได้แก่ 1) ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) ควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate-Intensity) คือ การออกกำลังกายที่อยู่ในช่วงร้อยละ 55-69 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximum Heart Rate) ในแต่ละบุคคลหรือจากดัชนีความหนักเบาในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการมีเหงื่อออกขณะเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงติดต่อกันเป็นประโยคสลับกับการหายใจเข้าออกตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยขัด 3) ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time of Exercise) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 20-30 นาที โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) ช่วงเข้มข้นของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Endurance training phase) และช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase) และ 4) ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of Exercise) ควรเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจในแต่ละบุคคล เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายและจิตใจ รวมทั้งช่วยป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไขมันสูง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะมีรายงานจำนวนมากบ่งชี้ว่า การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายมีประโยชน์กับสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุในปัจจุบันการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอยู่ในจำนวนไม่มากนัก ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายในผู้สูงอายุของ วริศา จันทรังสีวรกุล (2553) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีโรคประจำตัว ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ในขณะที่การศึกษาของธาริน สุขอนันต์ และคนอื่นๆ (2557: 66-75) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของผู้สูงอายุนั้น พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

3. **พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี** (Psychological well-being behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลในการจัดการดูแลสุขภาพจิตใจของตัวให้มีสุขภาวะจิตทางด้านบวกในการดำเนินชีวิต (Positive psychological functioning) ช่วยให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้เต็ม

ความสามารถ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจาก อริสโตเติล (Aristotle) ที่ได้เสนอว่า การอยู่อย่างมีชีวิตที่ดีไม่เพียงแต่มีพื้นฐานมาจากระดับความพึงพอใจเชิงอัตวิสัยกับสิ่งที่ประสบมา แต่ยังเน้นถึงการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุข เช่นเดียวกับนอร์ตัน (Norton. 1976) ซึ่งเป็นนักปรัชญากลุ่มยูไดโมนิส (Eudaemonist) ที่มุ่งเน้นถึงภาวะของการดำรงอยู่ ต่อมาวอทเทอแมนและคณะ (Waterman; et al. 1990) ได้เสนอว่า การมีสุขภาวะที่ดีในรูปแบบของยูไดโมนิกส์เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการพัฒนาศักยภาพของบุคคล และใช้ศักยภาพนั้นในการผลักดันไปให้ถึงเป้าหมายของชีวิต ต่อมาไรฟ์ (Ryff; Singer. 1996) ได้เสนอว่า คุณลักษณะทางจิตด้านบวกส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวมทั้งให้ความสำคัญกับความรู้สึกยินดี (Pleasure) และภาวะของการดำรงอยู่ (Being) ที่มากไปกว่าการเสพสุขอย่างหมกมุ่น (Self indulgent) องค์ประกอบของการมีสุขภาวะที่ดีในรูปแบบของยูไดโมนิกส์สามารถจำแนกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 2) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) 3) การมีความงอกงามในตน (Personal Growth) 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations with others) 5) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ หรือการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) และ 6) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การใช้ชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นการกระทำด้วยการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง สามารถเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ทั้งในแง่ที่ดีและไม่ดี ทำให้มีความรู้สึกทางบวกต่อชีวิตในอดีตของตนเอง

3.2 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เป็นการกระทำที่แสดงออกถึงความรัก มิตรภาพที่ดี และสัมพันธภาพที่อบอุ่นให้กับผู้อื่น มีความรัก ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีความไว้วางใจในผู้อื่น และมีความรู้สึกที่ดีและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

3.3 การกระทำสิ่งต่างๆ อย่างอิสระด้วยตนเอง เป็นการกระทำอย่างอิสระและสามารถตัดสินใจกำหนดชีวิตด้วยตนเอง และสามารถอดทนต่อแรงกดดันทางสังคม โดยมีความคิดและพฤติกรรมกระทำในสิ่งที่ตนเห็นว่าดีแล้ว

3.4 การจัดการและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นความสามารถของบุคคลในการเลือกหรือสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมรอบตัวให้เหมาะสมกับความต้องการและความพอใจของบุคคลนั้น รวมทั้งการที่บุคคลสามารถมองเห็นประโยชน์จากโอกาสต่างๆ ที่มีอยู่รอบตัวได้

3.5 การปฏิบัติตนตามหลักศาสนาที่ตนยึดถือ เป็นการกระทำตามเป้าหมายในชีวิตในอดีตและปัจจุบัน โดยมีพื้นฐานมาจากหลักศาสนาที่ตนยึดถือ การได้กำหนดทิศทางชีวิตด้วยตนเองและมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

3.6 การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้งอกงามขึ้น เป็นการกระทำเพื่อพัฒนาศักยภาพที่ตนมีอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองและเปิดโอกาสให้ตนเองได้รับรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ เห็นโอกาสในการปรับปรุงตนเองและพฤติกรรมตลอดเวลา

4. **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม** (Engaging in social activity) หมายถึง การกระทำที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อส่งเสริมสังคมให้สันติสุข ได้แก่ 1) การทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองถนัดและสนใจ และ 2) การร่วมกิจกรรมตามประเพณี ศาสนา ชมรม หรือชุมชน การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Alberta Health and Wellness. 2002) รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ถึงขีดสูงสุด รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นที่อยู่รอบข้าง เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนั้นต้องเริ่มจากการพัฒนาตนเองให้เข้ากับผู้อื่นได้ง่าย การให้ความรัก ความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด การยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น และเมื่อมีปัญหาสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst. 1963) ได้ที่เสนอว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยไม่สามารถที่หลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การได้ยินที่ลดลง ทำให้การติดต่อและการสื่อสารกับผู้อื่นที่ไม่สะดวกนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม นำไปสู่การรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองที่ลดลง ดังนั้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจึงเป็นการเปิดโอกาสที่จะสร้างความมั่นคงทางสังคม การพูดคุยและพบปะกับครอบครัวและเพื่อนๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง นอกจากนั้นยังช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี จากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller. 1991) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ พบว่าการมีความสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งการมีความสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นที่อยู่รอบข้างด้วยการให้ความรัก เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด การยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นและเมื่อมีปัญหากล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

5. **การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ** (Healthy eating) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและลดความรุนแรงของโรคต่างๆ (Gradner; et al. 2000; Holmes. 2004) จากการสำรวจพฤติกรรม

การรับประทานอาหาร โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2554) พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารโปรตีนน้อยและต่ำกว่าความต้องการที่ร่างกาย สำหรับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension: DASH) ของผู้สูงอายุให้เหมาะสมในแต่ละวันนั้น ควรรับประทานอาหารให้สมดุลและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับเพศ อายุ ขนาดส่วนประกอบของร่างกาย และกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน จากการศึกษาของแอปเพิลและคนอื่นๆ (Apple; et al. 2003) และการศึกษาของ โรล กริมและ ฮิลดีเบรนท์ (Roel; Hildebrant; & Grimm. 2003: 466-472) พบว่าผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงสามารถช่วยลดค่าความดันโลหิตได้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลักในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ดังนี้

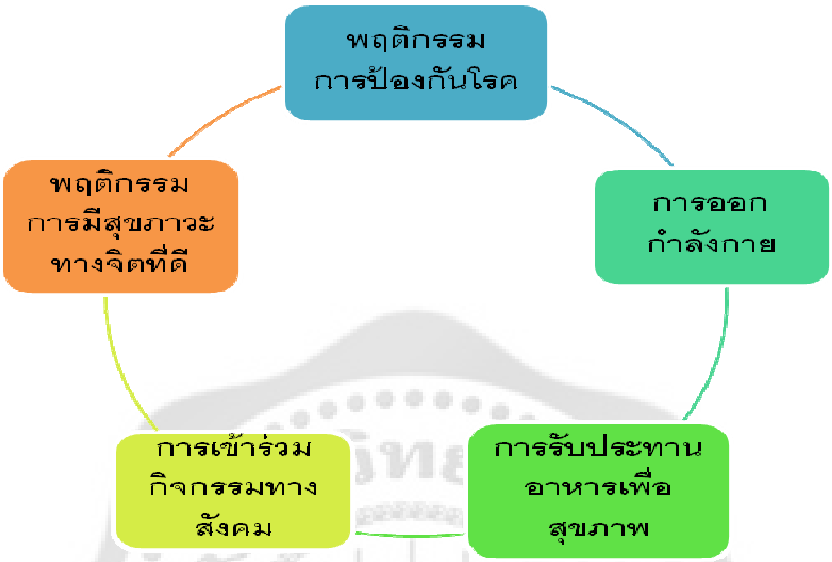
5.1 การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช จากการศึกษาของแคปแลน (Kaplan; et al. 1998) ที่พบว่า อาหารมังสวิรัติที่มีผักและผลไม้ที่มีกากใยและอาหารไขมันต่ำสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ เช่นเดียวกับผลของการประชุมของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 7 (The Joint National committee seventh) ที่เสนอว่า การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเป็นการรับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian; et al. 2003)

5.2 การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด รสเค็ม หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง เนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดี ทำให้ความต้านทานในเลือดมากขึ้น ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น อาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร ซอสหรือเครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมต่างๆ ที่มีการเติมผงฟู ผงชูรส ผงกันบูด สารกันเชื้อรา และอาหารทะเล รวมทั้งยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องร่วง เป็นต้น จากการทบทวนและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุควรรับประทานโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งจะสามารถช่วยลดความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian; et al. 2003; Ogihara; & Rakugi. 2005: 297-314; Sacks; et al. 2001)

5.3 การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เป็นต้น รวมทั้งอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบและอาหารทะเลบางชนิด ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และควรหันมาประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม ตุ๋น อบ นึ่งแทน (James; et al. 2014)

ดังนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ 5) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2.1.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีถูกพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดต่างๆ ทั้งทางจิตวิทยา สังคมศาสตร์ และสาธารณสุข เพื่อให้ครอบคลุมการมีวิถีชีวิตที่มี สุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน

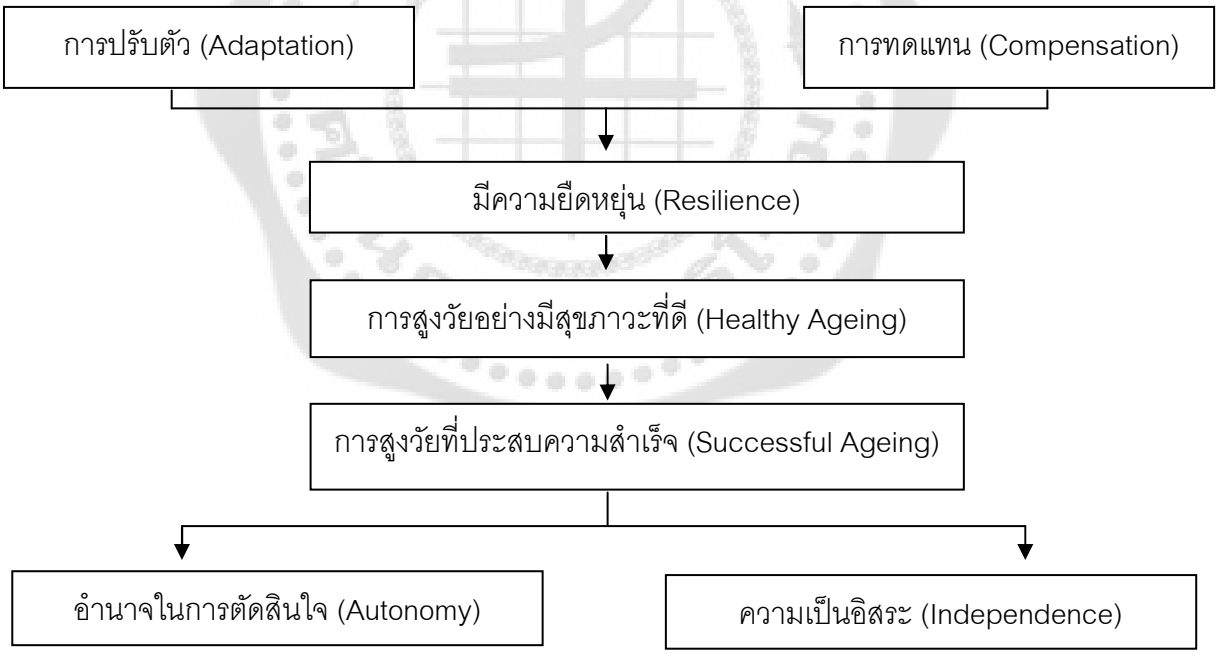
1. แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

1.1 แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Ageing) (Peel; McClure; & Bartlett. 2005)

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นการที่ผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีตามแนวคิดขององค์กรทางสุขภาพของประเทศแคนาดา (Health Canada) ตั้งแต่ปลายปี ค.ศ. 1970 และได้พัฒนาเป็นกรอบนโยบายในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน โดยระบุคำจำกัดความของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นกระบวนการชีวิตที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่ การเพิ่มและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี ความเป็นอิสระ และคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการส่งเสริม การเปลี่ยนผ่านชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ การมีชีวิตที่ยืนยาวจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยไม่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต และยังคงรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจไว้ได้

ความหมายของแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดีค่อนข้างคล้ายคลึงกับแนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ จึงพบว่านักวิจัยบางคนเห็นว่าแนวคิดทั้งสอง คือ แนวคิดเดียวกัน และอาจใช้แทนกัน ส่วนนักวิจัยบางคนเห็นว่าการที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จได้จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาก่อน (Hansen-Kyle. 2005)

แฮนเซน ไคล์ (Hansen-Kyle. 2005) ได้เสนอรูปแบบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับความสูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ต้องมีความสมดุลจึงจะเกิดภาวะของการปรับตัว (Adaptation) การทดแทนหรือการชดเชย (Compensation) ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะยืดหยุ่นหรือความสามารถใน การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (Resilience) ภาวะเหล่านี้ถือเป็นเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นก่อนการมีสุขภาพดี และเมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาวะที่ดี เหตุการณ์ที่ตามมา (Consequences) ก็คือการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging) คือ ความสามารถที่จะสร้างหรือคงไว้ซึ่งบทบาทและวิถีทางการดำเนินชีวิตของตนเอง ประกอบไปด้วยภาวะที่เป็นอิสระ (Independence) และมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบของการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี (A model of healthy)

ที่มา: Hansen-Kyle, L. (2005). A Concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*. 40(2): 45-57.

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของประเทศไทยสอดคล้องกับบริบทต่างประเทศ โดย การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ที่ไม่มีโรคหรือมีโรคประจำตัว และความสามารถที่จะกระทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จากความซับซ้อนที่เกิดจากความมีหลายมิติของแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี เนื่องจากแนวคิดนี้มีความเป็นอัตวิสัยและให้ความสำคัญในระดับปัจเจกบุคคล ทำให้นักวิจัยมีความพยายามที่จะหามติร่วมกันของคำจำกัดความของแนวคิดนี้ โดยเชื่อว่าควรจะมีการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านบวก ซึ่งบ่งถึงศักยภาพในการทำหน้าที่และปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และครอบคลุมการมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Peel; et al. 2005)

1.2 แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful ageing) (Rowe; & Kahn. 1998)

แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จถูกพัฒนาขึ้นโดยรอว์และคาห์น (Rowe; & Kahn. 1998) การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความพึงพอใจและความปรารถนาของตนเอง โดยลักษณะการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การปราศจากหรือหลีกเลี่ยงจากโรคและภาวะทุพพลภาพ (Low probability of disease and disease related disability) 2) การรักษาความสามารถของร่างกายและสติปัญญาให้ยาวนาน (High cognitive and physical functional capacity) และ 3) ทำงานเพื่อชุมชนและสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมอย่างสม่ำเสมอ และการใช้หลักคำสอนทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจในการดำเนินชีวิต (Active engagement with life) ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี มีส่วนร่วมหรือมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนมีความปลอดภัยในชีวิต รวมทั้งมีความพึงพอใจในชีวิต โดยการมองคุณค่าในตนเองและ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (เล็ก สมบัติ; และคนอื่นๆ. 2554)

อย่างไรก็ตามแนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ เชื่อว่า ผู้สูงอายุสามารถคงรูปแบบของกิจกรรมต่างๆ ที่มีคุณค่าที่มีอยู่ในวัยกลางคนต่อเนื่องไปสู่ในวัยสูงอายุ แนวคิดนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นอุดมคติเกินไป เพราะเป็นการคาดหวังซึ่งไม่มีทางเป็นจริงที่ผู้สูงอายุแต่ละคนจะคงระดับสูงๆ ของการทำกิจกรรมตั้งแต่วัยกลางคนจนเข้าสู่วัยสูงอายุ และทำให้ไม่เกิดคำอธิบายในกลุ่มของผู้เจ็บป่วย ผู้พิการ คนอ้วน ผู้ติดยาและสารเสพติด ตลอดจนผู้ที่มีช่วงชีวิตหนึ่งไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมได้ ดังนั้น แนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จจึงถูกวิจารณ์ว่าเป็นการกล่าวถึงกระบวนการสูงอย่างกว้างๆ และมองผู้สูงอายุเป็นกลุ่มก้อนเดียวกัน (Hutchison; et al. 2006; Walker. 2006) ในปี ค.ศ. 1980 แนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จได้ถูกปรับโฉมใหม่ในนามของแนวคิดการสูงวัยอย่างเป็นประโยชน์ (Productive ageing) ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านการเมืองและ

สังคมของประเทศสหรัฐอเมริกาในขณะนั้น โดยการปรับเปลี่ยนความสนใจจากตัวผู้สูงอายุไปเป็นตามกระบวนการของการพัฒนาคนไปตลอดช่วงชีวิต (Walker. 2006)

1.3 แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ (Productive Ageing) (Caro; et al. 1993)

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ ปรากฏครั้งแรกในปี ค.ศ. 1982 โดยนักสังคมวิทยาที่ตั้งข้อสังเกตว่าทำอย่างไรจึงจะสร้างความสมดุลระหว่างความสูงอายุ การเป็นภาระที่ต้องพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และการนำศักยภาพที่มีอยู่ของผู้สูงอายุมาสร้างผลผลิตให้เกิดคุณประโยชน์ต่องานครอบครัว และชุมชน แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ถูกพัฒนาขึ้นโดยคาโรห์และคนอื่นๆ (Caro; et al. 1993) การสูงวัยอย่างมีประโยชน์เป็นการที่ผู้สูงอายุสามารถนำความสามารถของตนเองไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม โดยการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมตามความสนใจและความสามารถของแต่ละบุคคล (Scott; et al. 2001)

บาสและคาโรห์ (Bass; & Caro. 2001) ได้พยายามพัฒนากรอบแนวคิด เพื่อให้ง่ายต่อ การทำความเข้าใจกับแนวคิดการสูงวัยอย่างเป็นประโยชน์ โดยพบว่าแนวคิดดังกล่าวประกอบไปด้วย 5 ส่วนสำคัญ ซึ่งทำงานกันอย่างเป็นระบบ มีความเป็นพลวัตรและเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ดังนี้

1) สภาพแวดล้อม (Environment) ได้แก่ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เหตุการณ์โลก การเมือง การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

2) สถานการณ์ (Situation) ได้แก่ บทบาท ความรับผิดชอบ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพปัจจุบัน บริบทชุมชน ความคาดหวัง เป็นต้น

3) บุคคล (Individual) ได้แก่ ทัศนคติ เพศ เชื้อชาติ คุณลักษณะทางร่างกาย องค์ประกอบทางชีวภาพ

4) นโยบายสังคม (Social policy) ได้แก่ นโยบายของรัฐ ระบบบำเหน็จบำนาญ ภาษี เป็นต้น

5) ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ระดับของการมีส่วนร่วม

สำหรับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ในบริบทของประเทศไทย หมายถึง การคงไว้ซึ่งศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ โดยเป็นความสามารถในการพึ่งตนเองเท่าที่จะทำได้ของผู้สูงอายุและการใช้ความสามารถส่วนตัวในทางสร้างสรรค์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่นและสังคม ส่วนผู้สูงอายุไทยรับรู้ว่าการเป็นผู้สูงอายุอย่างเป็นประโยชน์ คือ การทำกิจกรรมใดๆ โดยผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะผลิตหรือสร้างสรรค์ความเจริญงอกงาม เพื่อประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือเป็นการพัฒนาศักยภาพของตัวผู้สูงอายุเอง ธนาคารสมอง (Brain bank) เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ ผู้ที่เกษียณอายุแล้วแต่ยังมีความรู้ความสามารถมาช่วยงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม และเป็นพลังในการพัฒนาประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับสังคมและ

วัฒนธรรมไทยที่ให้ความเคารพนับถือต่อผู้อาวุโส โดยให้ผู้เกษียณอายุแล้วที่มีความรู้ทักษะ ความเชี่ยวชาญจากประสบการณ์ต่างๆ มาถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันดีงามจากผู้อาวุโสสู่คนรุ่นใหม่ เพื่อสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามเป็นประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติหลังเกษียณอายุ

1.4 **ทฤษฎีพัฒนาการของเพค** (Peck's Developmental Theory) (Peck. 1968)

เพค (Peck. 1968) ได้จำแนกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 55 - 75 ปีและผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปีขึ้นไปซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพและ การมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาและสังคมซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ คือ

1.4.1 ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (Ego differentiation and work-role preoccupation) เป็นความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับบทบาท หน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ อย่างไรก็ตามถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองไม่ได้มาจากบทบาทหน้าที่ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุความรู้สึกนั้นก็ยังคงอยู่ โดยพอใจที่จะหาสิ่งอื่นๆมาทาทดแทน เช่น หางานอดิเรกทำ เข้าร่วมชมรม หรือกลุ่มที่ตนเองสนใจ เป็นต้น

1.4.2 ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ (Body transcendence and body preoccupation) เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับว่าสภาพร่างกายของตนถดถอยลงและพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะมีความสุข

1.4.3 การยอมรับว่าร่างกายของตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ (Ego transcendence and Ego preoccupation) เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์และ การเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติและยอมรับความตายได้โดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตาย ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ยึดติดกับสภาพร่างกายและพยายามยื้อไว้ให้ยาวนานที่สุด จะไม่มีความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ แล้วมีความหวาดกลัวต่อความตาย

2. **แนวคิดและทฤษฎีทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี**

2.1 **ทฤษฎีกิจกรรม** (Activity Theory) (Havighurst. 1963)

ทฤษฎีกิจกรรมพัฒนาขึ้นโดย ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst. 1963) ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่เน้นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุกล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลงแต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองสนใจ หรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาจะทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข สำหรับคำว่ากิจกรรมตามทฤษฎีนี้ หมายถึงกิจกรรมต่างๆ นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อตนเอง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูงต่อสังคมหรือชุมชน ซึ่งเป็น

กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ และยังมีคุณค่า ดังนั้นการมีกิจกรรมที่พอเหมาะกับวัยของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและจำเป็น การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้

1) สภาพสังคมปัจจุบันที่ทันสมัยและเปลี่ยนแปลงไป (Modernization Perspective) เป็นปัจจัยซึ่งว่าด้วยบทบาทของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปอาจทำให้ผู้สูงอายุก้าวตามไปไม่ทัน

2) การเชื่อมโยงบุคคลแต่ละวัยแต่ละยุค (Intergeneration Linkage) เป็นปัจจัยที่สนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ชีวิตของคนเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันระหว่างคนในวัยเดียวกันแต่คนละยุคสมัย

3) บทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของแต่ละวัยของคน (Structural Functional Theory) ปัจจัยนี้กล่าวถึงการสูงอายุว่าเมื่อคนเข้าสู่วัยชรามากขึ้นบทบาทหน้าที่ของตนเองก็จะลดลง

กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548) คือ

1) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ เช่น อาสาสมัครให้บริการทางสุขภาพอนามัย ช่วยเหลือกิจกรรมโรงพยาบาล กิจกรรมทางด้านสังคมสงเคราะห์ องค์การทางศาสนา

2) กิจกรรมที่มีรูปแบบ เพื่อการเรียนรู้เพื่อตอบสนองต่อความอยากรู้ ความอยากเห็นเพื่อดำเนินกิจกรรมบางอย่างให้เสร็จ เช่น การเรียนรู้ในระบบการศึกษาผู้ใหญ่ หรือการเข้าอบรมในระยะสั้นๆ

3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว เช่น นันทนาการงานอดิเรก เล่นกีฬา เล่นดนตรี เป็นสมาชิกชมรม สมาคมต่างๆ รวมทั้งการท่องเที่ยว และเป็นผู้บรรยายพิเศษซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชนและสังคมเป็นต้น ผู้สูงอายุควรหากิจกรรมนันทนาการทำเพื่อให้ร่างกายกระตือรือร้น มีแนวคิดใหม่ ได้สัมผัสคนอื่นและจิตใจตื่นตัว มีชีวิตชีวา

2.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) (Cumming; & Henry. 1961)

ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่างเป็นทฤษฎีที่ถูกพัฒนาโดย คัมมิ่งและเฮ็นรี่ (Cumming; & Henry. 1961) และได้เผยแพร่และตีพิมพ์เป็นครั้งแรกในหนังสือ Growing old: The Process of Disengagement เมื่อปี 1961 ทฤษฎีนี้ได้เน้นถึงการที่ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากผู้สูงอายุจะยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลงจึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน พอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่คนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและ

ค่อยๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด อย่างไรก็ตามโดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามผสานอยู่กับสังคมให้นานเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการรักษาสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ก่อนที่บทบาทของตนเองจะแคบลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นโดยสรุปกระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะดังนี้ 1) เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป 2) เป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ 3) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุถึงพอใจ 4) เป็นสากลของทุกสังคม และ 5) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์

ปัจจัยที่มีผลต่อการถอยห่างของผู้สูงอายุ ได้แก่ กระบวนการชราที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล สภาพสังคมและความเชื่อมโยงของอายุที่เพิ่มขึ้น (Eliopoulos. 2010: 16) จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการถอยห่าง และทฤษฎีกิจกรรมจะมีความขัดแย้งกัน ซึ่งนิวการ์เท็น และคนอื่นๆ (Neugarten; et. al. 1968) ได้ศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งทั้งสองทฤษฎีแล้ว พบว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีความสุข และมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคลที่ผ่านมา ผู้ที่มีบทบาทในสังคม ชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็ต้องการที่จะร่วมกิจกรรมต่อไป ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษ ไม่เคยมีบทบาทใดๆ ในสังคมมาก่อนก็ย่อมที่จะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น และได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

2.3 **ทฤษฎีความต่อเนื่อง** (Continuity Theory) (Neugarten; et. al. 1968)

ทฤษฎีความต่อเนื่องเป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย นิวการ์เท็น และคนอื่นๆ (Neugarten; et. al. 1968) เพราะเหตุว่าทั้งทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีการถอยห่างไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึง ความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุได้ นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมาและมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาร่วมอธิบาย ได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ

3. แนวคิดและทฤษฎีทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender. 1996)

การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นแนวทางในการอธิบายถึงส่วนประกอบของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีคุณค่าแห่งการคาดหวัง (Expectancy-Value Theory) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancies) และเป็นแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่เน้นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของแต่ละบุคคล

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ลักษณะรายบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristic and experiences) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) และพฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. **ลักษณะรายบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล** โดยมีความเชื่อที่ว่า บุคคลมีเอกลักษณ์และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลประกอบด้วยพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

1.1 **พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior)** คือ พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาจนกลายเป็นนิสัย (Habit Formation) มีอิทธิพลทั้งทางตรงและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Self-Related Affect) ทำให้เกิดการพิจารณาไตร่ตรองและความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) จะทำให้บุคคลมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำ

1.2 **ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)** มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลทางอ้อมโดยส่งผ่านองค์ประกอบทางด้านการรับรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคลสามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.2.1 **ปัจจัยด้านชีวภาพ (Personal Biologic Factors)** ประกอบด้วยอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ความแข็งแรง และความสมดุลของร่างกาย เป็นต้น

1.2.2 **ปัจจัยด้านจิตใจ (Personal Psychological Factors)** ประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถของบุคคล เป็นต้น

1.2.3 **ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Personal Sociacultural Factors)** ประกอบด้วย เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม วัฒนธรรม การศึกษา และสภาพเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น

2. **ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)** เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ด้าน ดังนี้

2.1 **การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ** (Perceived Benefits of Action) สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง ทำให้เป็นแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกมา การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำจะส่งผลต่อความมุ่งมั่นในการแสดงพฤติกรรม โดยขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ที่ได้รับ และระยะห่างของเวลาการปฏิบัติกับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

2.2 **การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ** (Perceived Barriers of Action) จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวกสิ้นเปลือง ความยากลำบาก หรือการเสียเวลา เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และทางอ้อมโดยผ่านความมุ่งมั่นต่อการแสดงพฤติกรรมซึ่งจะทำให้ความตั้งใจของบุคคลลดลง

2.3 **การรับรู้ความสามารถของตนเอง** (Perceived Self-Efficacy) โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา การที่บุคคลตัดสินว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ โดยพิจารณาจากความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น

2.4 **อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม** (Activity Related Affect) เป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นในช่วงก่อน ระหว่าง หรือหลังการเกิดพฤติกรรม ความรู้สึกนี้จะเก็บไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อารมณ์ที่เกิดจากการกระทำในขณะนั้น อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น อารมณ์เกี่ยวข้องกับบริบทในขณะที่กระทำพฤติกรรม

2.5 **อิทธิพลระหว่างบุคคล** (Interpersonal Influences) ปัจจัยระหว่างบุคคล เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ ทัศนคติของผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการสุขภาพ อิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บรรทัดฐานของสังคม (Norms) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการมีบุคคลเป็นแบบอย่าง (Modeling)

2.6 **อิทธิพลสถานการณ์** (Situational Influences) เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงทางเลือกที่มีอยู่ (Perceptions of option available) ลักษณะของ ความต้องการ (Demand characteristics) และความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Aesthetic features of the environment)

3. **ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม** (Behavioral Outcome) เป็นการกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

3.1 **ความมุ่งมั่นต่อแผนการกระทำ** (Commitment to a Plan of Action) เป็น ความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย วิธีการปฏิบัติ เวลา สถานที่ และเป้าหมายที่เป็นไปได้ รวมทั้งกลยุทธ์เสริมแรงเพื่อจูงใจให้ปฏิบัติ

3.2 **ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น** (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นๆ ที่เกิดขึ้นทันที เช่น การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายแต่ระหว่างทางผ่านห้างสรรพสินค้าจึงตัดสินใจไปเดินซื้อสินค้าไม่ไปออกกำลังกาย เพราะชอบซื้อของมากกว่าการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เป็นต้น

3.3 **แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ** (Health Promoting Lifestyles) เป็นการกระทำที่แสดงออกในการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งคงไว้ซึ่งการมีร่างกายที่แข็งแรง พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำ ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายของแบบจำลอง เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จะทำให้ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ เนื่องจากการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ดีหรือในระดับสูง (Optimal health or high-level wellness) เช่น องค์การอนามัยโลกได้เสนอว่า การดำเนินชีวิตเป็นนิสัย แบบแผน หรือวิถีในการดำเนินชีวิต ซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติและค่านิยมของบุคคล หรือวัฒนธรรมทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคม และองค์การทางสังคม ในขณะที่วอล์คเกอร์ ซีคริสท์ และเพนเดอร์ (Walker; Sechrist; & Pender. 1987: 77) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำในกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั้งเข้านอน ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาวะของบุคคลนั้น องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยสามารถแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

3.3.1 โภชนาการ (Nutrition) เป็นการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัยและได้คุณค่าทางโภชนาการ

3.3.2 การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Exercise) เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มีรูปแบบ เพื่อการสร้างและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ เป็นต้น

3.3.3 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการตระหนักต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ สังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ

3.3.4 การจัดการความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกาย หรืองานอดิเรกที่ชอบ เป็นต้น

3.3.5 การมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น (Interpersonal Relations) เป็นการตระหนักถึงความรู้สึกใกล้สนิทสนม มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3.3.6 การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) หมายถึง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต กระทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น

2.1.3 การวัดและการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีที่นิยมใช้ในปัจจุบันสามารถแบ่งออกเป็น 2 แบบวัด ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS)) และแบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile 2 (HPLP-II)) โดยแต่ละแบบวัดมีรายละเอียด ดังนี้

แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS)) ถูกพัฒนาขึ้นโดย วอล์คเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker; et al. 1995) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประเมินความถี่ในการแสดงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อและเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด และครอบคลุมองค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้ง 6 พฤติกรรม ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ (A 4- point Likert-type scale) คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำโดยคะแนนต่ำสุด คือ 48 คะแนนและคะแนนสูงสุด คือ 192 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงจะมีระดับของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีที่สูง (Aksoy; et al. 2011: 600–603; Bahar; et al. 2008: 1-12)

ในขณะที่แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile 2 (HPLP-II)) ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยวอล์คเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker; et al. 1995) ซึ่งเป็น แบบวัดที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยมีข้อคำถามทั้งหมด 52ข้อ และเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ (A 4- point Likert-type scale) คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยๆ และเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยคะแนนต่ำสุด คือ 52 คะแนนและคะแนนสูงสุด คือ 208 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงจะมีระดับของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูง ต่อมาบาฮารและคนอื่นๆ (Bahar; et al. 2008) ได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ (Validity and reliability tests) พบว่าแบบวัด HPLP-II มีค่า*สัมประสิทธิ์*แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha coefficient) ในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการความเครียด โภชนาการ ความรับผิดชอบต่อ

สุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.64 0.68 0.77 0.79 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี สุขภาวะที่ดี พบว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นจาก การสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงสาธารณสุข. 2549; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2554; Foroushani; et al. 2014; Hacihasanoglu; & Gozum. 2011; Gillis. 1997; Pender. 1996; Rattanapun; et al. 2009; Thanakwang; Isaramalai & Hatthakit. 2014; Thiamwong; et al. 2008; Walker; Sechrist; & Pender. 1987) ในการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีได้สร้างตามนิยามความหมายที่สังเคราะห์ขึ้นและปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมไทย ลักษณะของแบบสอบถามแต่ละข้อคำถามใช้ตัวเลือกแบบมาตรวัดรวมประมาณค่า (Summated rating scale) แบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย (1) จนกระทั่ง เป็นประจำ (4) การแปลความหมาย คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พบว่า มีหลากหลายวิธีที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเหมาะสมกับสภาวะของโรค เช่น การศึกษาของ สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคนอื่นๆ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 68 คน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ กนกวรรณ อุดมพิทยารัชต์ (2557) ที่พบว่าภายหลังที่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05รวมทั้งค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่การศึกษาของสุพิชชา วงค์จันทร์ อังศินันท์ อินทรกำแหง และพรรณี บุญประกอบ (2555: 83-94) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายมีอิทธิพลต่อดัชนีมวลกายของบุคลากร

ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของมิฮอก (Miok. 2002) ที่ศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุชาวอเมริกัน-เกาหลีที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับที่ 1 และไม่ได้รับยาลดความดันโลหิต จำนวน 156 คน เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการปรับพฤติกรรมมีความรู้ ทัศนคติ แบบแผนในการรับประทานอาหาร และการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งมีระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และระดับคลอเลสเตอรอลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 **ผลลัพธ์ทางสุขภาพ** (Health Outcomes)

2.2.1 ความหมายและองค์ประกอบของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

คำว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ นั้นได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ เช่น แลง (Lang. 1976: 45-56) ได้เสนอว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยวัดจาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ ในขณะที่โดนาบีเดียน (Donabedian. 1982) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ทาง ด้านสุขภาพที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพ

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง ตัวบ่งชี้ทางด้านสุขภาพที่แสดงถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ความดันโลหิต (The Blood Pressure) และค่าดัชนีมวลกาย (The Body Mass Index) เนื่องจากระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับดัชนีมวลกาย เช่น จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2554) พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ทำให้เสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตที่สูงขึ้นถึง 4.61 เท่าของผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติและในขณะเดียวกัน ถ้าน้ำหนักตัวลดลง ค่าความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย โดยน้ำหนักที่ลดลง 1 กิโลกรัมจะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) 1.2-1.6 มิลลิเมตรปรอท และความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) 1.0-1.3 มิลลิเมตรปรอท (วิชัย เอกพลากร. 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 8 (The Joint National committee 8th) ที่เสนอว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะอ้วนร่วมด้วย ถ้ามีการลดน้ำหนักตัวลงตั้งแต่ 4.5 กิโลกรัมจะช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ (James; et al. 2014: 507-520) โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

ค่าความดันโลหิต (The Blood Pressure) หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ค่าแรงดันโลหิตที่วัดแบ่งออกเป็น 2 ค่า คือ ความดันช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) ซึ่งเป็นขณะที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดเข้ามาในหลอดเลือดแดง ความดันช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) โดยความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา อายุ เพศ และสภาวะของร่างกาย (James; et al. 2014: 507-520)

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หมายถึง เกณฑ์ที่บอกถึงภาวะโภชนาการโดยรวมของร่างกายและหาได้จากการคำนวณด้วย ค่าน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ตามปกติแล้วการหาดัชนีมวลกายจะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและประหยัดในการจำแนกและวัดความรุนแรงของภาวะโภชนาการได้ (Mahan; & Escott-Stump. 1996) ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30 (พรฑิตา ชัยอำนวย. 2545) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด (ศรัญญา คล้ายสกุล. 2551) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้มองภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-concept) ไปในทางลบ ความภาคภูมิในในตนเอง (Self esteem) ต่ำกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของความเครียดได้ (สุภลักษณ์ บุญความดี. 2541)

2.2.2 การวัดและการประเมินของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ในปัจจุบันการวัดความดันโลหิตสามารถวัดทำการวัดความดันโลหิตที่โรงพยาบาล การวัดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมง และการวัดความดันโลหิตสูงจากการวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยสมาคมความดันโลหิตสูงยุโรปได้แนะนำให้ผู้ป่วยต้องนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที และไม่สูบบุหรี่ หรือหลังจากสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (Caffeine) อย่างน้อย 30 นาที หลังเข้าห้องน้ำแล้วในตอนเช้าให้วัดก่อนรับประทานยา นั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง แขวนวางบนโต๊ะ ไม่ขยับแขน ไม่นั่งไขว้ห้างเท้า 2 ข้างวางอยู่บนพื้น และไม่พูดคุยในช่วงเวลาที่วัดความดันโลหิต (O'Brien; et al. 2003: 821-848) จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ได้จำแนกระดับ ความดันเลือดออกเป็นระยะของโรค ดังในตาราง 2 ซึ่งเกณฑ์ตัดสินว่าเป็นโรคความดันเลือดสูงอยู่ที่ระดับความดันเลือดเท่ากับหรือมากกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท เหมือนกับเกณฑ์ของ World Health Organization / International Society of Hypertension (WHO/ISH Writing Group. 2003) และ European Society of Hypertension – European Society of Cardiology Guidelines for the

Management of Arterial Hypertension โดยผู้ที่มีเบาหวานหรือโรคไตทำงานผิดปกติจะลดเกณฑ์มาอยู่ที่ระดับเท่ากับหรือมากกว่า 130 / 80 มิลลิเมตรปรอท (หรือที่ระดับเท่ากับหรือมากกว่า 130 / 85 มิลลิเมตรปรอทตามเกณฑ์ของ European Society of Hypertension) ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ที่ใช้ในประชากรทั่วไป (ตาราง 2)

ตาราง 2 ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป จนถึงผู้สูงอายุ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2555)

ระดับความดันโลหิต	ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)
เหมาะสม	< 120 และ	< 80
ปกติ	120-129 และ/หรือ	80-84
ปกติค่อนข้างสูง	130-139 และ/หรือ	85-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140-159 และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	160-179 และ/หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3	≥180	≥110
ความดันโลหิตสูงช่วงหัวใจบีบตัวสูง	≥140	< 90

ตาราง 3 เกณฑ์การประเมินน้ำหนักตัวโดยใช้ดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชีย (WHO. 2004)

ภาวะน้ำหนักตัว	ดัชนีมวลกาย
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.500
ปกติ	18.500 - 22.999
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	≥ 23.000
- ท้วม มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน (At risk)	23.000 - 24.999
- โรคอ้วนระดับ I (Obese grade 1)	25.000 - 29.999
- โรคอ้วนระดับ II (Obese grade 2)	>30.000

ส่วนการหาค่าดัชนีมวลกายเป็นวิธีการที่ใช้ในการประเมินการสะสมพลังงานในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยถ้าดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐานบ่งบอกว่าบุคคลมีน้ำหนักที่มากเกินไปไม่สมดุลกับส่วนสูงหรือมีไขมันสะสมอยู่ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย องค์การอนามัยโลก (WHO. 2004) ได้เสนอเกณฑ์ในการพิจารณาและตัดสินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยการใช้ค่าดัชนีมวลกาย สำหรับคนเอเชีย ดังแสดงในตาราง 3

2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การศึกษาของศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551) ที่ทำการศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยกิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง และติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล (2554) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในด้านอาหาร การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และยาลดความดันโลหิตตามแนวคิดของแคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) ต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 คน เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีชัยรัตนกูล และคนอื่นๆ (Srichairattanakull; et al. 2014) ที่ทำการศึกษาโปรแกรมพัฒนาตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในประชาชนชาวไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 42 คน โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตและแนวทางป้องกัน การตรวจสุขภาพ การใช้ตรวจแบบ และการอภิปรายเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคในการจัดการตนเอง รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นและมีค่าความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

นอกจากนั้นการจัดการตนเองแล้ว งานวิจัยที่ผ่านมายังได้ทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในของตนเอง การดูแลตนเอง และการกำกับตนเองของ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ของสุนันทา ศรีศิริ (2555) ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันช่วงหัวใจบีบตัวและความดันช่วงหัวใจคลายตัวและค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง ทัศนา ทองภักดี และ วรสรณ์ เนตรทิพย์ (2553: 97-112) ที่ศึกษาผลการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model ของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าภายหลังสิ้นสุดโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่ารอบเอวและสะโพกลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของอินทรกำแหง (Intarakamhang. 2012) และการศึกษาของอินทรกำแหง และดวงจันทร์ (Intarakamhang; & Dungchan. 2012) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม 3 self ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเมตาบอลิก (Metabolic) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเมตาบอลิก (Metabolic) ที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรม 3 self มีการรับรู้ความสามารถของตนเองการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าดัชนีชี้วัดทางการแพทย์ เช่น ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่ารอบเอวและสะโพก น้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด เป็นต้น ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับสุพิชชา วงค์จันทร์ อังศินันท์ อินทรกำแหง และพรรณี บุญประกอบ (2557) ที่ศึกษาผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถของตนเองการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย จำนวน 62 คน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 3 Self มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. **การรับรู้ความสามารถของตนเอง** (Perceived Self-Efficacy)

3.1 **ความหมายการรับรู้ความสามารถของตนเอง**

การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การประเมินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองใน การกระทำตามเป้าหมายที่กำหนด (Bandura. 1997; Schunk. 2000) การรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคลว่าสามารถทำอะไรตามทักษะและความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura. 1997) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำ กิจกรรม การใช้ความพยายาม ความอดทน

ปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลและมีความยืดหยุ่นไปตามสภาพการณ์ โดยบุคคล 2 คนที่มีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่างกัน อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ หรือแม้แต่บุคคลคนเดียวกันที่รับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกมาได้เช่นกัน

3.2 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองถูกพัฒนาขึ้น โดยแบนดูรา (Bandura. 1997: 22-23) ที่เสนอว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคลแต่ละคนนั้นต้องอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการเลือกแสดงพฤติกรรมออกมาในสถานการณ์ต่างๆ และขึ้นอยู่กับระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความเข้มหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และการนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ถ้าบุคคลคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา แต่ถ้าบุคคลนั้นมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นในทางลบ บุคคลนั้นจะหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพประกอบ 3

การรับรู้ความสามารถของตนเอง		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	**ต่ำ**
	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์

ที่มา: Bandura. A. (1999). *Self-efficacy in Changing Societies*. P.22.

แบนดูราได้เสนอวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนไว้ 4 วิธี ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่ได้รับและประสบความสำเร็จ ทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองได้ เพราะเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะทำได้

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การมีตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลของการกระทำตามที่คาดหวัง ทาให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าตนก็สามารถทำได้หากมีความพยายามจริงและไม่ย่อท้อ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การลดการกระตุ้นทางอารมณ์จะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

3.3 การวัดและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย พบว่า มีนักวิจัยจำนวนมากได้สร้างและพัฒนาแบบวัดที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถจัดประเภทแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การวัดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ ตั้งแต่ไม่มีความมั่นใจจนถึงมีความมั่นใจ 2) การวัดระดับความยากของงานที่ปฏิบัติ โดยคำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ 3) การวัดแบบผสม คือ เป็นการวัดทั้งความมั่นใจและความยากใน การปฏิบัติ และ 4) การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในลักษณะทั่วๆ ไป โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนไปถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า (ปรีดา เบ็ญคาน. 2548: 24; วิลาสลักษณ์ ชัววัลลี. 2542: 34)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ซึ่งเป็นการวัดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ตั้งแต่ไม่มีความมั่นใจจนถึงมีความมั่นใจ โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

3.4 การรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์สูงกับการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เช่น การศึกษาของแอนนิซีและโกจารา (Annesi; & Gorjala. 2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของ การจัดการกำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ของการจัดการกำกับตนเอง และการศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน ของ ธิรานี โหมขุนทด (2551) พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สายฝน กันธมาลี (2550) ที่พบว่า ภายหลังผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 200 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา ศรีศิริ (2555) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานครจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันช่วงหัวใจบีบตัวและความดันช่วงหัวใจคลายตัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นตัวแปรจัดกลุ่มในการวิจัยครั้งนี้

4. โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงครั้งนี้มีพื้นฐานมาจากปรัชญาปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ของจอห์นดิวอี้ (John Dewey. 1938) ที่เชื่อว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลลงมือกระทำเอง (Learningby doing) และประสบการณ์มีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของบุคคล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ถูกพัฒนาขึ้นครั้งนี้เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดเรียนรู้ด้วยการลงมือทำและนำตนเองในการเรียนรู้ (Self-Directed Learning) โดยมีการเชื่อมโยงกับประสบการณ์และความสนใจของตัวผู้สูงอายุเองหรือผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ ผู้สูงอายุจะเป็นผู้กำหนดความต้องการที่จะเรียนรู้ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ วิธีการเรียนรู้ และประเมินความก้าวหน้าด้วยตนเอง (อาชัญญา รัตนอุบล; และคนอื่นๆ. 2555) ส่วนผู้จัดโปรแกรมให้กับผู้สูงอายุจะเป็นเพียงเพื่อนร่วมทาง (Facilitator) ในการเรียนรู้ร่วมกับผู้สูงอายุ โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือเป็นผู้อำนวยความสะดวกและให้การเสริมแรงแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมากกว่าการถ่ายทอดโดยตรง นอกจากนั้นแล้วทรัพยากรหรือแหล่งในการเรียนรู้จะต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจและการเรียนรู้ได้ (นันทรัตน์ อมาตยกุล. 2555: 56)

โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ถูกพัฒนานี้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้ 5 ประการ ได้แก่ 1) ความต้องการความรู้เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิต (Coping Needs) เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ความต้องการทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Expressive Needs) เช่น ทักษะการจัดการตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น 3) ความต้องการความรู้เพื่อการถ่ายทอดให้สังคม (Contributive Needs) เช่น การทำกิจกรรมอาสาสมัครต่างๆ 4) ความต้องการความรู้เพื่อความเข้าใจสภาพแวดล้อม (Influence Needs) เช่น ความรู้เกี่ยวกับชุมชนและสภาพแวดล้อมรอบตัวทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และ 5) ความต้องการความรู้ในการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นกว่าเดิม (Transcendence Needs) เช่น ความรู้และการศึกษาที่จัดในรูปแบบต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (McClusky. 1975)

4.1 เป้าหมายการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการสังเคราะห์แนวคิดของโนลล์ (Knowles. 1980) แม็กคลัสกี (McClusky. 1975) และเพ็ญแข ประจนปัจจนึก (2550) พบว่า เป้าหมายการจัดกิจกรรม สำหรับผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาศักยภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือตนเอง ลดการเป็นภาระของสังคม และสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ได้

2. เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นและทัศนคติเชิงบวกแก่ผู้สูงอายุในการพัฒนาศักยภาพของตนเองด้วยการมีความคิดเชิงบวกต่อตนเองและสังคม และเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการชราภาพตามธรรมชาติ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักและเกิดความเข้าใจในกระบวนการชราภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

4. เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืนหรือมีศักยภาพที่เหมาะสมในการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วม และความปลอดภัยในชีวิต

4.2 หลักการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนแนวคิดและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับหลักการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถสรุปได้ ดังนี้ (McClusky. 1975; Moody. 1990; Knowles. 1980)

1. การจัดกิจกรรมควรจัดให้สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุในแต่ละคน หรือเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต (Needs and Interests)

2. การเอาสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้สูงอายุ (Life Situations) มาเป็นศูนย์กลางหรือหลักในการเรียนรู้ (Life-Centered) เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้สูงอายุจะได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมควรยึดประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นหลัก

3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of Experiences) ผู้สูงอายุแต่ละคนมีประสบการณ์ที่มีคุณค่า โดยจัดเวลาให้ผู้สูงอายุได้คิด และวิเคราะห์ประสบการณ์ในการทำกิจกรรมอย่างละเอียดเพื่อนำมาใช้ในออกแบบการจัดการเรียนรู้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง (Self-Directing) ผู้จัดโปรแกรมมีบทบาทในกระบวนการสืบหาหรือค้นหาคำตอบร่วมกับผู้สูงอายุ (Mutual Inquiry) มากกว่าการทำหน้าที่ส่งผ่าน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ที่ได้มาใช้ประยุกต์ใช้ในแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนเองและทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences) เมื่ออายุเพิ่มขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละคน (Pace of Learning) ดังนั้น ในการจัดการเรียนรู้จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเพื่อจัดเตรียมรูปแบบของการจัดการเรียนรู้ เวลาที่จัด สถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

4.3 รูปแบบในการจัดการกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

รูปแบบในการจัดการกิจกรรมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความเหมาะสม ขนาดกลุ่มของผู้สูงอายุ ลักษณะของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อม และคุณภาพของวิทยากร (Knowles. 1980: 90-91) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้จากโปรแกรมไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ นำไปสู่การมีสุขภาพร่างกายและความเป็นอยู่ที่ดี และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดกิจกรรมระดับปัจเจกบุคคล เป็นรูปแบบที่มีความสำคัญค่อนข้างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ก่อให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง เช่น การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในการตั้งเป้าหมายและวางแผน การลงมือปฏิบัติหรือการทำแบบฝึกหัดในกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

2. รูปแบบการจัดกิจกรรมระดับกลุ่ม เช่น อภิปรายกลุ่ม การบรรยาย การใช้กรณีตัวอย่าง/บุคคลต้นแบบ และการจัดทัศนศึกษา การทำกิจกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มนี้ ทำให้บุคคลได้ฟังหรือมีประสบการณ์ในลักษณะเดียวกับผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่า ตัวเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นหรือไม่รู้สึกท้อแท้

และสิ้นหวัง เพราะอย่างน้อยก็ยังมีเพื่อนที่มีประสบการณ์ลักษณะคล้ายๆ กัน และจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกัน รวมทั้งได้ระบายความทุกข์ ความกลัว และความวิตกกังวล ทำให้มีกำลังใจที่จะทำต่อไป

4.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในปัจจุบันมีนักวิชาการจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองไว้หลากหลายทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านจิตวิทยา และสุขศึกษา จึงเป็นเรื่องยากในการที่จะให้คำจำกัดความของ การจัดการตนเองอย่างชัดเจนและครอบคลุมทั้งหมด เช่น โทบินและคนอื่นๆ (Tobin; et al. 1986) ได้เสนอว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำที่บุคคลพยายามควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเองอย่างสมัครใจ ทำให้เกิดปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่ กระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) เป็นการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ แยกแยะสาเหตุและจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม 2) การเตือนตนเอง (Self-Instruction) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำพฤติกรรมเพื่อกำกับ เพิ่ม คงไว้ หรือลด การตอบสนองที่เหมาะสมและมีการกระตุ้นตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Self-Induced Responses Change) และ 3) การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการพิจารณาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ส่วนแคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) ได้เสนอว่า การจัดการตนเอง คือ พฤติกรรมที่บุคคลจัดการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสถานการณ์นั้น โดยมีการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ในขณะที่เคลียร์ (Creer. 2000: 95-129) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยตนเอง เพื่อควบคุมอาการและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูลและประเมินผลการตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ ส่วน บารโลว์ และคนอื่นๆ (Barlow; et al. 2002: 178) เสนอว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง คือ ความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดจากโรคทางกายและใจ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ของแต่ละบุคคล ส่วนลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003: 1-7) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเอง คือ การเรียนรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองทั้งทาง

ร่างกายและจิตใจ เพื่อใช้ในการเผชิญกับปัญหาหรือโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) การตัดสินใจ (Decision Making) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource Utilization) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (The Formation of a Patient Provider Partnerships) การปฏิบัติ (Taking Action) และ การปรับให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (Self Tailoring) ดังนั้น การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำที่บุคคลพยายามควบคุมในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรคด้วยตนเอง และลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงถูกพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) เนื่องจากแนวคิดหรือทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งไม่เพียงพอที่จะพัฒนาเป็นโปรแกรมทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนได้ โดยในแต่ละแนวคิดจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีความกระฉับกระเฉง และดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน (Nieboer; & Lindenberg. 2002; Steverink; & Lindenberg. 2005; Van Bruggen. 2001)

แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) (Bandura. 1989)

แนวคิดการกำกับตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) ที่เสนอโดย แอลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura. 1989) โดยเชื่อว่า ถึงแม้ว่าบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมมากระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา แต่บุคคลก็สามารถใช้พุทธปัญญา (Cognitive approach) ในการแสดงพฤติกรรมของตนเองออกมาโดยการสังเกตและเลียนแบบการกระทำของผู้อื่นพฤติกรรมที่ได้จดจำในสมอง เมื่อมีเงื่อนไขหรือแรงจูงใจที่เหมาะสม เช่น การศึกษาของ ศรัญญา คล้ายสกุล (2551) ที่ศึกษาผลของการกำกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อระดับความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกจำนวน 50 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะนำหนักตัวเกินมาตรฐาน และโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการปฏิบัติโยคะที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พร้อมทั้งการติดตามจากผู้วิจัย เพื่อให้คำแนะนำและให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับสิรญา ธาสถาน และคนอื่นๆ (2557) ที่ศึกษาผลโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและ

ระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วยการสังเกต การตัดสินใจ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางการแพทย์วิถีพุทธ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางการแพทย์วิถีพุทธสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แนวคิดการกำกับตนเองประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-Observation) กระบวนการตัดสิน (Judgment Process) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) โดยมีรายละเอียดในแต่ละกระบวนการ ดังนี้

1. **การสังเกตตนเอง** (Self-Observation) เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้จริง และทำให้เกิดความตระหนัก (Awareness) บุคคลจะระมัดระวังตัวที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือการถอนสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Stimulus Removal) แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือเข้าใกล้สิ่งกระตุ้นที่ทำส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงปรารถนา (Selective stimulus exposure) มากขึ้น กระบวนการสังเกตตนเองนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 **การตั้งเป้าหมาย** (Goal Setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องเปลี่ยนแปลงและเกณฑ์ในการประเมินอย่างชัดเจน รูปแบบลักษณะของเป้าหมายที่บุคคลกำหนดขึ้นนั้นเป็นไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายจะไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าเป้าหมายนั้นขัดแย้งกับเป้าหมายอื่น โดยในการตั้งเป้าหมายในกิจกรรมต่างๆ ควรมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนจึงจะทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น คุณสมบัติของเป้าหมายที่จะประสบความสำเร็จนั้นประกอบด้วย 1) เป้าหมายต้องมีความเฉพาะเจาะจงและมีทิศทางในการกระทำที่แน่นอน โดยบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนว่า เขาจะต้องกระทำพฤติกรรมอย่างไรหรือเท่าไร 2) เป้าหมายต้องมีลักษณะที่ท้าทายจะช่วยกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น เพื่อให้การกระทำนั้นบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่เขาได้กำหนดไว้ 3) เป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจและส่งเสริมความสามารถของตนเองมากกว่าเป้าหมายระยะยาว เนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จตามที่ตั้งไว้ได้ง่ายและเร็ว และเมื่อบุคคลบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในระยะยาวมากขึ้น และ 4) เป้าหมายควรอยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สามารถปฏิบัติได้

1.2 **การติดตามตนเอง** (Self-Monitoring) เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวกับกระทำพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำลงไปแล้ว และแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการการติดตามตนเองทำให้ทราบลักษณะปกติของบุคคล และทำให้มีความตระหนัก (Awareness) อย่างสม่ำเสมอ การมีความตระหนักต่อความปกติ (Baseline) ของอาการ บุคคลจะระมัดระวังตัวที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัว ขั้นตอนในการติดตามตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย 2) การจำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ 3) การกำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึกการสังเกต 4) บันทึกพฤติกรรม 5) การแสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน และ 6) การวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำการบันทึก

ประสิทธิภาพของการติดตามตนเอง ได้แก่ 1) ระดับของแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเองหรือความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง (Motivation level) 2) การให้คุณค่าของพฤติกรรม (Value) รวมทั้งความยากง่ายของพฤติกรรม 3) ความสามารถในการควบคุม (Amenability to control) และ 4) ช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Temporal proximity) ถ้าช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมสั้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น เช่น ความต้องการลดความดันโลหิต การบันทึกจำนวนเกลือที่รับประทานแต่ละมื้ออย่างทันทีทันใดจะส่งผลทำให้เกิดความระมัดระวังในการรับประทานอาหารมากขึ้นดีกว่าบันทึกในตอนก่อนนอนของแต่ละวัน

2. **กระบวนการตัดสินใจ** (Judgment Process) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากกระบวนการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง โดยการนำข้อมูลที่ได้บันทึกไว้เปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ นอกจากการตัดสินใจที่ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่

2.1 การเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคม (Social Referential Comparison) ซึ่งประกอบด้วยการเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคม (Normative Comparison) การเปรียบเทียบกับสังคม (Social Comparison) การเปรียบเทียบกับตนเอง (Self-Comparison) และการเปรียบเทียบกับกลุ่ม (Collective Comparison) (Bandura.1986 อ้างอิงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2550: 56 – 57)

2.2 คุณค่าของกิจกรรม (Valuation of Activities) กระบวนการตัดสินใจจะไม่ส่งผลใดๆต่อบุคคล ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคล แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่า การประเมินตนเองก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที โดยถ้าบุคคลพบว่า

กิจกรรมนั้นมีคุณค่าน้อยหรือไม่มีคุณค่า บุคคลนั้นจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมนั้นมีคุณค่ามาก บุคคลนั้นจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นมาก ส่วนกิจกรรมที่มีคุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับคุณค่าของกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับ

3. **การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง** (Self-Reaction) เป็นกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เมื่อตนเองประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งสำเร็จ การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเสริมแรงทางบวกและทางลบ ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมสร้างแรงทางบวกมากกว่าทางลบ และบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตัวเอง เพราะผู้อื่นไม่สามารถที่จะทราบว่าบุคคลนั้นมีความต้องการการเสริมแรงหรือไม่ ในการเสริมแรงต้องเสริมแรงทันทีอย่างเหมาะสม โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถกระทำได้ตามพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนด บุคคลนั้นก็จะแสดงปฏิกิริยาทางลบหรือการลงโทษตนเอง หรืออาจกลับเข้ามาสู่กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสิน และแสดงปฏิกิริยากับตนเองต่อไป

ตัวเสริมแรงสามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของ (Material Reinforces) เช่น อาหาร เสื้อผ้า 2) ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforces) เช่น การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม 3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity Reinforces) 4) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforces) มักอยู่ในรูปของเบี้ย แต้ม ดาว แสตมป์ หรือคูปอง และ 5) ตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforces) เป็นตัวเสริมแรงที่ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความภาคภูมิใจ

หลักการเสริมแรงประกอบด้วย 1) ต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายนั้นทันที ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร 2) ต้องให้อย่างสม่ำเสมอ หรือแทบทุกครั้งที่เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย 3) ควรจะบอกถึงเงื่อนไขในการให้การเสริมแรง เช่น ควรจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสถานการณ์แบบไหน แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง 4) ควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพของการเป็นตัวเสริมแรง เนื่องจากบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการณ์ในการเป็นตัวเสริมแรงได้ โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา 5) ต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล 6) ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น 7) ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย และ 8) การเสริมแรงตนเองควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรงหรือการยืดเวลาการสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอ ควรมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงตนเองเสียใหม่ให้เป็น การใช้ตาราง

การเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้น แม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคต (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.2550; Kazdin. 1984 อ้างใน ประทีป จินงี่. 2540)

ส่วนการลงโทษตนเองถ้าทำอย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะกระตุ้นให้มีแรงผลักดันในการทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนามากขึ้นได้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม การลงโทษตนเองให้เจ็บกาย เป็นเทคนิคที่ใช้ไม่ได้ผลในการจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง เพราะเมื่อถึงเวลาที่จะต้องลงโทษจริงๆ แล้ว บุคคลมักไม่ยอมลงโทษให้ตนเองเจ็บปวด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเองประกอบด้วย 5 ปัจจัย (Bandura. 1991)

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal Benefits) เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตนเอง บุคคลนั้นจะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองส่งผลให้การกำกับตนเองคงอยู่ต่อไป

2. การเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcement) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วได้รับการยกย่อง ชมเชย สรรเสริญ ให้การยอมรับ หรือได้รับการเสริมแรงจากบุคคลในสังคม การเสริมแรงทางสังคมเหล่านี้จะช่วยให้การกำกับตนเองคงอยู่ต่อไป

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling Supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเองหากได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอื่นๆ รอบข้างมีพฤติกรรมเดียวกับตนเอง บุคคลเหล่านี้จะมีส่วนช่วยในการเป็นตัวแบบที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ปฏิกิริยาทางลบจากบุคคลอื่น (Negative Sanctions) บุคคลที่มีการพัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเอง หากมีพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานจะทำให้บุคคลในสังคมแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อเขา ซึ่งปฏิกิริยาทางลบเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานแบบเดิมอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual Supports) บุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เคยส่งเสริมให้มีการกำกับตนเองด้วยมาตรฐานในระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสที่จะกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีอิทธิพลให้ตนเองต้องลดมาตรฐานลงไป

1.2 จิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) (Seligman. 2000)

จิตวิทยาเชิงบวกเป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของจิตวิทยาตะวันตกสมัยใหม่ที่มุ่งศึกษาการพัฒนาและเติมเต็มศักยภาพของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Luthans. 2002) ต่างจากมุมมองของจิตวิทยาตะวันตกสายหลักหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่มุ่งเน้นศึกษาที่ปัญหา วิธีรักษา วิธีการแก้ปัญหาและการป้องกันสภาวะทางลบทางด้านจิตใจของมนุษย์เป็นสำคัญ ต่อมาในปีมาร์ติน ซิลิกแมน (Martin Seligman) เป็นผู้ริเริ่มให้ความสำคัญในการศึกษาที่ยึดเอาจุดแข็งของมนุษย์เป็นศูนย์กลาง

ของการพัฒนา คุณลักษณะนิสัยเชิงบวกของบุคคล ได้แก่ การพัฒนาในด้านคุณค่า (Value) จุดแข็ง (Strength) ความยืดหยุ่น (Resiliency) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ความหวัง (Hope) และความสุข (Happiness) การรู้สึกขอบคุณ (Gratitude) ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (Seligman. 2000) ต่อมาลูแทนส์ และคนอื่นๆ (Luthans; et al. 2007) ได้ศึกษาโครงสร้างของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (PsyCap construct) ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Confidence) ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และการปรับฟื้นคืนสภาพ (Resilience) โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีคุณลักษณะนิสัยเชิงบวกในระดับที่แตกต่างกัน รวมทั้งทุกคนอยากดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย (Meaningful) ความสมบูรณ์ (Fulfilling) และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จิตวิทยาเชิงบวกที่นำไปสู่การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายใน 3 ลักษณะ (Seligman 2004) ดังนี้

1. **การมีชีวิตที่รื่นรมย์** (The pleasant life) คือ การมีความสนุกสนาน ความสุขที่ได้รับการตอบสนองจากสิ่งแวดล้อมรอบๆบุคคลนั้น เช่น การได้ครอบครองที่ที่ต้องเองปรารถนา เป็นต้น

2. **การมีวิถีชีวิตที่ดี** (The good life) คือ การมีชีวิตที่สามารถออกแบบได้ด้วยตนเองและสามารถทำกิจกรรมตามวิถีชีวิตที่ต้องการด้วยความกล้าหาญ การมองโลกในแง่ดี การมีทักษะทางสังคมที่ดี และการมีความหวัง ทำให้เกิดความอิ่มเอมทางใจและสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

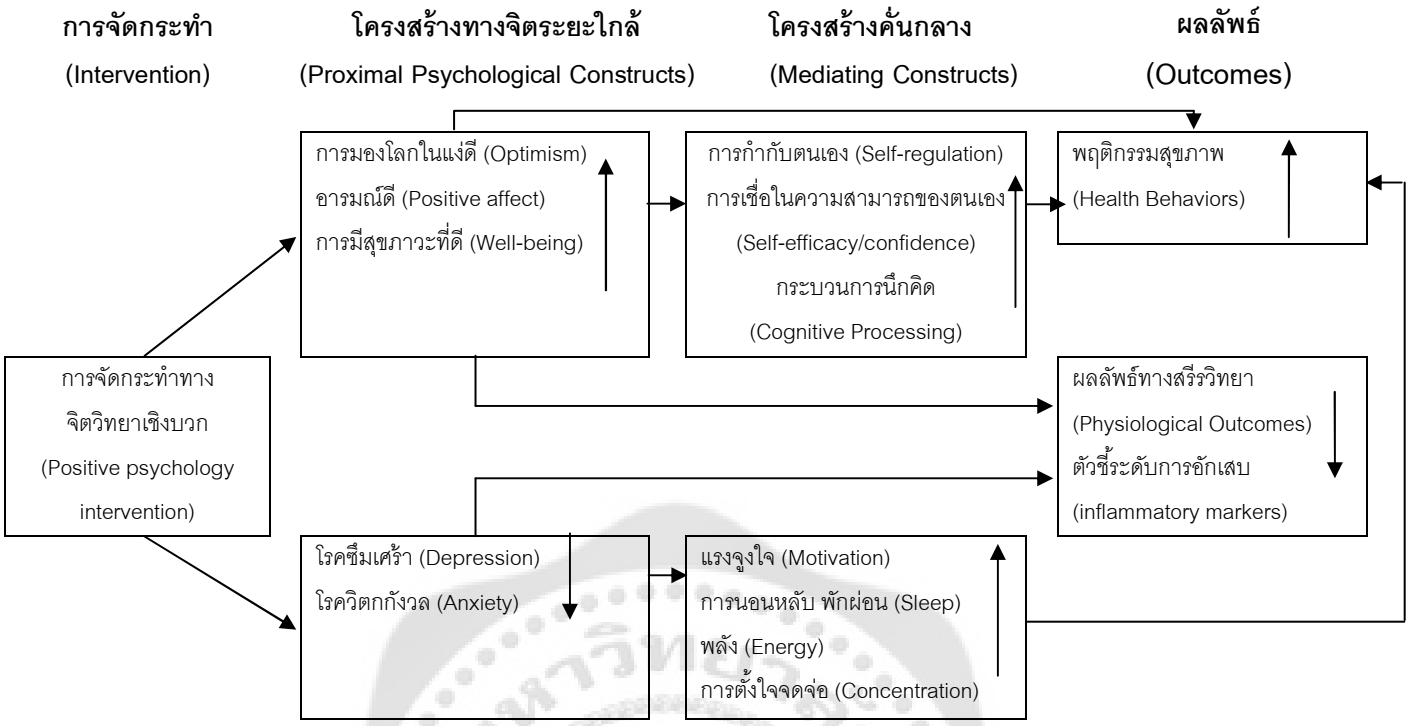
3. **การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า** (The meaningful life) คือ การมีความหมายต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดความสงบสุข อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของความสุขและเป็นความสุขที่ยั่งยืน

ตัวอย่างนักจิตวิทยาที่สนใจและทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (Positive Psychology) ได้แก่ วิคเตอร์ ฟรังเคิล (Victor Frankl), รอลโล เมย์ (Rollo May), อีริค ฟรอมม์ (Eric Fromm), คาร์ล โรเจอร์ (Carl Rogers), อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow), และ อีริค อีริคสัน (Erik Erikson) (Duckworth; Steen; & Seligman 2005) การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ประสบการณ์การณ์เชิงบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต 2) จิตลักษณะที่มีความคงทนภายในบุคคล เช่น ความสนใจและลักษณะทางบุคลิกภาพ 3) ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างบุคคลกับกลุ่ม เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และชุมชน 4) สถาบันที่ส่งผลในเชิงบวกต่อบุคคล เช่น ครอบครัว โรงเรียน จากการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention) ด้วยการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ของซินและลัมโบมิสกี (Sin; & Lyubomirsky. 2009) พบว่า การจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีและยังช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ บอไลเออร์ และคนอื่นๆ (Bolier; et al.

2013) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกในการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled studies) ด้วยการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า การจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกมีประสิทธิภาพในการเพิ่มสุขภาวะที่ดีเชิงอัตวิสัยและสุขภาวะทางจิตและทำให้อาการซึมเศร้าลดน้อยลง

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ในช่วงแรกของจิตวิทยาเชิงบวกได้ทำการพัฒนาการจัดประเภทของคุณลักษณะเด่น 24 ด้าน (Character Strengths and Virtues) นับได้ว่าเป็นการพัฒนาศาสตร์ทางจิตวิทยาในมุมมองใหม่ คือเน้นเรื่องของการสร้างความสุขหรือสุขภาวะในเชิงจิตวิทยา (Psychological well-being) โดยได้มีการจัดทำเครื่องมือวัดที่ใช้ในการประเมินคุณลักษณะเด่นแต่ละด้านที่เรียกว่า Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) ซึ่งเป็นแบบประเมินออนไลน์ประกอบด้วย 240 ข้อ (Seligman; et al. 2005)

กิจกรรมหรือการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention) มีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มการมีสุขภาวะที่ดี เช่น ความพึงพอใจในชีวิต สุขภาวะทางจิต และอารมณ์ทางบวก นอกจากนั้นยังช่วยลดอาการซึมเศร้าและอารมณ์ทางลบ (Carson; et al. 2010; Sin & Lyubomirsky. 2009) นอกจากนั้น จากการศึกษาของ ฮัฟแมนและคนอื่นๆ (Huffman; et al. 2015) พบว่า การจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังภาพประกอบ 4 ด้วยเหตุนี้จิตวิทยาทางบวกจึงเป็นศาสตร์ที่ผู้วิจัยเลือกมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี



ภาพประกอบ 4 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดกระทำทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ที่มา:Huffman, J. C.; et al. (2015). A Positive Psychology Intervention for Patients with an Acute Coronary Syndrome: Treatment Development and Proof-of-Concept Trial. *Journal of Happiness Studies*. 1-22.

4.3 งานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการนำการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางใน การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาของดองโบและคนอื่นๆ (Dongbo; et al. 2003) ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดของลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ และการปรับทักษะการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล ส่วนกิจกรรมการสอนและให้ความรู้ การฝึกทักษะและการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการทางการแพทย์ การจัดการบทบาท และการจัดการอารมณ์ โดยมีรายละเอียดโปรแกรม ดังนี้ 1) การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความหมาย

การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูง อาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองโดยเน้นการตั้งเป้าหมายด้วยการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วกำหนดหรือการวางแผนการปฏิบัติ เช่น การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การทานยารักษาความดันเป็นประจำ เป็นต้น แล้วนำเสนอปัญหาและร่วมกันแสดงความคิดเห็น 2) การตัดสินใจโดยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจที่จะจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงด้วยการยกตัวอย่างอาการที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงและให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทดลองตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น 3) การเข้าถึงและใช้แหล่งทรัพยากรให้เกิดประโยชน์เพื่อนำมาใช้ร่วมกับการจัดการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง 4) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ทำให้สามารถบอกเล่าอาการของโรคความดันโลหิตที่เป็นอยู่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถที่จะประสานความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ เช่น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยารักษาความดัน โลหิตเป็นประจำ 6) การปรับทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละคน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่แต่ละคนตั้งไว้ โดยทำศึกษาในชุมชนเมือง 5 ชุมชนของเมืองเซียงไฮ้ ประเทศจีน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 526 คน โปรแกรมประกอบด้วยการสอนเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2-2.5 ชั่วโมง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ มีการประเมินผลลัพธ์ก่อนการทดลอง และ 6 เดือนหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล (2554) ได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 100 คน โดยโปรแกรมการจัดการตนเองถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของของแคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 3 ทักษะ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self– Monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) ซึ่งเนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วยด้านอาหาร ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และด้านยาลดความดันโลหิต โปรแกรมแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินปัญหาและความต้องการ ระยะเตรียมการ ระยะปฏิบัติการ และระยะประเมินผลในการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง 3 เดือน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันต่ำกว่าและมีความแตกต่าง จากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิณญา คงเจริญ และคนอื่นๆ (2556) ที่ศึกษาโปรแกรม การจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - Management Concept)

ของแคนเฟอร์ และกาลิค บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษาโดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมและฝึกทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยการอภิปรายกลุ่มย่อย การติดตามกระตุ้นการจัดการตนเองโดยการเยี่ยมบ้านและทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน และติดตามอีก 3 เดือน ต่อมาพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ภายหลังที่ติดตามอีก 3 เดือน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. **การวิจัยและพัฒนา** (Research and Development)

การวิจัยและพัฒนามีวิวัฒนาการและความเป็นมาตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยมี การประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนาอย่างกว้างขวางในทุกศาสตร์และสาขาวิชา เช่น วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิศวกรรม การคมนาคม การบิน การเกษตร สังคมศาสตร์ ทำให้เกิดการผสมผสานกันระหว่างการวิจัยประเภทพื้นฐานและประยุกต์เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการแก้ปัญหา พัฒนานวัตกรรม ทำให้เกิดวิธีการและแนวทางการปฏิบัติใหม่ๆ

ในช่วงปี ค.ศ. 1950-1970 นักการศึกษาและนักวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์พยายามศึกษาเพื่อเข้าใจสาเหตุปัญหา ค้นหาแนวทาง และวิธีการที่จะทำให้สถานการณ์ต่างๆ ในสังคมดีขึ้น จึงทำให้มีการให้ความสำคัญต่อการวิจัยประเภทการวิจัยและพัฒนา โดยนำผลที่ได้รับจากการวิจัยทั้งประเภทพื้นฐานและประยุกต์มาใช้ในการสร้างผลิตผลที่สามารถนำไปใช้ได้ (จรรจา สุวรรณทัต. 2537)

5.1 **ความหมายของการวิจัยและพัฒนา**

การวิจัยและพัฒนาเป็นรูปแบบหนึ่งของระเบียบวิธีการวิจัยที่นำเอาแนวคิด กระบวนการของการวิจัยมาพัฒนาให้ได้ผลการวิจัยที่เกิดประโยชน์และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น โดยมีนักการศึกษาและนักวิชาการได้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนาไว้ เช่น นงลักษณ์ วิรัชชัยและสุวิมล ว่องวาณิช (2544) ได้เสนอ ความหมายของการวิจัยและพัฒนาคือ กระบวนการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ ประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่หรือใช้ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการศึกษา โดยเน้นหลักตรรกวิทยา เป้าหมายของการวิจัยและพัฒนา คือ เพื่อใช้เป็นกระบวนการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของ

นวัตกรรมหรือโปรแกรม โดยประกอบด้วยการวิจัยและกระบวนการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการซ้ำๆ กันหลายๆ รอบ เพื่อปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ วรรณี แกมเกตุ (2551: 37) ได้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนา หมายถึง การวิจัยเพื่อสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมและตรวจสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น วิธีการทำวิจัยอาจเริ่มต้นด้วยการวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้มาใช้ในการพัฒนา ทำการพัฒนาและทำการวิจัยเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ

จากความหมายของการวิจัยและพัฒนาข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายของการวิจัยและพัฒนาได้ว่า การวิจัยและพัฒนา หมายถึง ระเบียบวิธีการวิจัยที่ใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐานในการเรียนรู้ แสวงหาคำตอบของประเด็นปัญหา แสวงหาความรู้ใหม่ เพื่อนำมาใช้ในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีเป้าหมาย คือ การพัฒนาหรือ การเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นในทิศทางหรือลักษณะที่ต้องการ

5.2 กระบวนการในการดำเนินการวิจัยและพัฒนา

นักวิชาการได้เสนอกระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาไว้ ดังนี้

จรรจา สุวรรณทัต (2537) ได้เสนอ กระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาในทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กระบวนการในการดำเนินงานมีระเบียบแบบแผนและประสิทธิภาพที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การดำเนินงานตามแผน (Do) การตรวจสอบผลการดำเนินงาน (Check) และการพัฒนาปรับปรุง (Action) และในแต่ละขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนามีรายละเอียด ดังนี้

1. การรวบรวมการวิจัยและข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสังเกตภายใต้สถานการณ์ต่างๆ

2. การเตรียมการ การให้คำนิยามทักษะ การระบุวัตถุประสงค์ การกำหนดลำดับขั้นตอนและการทดสอบความเป็นไปได้ในสเกลเล็กๆ

3. การพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบขั้นต้น รวมทั้งการเตรียมวัสดุอุปกรณ์หรือเนื้อหาใน การถ่ายทอด คู่มือ และแบบวัด

4. การทดสอบขั้นต้น โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตและแบบวัด

5. การปรับปรุงผลิตผลในด้านสำคัญๆ โดยอาศัยการเสนอแนะจากผลที่ได้จากการทดลองภาคสนาม

6. การทดสอบภาคสนามขั้นสำคัญ ขั้นตอนนี้อาจเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณในผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และมีการประเมินโดยเทียบเคียงกับวัตถุประสงค์และกลุ่มเปรียบเทียบ

7. การปรับปรุงผลิตผลในขั้นนำไปใช้ แก้ไขปรับปรุงโดยอาศัยผลที่ได้รับจากการทดลองภาคสนามขั้นสำคัญ

8. การทดลองภาคสนามเพื่อการปฏิบัติ เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และแบบสอบถาม

9. การปรับปรุงผลิตผลขั้นสุดท้าย ปรับปรุงผลิตผลโดยใช้ผลจากการเสนอแนะในขั้นที่ 8

10. การเผยแพร่และการจำหน่ายจ่ายแจก โดยรายงานเกี่ยวกับผลิตผลให้แก่ที่ประชุมวิชาการและวิชาชีพ และนำรายงานลงในวารสาร และมีการควบคุมเพื่อให้เกิดคุณภาพ

อุทัย บุญประเสริฐ (2542) ได้เสนอ กระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนา ซึ่งพัฒนามาจากการวิจัยเชิงทดลอง แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและกำหนดเป้าหมายลักษณะนวัตกรรมที่ต้องการ

2. การออกแบบต้นแบบ (Prototype design) หรือระบบในขั้นต้น (System design)

3. การทดสอบต้นแบบในขั้นทดลองใช้ (Trial test) หรือในการทดลองแบบนำร่อง (Pilot test)

4. การปรับปรุงต้นแบบหรือพัฒนาระบบจากผลการทดลอง (System improvement)

5. การทดสอบภาคสนาม (Field test) หรือทดสอบระบบ (System run test) โดยทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้างขึ้น

6. การปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (Improvement)

7. การดำเนินการผลิตและเผยแพร่หรือนำออกสู่ตลาด

นอกจากนั้น สุพักตร์ พิบูลย์ (2552) ได้เสนอ กระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาสามารถแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิจัยเพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นในการร่างโปรแกรมด้วยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (R1 การวิจัยครั้งที่ 1)

2. การสร้างโปรแกรมฉบับร่าง แล้วนำโปรแกรมฉบับร่างไปหาคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำผลที่สรุปจากผู้เชี่ยวชาญมา ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมฉบับร่าง (D1 การพัฒนาครั้งที่ 1)

3. การนำโปรแกรมฉบับร่างไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม แล้ววิเคราะห์และตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม (R2 การวิจัยครั้งที่ 2)

4. ปรับปรุงจนได้โปรแกรมฉบับสมบูรณ์ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (D2 การพัฒนาครั้งที่ 2) แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

จากการศึกษากระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาของ จรรจา สุวรรณทัต (2537) อุทัย บุญประเสริฐ (2542) และ สุพัตร์ พิบูลย์ (2552) พบว่า ขั้นตอนในการดำเนินงานมีความสอดคล้องกัน ตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบระหว่างแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของจรรจา สุวรรณทัต (2537) อุทัย บุญประเสริฐ (2542) และ สุพักตร์ พิบูลย์ (2552)

แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ จรรจา สุวรรณทัต (2537)	**แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ อุทัย บุญประเสริฐ (2542)**	**แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ สุพัตร์ พิบูลย์ (2552)**
1. การรวบรวมการวิจัยและข้อมูล การรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสังเกตภายใต้สถานการณ์ต่างๆ	1. การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและกำหนดเป้าหมายลักษณะนวัตกรรมที่ต้องการ	1. การวิจัยครั้งที่ 1 (R1) การวิจัยเพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นในการร่างโปรแกรมด้วยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. การเตรียมการ การให้คำนิยามทักษะ การระบุวัตถุประสงค์ การกำหนดลำดับขั้นตอนและการทดสอบความเป็นไปได้ในสเกลเล็กๆ		
3. การพัฒนานวัตกรรมในรูปแบบขั้นต้น การเตรียมวัสดุอุปกรณ์หรือเนื้อหาในการถ่ายทอด คู่มือ และแบบวัด	2. การออกแบบต้นแบบ (Prototype design) หรือระบบในขั้นต้น (System design)	2. การพัฒนาครั้งที่ 1 (D1) นำไปหาคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมฉบับร่าง
4. การทดสอบขั้นต้น การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตและแบบวัด	3. การทดสอบต้นแบบในขั้นทดลองใช้ (Trial test) หรือในการทดลองแบบนำร่อง (Pilot test)	3. การวิจัยครั้งที่ 2 (R2) การนำโปรแกรมฉบับร่างไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม แล้ววิเคราะห์และตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม

ตาราง 4 (ต่อ)

แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ จรรจา สุวรรณทัต (2537)	**แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ อุทัย บุญประเสริฐ** (2542)	**แนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ สุพัตร์ พิบูลย์** (2552)
5. การปรับปรุงผลิตผล การปรับปรุงโดยเสนอแนะจากผลที่ได้จากการทดลองภาคสนาม	4. การปรับปรุงต้นแบบหรือพัฒนาระบบจากผลการทดลอง (System improvement)	4. การพัฒนาครั้งที่ 2(D2) การปรับปรุงจนได้โปรแกรมฉบับสมบูรณ์ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
6. การทดสอบภาคสนามขั้นสำคัญ อาจเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง มีข้อมูลทั้งเชิงปริมาณในผลที่เกิดและมีการประเมินโดยเทียบเคียงกับวัตถุประสงค์และกลุ่มเปรียบเทียบ	5. การทดสอบภาคสนาม (Field test) หรือทดสอบระบบ (System run test) โดยทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้างขึ้น	
7. การปรับปรุงผลิตผลในขั้นนำไปใช้ การแก้ไขปรับปรุงโดยอาศัยผลที่ได้รับจากการทดลองภาคสนามขั้นสำคัญ	6. การปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (Improvement)	
8. การทดลองภาคสนาม การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และแบบสอบถาม		
9. การปรับปรุงผลิตผลขั้นสุดท้าย การปรับปรุงผลิตผลโดยใช้ผลจากการเสนอแนะในขั้นที่ 8		
10. การเผยแพร่และการจำหน่ายจ่ายแจกการรายงานเกี่ยวกับผลิตผลให้แก่ที่ประชุมวิชาการและวิชาชีพ และนำรายงานลงในวารสาร และมีการควบคุมเพื่อให้เกิดคุณภาพ	7. การดำเนินการผลิตและเผยแพร่หรือนำออกสู่ตลาด	

จากการศึกษาแนวคิดการวิจัยและพัฒนาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปกระบวนในการดำเนินการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง และระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรม การจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ และตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยในการวิจัยและพัฒนาต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

5.2 การใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการประเมินความต้องการจำเป็นในการสร้างและออกแบบโปรแกรม

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือ รูปแบบการวิจัยชนิดหนึ่งที่ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการตอบคำถามการวิจัยที่ตั้งขึ้น โดยใช้วิธีการสืบค้นหา รวบรวม คัดเลือก ประเมินคุณภาพ และการสกัดข้อมูลของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และปราศจากอคติ (Cook; et al. 1997) ในปัจจุบันการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้รับการยอมรับว่าเป็นงานวิจัยที่ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากที่สุด เมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ (Harbour; & Miler. 2001) และยังช่วยบอกถึงทิศทางความต้องการในการวิจัยต่อไป (Murlow; et al. 1997) โดยอาจใช้การวิเคราะห์ทางสถิติที่เรียกว่า การวิเคราะห์เมต้า (Meta-analysis) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ (วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ. 2550)

5.2.1 รูปแบบของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสามารถทำได้ 4 รูปแบบ ตามชนิดของงานวิจัยปฐมภูมิ ดังนี้ (Pearson; Field; & Jordan. 2007)

1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิเชิงปริมาณที่มีลักษณะข้อมูลแบบตัวเลข (Numerical data) โดยใช้การวิเคราะห์เมต้าในการสังเคราะห์ข้อมูล เมื่องานวิจัยปฐมภูมิที่ได้รับการคัดเลือกมีความสมบูรณ์ของสถิติ แต่หากงานนั้นมีข้อมูลทางสถิติไม่เพียงพอที่จะสามารถวิเคราะห์ ก็สามารถสรุปผลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นกระบวนการที่ผสมผสานข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิเชิงคุณภาพที่ได้จากการสืบค้นและการสร้างบทสรุปของข้อมูลที่สามารถอธิบายสาระสำคัญของแนวคิดนั้นได้อย่างชัดเจน

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หนังสือ และตำรา (Expert opinion and text) เป็นกระบวนการที่จะหาข้อสรุปที่สำคัญในข้อความหรือความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่น่าเชื่อถือ เพื่อสังเคราะห์เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแม้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จัดอยู่ในระดับต่ำ แต่ในทางปฏิบัติผู้ใช้ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบก็ยังให้การยอมรับและเห็นความสำคัญของความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

4. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจ (Economic analysis) เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการนำข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์มาวิเคราะห์ร่วมด้วย เพื่อประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในทางปฏิบัติ

ขั้นตอนในการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนในการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบัน Cochrane collaboration ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Angela; et al. 2014) ดังนี้

1. การกำหนดหัวข้อ (Title of systematic review) โดยพิจารณาจากองค์ความรู้ที่มีอยู่จากงานวิจัยที่ผ่านมาในเรื่องที่สนใจ และควรตรวจสอบว่าเป็นเรื่องที่กำลังมีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบหรือไม่ จากการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความน่าเชื่อถือหรือสืบค้นจากฐานข้อมูลที่อาจมีผู้รวบรวมการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมาแล้วในหัวข้อที่สนใจ เช่น ระบบฐานข้อมูลของ Cochrane collaboration ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมเฉพาะบทความที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเท่านั้น โดยการสืบค้นนั้นจะต้องมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนที่สามารถทำซ้ำได้โดยผู้อื่นได้

2. การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน (Review question and objective) เป็นการกำหนดคำถามจะใช้วิธีการเช่นเดียวกับงานวิจัยปฐมภูมิ โดยข้อคำถาม ควรประกอบด้วยประชากรที่ต้องศึกษา การจัดกระทำ ผลลัพธ์ที่สนใจ ซึ่งการตั้งคำถามควรกำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนทำการทบทวนและไม่ตั้งคำถามตามผลงานวิจัยที่ผ่านมา โดยกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามในการทบทวนจะนำไปสู่การกำหนดเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัย โดยข้อคำถาม ควรเป็นไปตามหลัก PICO (PICO Format) (Melnyk; & Fineout-Overholt. 2005) ดังนี้

P (Population) ประชากรที่ต้องการศึกษา โดยระบุถึงโรค ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เป็นต้น

I (Intervention) การจัดกระทำหรือสิ่งเปรียบเทียบที่ต้องการประเมิน โดยการระบุในเรื่อง ชนิด ขนาด วิธีการจัดกระทำ ความถี่ในการจัดกระทำ กรณีที่เป็นการทบทวนเพื่อเปรียบเทียบการจัดกระทำ ควรระบุว่าเป็นการเปรียบเทียบการจัดกระทำอะไร

C (Comparison) การเปรียบเทียบ เช่น การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดกระทำกับกลุ่มที่ได้รับการจัดกระทำ

O (Outcomes) ผลลัพธ์ที่น่าสนใจ เช่น การมีสุขภาวะที่ดี และสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ ผลลัทธ์ที่วัดคืออะไร วัดเมื่อไร

3. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) เป็นการระบุถึงประชากรที่ศึกษา การจัดกระทำหรือเปรียบเทียบ การวัดผลลัพธ์และรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมกับคำถามสำหรับการทบทวน

4. การสืบค้นงานวิจัย (Search Searching) เป็นการค้นหางานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ควรมีการวางระบบในการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบชัดเจน วิธีการสืบค้นสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การสืบค้นด้วยมือ (Hand searching) การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized searching) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิก (Electronic database) การสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ (Searching for unpublished materials) เป็นต้น

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Appraise for quality of research) เป็นการตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกมาทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของงานวิจัยมีมากมายและในปัจจุบันยังไม่มีข้อยุติและการศึกษาเปรียบเทียบว่าควรใช้เครื่องมือใดในการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่จะนำมาทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เช่น แบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยของชาร์มเมอร์ (Chalmers; et al. 1981) แบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Jadad (Jadad; et al. 1996) แบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแนวทางของ Cochrane (Higgins; & Green. 2008) ในการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัยจะมีการให้คะแนนงานวิจัยตามลักษณะด้านต่างๆ ที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงอคติ เมื่อนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน ทำให้ได้คะแนนคุณภาพรวมของงานวิจัยแต่ละเรื่อง สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแนวทางของ Cochrane โดยจะมีประเด็นที่ใช้ในการพิจารณา 7 ประเด็นหลัก (Higgins; & Green, 2008) ได้แก่

1. การควบคุมคุณภาพ (Quality control) มีการควบคุมการจัดกระทำเพิ่มเติม (co-intervention) เนื่องจากถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดกระทำเพิ่มเติมจะทำให้ไม่สามารถเชื่อมั่นได้อย่างเต็มที่ว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นผลของการจัดกระทำที่กำลังศึกษาอยู่

2. กระบวนการสุ่ม (Randomization) เป็นแบ่งกลุ่มโดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอย่างเท่าเทียมกัน

3. การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและควบคุมมีความใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง (Comparability) เพื่อป้องกันลักษณะที่ไม่เหมือนกันของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ต้น

4. อัตราในการติดตาม (Follow-up rates) การติดตามผลลัพธ์ในการศึกษาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

5. อัตราการออกกลางคัน (Dropout rate) การอธิบายหรือให้เหตุผล และจำนวนผู้ที่ออกจากการศึกษากลางคันหรือก่อนการทดลองสิ้นสุด เนื่องจากถ้ากลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการทดลองจำนวนมาก การสรุปผลการทดลองอาจเกิดการผิดพลาดได้

6. วิธีการปกปิดสิ่งทดลอง (Blinding) ในการได้รับการจัดกระทำของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของแต่ละกลุ่ม (Blinding of participants, personal and outcomes assessors)

7. การวิเคราะห์โดยนำผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน ทั้งที่ออกระหว่างการทดลองและเข้าร่วมในการทดลองอย่างไม่สม่ำเสมอมาเข้าร่วมในการวิเคราะห์ตามกลุ่มที่ถูกสุ่มเข้ารับโปรแกรมตั้งแต่เริ่มแรก (Intention to treat analysis)

ในการแปลผลงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงที่ถูกคัดเข้าจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างน้อย 5 เกณฑ์ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพปานกลางจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในช่วง 3-4 เกณฑ์ และผลงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยกว่า 3 เกณฑ์

1. การสกัดข้อมูล (Data extraction) หลังจากการอ่านงานวิจัยปฐมภูมิแต่ละเรื่องจะต้องสกัดเอาข้อมูลที่ต้องการและบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลหรือใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น Excel QuatroPro Lotus Foxpro โดยข้อมูลที่สกัดออกมา ได้แก่ ชื่อบทความ ชื่อผู้เขียน ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ รูปแบบการวิจัย ลักษณะและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การจัดกระทำ การวัดผลลัพธ์ ผลการวิจัย ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับงานวิจัย และชื่อผู้ทำการทบทวน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากบทความที่อ่านควรมีการติดต่อกับผู้เขียน

2. การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย (Data synthesis) เป็นขั้นตอนการสรุปผลจาก การรวบรวมงานวิจัยปฐมภูมิที่นำมาทบทวน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยโดยไม่ใช้วิธีการทางสถิติ หากพบข้อมูลในงานปฐมภูมิที่มีลักษณะที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการวัดผลลัพธ์ การจัดกระทำที่แตกต่างกัน หรือมีข้อมูลไม่ครบ เช่น ปราศจากการรายงานค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ทำการทบทวนจะทำการสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยโดยวิธีการสรุปความ (Narrative summary)

2.2 การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยโดยใช้วิธีการทางสถิติ โดยจะต้องใช้ได้ในกรณีที่ข้อมูลในงานวิจัยนั้นเป็นการศึกษาในประชากรลักษณะเดียวกัน ใช้วิธีการจัดกระทำแบบเดียวกันและวัดผลลัพธ์ด้วยวิธีเดียวกัน และจำนวนของงานวิจัยปฐมภูมิตั้งแต่ 2 ขึ้นไป โดยมีการวิเคราะห์ หาน้ำหนักผลเฉลี่ยหรือการประมาณความสัมพันธ์เป็นค่าดัชนีมาตรฐานโดยค่าดัชนีมาตรฐานที่นิยมใช้ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ความมีนัยสำคัญ (Significance analysis) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดย การใช้สถิตินั้นอยู่หลายวิธี เช่น Bayesian Meta-regression Meta-analysis และ Frequents แต่วิธีที่นิยมมากที่สุด คือ Meta-analysis

3. การนำเสนอผล เป็นพิจารณาผลของการทบทวนวรรณกรรมว่ามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด รวมทั้งอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาศึกษาในด้านข้อจำกัด การนำไปประยุกต์ใช้

ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

แม้ว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบนี้จะมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับต้นๆ แต่ถ้าหากดำเนินขั้นตอนวิธีการวิจัยไม่ดีพอก็อาจจะทำให้การทบทวนในเรื่องนั้นมีความเชื่อถือลงที่น้อยลงได้ เช่น การตั้งวัตถุประสงค์ที่ไม่ชัดเจน การสืบค้นข้อมูล และวิธีการทำที่ไม่เป็นระบบ ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการใช้แนวทางปฏิบัติ สำหรับการประเมินคุณภาพของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่มีอยู่มากมาย (Shea; et al. 2009) และอาจมาจากการนำข้อมูลที่มีคุณภาพการศึกษาที่ต่ำเข้ามา หรือการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าที่ค่อนข้างมีอคติ หรือการวัดผลของการศึกษาที่คัดเลือกเข้ามานั้นไม่สามารถแปลผลโดยรวมได้ เนื่องจากแต่ละการศึกษาใช้เกณฑ์ในการแปลผลแตกต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ผิดไปจากความเป็นจริง ดังนั้น การตรวจสอบข้อมูลอย่างดีจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และในการทบทวนวรรณกรรมแต่ละเรื่องจะกระทำโดยผู้ทบทวนมากกว่า 2 ขึ้นไป เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลกันและกันอย่างถูกต้องและเมื่อมีข้อขัดแย้งกันจะใช้วิธีตกลงกันเพื่อหารือถึงข้อยุติที่ยอมรับได้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุที่มี

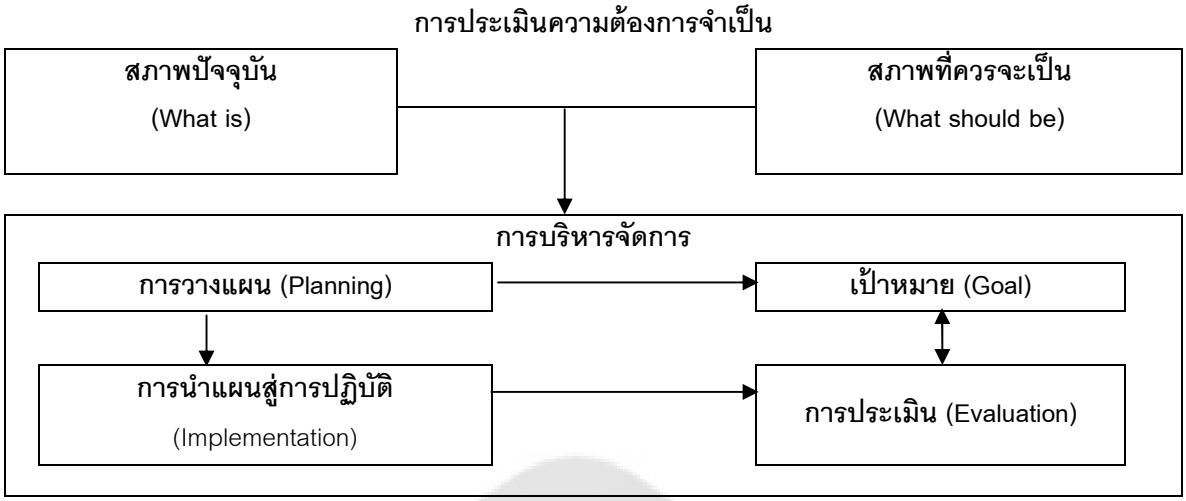
ความดันโลหิตสูง โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย Cochrane collaboration ที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การกำหนดหัวข้อการกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นงานวิจัย การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และการนำเสนอผลจากการทบทวนวรรณกรรม โดยทำการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุที่เป็นภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2015

5.2.2 การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment)

การประเมินความต้องการจำเป็นนั้นถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากต่อการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมต่างๆ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่สะท้อนปัญหาที่ควรต้องได้รับการแก้ไขและทางเลือกในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ในการประเมินความต้องการจำเป็นสามารถทำได้หลายวิธีที่แตกต่างกันตามจุดมุ่งหมายของความต้องการจำเป็นที่กำหนดขึ้น สำหรับในการวิจัยครั้งนี้จุดมุ่งหมายของความต้องการจำเป็น เพื่อสำรวจความต้องการจำเป็นด้วยการพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างสภาวะที่เป็นอยู่กับสภาวะที่ควรจะเป็น ดังนั้น วิธีการประเมินความต้องการจำเป็น คือ โมเดลความแตกต่าง (Discrepancy Model)

คอฟแมนและเมเยอร์ (Kaufman; & Mayer. 1993) ได้ให้ความหมายของ การประเมินความต้องการจำเป็น หมายถึง กระบวนการที่ใช้เพื่อระบุช่องว่างระหว่างผลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันกับที่ปรารถนาจะให้เกิด แล้วจัดลำดับความสำคัญของช่องว่างนั้น เพื่อนำมาเลือกช่องว่างที่สำคัญที่สุดมาเป็นประเด็นที่ต้องดำเนินการต่อไป เนื่องจากผลการประเมินความต้องการจำเป็นทำให้ทราบว่ามีความต้องการอะไรบ้างที่สำคัญที่สุดที่ต้องเติมเต็มหรือขจัดออก ในขณะที่ ริเวอร์และคนอื่นๆ (Reviere; et al. 1996) ได้ให้ความหมายของการประเมินความต้องการจำเป็น คือ กระบวนการที่มีการดำเนินอย่างเป็นระบบสำหรับการคัดเลือกหรือวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน ผลการประเมินใช้ได้เฉพาะกลุ่มประชากร แต่มีความเป็นระบบบนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์และเน้นที่ผลลัพธ์

จากความหมายข้างต้น การประเมินความต้องการจำเป็น คือ กระบวนการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพในปัจจุบัน (What is) กับสภาพที่ควรจะเป็น (What should be) อย่างเป็นระบบแล้วจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังของความแตกต่างนั้น เพื่อนำความต้องการจำเป็นที่สำคัญมาวางแผนการบริหารจัดการ ภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความต้องการจำเป็นที่มีต่อการวางแผนและพัฒนา

ที่มา: สุวิมล ว่องวาณิช. (2550). *การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น*.

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการประเมินความต้องการจำเป็น

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการประเมินความต้องการจำเป็นสามารถดำเนินการได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมิน เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม สำหรับในงานวิจัยนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี ได้แก่ วิธีการสำรวจหรือการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และวิธีการที่ใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process procedure) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นด้วยการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อระบุความต้องการจำเป็น (Need identification) วิเคราะห์สาเหตุของความต้องการจำเป็น (Need analysis) และกำหนดวิธีแก้ปัญหา (Need solution) ผลการวิจัยที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงาน ข้อตกลงเบื้องต้นในการประเมินความต้องการจำเป็นแบบใช้การวิจัยเชิงสำรวจ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ตอบต้องมีความเข้าใจความหมายของข้อความหรือคำถาม 2) ผู้ตอบต้องมีข้อมูลหรือความรู้เพียงพอ และ 3) ผู้ตอบมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะตอบอย่างซื่อสัตย์ โดยต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของเวลาและทรัพยากรอื่นๆ แบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็นแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (สุวิมล ว่องวาณิช. 2550) ดังนี้

1. แบบสอบถามแบบการตอบข้อมูลชุดเดี่ยว (Single-Response Format) โดยมีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

รายการ	ระดับความต้องการจำเป็น				
	1	2	3	4	5
0. การรับประทานผักผลไม้					
00. การทำงานจิตอาสา					

2. แบบการตอบสนองคู่ (Dual-Response Format) หรือแบบที่กำหนดกลุ่มของข้อความให้ผู้ตอบ ตอบข้อมูล 2 ชุด โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า และให้ผู้ตอบระบุสภาพที่เป็นอยู่จริงกับสภาพที่คาดหวังหรือคิดว่าน่าจะเป็น

รายการ	สภาพที่เป็นจริง					สภาพที่ควรจะเป็น				
	น้อยที่สุด< --------- > มากที่สุด					น้อยที่สุด< --------- > มากที่สุด				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
0. การรับประทานผักผลไม้										
00. การทำงานจิตอาสา										

การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นแบบใช้การวิจัยเชิงสำรวจสำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการประเมินความต้องการจำเป็นที่ใช้แบบการตอบสนองคู่ (Dual-Response Format) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความเห็นเกี่ยวกับสภาพที่ควรจะเป็นและสภาพที่เป็นอยู่จริงแล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Setting Priority)

สำหรับการจัดเรียงลำดับความสำคัญความต้องการจำเป็นแบบการตอบสนองคู่ที่ใช้หลักประเมินความแตกต่าง (Discrepancy Model) ได้แก่ เทคนิควิธีการหาผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference Method หรือ MDF) การหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็น (Priority Need Index หรือ PNI) และการหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Priority Need Index หรือ $PNI_{modified}$)

1. เทคนิควิธีการหาผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference Method หรือ MDF) เป็นการหาผลต่างของค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (I) และค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง (D) บางคนเรียกวิธีนี้ว่า Rank Order of Difference Scores

$$MDF = I - D$$

วิธีนี้มีข้อดีในด้านการออกแบบการเก็บข้อมูลที่ไม่ยุ่งยาก จัดเรียงลำดับได้ง่าย

ข้อจำกัด คือ ยังไม่สามารถระบุค่าสูงสุดและต่ำสุดได้ และความไม่เหมาะสมในการนำเอาสถานภาพในเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ต่างกันมาลบกัน เนื่องจากถ้าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ได้มาใกล้เคียงกันจะทำให้แปลผลได้ยาก

2. การหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็น (Priority Need Index หรือ PNI) โดยมีพื้นฐานมาจากวิธี MDF โดยดัดแปลงให้เป็นรูปดัชนีที่สามารถบอกค่าต่ำสุดและสูงสุดได้ วิธีการนี้ให้ความสำคัญกับระดับคาดหวังเป็นตัวถ่วงน้ำหนัก โดยใช้วิธีการเดิม แต่ถ่วงน้ำหนักของผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (I) และค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง (D) ด้วยน้ำหนักความสำคัญของค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (I)

$$PNI = (I - D) \times I$$

วิธีนี้มีข้อดีกว่าวิธี MDF ตรงที่ เมื่อถ่วงน้ำหนักแล้ว จะทำให้เห็นความแตกต่างชัดเจนขึ้น

3. การหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็น แบบปรับปรุง (Priority Need Index หรือ PNI modified) วิธีนี้ปรับปรุงจากการหาค่าดัชนีความสำคัญของความต้องการจำเป็น แบบดั้งเดิม โดยนงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวาณิช ซึ่งเป็นวิธีการที่หาค่าผลต่างค่าเฉลี่ยของสภาพที่ควรจะเป็น (I) และค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง (D) แล้วหารด้วยค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริง (D) เพื่อควบคุมขนาดของความต้องการจำเป็นให้อยู่ในพิสัยที่ไม่มีช่วงกว้างมากเกินไป และให้ความหมายเชิงเปรียบเทียบ เมื่อใช้ระดับของสภาพที่เป็นอยู่เป็นฐานในการคำนวณค่าอัตราการพัฒนาเข้าสู่สภาพที่คาดหวัง

$$PNI = \frac{(I - D)}{D}$$

การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นด้วยการสนทนากลุ่ม เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการจำเป็น สามารถนำไปใช้ได้หลายบริบทและมีหลายวิธี วิธีที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่นิยมใช้ คือ เทคนิคการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการฟังและเรียนรู้จากกลุ่มผู้เข้าประชุม วิธีการเก็บข้อมูลแบบนี้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินการมีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้ากัน เกิดการสื่อสารกันภายในกลุ่มระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มและผู้ดำเนินการอภิปราย เพื่อไปกระตุ้นความคิดเห็นของตนเองและผู้อื่นออกมาอย่างเปิดเผยและจริงใจ นำไปสู่การกำหนดปัญหา วางแผน นำแผนสู่การปฏิบัติ และประเมินผล

วิธีการสนทนากลุ่มตามแนวคิดของมอร์แกน (Morgan. 1988) โดยการชี้แจงจุดมุ่งหมาย การเตรียมคำถามสำหรับการสัมภาษณ์กลุ่ม จากคำถามทั่วไปจนถึงคำถามเจาะลึก การกำหนดและเลือกผู้เข้าร่วมกระบวนการที่มีภูมิหลังใกล้เคียงกัน สถานที่ต้องเป็นที่เงียบ ผู้ดำเนินการต้องเป็นผู้ฟังที่ดี การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการกำหนดคำสำคัญ การจัดกลุ่มข้อความที่เป็นประเด็นหลัก ประเด็นที่สำคัญ คือ ต้องระวังเรื่องการเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

5.3 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยใช้เกณฑ์ E_1/E_2

การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ E_1/E_2 ตามแนวทางของชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2520) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาการทดสอบประสิทธิภาพขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย คือ การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม เพื่อให้ทราบว่าโปรแกรมมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยนำโปรแกรมไปทดลองใช้เบื้องต้น (Tryout) ปรับปรุง และนำไปใช้จริง (Trial run หรือ Test) จนแน่ใจว่าแต่ละหน่วยนั้นมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

หลักการแนวคิดพื้นฐานของการหาประสิทธิภาพของโปรแกรมตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ E_1/E_2 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545: 295-297) คือ

1. การสร้างความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างแข็งขัน (Active participation) โดยการที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ลงมือปฏิบัติหรือเข้ามามีส่วนร่วมทั้งกายและใจ จะทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง

2. การจัดกิจกรรมควรเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปทีละเล็กทีละน้อย (Gradual approximation) โดยการจัดเรียงลำดับเนื้อหาสาระจากง่ายไปหายาก

3. การจัดประสบการณ์แห่งความสำเร็จ (Success experience) เพื่อสร้างความรู้สึกที่ดี ความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้เกิดการตระหนักในศักยภาพของตนเอง ทำให้มีแรงในการเรียนรู้ต่อไป

4. การให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันทีทันใด (Immediate feedback) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทราบผลของการกระทำที่ตนเองได้กระทำลงไป และช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพสามารถทำได้ 2 แนวทาง คือ 1) การทดสอบประสิทธิภาพจาก E_1/E_2 และ 2) การทดลองใช้จริง โดยแต่ละแนวทางมีรายละเอียด (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2556: 11-12) ดังนี้

1. **การทดสอบประสิทธิภาพ** เป็นการทดลองใช้เบื้องต้น เพื่อทดสอบประสิทธิภาพก่อนการทดลองใช้จริง โดยทดสอบประสิทธิภาพที่ผู้ทดลองสามารถนำผลการทดลองใช้เบื้องต้นไปปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง การทดสอบประสิทธิภาพประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1) เป็นการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 3 คน ซึ่งอยู่ในระดับอ่อน ปานกลาง และเก่ง โดยนักวิจัยต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างใกล้ชิด ว่าหงุดหงิด ทำหน้าฉงน หรือทำท่าทางไม่เข้าใจหรือไม่ การประเมินประสิทธิภาพโดยพิจารณาจากกิจกรรมหรือภารกิจและงานที่มอบให้ทำและทดสอบหลังทำกิจกรรม แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาประสิทธิภาพ หากไม่ถึงเกณฑ์ต้องปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรมระหว่างเรียน และแบบทดสอบหลังทำกิจกรรมให้ดีขึ้น ก่อนนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1:10) เป็นการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 6-10 คน ซึ่งคละทั้งในระดับอ่อน ปานกลาง และเก่ง โดยนักวิจัยต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างใกล้ชิดว่าหงุดหงิด ทำหน้าฉงน หรือทำท่าทางไม่เข้าใจหรือไม่ การทดสอบประสิทธิภาพโดยการประเมินจากกิจกรรมหรือภารกิจและงานที่มอบให้ทำและประเมินผลลัพธ์ แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาประสิทธิภาพ หากไม่ถึงเกณฑ์ต้องปรับปรุงให้ถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม (1:100) เป็นการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมที่ปรับปรุงจากการทดลองแบบกลุ่มแล้วไปทดลองกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งห้องเพื่อนำผลมาปรับปรุงขั้นสุดท้าย เพื่อจะได้นำไปทดลองใช้จริง โดยนักวิจัยต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างใกล้ชิดว่า หงุดหงิด ทำหน้าฉงน หรือทำท่าทางไม่เข้าใจหรือไม่ การทดสอบประสิทธิภาพโดยการประเมินจากกิจกรรมหรือภารกิจและงานที่มอบให้ทำและประเมินผลลัพธ์ แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาประสิทธิภาพ หากไม่ถึงเกณฑ์ต้องปรับปรุงให้ถึงเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำไปทดสอบประสิทธิภาพภาคสนามซ้ำ อาจทดสอบประสิทธิภาพ 2-3 ครั้งจนได้ค่าประสิทธิภาพถึงเกณฑ์ขั้นต่ำ ด้วยเหตุนี้ ขั้นตอนทดสอบประสิทธิภาพภาคสนามจึงแทนด้วย 1:100

2. **การทดลองใช้จริง** เป็นการนำโปรแกรมที่สร้างและพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง แล้วเปรียบเทียบนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองเพื่อปรับปรุงเนื้อหาก่อนนำไปใช้ต่อไป

การกำหนดเกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์

เกณฑ์การหาประสิทธิภาพ หมายถึง ระดับประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้ผลิตโปรแกรมจะพึงพอใจว่า หากโปรแกรมมีประสิทธิภาพถึงระดับแล้ว โปรแกรมนั้นมีคุณค่าที่จะนำไปจัดกิจกรรม และคุ้มกับการลงทุน สำหรับการกำหนดเกณฑ์ประสิทธิภาพ กระทำได้โดยการประเมินพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมใน 2 ประเภท คือ การประเมินพฤติกรรมต่อเนื่องหรือกระบวนการ (Transitional behavior หรือ Process) และการประเมินพฤติกรรมผลลัพธ์ (Terminal behavior หรือ Product) โดยกำหนดค่าประสิทธิภาพของกระบวนการ (E_1) ซึ่งคิดจากคะแนนจากงานทุกชิ้นของผู้เข้าร่วมโปรแกรมมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย แล้วนำมาหาค่าร้อยละ ส่วนค่าประสิทธิภาพของผลลัพธ์ของแต่ละชุดกิจกรรมในโปรแกรม (E_2) ซึ่งคิดจากคะแนนของผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมดมารวมกัน แล้วหาร้อยละของค่าเฉลี่ย (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2556: 11)

เกณฑ์ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ อาจใช้แทนด้วย E_1/E_2 การพิจารณาให้มีค่าขึ้นอยู่กับความเหมาะสม โดยปกติโปรแกรมที่เกี่ยวกับความรู้ ความจำ มักตั้งค่าเป้าหมายไว้ 80/80 85/85 และ 90/90 ส่วนที่เป็นทักษะอาจตั้งไว้ต่ำกว่า คือ 75/75 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545: 295-297) เมื่อทดลองในภาคสนามแล้วนำผลมาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าระหว่างผลประสิทธิภาพจากการทดลองที่ได้รับกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้เพื่อดูว่าสมควรที่จะยอมรับประสิทธิภาพหรือไม่ การยอมรับประสิทธิภาพที่กำหนดไว้โดยให้ถือค่าความแปรปรวนระหว่างร้อยละ 2.5-5.0 ซึ่งประสิทธิภาพไม่ควรต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้เกินร้อยละ 5 แต่โดยปกติจะกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ± 2.5 ดังนั้นการยอมรับประสิทธิภาพจึงมี 3 ระดับ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2556: 11) คือ

1. ประสิทธิภาพที่ได้สูงกว่าเกณฑ์ เมื่อประสิทธิภาพของโปรแกรมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดที่ตั้งไว้มีค่าเกินร้อยละ 2.5 ขึ้นไป ต้องปรับกิจกรรมและแบบวัดและทดลองใหม่ หากค่ายังสูงเกินร้อยละ 2.5 ต้องปรับเกณฑ์ให้สูงขึ้น

2. ประสิทธิภาพที่ได้เท่ากับเกณฑ์ เมื่อประสิทธิภาพของโปรแกรมเท่ากับหรือสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่ไม่เกินร้อยละ ± 2.5

3. ประสิทธิภาพที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่มีค่าไม่เกินร้อยละ 2.5

การหาประสิทธิภาพของกระบวนการ (E_1) สามารถคำนวณได้จากสูตร

$$E_1 = \left(\frac{\frac{(\sum x)}{N}}{A}\right) x100$$

การหาผลสัมฤทธิ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (E_2) สามารถคำนวณได้จากสูตร

$$E_2 = \left(\frac{\frac{(\sum x)}{N}}{B}\right) x100$$

E_1 ร้อยละของประสิทธิภาพของกระบวนการที่จัดไว้ในแต่ละกิจกรรม

E_2 ร้อยละของประสิทธิภาพของผลลัพธ์

$\sum x$ คะแนนรวมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

N จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรม

A คะแนนเต็มของผลการประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม

B คะแนนเต็มของผลการปะเมินผลลัพธ์หลังทำกิจกรรมแต่ละหน่วย

จุดเด่นของการสะท้อนค่าประสิทธิภาพ E_1/E_2 สามารถพิจารณาและตรวจสอบผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ระหว่างทางก่อนที่จะถึงเป้าหมายของการเรียนรู้ หากมีปัญหาสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ และสามารถตรวจสอบผลการเรียนรู้รวบยอดสุดท้าย

จุดอ่อนของการสะท้อนค่าประสิทธิภาพ E_1/E_2 คือ การแสดงค่าแบบรวม โดยมองเฉพาะภาพรวมของกลุ่ม ยังขาดกระบวนการที่จะพิจารณาผลการเรียนรู้เป็นรายบุคคล ซึ่งค่าประสิทธิภาพที่แสดงออกมาเท่ากันของทั้งสองกลุ่มนั้นอาจจะมีการกระจายของระดับความสามารถของผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่แตกต่างกัน

6. กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐาน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความ

ต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาและทำความเข้าใจในปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม และขั้นตอนที่ 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยนำผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-3 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ครอบคลุม และลุ่มลึก นำไปสู่การสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ มาเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯ เพื่อนำไปใช้ในระยะต่อไป ส่วนระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยใช้เกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพแบบรายบุคคล กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขจนได้โปรแกรมฯ ฉบับสมบูรณ์ โดยการยอมรับประสิทธิภาพที่กำหนดไว้โดยให้ถือค่าความแปรปรวนระหว่างร้อยละ 2.5-5.0 ซึ่งประสิทธิภาพไม่ควรต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้เกินร้อยละ 5 แต่โดยปกติจะกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 2.5 โดยการยอมรับประสิทธิภาพจึงมี 3 ระดับ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545: 295-297) ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพที่ได้สูงกว่าเกณฑ์ เมื่อประสิทธิภาพของโปรแกรมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดที่ตั้งไว้มีค่าเกินร้อยละ 2.5 ขึ้นไป ต้องปรับกิจกรรมและแบบวัดและทดลองใหม่ หากค่ายังสูงเกินร้อยละ 2.5 ต้องปรับเกณฑ์ให้สูงขึ้น 2) ประสิทธิภาพที่ได้เท่ากับเกณฑ์ เมื่อประสิทธิภาพของโปรแกรมเท่ากับหรือสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้แต่ไม่เกินร้อยละ ± 2.5 และ 3) ประสิทธิภาพที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แต่มีค่าไม่เกินร้อยละ 2.5 ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย ชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2545) ในกลุ่มตัวอย่างแบบเดี่ยว (1:1) แบบกลุ่ม (1:10) และภาคสนาม (1:100) ก่อนนำไปทดลองจริง แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขจนได้โปรแกรมการจัดตนเองฉบับสมบูรณ์ ถึงจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behaviors) เป็น การกระทำของบุคคลที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัยในการสร้างเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด ทั้งทางจิตวิทยา สังคมศาสตร์ และสาธารณสุข ได้แก่ แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Ageing) แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (Successful ageing) แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ (Productive Ageing) ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck's Developmental Theory) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี

สุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการป้องกันโรค 4) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ความดันโลหิต (The Blood Pressure) ซึ่งยึดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ที่ว่า ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Mild Hypertension) ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Moderate Hypertension) และถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Severe Hypertension) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2555) และค่าดัชนีมวลกาย (The Body Mass Index) ซึ่งยึดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2004) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) ภาวะน้ำหนักปกติ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ 3) ภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน คือ การที่บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) บุคคลมีภาวะท้วม คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับที่ 2 คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

สำหรับโปรแกรมการจัดการตนเองได้ถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) (Bandura. 1986) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) เป็นหลัก ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลวางแผน ควบคุมและการกำกับพฤติกรรมของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองให้ไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยคำว่า “การจัดการตนเอง” ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองที่นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิต ขั้นตอนในโปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง (Self-set goal) การวางแผน (Make a plan) การปฏิบัติ (Implementation) การเรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) และการให้กำลังใจ (Encouragement) หรือ SMILE

นอกจากนั้นแล้วการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura. 1997) นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติให้บรรลุ

ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลจะพยายามปฏิบัติให้ได้ตามผลลัพธ์อย่างที่คาดหวังไว้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีการสะสมประสบการณ์ต่างๆ มาตั้งแต่สมัยที่ยังทำงาน และมีความแตกต่างกันในผู้สูงอายุแต่ละคน ทำให้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นตัวแปรความแปรปรวนร่วม

จากการประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ผ่านมาสามารถนำมาออกแบบกรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมติฐาน

จากการประมวลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถตั้งสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายดีกว่ากลุ่มควบคุม

2.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมากกว่ากลุ่มควบคุม

2.2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

3.1 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างกันตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

4.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

4.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

4.3 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือนคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

4.4 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

5. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน

5.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

5.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และการดำเนินการในการวิจัยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ขั้นตอน 2 การศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น (The need assessment)

ขั้นตอน 3 การค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ขั้นตอน 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอน 2 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมฯ มีวัตถุประสงค์ย่อย ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาสังเคราะห์และหาข้อสรุปของภาพรวมของงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2) เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมิน

ความต้องการจำเป็น 3) เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม และ 4) เพื่อสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอน 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ในการศึกษารายละเอียดของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006-2015

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้สำหรับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมหรือการจัดกระทำต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และที่ได้รับการตีพิมพ์ในระดับนานาชาติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง 2015 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. งานวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ยตั้งแต่ ตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2004) และ/หรือมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอท
2. งานวิจัยที่มีศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมหรือการจัดกระทำ
3. งานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นตัวแปรตาม
4. งานวิจัยที่มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งเป็นการออกแบบที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และการวิจัยกึ่งทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (Data extraction form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แบบบันทึกการสกัดข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปและคุณภาพของงานวิจัย ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้แต่ง ปีที่พิมพ์ รูปแบบงานวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ให้บริการหรือศึกษา และการประเมินคุณภาพของงานวิจัยปฐมภูมิ โดยมีพื้นฐานมาจากหนังสือของค็อกแครน สำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการจัดกระทำ (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention) 2) การจัดกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ได้แก่ แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน

ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม รูปแบบการจัดกระทำ และเทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) ประสิทธิผลของการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ

การควบคุมคุณภาพการรวบรวมข้อมูล

ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูล โดยทดสอบความตรงของผู้บันทึก 3 คน ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยอีก 2 คน โดยมีการใช้แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลไปทดลองรวบรวมข้อมูลจากรายงานการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง หลังจากนั้นนำผลการบันทึกมาเปรียบเทียบ เพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Interrater agreement) เมื่อพบความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันในการบันทึก ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 คนได้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อสรุปร่วมกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบภายใต้แนวคิดขององค์กรความร่วมมือค็อกแครน (Cochrane collaboration) (Clarke; & Oxman. 2003) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์ที่ให้บริการสืบค้นฐานข้อมูลเอกสารฉบับเต็มของวารสาร วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัยที่ได้รวบรวมจากสำนักพิมพ์ต่างๆ ทั่วโลก ได้แก่ ProQuest Health and Medical Complete, Pubmed, Scopus และ Science-Direct และบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเตอร์เน็ต ในช่วงระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง คือ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2015 โดยใช้คำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้น ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behavior) สุขภาวะที่ดี (Well-being) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating) การออกกำลังกาย (Exercise) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Disease preventive behavior) พฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดีทางจิตใจ (Psychological well-being behavior) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Engaging in social activity) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging)

2. การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันอ่านงานวิจัยที่สืบค้นได้ โดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ แล้วทำการคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุปผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อสรุปร่วมกัน

3. การประเมินคุณภาพของงานวิจัยปฐมภูมิ (Methodological quality assessment) ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ใช้เกณฑ์ตามแนวทางของคอแครน (Cochrane)

(Higgins; & Green. 2008) ประกอบด้วย 7 หัวข้อหลัก ได้แก่ 1) การควบคุมคุณภาพ (Quality control) 2) กระบวนการสุ่ม (Randomization) 3) วิธีการปกปิดสิ่งทดลอง (Blinding) 4) การติดตามประชากรในการศึกษาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (Completeness of follow-up) 5) การออกจากการศึกษากลางคัน (Drop out) 6) การเปรียบเทียบความแตกต่าง (Comparability) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตั้งแต่แรกเริ่มการทดลอง และ 7) การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ถึงแม้ตัวอย่างนั้นอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับการจัดกระทำตามที่ได้รับคัดเลือกเข้ากลุ่มตั้งแต่ก่อนเริ่มการจัดกระทำ (Intention-to-treat analysis) เกณฑ์ในการแปลผลในการประเมิน ได้แก่ งานวิจัยที่มีคุณภาพสูงซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างน้อย 5 เกณฑ์ งานวิจัยที่มีคุณภาพปานกลางซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมินในช่วง 3-4 เกณฑ์ และงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยกว่า 3 เกณฑ์ (Higgins; & Green. 2011) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันสกัดข้อมูลจากงานวิจัยและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุป ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อสรุปร่วมกัน

4. การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันสกัดข้อมูลจากงานวิจัยและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุป ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อสรุปร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปและคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี 2) การจัดกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และ 3) ประสิทธิผลของการจัดกระทำที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ

ขั้นตอน 2 การศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ในการศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ การศึกษาความต้องการจำเป็นนั้นทำให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงปัญหาที่สำคัญที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2004) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ชนิดไม่ทราบสาเหตุ อันเนื่องจากการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเป็นอันตราย ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย 4 แขวง 96 ชุมชน (เทศบาลนครเชียงใหม่. 2557) ในกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane. 1967: 886) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ± 5% จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณรวมค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (4 คะแนน) ที่มีการตอบสนองคู่ (Dual-response format) จำนวน 30 ข้อ สำหรับในการแปลความหมายของคะแนนนั้น พิจารณาจากคะแนนรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ที่มีคะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่าตัวอย่างแบบสอบถามความต้องการจำเป็น ดังตาราง 5

ตาราง 5 ตัวอย่างแบบสอบถามความต้องการจำเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

สภาพที่ควรจะเป็น				**รายการ**	**สภาพที่เป็นจริง**			
1	2	3	4		1	2	3	4
				0. การรับประทานผักผลไม้				
				00. การทำงานจิตอาสา				

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของระดับความคิดเห็น ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
น้อยที่สุด	1	4
น้อย	2	3
มาก	3	2
มากที่สุด	4	1

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและพัฒนาขึ้นมาให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการป้องกันโรค 4) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2. ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามนิยามปฏิบัติการ แบบสอบถามความต้องการจำเป็น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 2 การประเมินความต้องการจำเป็นมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับที่มีการตอบสนองรายคู่ (Dual response) จำนวน 30 ข้อ

3. ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลและวิจัยการศึกษา จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุม และความสอดคล้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ คัดเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามความต้องการจำเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีค่า IOC ระหว่าง 0.80-1.00 ถือว่าคำถามในแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Rovinelli; & Hambleton. 1977) มาปรับใช้เพื่อปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

เพื่อหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า เท่ากับ 0.92 เมื่อปรับปรุงภาษาในแบบสอบถามให้สั้นกระชับและเข้าใจง่าย แล้วนำไปเก็บข้อมูลจริง พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอบบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นสูง (Nunnally. 1978)

การดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ วิธีการตอบแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แล้วรอรับแบบสอบถามกลับคืนในวันที่เก็บข้อมูลหรือตามที่ผู้ตอบแบบสอบถามนัดหมาย

4. เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับกลับคืนมาทุกฉบับ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ถ้าแบบสอบถามใดตอบไม่ถูกต้อง เนื่องจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการตอบ ผู้วิจัยจะทำการอธิบายวิธีการตอบอีกครั้งแล้วให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตอบแบบสอบถามอีกครั้งให้ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยจึงให้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลทำโดยการใช้การหาค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. ในการหาค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Modified Priority Need Index หรือ $PNI_{modified}$) เป็นวิธีการศึกษาความต้องการจำเป็นจากระดับของสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน โดยคำนวณจากผลต่างระหว่างสภาพที่คาดหวัง (I) กับสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน (D) ต่อค่าสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน (D) ซึ่งนงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวาณิชได้ปรับปรุงจากวิธีการหาค่าดัชนีความต้องการจำเป็น (Priority Need Index หรือ PNI) เพื่อควบคุมขนาดของความต้องการจำเป็นให้อยู่ในพิสัยที่ช่วงไม่กว้างมากเกินไป โดยมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$PNI_{modified} = \frac{(I - D)}{D}$$

I (Importance) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่คาดหวัง

D (Degree of success) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน

3. การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นนั้น พิจารณาจากการเรียงค่า $PNI_{modified}$ จากมากไปหาน้อย ถ้าค่า $PNI_{modified}$ ที่มีค่ามากแสดงว่ามีความต้องการจำเป็นสูงที่ต้องได้รับการพัฒนามากกว่าค่า $PNI_{modified}$ ที่มีค่าน้อยกว่า

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่อิสระ (Paired sample t-test)

ขั้นตอน 3 การค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ในการค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยการสนทนากลุ่มมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants)

ในการสนทนากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวนกลุ่มละ 5 คน โดยผู้วิจัยทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยการยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposeful Sampling) (ชายโพธิสิตา. 2552) โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้สูงอายุแกนนำสุขภาพประจำชุมชนเมืองที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2004)

2. เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระดับที่ 1 อยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอท ทั้งเพศชายและหญิง

3. ผู้สูงอายุที่ยินยอมและยินดีให้ความร่วมมือในการทำการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะสร้างคำถามนำในการสัมภาษณ์จากการประมวลข้อมูลและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อค้นหาคำตอบของปัญหาการวิจัยให้ครบถ้วน โดยแนวคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างมีทิศทาง ผู้วิจัยมีแนวคำถาม เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติงานในภาคสนาม และเมื่อผู้วิจัยได้เข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงจะมีการปรับเปลี่ยนและสร้างประเด็นคำถามใหม่ๆ อยู่เสมอตามความเหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ข้อมูลที่ได้และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสำคัญ ตัวอย่างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ 1) ปัญหาและอุปสรรคใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2) เงื่อนไขใดบ้างที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และ 3) แนวทางหรือโปแกรมที่เหมาะสมในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงควรเป็นอย่างไร

2. เครื่องบันทึกเสียง เพื่อช่วยในการบันทึกข้อมูลในขณะทำการสนทนากลุ่ม ทำให้ผู้วิจัยสามารถพูดคุย สอบถามข้อมูลได้โดยไม่ต้องพะวงกับการจดบันทึกมากเกินไป ทั้งยังสามารถช่วยในการตรวจสอบข้อมูลตามที่สัมภาษณ์ได้โดยที่ข้อมูลไม่หายไป

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หลังจากสร้างแนวคำถามใน การสนทนากลุ่มขึ้นตามกรอบแนวคิด จุดมุ่งหมายของการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดการประเมิน ด้านเนื้อหา และด้านการวิจัย จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาความเหมาะสมของคำถามในการสนทนากลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งมีค่า IOC ระหว่าง 0.80-1.00 ถือว่าคำถามในการสนทนากลุ่มนั้นมีความตรงเชิงเนื้อหา (Rovinelli; & Hambleton. 1977) หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่มมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลควบคู่กันไป โดยมีการตรวจสอบภายในและการตรวจสอบภายนอก การตรวจสอบภายในเพื่อพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้เพียงพอและครอบคลุมหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลและสถานที่ที่เลือกมาศึกษาเหมาะสมกับเรื่องและแนวคำถามในการวิจัยเพียงใด และมีการนำเสนอวิธีการ ขั้นตอนของการทำงานในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อย่างชัดเจน

โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้หรือไม่ ส่วนการตรวจสอบภายนอก ผู้วิจัยมีการนำเสนอผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและวิจารณ์ เพื่อพิจารณาว่าข้อสรุปและการตีความของผู้วิจัยถูกต้องหรือตรงตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลมากน้อยเพียงใด

การดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การลงพื้นที่เบื้องต้นโดยผู้วิจัยได้ขอหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเข้าพื้นที่ เพื่อเก็บข้อมูลจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและนำไปติดต่อประสานงานอย่างเป็นทางการในพื้นที่ รวมทั้งทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ เช่น ข้อมูลทางกายภาพ ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข ข้อมูลทางด้านสังคม ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้เห็นภาพรวมของพื้นที่อันเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนการวิจัยต่อไป

2. การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา

3. การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กันตามที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่สนามโดยผ่านแกนนำหรือบุคคลที่รู้จักผู้ให้ข้อมูลพาผู้วิจัยเข้าสู่พื้นที่เก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถทำได้อย่างราบรื่น และให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามยินยอม หรือให้ความยินยอมโดยใช้วาจา แล้วทำการนัดวันเวลาและสถานที่ในการจัดสนทนากลุ่ม

4. ผู้วิจัยดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม โดยแยกออกเป็น 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการจัดสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 5 คน และครั้งที่ 2 เป็นการจัดสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 5 คน เป็นเวลา 1.30-2.00 ชั่วโมง ในระหว่างทำการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดการสนทนากลุ่ม และแนะนำผู้เข้าร่วมการสนทนาแต่ละคน รวมขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสนทนากลุ่ม สิ่งที่ผู้วิจัยต้องตระหนักตลอดเวลาในการลงพื้นที่ คือ การสนทนากับผู้ให้ข้อมูลจะต้องใช้ความจริงใจเสมอ จึงจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความจริงใจและให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างดี หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนด ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการสนทนา กล่าวขอบคุณ และมอบของที่ระลึก พร้อมทั้งเชิญผู้ให้ข้อมูลร่วมรับประทานอาหารและเครื่องดื่มด้วยกัน

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการสนทนากลุ่มในแต่ละประเด็นคำถาม เพื่อนำมาสรุปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ ทั้งในทางกายภาพและเนื้อหา ผู้วิจัยถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงแบบถอดชนิดคำต่อคำ (Verbatim) และรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ความรู้สึก และบรรยากาศของการสนทนาไว้ไม่ให้เสียไป แล้วทำการอ่านบทสนทนาทั้งหมด เพื่อตีความหมาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ลดทอนข้อมูล สกัดสาระ และสร้างข้อสรุป โดยยึดกรอบแนวคิดในการศึกษาเป็นหลัก

ขั้นตอน 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีพื้นฐานมาจากข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 ข้างต้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในขั้นตอนที่ 1 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีในขั้นตอน 2 และการศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่มในขั้นตอน 3

2. กำหนดโครงสร้างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ แนวคิดหรือทฤษฎี กิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการประเมินผล ดังตาราง 6

ตาราง 6 โครงสร้างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
1. การปฐมนิเทศ	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย 3. เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 4. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการฝึกอบรม - แนวคิดการจัดกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 30 นาที 1. ลงทะเบียน และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียด **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที 1. ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ	1. ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพทำการวัดโดย อสม. 3. ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4.พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี 5. ความสนใจและการมีส่วนร่วม
2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ - แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 30 นาที ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียนและแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ผู้วิจัยเชิญวิทยากรมาบรรยายในหัวข้อ โรคความดันโลหิตสูงและแนวทางในการจัดการดูแลตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการใช้ชีวิตประจำวัน	1. ความถูกต้องจากแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง 2. ความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากความตั้งใจ การสนทนาและซักถามในเรื่องความดันโลหิตสูง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			2. ทำแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งเฉลย ซักถามและตอบข้อสงสัย **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที สรุปการทำกิจกรรมและทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป	
3. พฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกการจัดการตนเองในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเอง	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 15 นาที 1. ทบทวนเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 75 นาที 1. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โดย อสม. 2. แนะนำวิธีการคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกาย 3. ทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที สรุปการทำกิจกรรมและนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป **การติดตามเยี่ยมบ้าน** ใช้เวลา 30 นาที	1. ความถูกต้องในการคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกาย 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือ 2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	
4. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับประสบการณ์ตรงและมีส่วนร่วมในการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension) 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการรับประทานอาหาร	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม 2. กิจกรรม Bingo รายการอาหารของหวาน และเครื่องดื่มที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการรับประทาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง 3. เฉลย อธิบายและสรุปการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง	1. ความสนใจและการส่วนร่วมในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การ

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
	เพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง		**ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ในแต่ละกลุ่มทำการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ เมื่อแต่ละกลุ่มประกอบอาหารเสร็จแล้วให้ส่งตัวแทนมานำเสนอ 2. แต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) ในคู่มือแล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที 1. สรุปกิจกรรมและนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ **การติดตามเยี่ยมบ้าน** 1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือ 2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
5. การมีส่วนร่วมทางสังคม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสได้ออกแบบและทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชน 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ - แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 30 นาที ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1.วิเคราะห์ สภาพปัญหาทางด้านสุขภาพในปัจจุบันของชุมชน 2. ออกแบบและวางแผนกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพและนำเสนอกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพรวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที 1สรุปการทำกิจกรรมและนัดการทำกิจกรรมจิตอาสาของแต่ละกลุ่ม **การติดตามเยี่ยมบ้าน** 1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation)	1. ความสนใจและการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุ ออกแบบ และวางแผนกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	
6. การออกกำลังกาย	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจหลักและข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 15 นาที 1. ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ในการออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ 1) ทำความอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) 2) ในช่วงออกกำลังกาย (Endurance training phase) โดยทำการเลือกออกกำลังกายตามความสนใจอย่างอิสระ โดยความหนักในการออกกำลังกายที่ทำให้หายใจเร็วขึ้น ถี่ขึ้น ไม่หอบ และสามารถพูดคุยได้จนจบประโยค และ 3) ช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase)	1.ความสนใจและการเข้าร่วมในการออกกำลังกาย 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการออกกำลังกาย การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			2. ทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที สรุปการทำกิจกรรมและนัดการทำกิจกรรมครั้งต่อไป **การติดตามเยี่ยมบ้าน** 1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือ 2. เยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	
7. พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการ	- แนวคิดการกำกับตนเอง - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2. นำแก้วน้ำซึ่งมีน้ำอยู่ครึ่งแก้วออกมาตั้งไว้บนโต๊ะ แล้วในแต่ละกลุ่มร่วมอภิปรายว่า น้ำในแก้วนี้มีลักษณะเช่นใด ระหว่าง	1. ความถูกต้องในการสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
	จัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก		**น้ำเหลือครึ่งแก้ว** หรือ **น้ำหมดไปครึ่งแก้ว** พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบ แล้วให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 90 นาที 1. การพูดกับตนเอง (Self talk) โดยแจกกระดาษให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละ 1 แผ่น แล้วให้เขียนความรู้สึกที่ไม่ดีเกี่ยวกับตัวเองมาคนละ 3 อย่างด้วยดินสอ 2. เขียนข้อความเพื่อเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้เป็นเชิงบวกและเป็นจริงด้วยปากกาดังตัวอย่างต่อไปนี้ 3. เมื่อเขียนความเชื่อใหม่ลงในกระดาษแล้ว ให้แต่ละคนใช้ยางลบลบความเชื่อเดิมทิ้ง แล้วให้แต่ละคนอ่านออกเสียงความเชื่อใหม่ทั้งหมดให้สมาชิกภายในกลุ่มฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน 4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และวางแผน (Make a plan) แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม	เป็นเชิงบวกได้ 2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกได้ โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
			ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที สรุปการทำกิจกรรมและนัดการทำกิจกรรมครั้งต่อไป **การติดตามเยี่ยมบ้าน** ระยะเวลา 30 นาที 1. ปฏิบัติตามแผนที่ได้ตั้งไว้พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) 2. เยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) และให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)	
8. การปิดโปรแกรม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูง	- แนวคิดการประเมินผลการฝึกอบรม	**ขั้นนำ** ใช้เวลา 30 นาที 1. ทบทวนกิจกรรมต่างๆ ทุกกิจกรรมที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป **ขั้นดำเนินการ** ใช้เวลา 60 นาที 1. ผู้ช่วยวิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ	1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรม หลังจากที่ผู้ช่วยวิจัยและอสม. ทำการวัดและบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี	ตัวอย่างกิจกรรม (ระยะเวลา)	การประเมิน
	โดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2. เพื่อให้คำชมเชยและมอบของที่ระลึกแก่ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม		2. เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคน 3. ในขณะที่รอเข้ารับการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลหลังการทดลอง **ขั้นสรุปผล** ใช้เวลา 30 นาที 1. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการติดตามอีก 1 เดือนถัดไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ	2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม 3. ความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากพฤติกรรมการซักถามและการเข้าร่วมกิจกรรม

3. นำร่างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นมาตรวจสอบความเหมาะสมด้วยแบบสอบถามความเหมาะสมและความสอดคล้องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาผู้ใหญ่ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการส่งเสริมสุขภาพ การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน)

ตัวอย่าง แบบสอบถามความเหมาะสมและความสอดคล้อง

0. คำชี้แจงมีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้

1.

น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
____	____	____	____	____

การแปลความหมายของคะแนน โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของการตอบแบบสอบถาม กำหนดระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best. 1997: 190) ดังนี้

ช่วงระดับคะแนน	**ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อองค์ประกอบของโปรแกรม**
1.000 - 1.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.500 - 2.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย
2.500 - 3.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
3.500 - 4.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก
4.500 – 5.000	ความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

4. ปรับปรุงร่างโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ทั้งแบบรายบุคคล กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ และ 2) การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ด้วยแบบแผนการทดลองกลุ่มเดียวโดยการทดสอบก่อนหลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี หรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) (WHO. 2004) ทั้งเพศหญิงและชายในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือผ่านการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอทมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม รวมทั้งไม่ได้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน มะเร็ง โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับระบบกรวยไตและต่อมหมวกไต สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การเขียนด้วยภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม และยังไม่เคยผ่านโปรแกรมการฯ มาก่อน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาประสิทธิภาพแบบรายบุคคล จำนวน 6 คน การหาประสิทธิภาพแบบกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน และการหาประสิทธิภาพแบบกลุ่มใหญ่ จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมการที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมการที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ถูกสร้างในระยะที่ 1 โดยพื้นฐานมาจากแนวคิดและทฤษฎีหลัก ได้แก่ แนวคิดการกำกับตนเองและแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และแนวคิดและทฤษฎีย่อยๆ ได้แก่ แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ แนวคิดการฝึกอบรม แนวคิดการจัดกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

และแนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์ เพื่อนำมาประกอบในการออกแบบกิจกรรมที่กำหนดขอบเขตเนื้อหาและวัตถุประสงค์ไว้แล้ว และกระบวนการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ แผนการจัดกิจกรรมประกอบด้วยหัวข้อ วัตถุประสงค์ แนวคิด/สาระสำคัญ สื่อ/วัสดุอุปกรณ์ กิจกรรม (ระยะเวลา) การวัดและประเมินผล โดยชุดกิจกรรมประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) เนื้อหาบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับความรู้และแนวทางปฏิบัติ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2) การฝึกการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE และ 3) การฝึกประสบการณ์ตรง โดยแต่ละบทเรียนจะประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมในแต่ละหน่วย และส่วนการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย ใบงานการจัดการตนเองในแต่ละกิจกรรมต่างๆ (E_1)

สื่อประกอบกิจกรรม โดยการศึกษาหลักการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ แนวทางการจัดทำสื่อสำหรับผู้สูงอายุ การวิเคราะห์เนื้อหาและกิจกรรมในแต่ละหน่วย เพื่อกำหนดรูปแบบสื่อประกอบกิจกรรม แล้วจัดทำสื่อและคู่มือประกอบกิจกรรมแต่ละหน่วย

2. แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สภาพการเป็นอยู่ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลจากแบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลนี้ใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล

(0) เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

(00) อายุ……ปี

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการบูรณาการและสังเคราะห์ขึ้นจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปและผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นถูกพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและเหมาะสมกับบริบทในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณรวมค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (4 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนน โดยพิจารณาจากคะแนนรวมของผู้ตอบ

แบบสอบถาม ผู้ที่มีคะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่าง แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (E_2)

พฤติกรรมการป้องกันโรค

0. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

0. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

0. ท่านอาสาสมัครหรือให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความสมัครใจ

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

การออกกำลังกาย

0. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

0. ท่านเรียนรู้และเปิดโอกาสให้ตนเองได้มีประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง

ไม่เคยปฏิบัติเลย นานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

____ ____ ____ ____

เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับ

ระดับความถี่ของพฤติกรรม	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4
นานๆ ครั้ง	2	2
ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง	3	3
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างและพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีขึ้นมาใหม่ โดยมีขั้นตอนการสร้างและพัฒนา ดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์การวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2. ศึกษาหลักการ แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงการวิเคราะห์เครือข่ายเนื้อหา นิยาม และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ในโปรแกรม

3. สร้างและนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสม ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาขององค์ประกอบต่างๆ ในแบบสอบถาม

4. สร้างแบบตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามนี้มีค่า IOC ระหว่าง 0.80-1.00

5. นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีไปทดสอบใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งทั้งฉบับเท่ากับ 0.76 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นสูง (Nunnally. 1978) และมีการตรวจสอบค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ทำให้ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.21-0.58 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป แสดงว่าแบบสอบถามนี้สามารถจำแนกแยกแยะหรือจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มๆ ได้ (Ebel. 1972) ทำให้สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงได้

6. จัดพิมพ์แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีฉบับสมบูรณ์

7. นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. การทดลองแบบรายบุคคล จำนวน 6 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการจัดกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม (E_1) และดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในระยะหลังการทดลอง (E_2) รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่มย่อย

2. การทดลองแบบกลุ่มเล็ก ในผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและยังไม่เคยผ่านโปรแกรมฯ มาก่อน จำนวน 10 คน แล้วดำเนินการตามกระบวนการในโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่การวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีก่อนและเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมทั้งพิจารณาความเหมาะสมความชัดเจนเกี่ยวกับภาษา และนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 เช่นเดียวกับการทดลองแบบรายบุคคล และปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3. การทดลองแบบกลุ่มใหญ่ ในผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและยังไม่เคยผ่านโปรแกรมการจัดการตนเองมาก่อน จำนวน 20 คน แล้ว ดำเนินการตามกระบวนการในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่การวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีก่อนและเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง รวมทั้งพิจารณาความเหมาะสมความชัดเจนเกี่ยวกับภาษา และนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 เช่นเดียวกับการทดลองแบบรายบุคคล และปรับปรุงโปรแกรมการจัดการตนเองให้มีความสมบูรณ์

4. การนำโปรแกรมฯ ไปปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ เพื่อไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 75/75 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545) โดย E_1 คือ ประสิทธิภาพของกระบวนการ ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ค่าร้อยละของผลการประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยกิจกรรม ดังตาราง 7

ตาราง 7 กิจกรรมและคะแนนประจำกิจกรรม

ที่	กิจกรรม	คะแนนประจำกิจกรรม
1	ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	20
2	พฤติกรรมการป้องกันโรค	20
3	การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	20
4	การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	20
5	การออกกำลังกาย	20
6	พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	20
	รวม	120

และส่วน E_2 คือ ประสิทธิภาพของผลผลิต ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละของผลรวมจากการประเมินพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2. สถิติทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบค่าประสิทธิภาพของกระบวนการและประสิทธิภาพของผลผลิตกับเกณฑ์มาตรฐาน 75/75 ที่ได้กำหนดไว้แล้ว โดยใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (One-sample T test)

ขั้นตอน 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มและวัดระยะก่อนทดลอง หลังจากการดำเนินจัดโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา (The Randomized Pretest Posttest and Follow up Control Group Design)

	ก่อนการจัดโปรแกรม	ดำเนินการจัดโปรแกรม	หลังการจัดโปรแกรม	ติดตามผล
กลุ่มทดลอง	(R) SE, B_1, O_1	X_1	B_2, O_2	B_3, O_3
กลุ่มควบคุม	(R) SE, B_1, O_1	X_0	B_2, O_2	B_3, O_3

R เลือกกลุ่มกลุ่มอย่างจากประชากรโดยวิธีการสุ่ม

SE วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

$B_{1,2,3}$ วัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผลอีก 1 เดือนถัดมาตามลำดับ

$O_{1,2,3}$ วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพครั้งแรกในครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผลอีก 1 เดือนถัดมาตามลำดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยผ่านโปรแกรมฯ มาก่อนและมีคุณสมบัติตามขั้นตอนในการหาประสิทธิภาพโปรแกรมฯ จำนวน 40 คน โดยได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้จริงครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช; และนงลักษณ์ วิรัชชัย. 2546: 121-122)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งมาจากในขั้นตอนการหาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ นอกจากนั้น ในการศึกษาขั้นตอนนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพิ่มเติม ได้แก่

1. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งให้ผู้ตอบประเมินตนเอง โดยพิจารณาข้อความที่กำหนดให้แล้วเลือกตอบตามความคิดเห็นของตน ตั้งแต่ไม่มั่นใจ (1 คะแนน) ถึงมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) โดยบุคคลที่มีคะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีว่าอยู่ในระดับสูง ส่วนบุคคลที่มีคะแนนต่ำ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีว่าอยู่ในระดับต่ำ

ตัวอย่าง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

0. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง

ไม่มั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจมาก มั่นใจมากที่สุด

____ ____ ____ ____

การสร้างและพัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 กำหนดวัตถุประสงค์การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

1.2 ศึกษาหลักการ แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

1.3 สร้างและนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีคุณภาพคือ ข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (Rovinelli; & Hambleton. 1977) โดยข้อคำถามนี้มีค่า IOC ระหว่าง 0.80-1.00 แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

1.4 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเท่ากับ 0.74 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นสูง (Nunnally. 1978) สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

1.4 จัดพิมพ์แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีฉบับสมบูรณ์

1.5 นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลทำการวิเคราะห์ผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. **เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความดันโลหิตอัตโนมัติ** (Automatic Blood Pressure Measurement Device) ได้รับการตรวจสอบ (Calibrate) ความเที่ยงตรงทุก 6 เดือนตามคุณภาพมาตรฐานจากโรงพยาบาลในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ โดยวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยคนเดียวกัน 2 ครั้ง เพื่อเปรียบเทียบดูความแตกต่างค่าความดันโลหิตที่วัดได้ทั้ง 2 ครั้ง ซึ่งต้องไม่แตกต่างหรือมีความ

แตกต่างน้อยที่สุด ในการวัดความดันโลหิตสูงมีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท และใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดิมทุกครั้งตลอดการวิจัย ขั้นตอนในการวัดความดันโลหิตมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การเตรียมตัวก่อนทำการวัดความดันโลหิตนั้น ผู้เข้ารับการวัดความดันโลหิตต้องไม่ดื่มชาหรือกาแฟ และสูบบุหรี่มาก่อนทำการวัดอย่างน้อย 30 นาที และถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย

2.2 ก่อนทำการวัดค่าความดันโลหิต ผู้เข้ารับการวัดต้องนั่งพักบนเก้าอี้เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที หลังพิงพนัก เพื่อลดความเกร็งหลัง เท้าทั้ง 2 ข้างวางราบพื้น

2.3 การเลือกผ้ารัดแขน (Arm cuff) ต้องให้เหมาะสมกับแขนของผู้เข้ารับการวัด ส่วนที่เป็นถุงลม (Bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนของผู้เข้ารับการวัดได้ร้อยละ 80 แล้วทำการพันผ้ารัดแขนที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร และให้กึ่งกลางของถุงลม วางทับบนหลอดเลือดแดงบริเวณเหนือข้อพับศอก (Brachial artery) พอดี แล้วทำการกดปุ่ม start เพื่อเริ่มทำการวัด

2.4 ในขณะที่ทำการวัดแขนซ้ายวางบนโต๊ะให้อยู่ในระดับหัวใจ ไม่ต้องกำมือ แล้วนั่งนิ่งๆ ไม่พูดคุยหรือขยับตัวขณะวัด

2.5 เมื่อเครื่องทำการวัดเสร็จจะแสดงค่าตัวเลขระดับความดันโลหิตออกมาอัตโนมัติ แล้วทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง หากระดับความดันโลหิตที่วัดได้ต่างกันไม่เกิน ± 5 มิลลิเมตรปรอท ให้นำ 2 ค่ามาหาค่าเฉลี่ย หากต่างกันเกิน 5 มิลลิเมตรปรอท ต้องทำการวัดครั้งที่ 3 และนำค่าที่ต่างกันไม่เกิน ± 5 มิลลิเมตรปรอท มาหาค่าเฉลี่ย

การแปลผลของค่าความดันโลหิตในการวิจัยครั้งนี้ยึดตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ที่ว่า ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Mild hypertension) ถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Moderate hypertension) และถ้าบุคคลนั้นมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า บุคคลนั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Severe hypertension) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558)

3. **เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง** ชนิด Floor type weight scale TANITA รุ่น BC-730 ใช้สำหรับชั่งน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างมีหน่วยเป็นกิโลกรัม โดยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Calibrate) ทุก 6 เดือน และที่วัดส่วนสูงมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงกลุ่มตัวอย่างใช้เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย ค่าดัชนีมวลกาย (The Body Mass Index) ซึ่งยึดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2004) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) ภาวะน้ำหนักปกติ คือ การที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ

3) ภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน คือ การที่บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) บุคคลมีภาวะท้วม คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับ I คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3) บุคคลที่เป็นโรคอ้วนระดับ II คือ ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะการติดตามผล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 การเตรียมการ ตั้งแต่การเตรียมและศึกษาข้อมูลชุมชน ประสานพื้นที่ และการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน เพื่อทำความเข้าใจบริบทของชุมชน ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถึงเทศบาลนครเชียงใหม่ และหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ รวมทั้งการแนะนำตัวอย่างเป็นทางการกับผู้นำชุมชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประสานขอความร่วมมือในเรื่องเอกสารและข้อมูลของชุมชน

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยได้รับความร่วมมือจากทีมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5-6 ท่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม

1.3 ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์โปรแกรมฯ ทั้งการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ออกเยี่ยมตามบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเชิญชวนและชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมให้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่สนใจและเต็มใจมาเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งทำการนัดประชุมผู้ที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมในการลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรมและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพและนัดหมายผู้ที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งต่อไป

1.4 การดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมทั้งวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงของผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แล้วทำการนัดกลุ่มทดลองในการทำกิจกรรม

ครั้งต่อไป ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ แต่ทำการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ต่อไป

2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การฝึกคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การแข่งขันในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ การทำงานจิตอาสาเพื่อชุมชน การออกกำลังกายในสวนสาธารณะ และการส่งเสริมพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวนทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ และได้รับการฝึกในการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) และการวางแผน (Make A Plan) พร้อมทั้งได้รับแจกคู่มือการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้และแผนที่ตนเองได้กำหนดไว้มาฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง (Implementation) พร้อมทั้งบันทึกการปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่องลงในคู่มือการจัดการตนเองฯ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในขั้นต่อไป

2.3 ผู้วิจัยทำการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลอง เพื่อสอบถามและติดตามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) โดยนำผลการบันทึกการปฏิบัติของตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้ากลุ่มทดลองสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ทำให้ผู้ทดลองเกิดกำลังใจ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและช่วยกลุ่มทดลองปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งอยู่ในขั้นการให้กำลังใจ (Encouragement)

2.4 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบสบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และทำการวัดวัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนักโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3. ระยะติดตามผล

ในระยะการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยเว้นระยะเวลาไว้ 1 เดือน โดยไม่มีการจัดกระทำหรือกระตุ้น ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบสบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และทำการวัดวัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนักโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. **สถิติบรรยาย**

ในการวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows รายละเอียดดังนี้

1.1 การคำนวณความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การคำนวณค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

1.3 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร โดยการหาประสิทธิ์ความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) และสถิติ Shapiro-Wilk เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ MANCOVA

1.4 การตรวจสอบการเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปร โดยใช้สถิติบอกซ์ (Box's M Test) เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ MANOVA และตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's Test

2. **การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน**

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2.1 การเปรียบเทียบสัดส่วนลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-squre)

2.2 การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (One Sample T-test)

2.3 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และหากพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรเดียว (Univariate Test) และทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

2.4 การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการ

ดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และหากพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรเดียว (Univariate Test) และทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

2.5 การทดสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดหลังการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร แบบวัดซ้ำ (MANCOVA with Repeated Measure) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

2.6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis) ในการบอกระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันตามเกณฑ์ ดังนี้ (Hinkle. 1998: 118)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน	ระดับของความสัมพันธ์
.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
.70 - .90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.50 - .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
.30 - .50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
.00 - .30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยก่อนลงมือเก็บข้อมูลทุกครั้ง ร่วมกับการชี้แจงรายละเอียดสาระสำคัญของการวิจัย เหตุผลและวิธีการที่ผู้วิจัยใช้ในการเลือกเข้าเป็นตัวอย่างเพื่อการเก็บข้อมูล มีมาตรการที่จะรักษาความลับ โดยจะมีการปกปิดชื่อ นามสกุล แหล่งข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งการอธิบายผลกระทบที่อาจจะเกิดกับผู้เข้าร่วมการวิจัยและในทำกิจกรรมทุกครั้งผู้วิจัยคำนึงและป้องกันถึงอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยในการทำกิจกรรมทุกครั้งจะมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำ เพื่อคอยดูแลและให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ขึ้น ผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีสิทธิที่จะ

ให้ความร่วมมือหรือไม่ให้ความร่วมมือก็ได้ และมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจหรือถอนตัวจากการให้ความร่วมมือได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ รวมทั้งการจะขอหนังสือรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-172/58E

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลถูกแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอน 2 ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น

ขั้นตอน 3 ผลการค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอน 4 ผลการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 2 ผลการทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	หมายถึง	จำนวนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	หมายถึง	ค่าสถิติ t ที่ได้จากการคำนวณ
F	หมายถึง	ค่าสถิติ F ที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร
E1	หมายถึง	ประสิทธิภาพของกระบวนการที่จัดไว้ในโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยคิดเป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ยในระหว่างการจัดกิจกรรมในแต่ละหน่วยการเรียนรู้

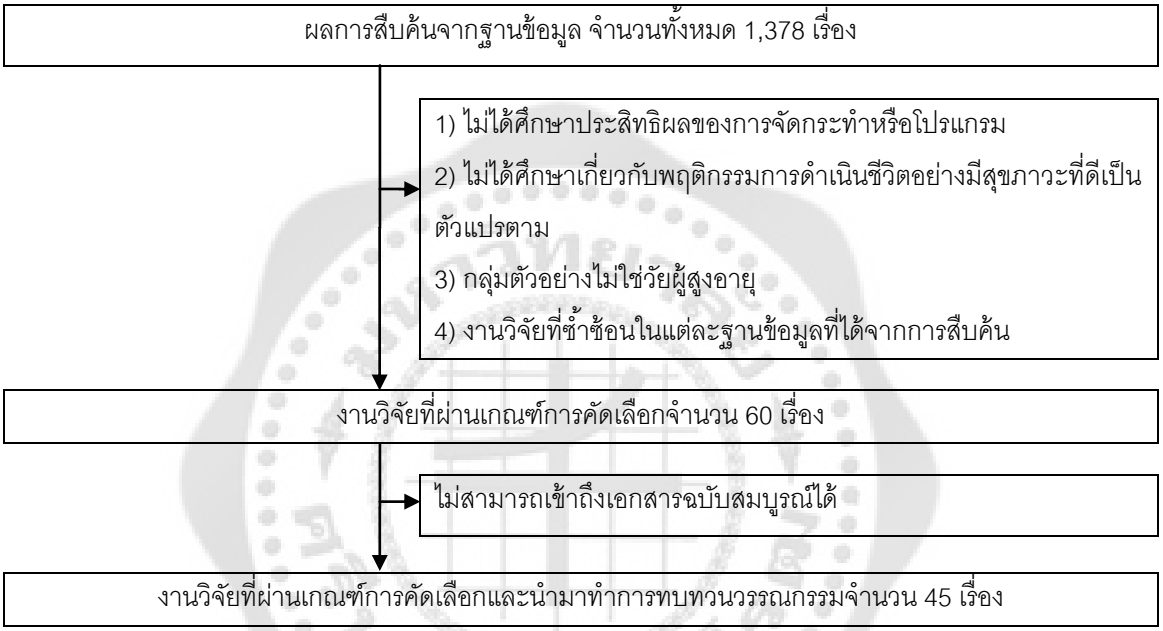
E2	หมายถึง	ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ โดยคิดเป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเป้าหมายภายหลังสิ้นสุดการทดลอง
χ^2	หมายถึง	ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-squre)
Std. Error	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
df	หมายถึง	ระดับของความเป็นอิสระ
G	หมายถึง	กลุ่มการทดลอง ได้แก่ 1) กลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ได้รับโปรมแกรมฯ (E) หรือ และ 2) กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่ได้รับการรักษาตามปกติ (C)
SE	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งแบ่งออกเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำและการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง
T	หมายถึง	ครั้งของการวัด แบ่งออกเป็น 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง (T1) ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง (T2) และครั้งที่ 3 ในระยะการติดตามอีก 1 เดือน (T3)
Sig	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
df	หมายถึง	ระดับของความเป็นอิสระ
SS	หมายถึง	ผลรวมของกำลังสอง
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง

ระยะที่ 1 ผลการสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษา สังเคราะห์และหาข้อสรุปของภาพรวมของงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2) เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น 3) เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม และ 4) เพื่อสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาในระยะที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอน 1 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ผลการคัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวคิดขององค์กรความร่วมมือค็อกแครน (Cochrane collaboration) (Clarke; & Oxman. 2003) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ดังภาพประกอบ 6)



ภาพประกอบ 6 ผลการคัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ผลจากการสืบค้นข้อมูลและงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระดับนานาชาติในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ProQuest Health and Medical Complete, Pubmed, Science-Direct, Scopus ในช่วงระยะเวลา 10 ปีย้อนหลัง คือ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2015 ด้วยคำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้น ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Healthy Lifestyle Behavior) สุขภาวะที่ดี (Well-being) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating) การออกกำลังกาย (Exercise) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Disease preventive behavior) พฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดีทางจิตใจ (Psychological well-being behavior) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Engaging in social activity) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful Aging) พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีจำนวนทั้งหมด 1,378 เรื่อง

2. เมื่อพิจารณาอย่างละเอียดจากบทคัดย่อ พบว่า งานวิจัยจำนวน 60 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ส่วนงานวิจัยจำนวน 1,318 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจาก 1) ไม่ใช่งานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ วิธีการ การจัดกระทำ หรือโปรแกรม เช่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์ความรู้เชิงอภิมาน การศึกษาเชิงสำรวจ การศึกษาความสัมพันธ์ การวิจัยเชิงคุณภาพ หรือข้อเสนอแนะหรือความเห็นจากคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญ 2) ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นตัวแปรตาม 3) กลุ่มตัวอย่างไม่ใช่วัยผู้สูงอายุ และ 4) งานวิจัยที่ซ้ำซ้อนในแต่ละฐานข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น

3. เมื่อพิจารณาเนื้อหาอย่างละเอียดจากบทความฉบับสมบูรณ์ พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 45 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และผลการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย ประเภทของงานวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย สถานที่ให้บริการหรือศึกษา และการประเมินคุณภาพของงานวิจัยปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประเภทของงานวิจัยถูกแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) งานวิจัยที่มีกลุ่มทดลองและควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้าการทดลอง แล้วทำการวัดก่อนหลังการทดลอง จำนวน 28 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 62.22 ของงานวิจัยทั้งหมด 2) งานวิจัยที่มีหนึ่งกลุ่มการทดลอง (G) แล้วทำการวัดก่อนหลังการทดลอง จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ของงานวิจัยทั้งหมด และ 3) งานวิจัยที่มีกลุ่มทดลองและควบคุม แล้วทำการวัดก่อนหลังการทดลอง จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ตามลำดับ

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยส่วนมากที่มีขนาดใหญ่ (มากกว่า 30 คน) จำนวน 35 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 77.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ส่วนเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการจัดกระทำ ได้แก่ 1) ยินดีในการเข้าร่วมการศึกษา สามารถในการสื่อสาร และไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆ จำนวนอย่างละ 45 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 100.00 ของงานวิจัยทั้งหมด 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตจำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 53.33 ของงานวิจัยทั้งหมด และ 3) เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่เหมาะสม ได้แก่ ไม่มีอาการหรือป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วยที่รุนแรง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคซึมเศร้า หรือบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 31.11 ของงานวิจัยทั้งหมด

3. สถานที่ให้บริการหรือศึกษา พบว่า งานวิจัยทั้งหมดมอบหมายงานให้นำกลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้านจำนวน 45 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมามีการจัดกระทำในสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลร่วมด้วย จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.78 ของงานวิจัยทั้งหมด และมีเพียงบางส่วนที่มีการจัดกระทำในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 48.89 ของงานวิจัยทั้งหมด

4. ผลการประเมินคุณภาพของงานวิจัยปฐมภูมิ พบว่า งานวิจัยที่มีคุณภาพสูงมีจำนวน 23 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 51.11 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมางานวิจัยที่มีคุณภาพปานกลางมีจำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40.00 ของงานวิจัยทั้งหมด และงานวิจัยที่มีคุณภาพต่ำมีจำนวน 4 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 8.89 ของงานวิจัยทั้งหมด

ส่วนที่ 2 รูปแบบของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

จากงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 45 เรื่อง โดยเมื่อพิจารณาในตามแนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐานของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (ตาราง 8) ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการจัดกิจกรรม เท่ากับ 29.00 สัปดาห์ ส่วนรูปแบบที่ถูกนำมาใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ 1) การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน 2) การบรรยายให้ความรู้ 3) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 4) การอภิปรายกลุ่ม 5) การสาธิต 6) การแสดงบทบาทสมมติ และ 7) เกม ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 37.78 26.67 17.78 15.56 8.89 2.22 และ 2.22 ของงานวิจัยทั้งหมด ตามลำดับ)

2. โปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการจัดกิจกรรม เท่ากับ 17.25 สัปดาห์ ส่วนรูปแบบที่ถูกนำมาใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ 1) การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน 2) การอภิปรายกลุ่ม 3) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 4) การบรรยายให้ความรู้ 5) การสาธิต 6) การใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง และ 7) การแสดงบทบาทสมมติ ตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 31.11 24.44 8.89 6.67 4.44 2.22 และ 2.22 ของงานวิจัยทั้งหมด ตามลำดับ)

ตาราง 8 แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน ระยะเวลา และรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม	29.00	24.51	4.00	96.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	15 (33.33)	Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Kim; & You (2015), Park; & Kim (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	12 (26.67)	Xue; et al. (2008), McManus; et al. (2010), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Foy; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Kim; & You (2015)
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	8 (17.78)	Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hebert; et al. (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Janssen; et al. (2013), Park; & Kim (2015)
					การอภิปรายกลุ่ม	7 (15.56)	Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Kim; & You (2015)
					การสาธิต	4 (8.89)	McManus; et al. (2010), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012)

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
					บทบาทสมมติ	1 (2.22)	Vrdoljak; et al. (2014)
					เกม	1 (2.22)	Vrdoljak; et al. (2014)
แนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวก	17.25	15.64	8.00	48.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	15 (33.33)	Chiang; et al. (2008), Clark; et al. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Ho; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Killen; & Macaskill (2014), Ramirez; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015)
					การอภิปรายกลุ่ม	12 (26.67)	Chiang; et al. (2008), Clark; et al. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Melendez Moral; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Ho; et al. (2014), Ramirez; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015)
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	4 (8.89)	Boutin-Foster; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Killen; & Macaskill (2014), Huffman; et al. (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	4 (8.89)	Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Yu; et al. (2014)
					การสาธิต	3 (6.67)	Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012)
					การใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง	1 (2.22)	Melendez Moral; et al. (2013)

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
					บทบาทสมมติ	1 (2.22)	Melendez Moral; et al. (2013)
ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	32.89	29.45	4.00	96.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	9 (20.00)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Intarakamhang (2012), Hekmatpou; et al. (2013) , Foroushni; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	5 (11.11)	Cakir; & Pinar (2006), Intarakamhang (2012), Hekmatpou; et al. (2013) , Foroushni; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015)
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	3 (6.67)	Scala; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011)
					การอภิปรายกลุ่ม	2 (4.44)	Cakir; & Pinar (2006), Hekmatpou; et al. (2013)
					การสาธิต	2 (4.44)	Suwanphan; et al. (2009), Intarakamhang (2012)
					การแสดงบทบาทสมมุติ	1 (2.22)	Scala; et al. (2008)
แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ	20.00	6.93	12.00	24.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	3 (6.67)	Geller; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Ahn; et al. (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	2 (4.44)	Wang; et al. (2014), Ahn; et al. (2015),
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	1 (2.22)	Wang; et al. (2014),
					การอภิปรายกลุ่ม	1 (2.22)	Wang; et al. (2014),

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
ทฤษฎีการดูแลตนเอง	12.00	0.00	12.00	12.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การบรรยายให้ความรู้ การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม	3 (6.67)	Intarakamhang; & Duangchan (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012)
แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ	10.00	2.83	8.00	12.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การอภิปรายกลุ่ม	2 (4.44)	Chang; et al. (2013), Shin; et al. (2015)
					การบรรยายให้ความรู้	1 (2.22)	Chang; et al. (2013)
					การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	1 (2.22)	Shin; et al. (2015)
การปรับตัวของรอย (Roy's adaptation)	12.00	0.00	12.00	12.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การบรรยายให้ความรู้ การสาธิต	1 (2.22)	Hacihasanoglu; & Gozum (2011)
รูปแบบในการเลือก ภาวะที่เหมาะสม และการทดแทน	6.00	0.00	6.00	6.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน	1 (2.22)	Geller; et al. (2014)
ทฤษฎีทุนทางสังคม	6.00	0.00	6.00	6.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การบรรยายให้ความรู้	1 (2.22)	Foy; et al. (2013)

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวคิดหรือทฤษฎีพื้นฐาน	ระยะเวลา (สัปดาห์)				รูปแบบกิจกรรม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
	$\bar{x}$	S.D.	Min	Max			
ทฤษฎีกระบวนการผลิตทางสังคม	6.00	0.00	6.00	6.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล	1 (2.22)	Frieswijk; et al. (2006)
โมเดลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	3.00	0.00	3.00	3.00	การฝึกปฏิบัติเองที่บ้าน การบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม	1 (2.22)	Gong; et al. (2015)

ส่วนขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า การฝึกปฏิบัติและติดตามตนเองเป็นเทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกนำใช้มากที่สุด จำนวน 45 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมา คือ การประเมินตนเองจากการกระทำที่ผ่านมา หรือการสะท้อนข้อมูลจากการกระทำจำนวนอย่างละ 30 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.67 ของงานวิจัยทั้งหมด การให้สิ่งเสริมแรงทางบวก จำนวนอย่างละ 28 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 62.22 ของงานวิจัยทั้งหมด การวางแผนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา จำนวน 26 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 57.78 ของงานวิจัยทั้งหมด การตั้งเป้าหมาย จำนวน 25 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 55.55 ของงานวิจัยทั้งหมด การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวนอย่างละ 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 24.44 ของงานวิจัยทั้งหมด การสร้างพันธสัญญาในการปฏิบัติจำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.89 ของงานวิจัยทั้งหมด และการวางแผนป้องกันการกลับมาทำซ้ำจำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.44 ของงานวิจัยทั้งหมด ดังตาราง 9 และสำหรับในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีค่าร้อยละของความถี่ตั้งแต่ 50 ของงานวิจัยทั้งหมด ได้แก่ การฝึกปฏิบัติและติดตามตนเอง การประเมินตนเองจากการกระทำที่ผ่านมา หรือการสะท้อนข้อมูลจากการกระทำ การให้สิ่งเสริมแรงทางบวก การวางแผนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และการตั้งเป้าหมาย

ตาราง 9 ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอน	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
การฝึกปฏิบัติและติดตามตนเอง	45 (100.00)	Cakir; & Pinar (2006), Frieswijk; et al. (2006), Chiang; et al. (2008), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), Killen; & Macaskill (2014), McNamara; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Ramirez; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
การประเมินตนเองจากการกระทำที่ผ่านมาหรือการสะท้อนข้อมูลจากการกระทำ	30 (66.67)	Cakir; & Pinar. (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You. (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
การให้สิ่งเสริมแรงทางบวกหรือการให้กำลังใจ	28 (62.22)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
การวางแผนและแนวทางในการแก้ไขปัญหา	26 (57.78)	Cakir; & Pinar. (2006), Frieswijk; et al. (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), Clark; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan. (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kim; & You. (2015), Park; & Kim. (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
การตั้งเป้าหมาย	25 (55.56)	Cakir; & Pinar (2006), Frieswijk; et al. (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Clark; et al. (2012), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan (2014), Hasandokht; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You. (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015)

ตาราง 9 (ต่อ)

ขั้นตอน	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนพฤติกรรม	11 (24.44)	Cakir; & Pinar (2006), Xue; et al. (2008), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Park; & Kim. (2015)
การสร้างพันธสัญญาในการปฏิบัติ	4 (8.89)	Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Ogedegbe; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Janssen; et al. (2013),
การวางแผนป้องกันการกลับมาทำซ้ำ	2 (4.44)	Janssen; et al. (2013), Geller; et al. (2014)

ส่วนที่ 3 ประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ผลผลิต (Output) และ 2) ผลลัพธ์ (Outcome) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ตาราง 10)

ตาราง 10 ผลผลิตและผลลัพธ์ของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ตัวแปรตาม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
ผลผลิต		
1. **พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี**	45 (100.00)	Cakir; & Pinar. (2006), Frieswijk; et al. (2006), Chiang; et al. (2008), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), McManus; et al. (2010). Hacihasanoglu; & Gozum. (2011), Clark; et al. (2012), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan. (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013) , Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), Killen; & Macaskill. (2014), McNamara; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Ramirez; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You. (2015), Park; & Kim. (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
- พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	28 (62.22)	Cakir; & Pinar (2006), Frieswijk; et al. (2006), Chiang; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), Ho; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Killen; & Macaskill (2014), Ramirez; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
- พฤติกรรมการป้องกันโรค	28 (62.22)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Chang; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
- การออกกำลังกาย	27 (60.00)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Geller; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Kim; & You (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
- การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	23 (51.11)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Vrdoljak; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	14 (31.11)	Cakir; & Pinar (2006), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Gong; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Kashaniyan; et al. (2015), Kim; & You (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
2. อื่นๆ		
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	9 (20.00)	Suwanphan; et al. (2009), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Park; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Shin; et al. (2015)
- การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณและสติปัญญา	5 (11.11)	Cakir; & Pinar (2006), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Clark; et al. (2012), Ogdegbe; et al. (2013), Estebsari; et al. (2014), Foroushni; et al. (2014)
- พฤติกรรมการกำกับตนเอง	3 (6.67)	Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012)
- ความรู้	2 (4.44)	Bosworth; et al. (2009), Park; & Kim (2015)
ผลลัพธ์		
1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ		
- ระดับความดันโลหิต	23 (51.11)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Bosworth; et al. (2009), Suwanphan; et al. (2009), McManus; et al. (2010), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ogedegbe; et al. (2012), Park; et al. (2012), Boutin-Foster; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Foroushni; et al. (2014), Srichairattankull; & Kaewpan. (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Hasandokht; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	จำนวน (ร้อยละ)	งานวิจัย
- ดัชนีมวลกาย	12 (26.67)	Cakir; & Pinar (2006), Xue; et al. (2008), Hacihasanoglu; & Gozum (2011), Hebert; et al. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Janssen; et al. (2013), Ogdegbe; et al. (2013), Foroushni; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015)
- ระดับไขมันในเลือด	8 (17.78)	Cakir; & Pinar (2006), Scala; et al. (2008), Xue; et al. (2008), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang. (2012), Intarakamhang; & Duangchan (2012), Ahn; et al. (2015), Stuck; et al. (2015)
- เส้นรอบเอว	5 (11.11)	Cakir; & Pinar (2006), Xue; et al. (2008), Janssen; et al. (2013), Wang; et al. (2014), Hasandokht; et al. (2015)
อื่น ๆ		
- ภาวะซึมเศร้า	13 (28.89)	Clark; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Janssen; et al. (2013), Melendez Moral; et al. (2013), Ho; et al. (2014), Melendez Moral; et al. (2014), Ramirez; et al. (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Ahn; et al. (2015), Huffman; et al. (2015), Park; & Kim (2015), Shin; et al. (2015),
- การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง	13 (28.89)	Xue; et al. (2008), McManus; et al. (2010), Clark; et al. (2012), Chang; et al. (2013), Foy; et al. (2013), Hekmatpou; et al. (2013), Kimura; et al. (2013), Geller; et al. (2014), McNamara; et al. (2014), Killen; & Macaskill (2014), Wang; et al. (2014), Yu; et al. (2014), Kim; & You (2015)
- คุณภาพในการนอนหลับ	1 (2.22)	Yu; et al. (2014)
- สมรรถนะทางร่างกาย	1 (2.22)	Foy; et al. (2013)

เมื่อพิจารณาถึงผลผลิตของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พบว่า พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีและพฤติกรรมการป้องกันโรคจำนวนถูกนำมาศึกษามากที่สุด จำนวนอย่างละ 28 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 62.22 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมา คือ การออกกำลังกายจำนวน 27 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60.00 ของงานวิจัยทั้งหมด การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจำนวนอย่างละ 23 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 51.11 ของงานวิจัยทั้งหมด และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจำนวนอย่างละ 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 31.11 ของงานวิจัยทั้งหมดตามลำดับ และในขณะที่ผลผลิตอื่นๆ ที่ถูกศึกษามากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.00

ของงานวิจัยทั้งหมด การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณและสติปัญญา จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 11.11 ของงานวิจัยทั้งหมด พฤติกรรมการกำกับตนเอง จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.67 ของงานวิจัยทั้งหมด ความรู้ จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4.44 ของงานวิจัยทั้งหมดตามลำดับ

ส่วนผลลัพธ์ที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด ได้แก่ ค่าระดับความดันโลหิตสูง จำนวน 23 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 51.11 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมา คือ ดัชนีมวลกาย จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 26.67 ของงานวิจัยทั้งหมด ระดับไขมันในเลือด จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 17.78 ของงานวิจัยทั้งหมด ค่าเส้นรอบเอว จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 11.11 ของงานวิจัยทั้งหมด และส่วนผลลัพธ์อื่นๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.89 ของงานวิจัยทั้งหมด และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.89 ของงานวิจัยทั้งหมด รองลงมา คือ คุณภาพในการนอนหลับ และสมรรถนะทางร่างกายจำนวนอย่างละ 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 2.22 ของงานวิจัยทั้งหมด ตามลำดับ

ขั้นตอน 2 ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น

ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความต้องการจำเป็น

ส่วนที่ 2 ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง (Modified Priority Needs Index: $PNI_{Modified}$)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความต้องการจำเป็น

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความต้องการจำเป็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 65.00 โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 64 ปี อายุต่ำสุด 60 ปีและอายุสูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรสมากสุดคิดเป็นร้อยละ 65.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 69.00 และได้รับเบี้ยหวัด/บำนาญคิดเป็นร้อยละ 40.750 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 75.750 อาศัยอยู่กับคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 43.75 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 23-24.9 ซึ่งถือว่าท้วม 206 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 6-10

ปี 308 คน คิดเป็นร้อยละ 77.00 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคอื่นร่วมด้วยจำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 55.75 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอีก 177 คน คิดเป็นร้อยละ 44.25 มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.50) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 4.75) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (ร้อยละ 2.00) และโรคอื่นๆ (ร้อยละ 1.75) ตามลำดับ (ตาราง 11)

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	140	35.00
- หญิง	260	65.00
2. อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 63.93, S.D. = 3.42)		
- 60 – 65 ปี	310	77.50
- 66 – 70 ปี	77	19.25
- 71 – 75 ปี	13	3.25
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	115	21.750
- สมรส	260	65.00
- หย่า	17	9.25
- หม้าย	8	4.00
4. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	0.75
- ประถมศึกษา	276	69.00
- มัธยมศึกษา	40	10.00
- อนุปริญญา	23	5.75
- ปริญญาตรี	58	14.50
5. แหล่งสำคัญที่มารายได้หลัก		
- เบี้ยหวัด/บำนาญ	163	40.75
- การประกอบอาชีพ	41	10.25
- บุตรหลาน	196	49.00
6. รายได้/เดือน		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	52	13.00
- 5,001 – 10,000 บาท	303	75.75
- 10,001 – 20,000 บาท	45	11.25

ตาราง 11 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. สภาพการเป็นอยู่		
- อยู่คนเดียว	28	7.00
- อยู่กับคู่สมรส	175	43.75
- อยู่กับบุตร หลาน	25	6.25
- อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน	85	21.25
- อยู่กับญาติพี่น้อง	87	21.75
8. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (WHO. 2000)		
- 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ปกติ)	4	1.00
- 23.0 - 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ท้วม)	206	51.50
- 25.0 - 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนระดับที่ 1)	175	43.75
- ≥ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนระดับที่ 2)	15	3.75
9. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
- 1- 5 ปี	24	6.00
- 6 – 10 ปี	308	77.00
- มากกว่า 10 ปี	68	17.00
10. โรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย		
- ไม่มี	223	55.75
- มี	177	44.25
- โรคเบาหวาน	154	38.50
- โรคไขมันในเลือดสูง	19	4.75
- โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	8	2.00
- โรคภูมิแพ้	7	1.75

ส่วนที่ 2 ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามโมเดลความแตกต่าง (Discrepancy Model) ระหว่างสภาพที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบันและสภาพที่คาดหวัง เพื่อสะท้อนลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ผลการศึกษาในตาราง 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในแต่ละด้าน

ย่อยในสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.287 – 0.356 และเมื่อจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นจากมากไปน้อย ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.356 0.341 0.336 0.331 และ 0.287 ตามลำดับ

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละด้านย่อยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
พฤติกรรมการป้องกันโรค	2.580	0.411	3.499	0.255	37.751*	0.356	1
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	2.554	0.367	3.425	0.199	43.580*	0.341	2
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	2.505	0.377	3.346	0.230	40.309*	0.336	3
การออกกำลังกาย	2.492	0.352	3.317	0.315	35.051*	0.331	4
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	2.663	0.265	3.427	0.214	42.972*	0.287	5

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 13 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.295–0.421 ส่วนในการจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มีความสำคัญและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.421 0.396 และ 0.375 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการป้องกันโรคตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

พฤติกรรมการป้องกันโรค	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การสังเกตตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย	2.598	0.511	3.692	0.478	31.538*	0.421	1
- การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	2.510	0.520	3.503	0.515	27.169*	0.396	2
- การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่	2.530	0.529	3.480	0.553	24.757*	0.375	3
- การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.618	0.517	3.485	0.553	23.474*	0.331	4
- การปรึกษาแพทย์เมื่อเกิดความผิดปกติ	2.633	0.513	3.480	0.500	23.270*	0.322	5
- การหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	2.593	0.550	3.358	0.480	21.402*	0.295	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 14 เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.241–0.421 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงรับประทานเกลือโซเดียม การหลีกเลี่ยงหรืองดรับประทานอาหารที่ไขมันชนิดอิ่มตัวหรือมีคอเลสเตอรอลสูง และการหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมัก

ดอง โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.421 0.380 และ 0.365 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบไม่เกิน 2000 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค	2.470	0.519	3.510	0.500	29.135*	0.421	1
- การรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ	2.562	0.521	3.535	0.499	27.155*	0.380	2
- การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมักดอง	2.578	0.519	3.520	0.500	27.196*	0.365	3
- การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง	2.563	0.497	3.390	0.488	24.566*	0.323	4
- การรับประทานผักผลไม้สดตามฤดูกาลมากกว่าการรับประทานผลไม้กระป๋องหรือแปรรูป	2.556	0.527	3.378	0.485	22.653*	0.322	5
- การรับประทานอาหารประเภทนึ่ง ต้ม อบ ลวกแทนการทอด	2.593	0.522	3.218	0.413	19.164*	0.241	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 15 เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า

$PNI_{Modified}$อยู่ระหว่าง 0.302 – 0.373 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การเป็นจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสมาคม ชมรมหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกอยู่ และการอาสาช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อยามที่เขาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.373 0.360 และ 0.343 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การเป็นจิตอาสาตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง	2.563	0.526	3.518	0.510	26.505*	0.373	1
- การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสมาคม ชมรมหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกอยู่	2.500	0.544	3.400	0.501	24.811*	0.360	2
- การอาสาช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อยามที่เขาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ	2.500	0.501	3.358	0.480	25.614*	0.343	3
- เสียสละแรงกาย เวลา หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนร่วม	2.513	0.553	3.328	0.480	22.241*	0.324	4

ตาราง 15 (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน	2.518	0.571	3.305	0.461	21.662*	0.313	5
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางประเพณีศาสนา	2.435	0.549	3.170	0.414	22.139*	0.302	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 16 เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการออกกำลังกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยของการออกกำลังกายตามสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ อยู่ระหว่าง 0.284 – 0.371 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการออกกำลังกายที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน 3 อันดับแรก ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ทั่วร่างกาย ได้แก่ การเดิน วิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร และการออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาทีโดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.371 0.354 และ 0.349 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านการออกกำลังกายตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

การออกกำลังกาย	สภาพที่เป็นจริง		สภาพที่คาดหวัง		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์	2.425	0.524	3.325	0.469	25.552*	0.371	1
- การออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ การเดินเร็ว รำมวยจีน กายบริหาร	2.470	0.519	3.345	0.521	25.244*	0.354	2
- การออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที	2.438	0.507	3.288	0.495	24.443*	0.349	3
- การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เอ็น ก่อนและหลังการออกกำลังกาย(warm up and cool down)	3.308	0.462	2.503	0.501	24.323*	0.322	4
- ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดได้	3.358	0.490	2.560	0.517	22.608*	0.312	5
- ไม่ออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที	3.278	0.480	2.553	0.508	20.808*	0.284	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 17 เมื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีตามสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงมีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า $PNI_{Modified}$อยู่ระหว่าง 0.190 – 0.441 การจัดลำดับความต้องการจำเป็นของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีที่มีความสำคัญมากที่สุดและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนาก่อน3 อันดับแรก ได้แก่ การเรียนรู้หรือหาประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาตนเอง การจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาและอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม และการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีเป้าหมายที่แน่นอน โดยมีค่า $PNI_{Modified}$ เท่ากับ 0.441 0.310 และ 0.300 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้นี้มากำหนดสาระในเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีตามสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง รวมทั้งการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนีความต้องการจำเป็นแบบปรับปรุง

พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	**สภาพที่เป็นจริง**		**สภาพที่คาดหวัง**		t	PNI modified	Priority
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- การเรียนรู้ หรือหาประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาตนเอง	2.455	0.499	3.538	0.499	31.187*	0.441	1
- การจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาและอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม	2.755	0.431	3.608	0.489	25.797*	0.310	2
- การดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีเป้าหมาย	2.550	0.503	3.315	0.465	21.724*	0.300	3
- การสำรวจและยอมรับแล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น	2.588	0.498	3.243	0.429	19.592*	0.253	4
- การทำกิจวัตรด้วยตนเองอย่างอิสระ	2.810	0.393	3.508	0.501	24.217*	0.248	5
- การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	2.818	0.469	3.353	0.478	16.226*	0.190	6

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นตอน 3 ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงด้วยการสนทนากลุ่ม

หลังจากการประเมินความต้องการจำเป็นแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ทั้งหมด จำนวน 10 คน ดังนี้ 1) ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จำนวน 5 คน และ 2) ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จำนวน 5 คน ผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมีรายละเอียด ดังนี้

1. อุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักในประเด็นสาเหตุและอุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักได้สรุปร่วมกันว่า อุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) อุปสรรคภายใน เช่น การขาดการใส่ใจดูแลสุขภาพ การไม่มีแรงจูงใจหรือแรงผลักดัน และการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจและ 2) อุปสรรคภายนอก เช่น แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ไม่เพียงพอ ดังตาราง 18 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 18 ผลการสนทนากลุ่มในประเด็นสาเหตุและอุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในกลุ่ม

สาเหตุและอุปสรรค	ผู้ให้ข้อมูล										จำนวน (ร้อยละ)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ขาดการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ	√	√			√		√	√		√	6 (60.00)
ขาดแรงจูงใจหรือแรงผลักดัน			√	√		√				√	4 (40.00)
การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ			√				√		√		3 (30.00)
แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ไม่เพียงพอ									√		1 (10.00)

1.1 ขาดการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ โดยยังยึดติดกับการดำเนินชีวิตแบบเดิมๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"บางทีป้าก็ว่าตัวเก่าหายดีล่ะบ่ค่อยปวดหัวหรือมีอาการอะหยั้งแล้วเลยบ่ได้สนใจเรื่องกิ๋นยานัก" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 1)

"หมอบอกหื้อป้าลองปรับการกิ๋นดู ป้าลองกิ๋นที่หมอแนะนำ มันจ๋างแจ้ดแผ้ดบ่ลำ ป้าเลยกลับมากิ๋นเหมือนเดิม พวกแกงฮังเลที่มีมันเยอะๆ มัสมั่น แคบหมู ข้าวซอย ปลาร้า ปลาเค็ม แหนม ป้าว่านะ กิ๋นก็ตาย บ่กิ๋นก็ตาย" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 2)

"มีอะหยั๋งก็กิ๋นอันนั้น เป็นยะอะหยั๋งมาหื้อ จ๊ะไปกี๊ดนักต๋อนเจ๊าป้าดื่มแค่กาแฟทุกเช้า มื้ออื่นก็กิ๋นพวกข้าวนึ่ง ผักลวก น้ำพริก" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 5)

"พวกกิจกรรมออกกำลังกายหรือตรวจสุขภาพของทางเทศบาลที่เป็นจัดหื้อ ป้าบ่เคยเข้าร่วมเลย มันบ่ค่อยว่าง ป้าต้องขายครัวที่กาดทุกวัน ตีสามตีสี่ลุกไปล่ะ เย็ยะก๋านก่ออิดแล้ว บ่มีเวลาไปหรอก" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 7)

"ป้าว่า โรคนี้เน้นกิ๋นยาอย่างเดียวพอ ถ้าไม่กิ๋นยาก็เอาไม่อยู่หรอกอย่างอื่นไม่ทำก็ไม่เป็นไร จะหื้อมาออกกำลังกาย ป้าก็ตึงบ่จ้าง" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 8)

"เวลากี๊ดอะหยั้งบ่ออกหรือเกี๊ยด ก่อจะไปสูบบุรี่ จดเหล้า มันเอาไว้แก้หง่อมหลับม่วนกำเดียว หลับไปเลย จะหื้อมาเลิกเหล้า เลิกบุหรี่ มันเลิกยากนะ เวลามีก๋านมีงานอะหยั๋ง เจ้าภาพเป็นมักจะเลี้ยงเหล้า ไม่ว่างานแต่ง ขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานศพ" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

1.2 ขาดแรงจูงใจหรือแรงผลักดันในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"พอไม่สบาย เลยบ่ใคร่อยากไปไหน ตึงวันก็อยู่แต่กับในบ้าน ส่วนใหญ่ก็นั่งๆ นอนๆ ดูทีวีอยู่บ้านเฝ้าบ้านหื้อเขา" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 3)

"บางคนไม่สนใจตัวเก่านัก ส่วนใหญ่เป็นโรคขี้ค้านออกกำลังกาย ขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกายผ่อสิมีแต่คนขี้ปุ่มหลวง ตุ้ยกันนัก เข้าออกโฮงบาลกันนัก" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 6)

"คนที่มาทำงานเพื่อชุมชนจริงๆ ก็มีไม่กี่คนหรอก ส่วนใหญ่ต่างคน ต่างอยู่ ถ้าไม่มีค่าตอบแทนหื้อก็ไม่มา เพราะบ่ได้มีรายได้อะหยั๋ง บางคนต้องยะก๋านและบ่มีลูกหลานดูแล เบี้ยยังชีพที่ได้ในแต่ละเดือนมันไม่เพียงพอ ทำหื้อเบิ้นบ่มีเวลามาเข้าร่วม แต่ลุงมีบำนาญเลยมาทำตรงนี้ได้" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 4)

"ถ้ายาหมดก็ไปเอาที่โฮงบาล แต่กว่าจะได้ตรวจต้องรอนาน และเซี่ยงตังนัก เกรงใจเบิ้นที่พามา ถ้าไม่ค่อยมีอาการอะหยั๋งนัก ลุงไม่อยากมา" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 10)

1.3 การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง จึงเลือกที่จะนั่งๆ นอนๆ อยู่กับที่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เฒ่ามาอิดง่ายขนาด บ่ค่อยมีแฮงยะอะหยั่งก็บ่ม่วน เลยบ่อยากยะอะหยั่ง” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 8)

“ลุงฮู้สึกว่าจะยะอะหยั่งก่ออิดง่ายขนาด ป่วยง่ายโตย เข้าโฮงบาลทีต้องหื้อเปิ้นพาไปทำหื้อฮู้สึกว่าเป็นภาระเปิ้น” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

“ลุงเคยไปออกกำลังกายนะ ไปปั่นรถถีบ ไปล่น แต่พักหลังๆ อิดง่ายกับปวดเข่า เลยหยุด กลัวออกกำลังไปล่ะจะเป็นหนักกว่าเดิม” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 10)

1.4 แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น สถานที่ที่ใช้ในการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายภายในชุมชนไม่เอื้ออำนวย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อก่อนชุมชนร่วมกับทางวัดจัดกิจกรรมออกกำลังกายรำไทจิชี่กง เชิญครูสอนรำชี่กงมาช่วยนำรำช่วงเย็นๆ เพราะต่อนเจ๊าเปิ้นต้องลุกนึ่งข้าวข้าวหื้อลูกหื้อหลาน บางทียุงก็นัก และต่อนนี้ทางวัดเปิ้นสร้างศาลาใหม่ ทำหื้อไม่มีที่ว่างพอที่จะทำกิจกรรมล่ะ” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

2. เงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักในประเด็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า เงื่อนไขที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี คือ การจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การจัดการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตัวเก่าสำคัญสุด ต่อหื้อหมอหรือยาดีแค่ไหน ถ้าตัวเก่าไม่จัดการดูแลตัวเก่า มันก็บ่ช่วย” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 6)

“*สุขภาพดีบ่มีขาย อยากได้หื้อยะเอง*” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

2.2 การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อก่อน ป้าบ่ค่อยมีเวลาออกไปไหน ต้องเลี้ยงหลาน พอหลานเข้าโฮงเฮียนลุงชวนไปทำกิจกรรมยะอะหยันก็ไปตวยเปิ้น เช่น ออกกำลังกายตอนเจ๊า แอ่วไหว้พระ จ้วยงานวัด มันทำหื้อเฮาได้ออกแรงและม่วนตวย” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 5)

“อย่างเรื่องการกิ๋นยา ลูกสาวป้าเป็นคนจัดการหื้อยาหมด เปิ้นกลัวป้าลืมกิ๋นยา พอถึงกำหนดหมอนัดเปิ้นก็พาไปส่งตลอด” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 3)

3. แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

จากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลหลักในประเด็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ควรมีโปรแกรมหรือการจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 รูปแบบและวิธีการในการนำเสนอความรู้และผลกระทบเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางปฏิบัติดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีรูปแบบและวิธีการควรมีความยืดหยุ่น เป็นกันเอง สนุกสนาน และยืดหยุ่นสอดคล้องกับความต้องการ ความสนใจ และบริบทของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เช่น การบรรยายหรือเสวนาโดยบุคคลต้นแบบหรือผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์ด้านนั้น เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปราชญ์ชุมชน หรือบุคคลที่เป็นที่นับถือการสาธิต การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มหรือกระบวนการกลุ่ม การท่องเที่ยว และการเยี่ยมบ้าน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ลุงเคยไปฟังคุณหมอบรรยาย ท่านพูดดีนะท่านแนะนำหื้อ กิ๋นปลาเป็นหลัก กิ๋นผักเป็นยา กิ๋นก้วยอ่องเป็นผลไม้ เตวหื้อได้วันละ 3 กิโล หมั่นพาโลเจอะแจะ เฮาก็พยายามทำตามคู่มือตี้แจก” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 4)

“เมื่ออาทิตย์ที่แล้วหมู่ลุงจะจวนกันไปไหว้พระเก้าวัดที่ต่างจังหวัด เป็นการออกกำลังกายไปในตัว พบปะสังสรรค์กัน ม่วนขนาด มันจ้วยหื้อได้อู้ได้จ๋ากั๋นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกั๋นอย่างเรื่องสมุนไพร เพื่อนลุงแนะนำมาว่า ให้เอาตะไคร้ที่เผาจนเหลืองมาหั่นแล้วต้มเป็นน้ำตะไคร้ แล้วเอามาดื่ม จะช่วยลดความดันได้” (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 6)

“บางครั้งไปที่โฮงบาล ตรวจก็บ่ถึง 10 นาที คนมันนัก หมอก็บ่ได้อู้อะหยั่งนัก ป้าก็บ่กล้าถามเป้นมาก แต่การที่คุณหมอจากเทศบาลมาแอ่วหาตี้บ้าน ทำหื้อป้ากล้าถามหรือขอคำแนะนำเน้อ”(ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 3)

3.2 ระยะเวลาในการทำกิจกรรมควรเน้นถึงความสะดวกและชัดเจน ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งควรใช้เวลาไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง ส่วนความถี่ในการรวมกลุ่มทำกิจกรรม อาจเป็นสัปดาห์ละครั้ง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งบ่ควรเกิน 1-2 ชั่วโมง เพราะถ้าใช้เวลานักไป เป้นอาจก้าได้ สัปดาห์ละครั้งกำลังดีเพราะผู้สูงอายุบางคนเป้นอาจมีธุระและหื้อเป้นได้มีเวลากลับไป

ปฏิบัติพ่อง อาจเป็นทุกเช้าวันอาทิตย์ แบบนี้ที่ทุกคนส่วนใหญ่ว่าง" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 9)

3.3 สถานที่ควรเป็นสถานที่ที่สะดวกในการเดินทาง มีความมั่นคงปลอดภัย เป็นสัดส่วน ไม่มีสิ่งรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจ

"ศาลาอเนกประสงค์ของชุมชน สวนสาธารณะ ศาลาวัดที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ ไม่รบกวนสมาธิในการจัดกิจกรรม และกว้างขวางในการทำกิจกรรมป้าว่าก็ดีเน้อ" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 2)

3.4 แหล่งข้อมูลและสื่อการเรียนรู้ ควรเป็นสื่อพวกเพลง คลิป วิทยากร และมีการแจกคู่มือหรือเอกสารประกอบเพื่อให้สามารถนำกลับไปฝึกปฏิบัติที่บ้านได้ตามความสนใจของแต่ละคน ต้องสอดคล้องกับกิจกรรมและควรเน้นภาพประกอบที่เข้าใจง่าย

"ป้าเคยไปอบรม เป็นหื้อเอกสารเพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน แต่คนเฒ่าจะหื้อมานั่งว่าตัวหนังสือหนัก มันก็บ่อไหว ควรทำเป็นภาพหื้อเข้าใจง่านก็ดีนะ คุณหมอพงษ์ศิริ ปรารถนาดีเป็นก็อู้ดีนะ เข้าใจง่ายตวย" (ตัวแทนผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงคนที่ 1)

ขั้นตอนที่ 4 ผลการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมและคู่มือการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมและคู่มือการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้มาจากในขั้นตอนที่ 1-3 ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีแนวคิดหลักพื้นฐานมาจากแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (Seligman. 2000) และแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ การปฐมนิเทศ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี และการปิดโปรแกรม ดังตาราง 19 และการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 2-3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ตาราง 19 โครงสร้างการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี
1. การปฐมนิเทศ	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม 3. เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงของผู้เข้าร่วมกิจกรรม 4. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการฝึกอบรม - แนวคิดการจัดกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ
2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ - แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป
3. พฤติกรรมการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกการจัดการตนเองในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการดูแลสุขภาพของตนเอง
4. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับประสบการณ์ตรงและมีส่วนร่วมในการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension) 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET

ตาราง 19 (ต่อ)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ทฤษฎี
5. การมีส่วนร่วมทางสังคม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสได้ออกแบบและทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชน 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - แนวคิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ - แนวคิดการสูงวัยอย่างมีประโยชน์
6. การออกกำลังกาย	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจหลักและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง	- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก - หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
7. พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	- แนวคิดการกำกับตนเอง - แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก
8. การปิดโปรแกรม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2. เพื่อให้คำชมเชยและมอบของที่ระลึกแก่ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม	- แนวคิดการประเมินผลการฝึกอบรม

นอกจากนั้น ผลจากการสังเคราะห์ขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทำให้ได้การจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีด้วย SMILE ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังภาพประกอบ 8 ดังนี้

1. **การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง (Self-set goal)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1989) ในขั้นการสังเกตตนเอง (Self-observation) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) ในการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองนั้นควร

แบ่งเป้าหมายหลักออกเป็นเป้าหมายย่อยๆ ที่จะนำไปสู่เป้าหมายหลัก การตั้งเป้าหมายนั้นมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากการตั้งเป้าหมาย ทำให้บุคคลสามารถกำหนดทิศทางของการกระทำเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้และทำให้เกิดความพยายามและความตั้งใจที่จะบรรลุเป้าหมายที่ท้าทายนั้น (Lock; et al. 1981) ในการตั้งเป้าหมายที่ประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วย 1) เป็นการกระทำที่ชัดเจนและจำเพาะ (Specific) 2) สามารถวัดได้ (Measureable) 3) มุ่งเน้นที่การกระทำ (Action-oriented) 4) อยู่ในระดับที่มีความเป็นไปได้จริงและมีลักษณะที่มีความน่าท้าทาย (Realistic and challenging) และ 5) กำหนดระยะเวลาบรรลุเป้าหมายชัดเจน (Time frame) (Bandura. 1989) เช่น การวางแผนในการเลือกรับประทานอาหารประเภท DASH โดยรับประทานสลัดผักเป็นมื้อเย็นทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน การวางแผนในการออกกำลังกายที่ตนเองสนใจอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ดังนั้น การตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

2. **การวางแผน (Make A Plan)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1989) ในขั้นการสังเกตตนเอง (Self-observation) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) โดยการใช้ยุทธวิธีการบรรลุเป้าหมาย (Strategies for achieving goals) เพราะการมีเป้าหมายแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพได้ จึงต้องมีการวางแผนต่อไปด้วยว่าจะทำอย่างไรให้บรรลุเป้าหมาย ด้วยวิธีการอย่างไร การวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยทางด้านความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนจากสังคม และแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอเหมาะสมการวางแผนด้วยตนเองโดยผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ นำประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมมาเป็นข้อมูลประกอบในการวางแผน ซึ่งจะกระตุ้น ชี้นำให้บุคคลริเริ่มแสดงแบบแผนพฤติกรรมที่มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. **การนำแผนที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติ (Implementation)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1989) ในขั้นการสังเกตตนเอง (Self-observation) ด้วยการติดตามตนเอง (Self-monitoring) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) โดยเป็นการแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้วางไว้ พร้อมทั้งมีการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-recording) ในรูปแบบความถี่ ช่วงเวลา หรือความยาวนานของช่วงเวลา หรือผลของพฤติกรรม เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในขั้นตอนต่อไป การลงมือปฏิบัติเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) (Bandura. 1986) นอกจากนั้นแล้วช่วงเวลาระหว่างการเกิด

พฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากถ้าช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมสั้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น (Bandura. 1989)

4. **การเรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา ในขั้นกระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) (Bandura. 1989) และและแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ที่บุคคลได้ลงมือกระทำอย่างรอบคอบ โดยนำข้อมูลสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมของบุคคลนั้นเองมาทำการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback on performance) ซึ่งอาจอยู่ในรูปของคำพูด ข้อความ หรือกราฟแสดงข้อมูลการกระทำของบุคคลมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ถ้าพฤติกรรมที่ได้กระทำไปแล้วไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ทำให้บุคคลได้เรียนรู้ พัฒนาและปรับปรุงศักยภาพตนเอง โดยเรียนรู้และหาสาเหตุของความล้มเหลวนั้น เช่น พยายามยังไม่เต็มที่ มีความบกพร่องในเรื่องความรู้และทักษะที่จำเป็น หรือการตั้งเป้าหมายที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้เกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การแก้ไขและการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเป้าหมายและวางแผนการดำเนินการให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ดังนั้น ในขั้นการเรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับนี้เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและทัศนคติเชิงบวกแก่ผู้สูงอายุในการพัฒนาศักยภาพของตนเองด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับและส่งเสริมให้เกิดความคิดเชิงบวกต่อตนเอง และเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

5. **การให้กำลังใจ (Encouragement)** เป็นขั้นตอนที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1989) ในขั้นการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) เพื่อส่งเสริมให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น ภายหลังจากที่บุคคลได้พิจารณา ไตร่ตรอง และเปรียบเทียบกระทำของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลนั้นสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น หรืออาจได้รับรางวัล ซึ่งไม่ควรเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับเป้าหมายความสำเร็จ เช่น คำพูดชมเชยตนเอง ระบบเบี้ยอรรถกร หลักในการเสริมแรง ได้แก่ 1) การเสริมแรงจะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายนั้นทันที เนื่องจากจะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร 2) การเสริมแรงจะต้องให้อย่างสม่ำเสมอ หรือแทบทุกครั้งที่เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย 3) การเสริมแรงควรจะบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง เช่น ควรจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสถานการณ์แบบไหน แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง 4) ตัวเสริมแรงควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง เนื่องจากบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการณ์เป็นตัวเสริมแรงได้โดย

เฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา 5) ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล 6) ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น 7) ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย และ 8) การเสริมแรงควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรงหรือการยืดเวลาการสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอ ควรมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้น แม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคต



ภาพประกอบ 8 การจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีตามขั้นตอน SMILE

สำหรับการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรมฯ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าระดับความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.60-4.80 (ตาราง 20) และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงร่างโปรแกรมฯ ได้แก่ 1) ควรระบุวัตถุประสงค์ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ให้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้สามารถกำหนดและออกแบบกิจกรรมและผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ได้ 2) ในแต่ละขั้นตอนควรแยกเขียนให้ชัดเจน เช่น ขั้นนำ ขั้นดำเนินการ ขั้นประเมินผลและติดตามเยี่ยมบ้าน 3) ควรระบุระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมให้ละเอียดและคำนึงถึง

ธรรมชาติในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เช่น ในการออกกำลังกายจัดกี่ครั้ง ครั้งละกี่ชั่วโมง การทำกิจกรรมจิตอาสาทำตอนไหน กี่ครั้ง 4) รายละเอียดในแต่ละกิจกรรมยังไม่ชัดเจน 5) ควรแยกการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองออกจากหน่วยการเรียนรู้ที่ 1 เนื่องจากต้องระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต ส่วนสูง และชั่งน้ำหนัก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน 6) ควรระบุแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานในการจัดกิจกรรมของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ 7) ควรมีการสอบถามและบันทึกข้อสังเกตในตอนท้ายของกิจกรรม ในแต่ละครั้ง 8) ควรระบุการประเมินให้ชัดเจน เช่น ประเมินอย่างไร ด้วยเครื่องมืออะไร 9) ในการใช้ศัพท์เทคนิค ควรมีการขยายความให้รายละเอียดชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย เนื่องจากเมื่อนำกลับไปกำหนดเองที่บ้าน อาจทำให้เกิดความสับสนและไม่เข้าใจได้ 10) การบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองไม่เหมาะสมกับในบริบทผู้สูงอายุในประเทศไทย เนื่องจากมีการจดบันทึกที่ค่อนข้างมากและยาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายและไม่อยากเขียนได้ อาจเปลี่ยนรูปแบบการบันทึกให้ง่ายและสะดวกต่อการบันทึกสำหรับผู้สูงอายุ

ตาราง 20 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง	จุดมุ่งหมาย		เนื้อหา		เวลา		สื่อ		รูปแบบ		การประเมินผล	
	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ
1 การปฐมนิเทศ	4.00	มาก	4.60	มากที่สุด	4.64	มากที่สุด	4.08	มาก	4.16	มาก	4.24	มาก
2 ความรู้เบื้องต้นความดันโลหิตสูง	4.65	มากที่สุด	4.30	มาก	3.90	มาก	4.15	มาก	4.25	มาก	3.90	มาก
3 พฤติกรรมการป้องกันโรค	4.60	มากที่สุด	4.60	มากที่สุด	4.20	มาก	4.20	มาก	3.80	มาก	4.00	มาก
4 การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	4.60	มากที่สุด	4.80	มาก	4.40	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก	4.00	มาก
5 การมีส่วนร่วมทางสังคม	4.60	มากที่สุด	4.80	มาก	4.00	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก	4.00	มาก
6 การออกกำลังกาย	4.80	มากที่สุด	4.40	มาก	3.60	มาก	4.00	มาก	4.40	มาก	3.80	มาก

ตาราง 20 (ต่อ)

กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง	จุดมุ่งหมาย		เนื้อหา		เวลา		สื่อ		รูปแบบ		การประเมินผล	
	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ
7 พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	4.60	มากที่สุด	4.00	มาก	3.60	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก	3.60	มาก
8 การปิดโปรแกรม	4.60	มากที่สุด	4.00	มาก	4.40	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก	4.20	มาก

และปรับปรุงร่างโปรแกรมฯ ให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองในระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ผลจากการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนตามขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ และขั้นตอนที่ 2 ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลการทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ในการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยเริ่มจากการประเมินประสิทธิภาพการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล (One to One Tryout) ประกอบด้วยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม จำนวน 6 คน

ผลการสังเกตและสัมภาษณ์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสนใจต่อเนื้อหาที่วิทยากรนำเสนอ โดยสังเกตจากการซักถาม และจดบันทึกเนื้อหาลงในคู่มือฯ เป็นระยะๆ 2) หน่วยการเรียนรู้ ได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างมาก เพราะมีการนำเสนอเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและสามารถฝึกปฏิบัติตามทีละขั้นตอนได้จนเกิดความเข้าใจ

ส่วนผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคลพบว่าประสิทธิภาพด้านกระบวนการและมีประสิทธิภาพด้านผลผลิต E1/E2 เท่ากับ 75.56/75.69 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 21)

ตาราง 21 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล (n=6)

การหาประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละของค่าเฉลี่ย	เกณฑ์	Sig
ด้านกระบวนการ (E1)	120	90.67	10.86	75.56	75.00	0.88
ด้านผลผลิต (E2)	120	90.83	13.70	75.69	75.00	0.89

สำหรับการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มย่อย (Small Group Tryout) ประกอบด้วยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 10 คน

ผลการสังเกตและสัมภาษณ์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความตั้งใจ โดยมีการซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมต่างๆ 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ละเลยการจดบันทึกหรือติดตามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทำให้ไม่สามารถให้ผลย้อนกลับตนเองได้ อาจปรับเปลี่ยนโดยให้ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดคอยเตือนหรือช่วยบันทึก 3) ในการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม อาจมีบางคนไม่กล้าเสนอหรือแสดงความคิดเห็น ควรมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เท่าเทียมกัน

จากตาราง 22 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม พบว่า ประสิทธิภาพด้านกระบวนการและมีประสิทธิภาพด้านผลผลิต E1/E2 เท่ากับ 75.08/75.58 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มย่อย (n= 10)

การหาประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละของค่าเฉลี่ย	เกณฑ์	Sig
ด้านกระบวนการ (E1)	120	90.10	7.95	75.08	75.00	0.97
ด้านผลผลิต (E2)	120	90.70	11.22	75.58	75.00	0.85

ในผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแบบกลุ่มใหญ่ (Field Group) ประกอบด้วยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 20 คน

ผลการสังเกตและสัมภาษณ์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า 1) ระยะเวลาในการทำกิจกรรมมีน้อยเกินไป ไม่สามารถเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม จึงควรต้องจัดสรรเวลาให้มีความยืดหยุ่น เพียงพอในการทำแต่ละกิจกรรม 2) เมื่อเป็นกลุ่มใหญ่ ทำให้การมีส่วนร่วมไม่ทั่วถึง บางคนทำกิจกรรม บางคนนั่งเฉยๆ อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยจำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างทั่วถึง เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฝึกลองทำกิจกรรมเองที่บ้าน และ 3) ควรมีการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ก่อนทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบและเตรียมตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ

จากตาราง 23 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม พบว่า ประสิทธิภาพด้านกระบวนการและมีประสิทธิภาพด้านผลผลิต E1/E2 เท่ากับ 75.88/75.63 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง แบบกลุ่มใหญ่ (n=20)

การหาประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละของค่าเฉลี่ย	เกณฑ์	Sig
ด้านกระบวนการ (E1)	120	91.05	10.31	75.88	75.00	0.65
ด้านผลผลิต (E2)	120	90.75	9.77	75.63	75.00	0.74

ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงขึ้นมีค่าประสิทธิภาพของโปรแกรมเป็นไปตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ จึงนำไปสู่การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ในการวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ประชากรในการทดลองขั้นนี้ ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปีไปที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท และเป็นผู้ที่แพทย์ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) กลุ่มละ 20 คน โดยผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมฯ และผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการรักษาตามปกติ ผลการวิจัยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.50 โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 66 ปี อายุต่ำสุด 60 ปีและอายุสูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรสมากสุดคิดเป็นร้อยละ 47.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 72.50 ส่วนใหญ่มีเบี้ยหวัด/บำนาญเป็นแหล่งที่มาของรายได้หลักคิดเป็นร้อยละ 45.00 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 85.00 ระยะเวลาที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 6-10ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-squre) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 24-25

ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	Sig
	กลุ่มทดลอง (n = 20)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	ทั้งหมด (n = 40)		
1. เพศ				0.96	0.33
- ชาย	6 (30.00)	9 (45.00)	15 (37.50)		
- หญิง	14 (70.00)	11 (55.00)	25 (62.50)		
2. อายุ (ปี) ($\bar{X}$= 65.88, SD = 3.04 Min = 60 Max = 72)				5.10	0.83
- 60 – 65 ปี	12 (60.00)	10 (50.00)	22 (55.50)		
- 66 – 70 ปี	7 (35.00)	9 (45.000)	16 (40.00)		
- 71 – 75 ปี	1 (5.00)	1 (5.00)	2 (5.00)		
3. สถานภาพสมรส				5.87	0.12
- โสด	8 (40.00)	2 (10.00)	10 (25.00)		
- สมรส	8 (40.00)	11(55.00)	19 (47.50)		
- หม้าย	3 (15.00)	3 (15.00)	6 (15.00)		
- หย่า	1 (5.00)	4 (20.00)	5 (12.50)		
4. ระดับการศึกษา				2.42	0.49
- ประถมศึกษา	14 (70.00)	15 (75.00)	29 (72.50)		
- มัธยมศึกษา	5 (25.00)	3 (15.00)	8 (20.00)		
- อนุปริญญา	1 (5.00)	1 (5.00)	2 (5.00)		
- ปริญญาตรี	-	1 (5.00)	1 (2.50)		
5. แหล่งสำคัญที่มารายได้หลัก				0.56	0.76
- เบี้ยหวัด/บำนาญ	10 (50.00)	8 (40. 00)	18 (45.00)		
- ประกอบอาชีพ	5 (25.00)	7 (35.00)	12 (30.00)		
- บุตรหลาน	5 (25.00)	5 (25.00)	10 (25.00)		
6. รายได้ต่อเดือน				3.27	0.20
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	1 (5.00)	4 (20.00)	5 (12.50)		
- 5,001–10,000 บาท	19 (95.00)	15 (75.00)	34 (85.00)		
- 10,001 บาทขึ้นไป	-	1 (5.00)	1 (2.50)		
7. สภาพการเป็นอยู่				6.13	0.11
- อยู่คนเดียว	8 (40.00)	2 (10.00)	10 (25.00)		
- อยู่กับคู่สมรส	5 (25.00)	4 (20.00)	9 (22.50)		
- อยู่กับบุตรหลาน	4 (20.00)	7 (35.00)	11 (27.50)		
- อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน	3 (15.00)	7 (35.00)	10 (25.00)		

ตาราง 24 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มทดลอง (n = 20)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	ทั้งหมด (n = 40)	χ^2	Sig
8. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง				0.17	0.92
- 1-5 ปี	6 (30.00)	7 (35.00)	13 (32.50)		
- 6 – 10 ปี	8 (40.00)	8 (40.00)	16 (40.00)		
- มากกว่า 10 ปี	6 (30.00)	5 (25.00)	11 (27.50)		

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (S.D.)			กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (S.D.)		
	ก่อน	หลัง	ติดตาม	ก่อน	หลัง	ติดตาม
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุข	79.50	95.55	96.45	79.10	80.20	81.25
ภาวะที่ดี	(6.48)	(6.31)	(4.03)	(5.08)	(7.54)	(3.75)
พฤติกรรมการป้องกันโรค	16.55	18.50	19.10	16.40	16.29	16.85
	(2.14)	(1.93)	(1.17)	(2.01)	(2.39)	(1.60)
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	17.35	19.85	20.00	17.50	17.50	18.65
	(2.28)	(2.03)	(1.17)	(2.31)	(2.91)	(1.14)
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	14.75	17.25	17.75	14.65	15.30	14.95
	(2.36)	(2.17)	(1.45)	(1.95)	(2.27)	(1.23)
การออกกำลังกาย	16.75	20.30	20.20	16.45	16.35	16.90
	(2.07)	(2.18)	(1.40)	(2.19)	(2.91)	(1.45)
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	14.35	19.60	19.45	14.40	14.40	13.95
	(2.01)	(2.06)	(1.47)	(2.39)	(2.35)	(1.15)
ดัชนีมวลกาย	24.88	22.25	23.08	25.24	24.78	25.34
	(2.09)	(2.10)	(1.47)	(2.11)	(2.50)	(2.19)
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	141.70	141.65	139.90	141.75	142.25	142.45
	(1.87)	(2.16)	(1.55)	(2.15)	(2.63)	(1.70)
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลาย	90.50	90.65	89.45	91.00	91.30	91.25
	(2.82)	(2.64)	(1.73)	(2.29)	(2.20)	(2.90)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

1. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1.1 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปรด้วยตรวจสอบค่าความโด่ง (Skewness) ความเบ้ (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilkเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ซึ่งถ้าในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 50 คนขึ้นไปจึงจะสามารถใช้วิธี Kolmogorov-Smirnov test (ผจงจิต อินทสุวรรณ. 2545: 44-51) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า z-values (Skewness& Kurtosis) อยู่ระหว่าง -1.96 ถึง 1.96 ดังนั้นตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงเป็นปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก จ)

1.2 ความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม ด้วยสถิติ Box' M Test พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนตัวแปรตามแต่ละตัวด้วยวิธี Levene's Test พบว่า ทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาคุณสมบัติของ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม พบว่า ค่า Epsilon ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนความเบี่ยงเบนออกจากเงื่อนไขของ Sphericity เข้าใกล้ 1.0 ซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (ภาคผนวก จ)

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้างต้น จะเห็นได้ว่า ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้น จึงนำไปสู่การทดสอบสมมติฐานต่อไป

ขั้นตอน 2 การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะก่อนการทดลอง

ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะก่อนการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (Multivariate Analysis of Covariance) โดยนำตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariates) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะก่อนการทดลองแล้ว ดังตาราง 26 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการทดสอบสมมติฐานที่ 2-5 ต่อไป

ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.81	1.24	0.31
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.98	0.13	0.99
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.81	2.74	0.06
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.94	0.69	0.56

3. **การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามอีก 1 เดือน**

ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (ทั้งด้านรวม และรายด้านย่อย) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว) ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามอีก 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (Multivariate Analysis of Covariance) โดยนำตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariates) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2-3 ดังนี้

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.79	1.71	0.15
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.34	10.24	< 0.01
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.85	2.08	0.12
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.66	6.13	< 0.05

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานย่อยที่ 2 พบว่า เมื่อควบคุมการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีภายหลังสิ้นสุดการทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร เช่นเดียวกับค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร ดังนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบภายหลัง (Post hoc analysis) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมทีละตัวแปร เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทีละตัวแปรเป็นลำดับต่อไป ดังตาราง 28

ตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	กลุ่มการทดลอง	1768.54	1	1768.54	42.61	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	1535.69	37	41.51		
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มการทดลอง	21.88	1	21.88	4.75	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	170.31	37	4.60		
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	กลุ่มการทดลอง	31.58	1	31.58	5.64	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	207.08	37	5.60		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	กลุ่มการทดลอง	24.98	1	24.98	5.26	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	175.79	37	4.75		
การออกกำลังกาย	กลุ่มการทดลอง	123.10	1	123.10	19.08	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	238.77	37	6.45		
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	กลุ่มการทดลอง	235.90	1	235.90	47.83	< 0.05
	ความคลาดเคลื่อน	182.48	37	4.93		
ดัชนีมวลกาย	กลุ่มการทดลอง	83.99	1	83.99	17.87	< 0.01
	ความคลาดเคลื่อน	173.92	37	4.70		
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	กลุ่มการทดลอง	2.74	1	2.74	0.46	0.51
	ความคลาดเคลื่อน	219.887	37	5.94		
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	กลุ่มการทดลอง	6.74	1	6.74	1.14	0.29
	ความคลาดเคลื่อน	219.52	37	5.93		

จากตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปร พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร ส่วนค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้น ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ตามวิธีบอนเฟอโรนีด้วยความเชื่อมั่น 95%

ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตาราง 29)

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (1-2)	Std. Error	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	กลุ่มทดลอง (1)	94.78	13.81	2.12	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	80.97			
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (1)	18.37	1.54	0.71	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	16.83			
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (1)	19.60	1.85	0.77	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	17.75			
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	กลุ่มทดลอง (1)	17.10	1.64	0.72	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	15.45			
การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (1)	20.15	3.64	0.83	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	16.50			
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	กลุ่มทดลอง (1)	19.52	5.04	0.73	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	14.48			
ค่าดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง (1)	22.01	-3.01	0.71	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	25.02			
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	กลุ่มทดลอง (1)	141.68	-0.54	0.80	0.51
	กลุ่มควบคุม (2)	142.22			
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	กลุ่มทดลอง (1)	90.55	-0.85	0.80	0.29
	กลุ่มควบคุม (2)	91.40			

จากตาราง 29 พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวม และรายด้านย่อย ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐาน

ย่อยที่ 2 ที่ว่า ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายดีกว่ากลุ่มควบคุมบางส่วน ดังนั้น ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย และดัชนีมวลกายดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตามทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมมีค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 3 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.88	0.76	0.61
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.15	31.13	< 0.01
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ			
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.96	0.52	0.67
- กลุ่มการทดลอง (G)	0.43	15.53	< 0.01

จากตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 พบว่า เมื่อควบคุมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระยะติดตามอีก 1 เดือนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร เช่นเดียวกับค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร ดังนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบภายหลัง (Post hoc analysis) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมทีละตัวแปร เพื่อทดสอบว่าค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันทีละตัวแปร เป็นลำดับต่อไป

ตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปรในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิต	กลุ่มการทดลอง	2064.39	1	2064.39	134.78	< 0.01
อย่างมีสุขภาวะที่ดี	ความคลาดเคลื่อน	566.74	37	15.38		
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มการทดลอง	47.77	1	47.77	23.79	< 0.01
	ความคลาดเคลื่อน	74.30	37	2.01		
การรับประทานอาหาร	กลุ่มการทดลอง	14.36	1	14.36	10.81	< 0.01
เพื่อสุขภาพ	ความคลาดเคลื่อน	49.12	37	1.33		
การเข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มการทดลอง	76.98	1	76.98	41.97	< 0.01
ทางสังคม	ความคลาดเคลื่อน	67.86	37	1.83		
การออกกำลังกาย	กลุ่มการทดลอง	92.24	1	92.24	45.95	< 0.01
	ความคลาดเคลื่อน	74.27	37	2.01		
พฤติกรรมการมีสุขภาวะ	กลุ่มการทดลอง	264.77	1	264.77	156.06	< 0.01
ทางจิตที่ดี	ความคลาดเคลื่อน	62.77	37	1.83		
ค่าดัชนีมวลกาย	กลุ่มการทดลอง	54.91	1	54.91	15.83	< 0.01
	ความคลาดเคลื่อน	128.35	37	3.47		
ความดันโลหิตขณะ	กลุ่มการทดลอง	64.85	1	64.85	24.09	< 0.01
หัวใจบีบตัว	ความคลาดเคลื่อน	99.61	37	2.69		
ความดันโลหิตขณะ	กลุ่มการทดลอง	28.75	1	28.75	4.91	< 0.05
หัวใจคลายตัว	ความคลาดเคลื่อน	216.50	37	5.85		

จากตาราง 31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรทีละตัวแปร พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในระยะติดตามอีก 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร ผู้วิจัยจึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ตามวิธีบอนเฟอโรนีด้วยความเชื่อมั่น

95% ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวมและรายด้านย่อย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตาราง 32)

ตาราง 32 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวมและรายด้านย่อย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามอีก 1 เดือน

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (1-2)	Std. Error	p value
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	กลุ่มทดลอง (1)	96.31	14.92	1.29	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	81.39			
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (1)	19.11	2.27	0.47	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	16.84			
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (1)	19.95	1.24	0.38	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	18.70			
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	กลุ่มทดลอง (1)	17.79	2.88	0.45	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	14.91			
การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (1)	20.13	3.15	0.47	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	16.97			
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	กลุ่มทดลอง (1)	19.37	2.88	0.45	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	14.03			
ค่าดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง (1)	22.99	-2.43	0.61	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	25.42			
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	กลุ่มทดลอง (1)	139.85	-2.65	0.54	< 0.01
	กลุ่มควบคุม (2)	142.50			
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	กลุ่มทดลอง (1)	89.47	-1.76	0.79	< 0.05
	กลุ่มควบคุม (2)	91.23			

จากตาราง 32 พบว่า ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวม และรายด้านย่อย ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี รวมทั้งดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลอง

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานย่อยที่ 3 ที่ว่า ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้น ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. **การทดสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดหลังการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือนแตกต่างกันตามกลุ่มการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร แบบวัดซ้ำ** (MANCOVA with Repeated Measure) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ดังนี้

สมมติฐานที่ 4 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างกันตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

ในการทดสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี แตกต่างกันตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด ผู้วิจัยเริ่มทำการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มการทดลอง (G) (กลุ่มทดลอง (E) และกลุ่มควบคุม (C)) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง (T_1) ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง (T_2) และระยะติดตามอีก 1 เดือน (T_3)) ที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย โดยพิจารณาจำแนกตามกลุ่มการทดลอง (G) และครั้งของการวัด (T)

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
ระหว่างกลุ่ม			
กลุ่มการทดลอง (G)	0.30	12.20	< 0.01
ภายในกลุ่ม			
ครั้งของการวัด (T)	0.53	1.95	0.07
ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			
กลุ่มการทดลอง (G) x ครั้งของการวัด (T)	0.11	16.97	< 0.01

จากตาราง 33 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและครั้งในการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความแตกต่างไปตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย (Simple effect) เพื่อหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลักในระดับย่อยของอีกตัวแปรหลักหนึ่ง ดังตาราง 34

ตาราง 34 ผลการทดสอบการวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยระหว่างโปรแกรมกับครั้งในการวัดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
กลุ่มการทดลอง (G)x ก่อนการทดลอง (T_1)	0.98	0.13	0.99
กลุ่มการทดลอง (G)x หลังการทดลอง (T_2)	0.34	10.24	< 0.01
กลุ่มการทดลอง (G)x ระยะติดตาม (T_3)	0.15	31.13	< 0.01
กลุ่มทดลอง (E) x ครั้งของการวัด (T)	0.05	37.644	< 0.01
กลุ่มควบคุม (C) x ครั้งของการวัด (T)	0.68	1.00	0.48

จากตาราง 34 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย พบว่า 1)ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับการวัดในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองการมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยแตกต่างจากกลุ่มควบคุม 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับการวัดในระยะติดตามอีก 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ในระยะติดตามอีก 1 เดือนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยแตกต่างจากกลุ่มควบคุม และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในกลุ่มทดลองแตกต่างไปตามครั้งของการวัด

หลังจากการพบปฏิสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญดังกล่าวข้างจึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ตามวิธีบอนเฟอโรนีด้วยความเชื่อมั่น 95% เพื่อพิจารณาคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อไป

ตาราง 35 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อย ระหว่างครั้งของการวัดแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ครั้งที่วัด	ค่าเฉลี่ย	การเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	Std. Error	Sig
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	79.15	2-1	15.63	1.40	< 0.01
		หลัง (2)	94.78	3-1	17.16	1.09	< 0.01
		ติดตาม (3)	96.31	3-2	1.53	1.31	0.75
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	79.45	2-1	1.52	1.40	0.85
		หลัง (2)	80.97	3-1	1.94	1.09	0.25
		ติดตาม (3)	81.39	3-2	0.42	1.31	1.00
พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	16.54	2-1	1.83	0.60	< 0.01
		หลัง (2)	18.37	3-1	2.57	0.42	< 0.01
		ติดตาม (3)	19.11	3-2	0.74	0.45	0.31
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	16.41	2-1	0.43	0.60	1.00
		หลัง (2)	16.83	3-1	0.43	0.42	0.92
		ติดตาม (3)	16.84	3-2	0.01	0.45	1.00

ตาราง 35 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ครั้งที่วัด	ค่าเฉลี่ย	การเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	Std. Error	Sig
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	17.25	2-1	2.35	0.60	< 0.01
		หลัง (2)	19.60	3-1	2.70	0.51	< 0.01
		ติดตาม (3)	19.95	3-2	0.35	0.52	1.00
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	17.60	2-1	0.15	0.60	1.00
		หลัง (2)	17.75	3-1	1.11	0.51	0.11
		ติดตาม (3)	18.70	3-2	0.95	0.52	0.22
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	14.54	2-1	2.56	0.66	< 0.01
		หลัง (2)	17.10	3-1	3.25	0.60	< 0.01
		ติดตาม (3)	17.79	3-2	0.69	0.40	0.28
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	14.86	2-1	0.59	0.66	1.00
		หลัง (2)	15.45	3-1	0.05	0.60	1.00
		ติดตาม (3)	14.91	3-2	-0.54	0.40	0.56
การออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	16.67	2-1	3.48	0.56	< 0.01
		หลัง (2)	20.15	3-1	3.46	0.44	< 0.01
		ติดตาม (3)	20.13	3-2	-0.02	0.49	1.00
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	16.53	2-1	-0.03	0.56	1.00
		หลัง (2)	16.50	3-1	0.44	0.44	0.98
		ติดตาม (3)	16.97	3-2	0.47	0.49	1.00
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	14.39	2-1	5.13	0.64	< 0.01
		หลัง (2)	19.52	3-1	4.98	0.50	< 0.01
		ติดตาม (3)	19.37	3-2	-0.15	0.44	1.00
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	14.36	2-1	0.12	0.64	1.00
		หลัง (2)	14.48	3-1	-0.33	0.50	1.00
		ติดตาม (3)	14.03	3-2	-0.45	0.44	0.95

สมมติฐานย่อยที่ 4.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

จากตาราง 35 การเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตอบสมมติฐานย่อยที่ 4.1 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวม และรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม และรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามไม่แตกต่างระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานย่อยที่ 4.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

จากตาราง 35 การเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตอบสมมติฐานย่อยที่ 4.2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีในระยะติดตามอีก 1 เดือนไม่แตกต่างกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามไม่แตกต่างระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับในการทดสอบการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ผู้วิจัยเริ่มทำการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัดที่มีต่อดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรสองทางของคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว โดยพิจารณาจำแนกตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
ระหว่างกลุ่ม			
กลุ่มการทดลอง (G)	0.62	7.10	< 0.01
ภายในกลุ่ม			
ครั้งของการวัด (T)	0.68	2.52	< 0.05
ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			
กลุ่มการทดลอง (G) x ครั้งของการวัด (T)	0.42	7.30	< 0.01

จากตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่4.4 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวมีความแตกต่างไปตามกลุ่มการทดลองและครั้งของการวัด ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานย่อยที่ 4.4 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย (Simple effect) เพื่อหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลักในระดับย่อยของอีกตัวแปรหลักหนึ่ง

ตาราง 37 ผลการทดสอบการวิเคราะห์อิทธิพลย่อยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มการทดลองกับครั้งของการวัดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilk's Lambda (Λ)	Multivariate F-test	Sig
กลุ่มการทดลอง (G)x ก่อนการทดลอง (T_1)	0.95	0.63	0.60
กลุ่มการทดลอง (G)x หลังการทดลอง (T_2)	0.66	6.13	< 0.01
กลุ่มการทดลอง (G)x ระยะติดตาม (T_3)	0.43	15.53	< 0.01
กลุ่มทดลอง (E) x ครั้งของการวัด (T)	0.25	16.16	< 0.01
กลุ่มควบคุม (C) x ครั้งของการวัด (T)	0.86	0.84	0.55

จากตาราง 37 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลย่อย พบว่า 1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับการวัดภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลองกับการวัดในระยะติดตามอีก 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับครั้งของการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากการพบปฏิสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญดังกล่าวข้างจึงนำไปสู่การเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ตามวิธีบอนเฟอโรนีด้วยความเชื่อมั่น 95% เพื่อพิจารณาคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญต่อไป

ตาราง 38 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว ระหว่างในการวัดแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มการทดลอง	ครั้งที่วัด	ค่าเฉลี่ย	การเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	Std. Error	Sig
ดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	24.67	2-1	-2.66	0.30	< 0.01
		หลัง (2)	22.01	3-1	-1.68	0.44	< 0.01
		ติดตาม (3)	22.99	3-2	0.98	0.46	0.13
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	25.45	2-1	-0.43	0.30	0.49
		หลัง (2)	25.02	3-1	-0.11	0.38	1.00
		ติดตาม (3)	25.34	3-2	0.32	0.45	1.00
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	141.59	2-1	0.09	0.52	1.00
		หลัง (2)	141.68	3-1	-1.72	0.46	< 0.01
		ติดตาม (3)	139.88	3-2	-1.80	0.60	< 0.01
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	141.86	2-1	0.36	0.52	1.00
		หลัง (2)	142.22	3-1	0.64	0.46	0.52
		ติดตาม (3)	142.50	3-2	0.28	0.57	1.00
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	กลุ่มทดลอง	ก่อน (1)	90.38	2-1	-0.67	0.44	0.40
		หลัง (2)	90.55	3-1	-1.90	0.41	< 0.01
		ติดตาม (3)	89.44	3-2	-1.23	0.55	< 0.01
	กลุ่มควบคุม	ก่อน (1)	91.23	2-1	0.17	0.44	1.00
		หลัง (2)	91.40	3-1	0.00	0.46	1.15
		ติดตาม (3)	91.23	3-2	-0.17	0.56	1.24

สมมติฐานย่อยที่ 4.3 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

จากตาราง 38 การเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตอบสมมติฐานย่อยที่ 4.3 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือนแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัว ทั้งภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามไม่แตกต่างระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานย่อยที่ 4.4 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

จากตาราง 38 การเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในการวัดแต่ละครั้ง เพื่อตอบสมมติฐานย่อยที่ 4.4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ในระยะติดตามอีก 1 เดือนไม่แตกต่างจากระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือนในระยะติดตามแตกต่างจากระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวในระยะติดตามไม่แตกต่างจากหลังสิ้นสุดการทดลองและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน พบว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและด้านรายย่อยและค่าดัชนีมวลกายมีความคงทนของการเปลี่ยนแปลง แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน แตกต่างจากระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

4. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 ดังตาราง 39

ตาราง 39 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันด้วยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยกับ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน

ตัวแปร	ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง			ในระยะติดตามอีก 1 เดือน		
	ดัชนีมวลกาย	ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	ดัชนีมวลกาย	ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว
- พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	-0.38*	-0.30	0.06	-0.51*	-0.67*	-0.33*
- พฤติกรรมการป้องกันโรค	-0.36*	-0.09	0.10	-0.53*	-0.39*	-0.23
- การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	-0.37*	-0.40*	-0.13	-0.50*	-0.42*	-0.23
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	-0.31	-0.25	0.03	-0.35*	-0.61*	-0.24
- การออกกำลังกาย	-0.16	-0.35*	0.14	-0.35*	-0.61*	-0.25
- พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	-0.40*	-0.19	0.05	-0.44*	-0.68*	-0.36*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 5 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน

สมมติฐานย่อยที่ 5.1 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

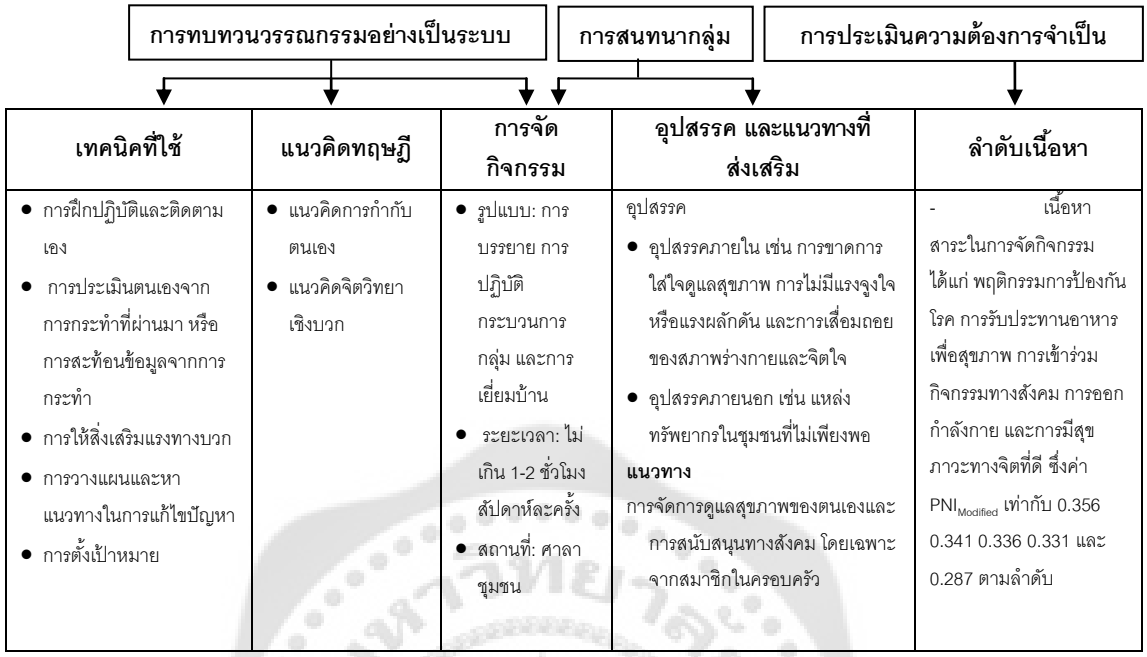
จากตาราง 39 พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม พฤติกรรมการป้องโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในขณะที่พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยไม่มีความสัมพันธ์ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5.1 บางส่วน

สมมติฐานย่อยที่ 5.2 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน

จากตาราง 39 พบว่า ในระยะติดตามอีก 1 เดือน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม พฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และส่วนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5.2 บางส่วน

จากผลการวิเคราะห์การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในการหาประสิทธิภาพโปรแกรมฯ ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้และการหาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง



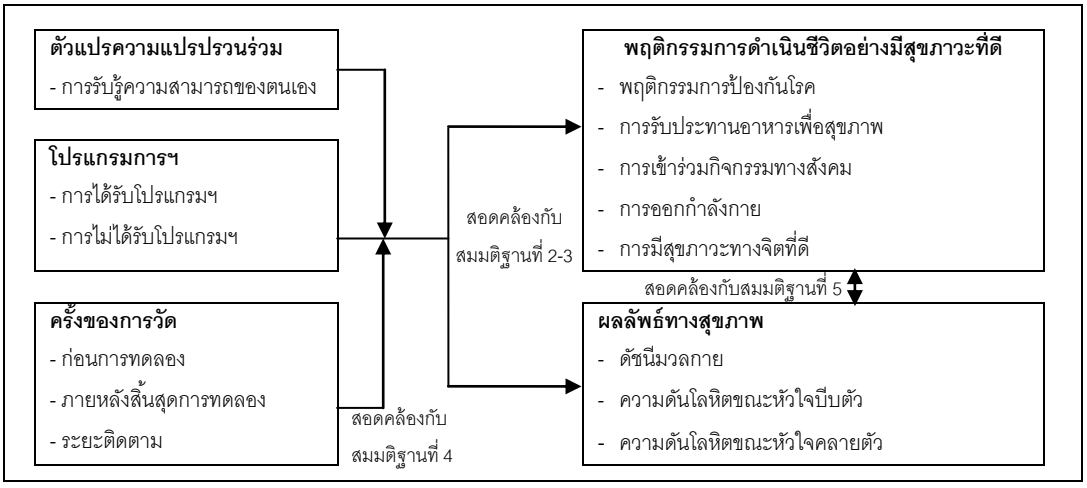
ร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน 1 ประสิทธิภาพโปรแกรมฯ ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

รูปแบบ	ประสิทธิภาพด้านกระบวนการ/ประสิทธิภาพด้านผลผลิต	เกณฑ์ 75/75
- แบบรายบุคคล	75.57/75.70	ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- แบบกลุ่มเล็ก	75.08/75.58	ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- แบบกลุ่มใหญ่	75.88/75.63	ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอน 2 ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง



บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ในบทนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอการสรุปสาระสำคัญโดยย่อของความมุ่งหมาย สมมติฐาน วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย รวมทั้งการนำเสนอการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ความมุ่งหมายทั่วไป เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

เพื่อสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

สมมติฐานในการวิจัย

จากการประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้สามารถตั้งสมมติฐานได้ดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายดีกว่ากลุ่มควบคุม

2.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมากกว่ากลุ่มควบคุม

2.2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

3.1 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างกันตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

4.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

4.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวมและรายด้านแตกต่างจากภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

4.3 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือนคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง

4.4 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง

5. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน

5.1 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

5.2 ในระยะติดตามอีก 1 เดือน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งวิธีการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความต้องการจำเป็นในการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการประเมินความต้องการจำเป็น (The need assessment)

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ถูกออกแบบและพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้แบบรายบุคคลกับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 6 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของการดำเนินกิจกรรม แล้วนำผลการทดลองมาปรับปรุงอีกครั้งเพื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน และทดลองในกลุ่มใหญ่ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน เพื่อหาประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลองชนิด 2 กลุ่มที่มีการวัดในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน (two group pretest posttest follow up design) สำหรับประชากรในการทดลองขั้นตอนนี้ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท และเป็นผู้ที่แพทย์

ให้ความเห็นว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายในการทำกิจกรรม สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) กลุ่มละ 20 คน โดยผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมฯ ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี การฝึกการจัดการตนเองด้วยขั้นตอน SMILE ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การวางแผน (Make a plan) 3) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) 4) การเรียนรู้จากการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) และ 5) การให้กำลังใจ (Encouragement) รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ และมีการติดตามอีก 1 เดือน และผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม โดยได้รับการรักษาตามปกติ ในการเก็บและรวบรวมข้อมูลถูกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปรถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2-3 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (MANCOVA) 3) การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร แบบวัดซ้ำ 2 ทาง (Two-way Repeated Measures MANCOVA) และ 4) การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 ด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation analysis)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ผลการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยโปรแกรมฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีค่าประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ดังนี้

การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ แบบรายบุคคล จำนวน 6 คน พบว่า ร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของกระบวนการที่วัดได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม คิดเป็น 75.56 และร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่วัดได้จากการประเมินพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมฯ คิดเป็นร้อยละ 75.69 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ แบบกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน พบว่า ร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของกระบวนการที่วัดได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละ

กิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 75.08 และร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่วัดได้จากการประเมินพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม คิดเป็นร้อยละ 75.58 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมฯ แบบกลุ่มใหญ่ จำนวน 20 คน ร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของกระบวนการที่วัดได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 75.88 และร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่วัดได้จากการประเมินพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม คิดเป็นร้อยละ 75.63 ซึ่งไม่แตกต่างจากเกณฑ์ 75/75 ที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวม และรายด้านย่อยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่อย่างไรก็ตามทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมในส่วนของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 บางส่วน

3. ในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในด้านรวม และรายด้านย่อยของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

4. ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภาพรวม รายด้านย่อย และคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะคลายตัวแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 บางส่วน

5. ส่วนผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและค่าดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยของค่าความดัน

โลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือนมีค่าลดลงจากระยะหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 บางส่วน

6. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งภาพรวม พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในขณะที่พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยไม่มีความสัมพันธ์ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5.1 บางส่วน

ในระยะติดตามอีก 1 เดือน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม รายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และส่วนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านรวม และพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5.2 บางส่วน

อภิปรายผล

จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1-5 ในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ทั้งในการทดลองใช้แบบรายบุคคล กลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า ค่าประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ แบบ

รายบุคคลมักจะต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อนำโปรแกรมฯ ไปพัฒนาและปรับปรุง แล้วนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่มเล็กจะทำให้ค่าประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้น (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2556) แต่เนื่องจากโปรแกรมฯ ถูกพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ถูกสร้างจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยอย่างเป็นระบบ การประเมินความต้องการจำเป็น และการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้โปรแกรมฯ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การวางแผน (Make a plan) 3) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) 4) การเรียนรู้จากการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) และ 5) การให้กำลังใจ (Encouragement) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แต่ถ้าหากผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้ ผู้วิจัยจะพูดชักชวน ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้บุคคลนั้นทำการตั้งเป้าหมายและวางแผนการดำเนินการใหม่จนสามารถปฏิบัติบรรลุตามแผนที่กำหนดไว้ได้ สำหรับเกณฑ์ประสิทธิภาพ E_1/E_2 ผู้วิจัยกำหนดตามเกณฑ์ประสิทธิภาพไว้ที่ 75/75 และค่าแปรปรวนต้องอยู่ในช่วง 2.5-5 % (สุนันทา สุนทรประเสริฐ. 2544) ซึ่งสอดคล้องกับ ชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2556) ที่เสนอว่า เกณฑ์ในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะควรตั้งเกณฑ์ไว้ที่ 75/75 และไม่ควรตั้งต่ำกว่านี้ เนื่องจากจะทำให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นไม่ได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ถูกสร้างและออกแบบขึ้นมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมต่อไป

จากสมมติฐานข้อที่ 2-3 ที่กล่าวว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2-3 ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการกำกับตนเองและแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า ไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นๆ ได้ดีเท่ากับตนเอง และทุกคนมีคุณลักษณะทางบวกที่สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านกระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจด้วยตนเอง และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นโดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ (Facilitator) ในการกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง อีกทั้งกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีโอกาสฝึก

จัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ทำให้เกิดความตระหนักและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มทดลองแต่ละราย นำไปสู่การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีด้วยตนเอง การจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง (Self set goal) โดยเป้าหมายที่ถูกกำหนดขึ้นนั้นต้องความชัดเจน เป็นไปได้ที่ท้าทาย เป็นวัตถุวิสัยหรือสามารถวัดได้ และมีการกำหนดระยะเวลาในการบรรลุเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของตนเอง เช่น การรับประทานสลัดผักพื้นบ้านทุกวันอย่างน้อย 1 มื้อ เป็นเวลา 1 เดือน ดังนั้น ในการกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองนั้นนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ ช่วยกระตุ้นและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ (Aanand; et al. 2011) สอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดเป้าหมาย (Goal setting theory) ของล็อคและลาแธม (Locke; & Latham. 1990) ที่เสนอว่า แต่ละคนมีแรงจูงใจที่มุ่งมั่นในการไปสู่เป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้ เป้าหมายควรเป็นเป้าหมายที่ท้าทาย เป็นไปได้ และเฉพาะเจาะจง ซึ่งจะช่วยกำหนดทิศทางของแนวทางในการปฏิบัติได้นำไปสู่การกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ 2) การวางแผน (Make a plan) เนื่องจากในการกำหนดเป้าหมายขึ้นนั้นเปรียบเสมือนการกำหนดทิศทางในการกระทำ ซึ่งยังไม่อาจทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้ได้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางหรือแผนการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมของตนเองมาประกอบในการวางแผนและตัดสินใจ เช่น การวางแผนออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วในสวนสุขภาพกับเพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน ในระยะแรกอาจใช้เวลาเดินติดต่อกันทุกวัน วันละ 30 นาที แล้วค่อยเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ จนรู้สึกว่าเหนื่อยและมีเหงื่อออก โดยก่อนออกกำลังกาย ต้องมีการศึกษาข้อมูล วิธีการและข้อควรปฏิบัติในการเดินเร็วที่ถูกต้อง และข้อระมัดระวังในการเดินเร็ว สำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในการวางแผนการปฏิบัติที่ถูกต้องและความชัดเจน จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติด้วยความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ 3) การลงมือปฏิบัติ (Implementation) นอกจากการมีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติแล้ว การลงมือปฏิบัติและติดตามตนเองนับว่าเป็นกุญแจที่สำคัญในการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE โดยการลงมือปฏิบัติ พร้อมทั้งทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองในรูปความถี่ของพฤติกรรมหรือผลของพฤติกรรม จะทำให้เกิดการเฝ้าระวังในพฤติกรรมของตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามตนเองมาเป็นข้อมูลย้อนกลับในขั้นตอนต่อไป (Maxine; et al. 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของแมคมานัสและคนอื่นๆ (McManus; et al. 2005) ที่พบว่า การติดตามตนเองโดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองเป็นการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบหนึ่ง ช่วยให้บุคคลนั้นเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง 4) การเรียนรู้จากการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) ถือว่าเป็นการประเมินตนเอง โดยการนำข้อมูลที่บันทึกไว้จากการ

ติดตามตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ถ้าบุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ บุคคลนั้นจะเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระดับที่สูงขึ้น แต่ถ้าหากบุคคลไม่สามารถกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ทำให้บุคคลนั้นได้มีโอกาสทบทวนสิ่งที่ตนเองได้กระทำไป เพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องของตนเองให้ดีขึ้น และ 5) การให้กำลังใจ (Encouragement) นับว่าเป็นการเสริมแรงชนิดหนึ่ง ถ้าบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง และการเห็นประโยชน์ในกิจกรรมนั้น ซึ่งเป็นกำลังใจภายใน พร้อมทั้งได้รับกำลังใจจากภายนอก เช่น คำพูดให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง รางวัล ทำให้บุคคลนั้นเกิดความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่ในกรณีที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ผู้วิจัยจะพูดชักจูงให้กำลังใจเพื่อให้บุคคลนั้นสามารถหาแนวทางใหม่หรือลองปรับแผนการปฏิบัติใหม่ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และเกิดความพยายามในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้อีกครั้ง สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมแรงของสกินเนอร์ที่ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา แล้วได้รับการเสริมแรงที่บุคคลนั้นต้องการหรือมีคุณค่าต่อบุคคลนั้น ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และความพยายามในการแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก แต่ถ้าหากบุคคลได้รับสิ่งเสริมแรงที่ไม่พึงปรารถนาก็จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงหรือหยุดแสดงพฤติกรรมนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของเบญจมาศ ถาดแสง และคนอื่นๆ (2555) ในกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจำนวน 34 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองทางด้านการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การงดการสูบบุหรี่ การจัดการและควบคุมอารมณ์ตนเอง และการรับประทานยาลดความดันโลหิต ทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ความเหมาะสมกับภาวะของโรคของตนเองมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทร์จิรา สีสว่าง และคนอื่นๆ (2557) ที่ทำการศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองนั้น เน้นการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกทักษะที่ใช้ในการจัดการตนเอง ได้แก่ การแก้ไขปัญหา (Problem solving) การตัดสินใจ (Decision making) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร (The formation of a patient-provider partnerships) การปฏิบัติ (Taking action) และการเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (Self

tailoring) ตามแนวคิดการจัดการตนเองของลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของกชกร ธรรมนำศีล และคนอื่นๆ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 2 ชุมชนในเขตเมืองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองประกอบด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งการสนับสนุนและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้าน ดังนั้น โปรแกรมฯ ในการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน

ในขณะที่เมื่อพิจารณาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และในระยะติดตามอีก 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2-3 ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้ทำการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ทำให้สามารถประเมินสภาวะน้ำหนักของตนเอง รวมทั้งทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองว่าที่ผ่านมามีความเหมาะสมหรือไม่ พร้อมทั้งวางแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมอยู่เป็นประจำร่วมกับการชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มาเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของตนเองอยู่ตลอดระยะในการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของนิมะ และคนอื่นๆ (Nima; et al. 2016) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์การจัดการภาวะอ้วนของสตรีมุสลิมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาภายใต้ปรัชญาการศึกษาแบบเฮอร์เมนนิติกซ์ จากผู้ให้ข้อมูล 11 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการจัดการภาวะอ้วนที่ดี ผลการศึกษาพบว่า วิธีการจัดการภาวะอ้วน ได้แก่ 1) การจัดการทางปัญญา ได้แก่ การตั้งเป้าหมายและกำหนดแนวทางในการจัดการความอ้วน และการมีสติยับยั้งชั่งใจ และสร้างกำลังใจให้ตนเอง 2) การจัดการทางกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักอิสลาม การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และการถือศีลอดและล้างพิษ และ 3) การจัดการทางสังคม ได้แก่ การสร้างพลังใจ

ในการลดน้ำหนัก และการปฏิบัติตามกิจกรรมของชุมชน ดังนั้น โปรแกรมฯ ในการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลต่อค่าดัชนีมวลกาย ทั้งภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน

อย่างไรก็ตาม ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลับพบว่า คะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจาก ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมอาจใช้ระยะเวลาสั้นไป ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตไม่ชัดเจน เช่น การศึกษาของมานัส (Mc Manus. 2010) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในเรื่องการจัดการตนเองเพื่อติดตามควบคุมระดับความดันโลหิตและการปรับลดขนาดยาลดความดันด้วยตนเองร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่า ค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมีค่าลดลง 12.9 มิลลิเมตรของปรอทใน 6 เดือน และ 17.6 มิลลิเมตรปรอทใน 12 เดือน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้น ในการศึกษาของ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ (2551) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองในเรื่องอาหาร ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นจำนวน 4 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นจำนวน 12 สัปดาห์ และมีการเยี่ยมบ้านใน 3 สัปดาห์แรก และหลังจากนั้นทำการติดตามทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น โปรแกรมฯ ในการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลต่อความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน

จากสมมติฐานข้อที่ 4 ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือนแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวม และรายด้านย่อยมากกว่าในระยะก่อนการทดลอง และมีการคงอยู่ของพฤติกรรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 1 เดือน แต่ในกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือนไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 บางส่วน ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่าในช่วงก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Unhealthy lifestyles) เช่น ขาดการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง มีความวิตกกังวลสูง

เก็บตัวอยู่ภายในบ้านไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากระบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา ไม่ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้นำศักยภาพตนเองมาใช้ในการควบคุมระดับความโลหิต โดยทีมสุขภาพจะเป็นผู้กำหนดแนวทางปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความตระหนักหรือเห็นความสำคัญ ขาดแรงจูงใจ ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปฏิบัติได้ดีเท่าที่ควร (Dusing. 2006) แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบของการจัดกิจกรรมในโปรแกรมฯ เน้นการฝึกการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีความง่ายต่อการทำความเข้าใจและมีการสื่อความหมายออกมาเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้กลุ่มทดลองนำการจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ไปปฏิบัติได้โดยง่ายร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันร่วมกับการวิเคราะห์ปัญหาในการจัดการตนเองในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่ตึงเครียด รับฟังปัญหา และเคารพในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากกว่าการบรรยายและให้ความรู้เพียงอย่างเดียว นอกจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นอารมณ์ทางบวกและเกิดความพึงพอใจในการที่จะกระทำ รวมทั้งในการติดตามเยี่ยมบ้านนั้น ทำให้กลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนและกระตุ้นให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน ลงมือปฏิบัติ เรียนรู้จากข้อมูลย้อนกลับ และให้กำลังใจด้วยตนเองใน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนัก สามารถวางแผนการปฏิบัติที่สอดคล้องกับอุปสรรคข้อจำกัดของตนเอง ความพึงพอใจและเห็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer. 1991) ที่ว่า การจัดการตนเองจะต้องเริ่มจากการที่บุคคลเห็นว่าพฤติกรรมนั้นสำคัญ สำหรับตนเองและตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน ดังเช่น การศึกษาของสุพิณญา คงเจริญ และคนอื่นๆ (2556) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer. 1991) เพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 57 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มย่อย การส่งเสริมและฝึกทักษะการกำกับตนเองเพื่อควบคุมโรคโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย การเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลา 1 เดือนและติดตามหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการกำกับตนเองและระยะเวลามีผลต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตภายหลังสิ้นสุดการทดลองและติดตามอีก 3 เดือนต่อมาสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวและคลายตัวต่ำ

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลอง และมีการคงอยู่ของพฤติกรรมเมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 1 เดือน

นอกจากนั้น ในการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายภายหลังการทดลองและในระยะติดตาม 1 เดือนลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลอง และมีการคงอยู่ของดัชนีมวลกายจากภายหลังการทดลองจนกระทั้งผ่านไปแล้ว 1 เดือน แต่ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายในช่วงก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และในระยะติดตาม 1 เดือนไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 บางส่วน และอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในช่องปาก ทำให้หลีกเลี่ยงหารที่เคี้ยวยาก จึงมักนิยมเลือกรับประทานอาหาร พวกแป้ง น้ำตาล อาหารที่มีปริมาณแคลอรี่มากหรือโคเลสเตอรอลสูง ทำให้ปริมาณแคลอรี่จากอาหารที่รับเข้าไปในร่างกายมีมากกว่าปริมาณพลังงานที่ใช้ ทำให้เกิดการสะสมในร่างกาย อีกทั้งอัตราการเผาผลาญพลังงานขั้นพื้นฐาน (Basal metabolism rate: BMR) ที่ลดต่ำลง และกิจกรรมใช้พลังงานลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548) แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานที่เหมือนเดิมหรือมากเกินไป ในขณะที่อัตราการเผาผลาญกลับลดลง ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป นำไปสู่การสะสมไขมัน ดัชนีมวลกายย่อมเพิ่มขึ้นหรือการมีภาวะโภชนาการเกินได้ (Grore. 2001) แต่ภายหลังเข้ารับโปรแกรมและในระยะติดตาม กลุ่มทดลองได้ทำจัดการตนเองในการควบคุมการรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้จำกัดแคลอรีและอาหารที่มีไขมันสูง อีกทั้งได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางกายต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ช่วยเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานขั้นพื้นฐานขึ้น น้ำหนักจึงลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษานำร่องของ ภาวดี วิมลพันธุ์และขนิษฐา พิศฉลาด (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มุ่งเน้นการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการปรึกษาในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้สูงอายุจำนวน 6 คน ด้วยการบรรยายให้ความรู้ การนำกลับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการนำร่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนพล ติ่งซุ่ยกุล บัวแก้ว และคนอื่นๆ (2555) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิคบายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buy. 1991) ที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน จำนวน 52 รูป โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 26 คน โดยกลุ่มทดลองได้มีการจัดการตนเอง พร้อมทั้งบันทึกน้ำหนักในแต่ละสัปดาห์ด้วยตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้กลุ่มทดลองสามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นการเสริมแรง

ภายใน นำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าดัชนีมวลกายภายหลังจากการทดลองและในระยะติดตามลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น ค่าดัชนีมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลอง และมีการคงอยู่ของค่าดัชนีมวลกายเมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 1 เดือน

แต่อย่างไรก็ตาม ในการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและภายหลังสิ้นสุดการทดลอง แต่ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 บางส่วน และอาจเนื่องจากในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ละเลยและไม่สนใจค่าความดันโลหิตที่วัดได้ หวังพึ่งแพทย์ในการควบคุมความดันโลหิตเท่านั้น แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองจัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีขึ้น เช่น เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ตรวจสอบและป้องกันความผิดปกติของร่างกาย และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวจึงค่อยๆ ลดลง เนื่องจากในการออกกำลังกายในระยะยาวมีผลทำให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจลดลง และแรงต้านในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย นำไปสู่ความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลง (Pescatello; et al. 2004) เช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์อภิมาน (Meta analysis) ของฟาการ์ดและคอร์นนีลิสเซน (Fagard; & Cornelissen. 2004) จากงานวิจัยทั้งหมด 72 เรื่อง พบว่า ระดับความดันโลหิตใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงที่น้อยที่สุด คือ 6 สัปดาห์หลังจากได้รับโปรแกรม แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง 14 สัปดาห์ แต่เมื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน อาจขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอและระยะเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมที่ส่งเสริมการควบคุมค่าความดันโลหิต ทำให้ยังไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตได้ อีกทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบและคลายตัวเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง (Herbert; & Sheppard. 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล และคนอื่นๆ (Sookruadee Thutsaringkaransakul; et al. 2012) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดในสมองโดยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองและติดตามด้วยการโทรศัพท์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรม

การจัดการตนเองมีค่าความดันโลหิตภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของเบญจมาศ ถาดแสง และคนอื่นๆ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติในการจัดการสุขภาพ และการติดตามเยี่ยมบ้านหรือการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น เมื่อสิ้นสุดการทดลองไปแล้ว 1 เดือนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนการทดลองและระยะสิ้นสุดการทดลอง

จากสมมติฐานข้อที่ 5 ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน

ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านรวมและรายด้านย่อยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย แต่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายเฉพาะในระยะติดตามอีก 1 เดือน เท่านั้น ทำให้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5 บางส่วน แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับดัชนีมวลกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยอาหารที่มีกากใยสูง ไขมันต่ำ ช่วยป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือดและช่วยระบบขับถ่ายให้เป็นไปอย่างปกติ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้แคลอรี่จากอาหารที่รับประทานเข้าไปในร่างกายมีมากกว่าปริมาณพลังงานที่ใช้ ทำให้เกิดการสะสมในร่างกาย รวมทั้งอัตราการเผาผลาญพลังงานของผู้สูงอายุมีลดลง แต่ผู้สูงอายุยังคงรับประทานเท่าเดิม ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ดัชนีมวลการเพิ่มขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเปียโซโตและคนอื่นๆ (Peixoto; et al. 2007) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตด้วยการสำรวจแบบตัดขวาง (a cross-sectional survey) ในผู้ใหญ่ชาวบราซิลจำนวน 1,252 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามอีก 1 เดือน เนื่องจากการหมั่นสังเกตความผิดปกติของตัวเอง ทำให้เกิดการรับรู้

รูปร่างของตนเอง นำไปสู่การควบคุมน้ำหนัก ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่บอกถึงสภาวะสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้เน้นการเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของตนเอง รวมทั้งการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนักตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์จากหนังสือ วารสาร คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดีลาแฮนตี และคนอื่นๆ (Delahanty; et al. 2002) พบว่า พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในโปรแกรมการป้องกันเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามอีก 1 เดือน เนื่องจากพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ทำให้บุคคลสามารถจัดการความเครียดและเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความพึงพอใจและความสุขในการดำเนินชีวิต แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลที่พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ไม่ดี ทำให้มีความวิตกกังวล เครียด มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ นำไปสู่การลดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการสะสมพลังงานและไขมันในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ (Miller. 2009) แต่ในบางกรณีเมื่อเกิดความวิตกกังวล อาจแสดงออกโดยการรับประทานอาหารมากหรือบ่อยขึ้น เพื่อกลบเกลื่อนความทุกข์หรือเป็นสิ่งที่ทดแทน จนทำให้ติดเป็นนิสัย รับประทานอาหารมากเกินความต้องการ นำไปสู่การมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นความเครียดยังกระตุ้นให้ร่างกายผลิตไขมันบริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้เช่นกัน อีกเหตุผลหนึ่ง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ หรือลดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการสะสมพลังงานในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ (บุญศรี นุเกตุ; และปาลีรัตน์ พรทวีกัณทา. 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของหลิว (Liu; et al. 2015) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและสุขภาวะที่ทางจิตในผู้สูงอายุที่มีอายุ 95 ปีขึ้นไป พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายเฉพาะในระยะติดตามอีก 1 เดือน อาจเนื่องมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกายในระยะแรกเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปสะสมทีละน้อยตามความสามารถของแต่ละบุคคล ไม่ได้หักโหม เพราะอาจจะเกิดอันตรายได้ แล้วค่อยๆ เพิ่มความหนักในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการปรับตัวและปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงจะทำให้บุคคลนั้นสามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคนอื่นๆ (2553) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ

ส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ จำนวน 341 รูป ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการทำกิจกรรมทางกาย ($r = -0.124$, $p<.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ทำการออกกำลังกายด้วยการกวาดลานวัดทุกวัน ครั้งละ 30 นาที

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน แต่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน ซึ่งค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวจะมีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมได้ง่ายกว่า แต่ในขณะที่ค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัวไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ทำให้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 5 บางส่วน แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวภายหลังสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามอีก 1 เดือน และมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในระยะภายหลังการทดลองและระยะติดตามอีก 1 เดือน พบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ตามหลัก DASH อาจเนื่องมาจากการลดหรือจำกัดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบสูง ทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณของน้ำเลือดลดลง ความต้านทานในหลอดเลือดลดลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (Levine. 2004) และการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงและทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย ส่งผลให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นด้วย (JNC VII. 2003) รวมทั้งการรับประทานอาหารที่กากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ซึ่งช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระได้เร็วและดีขึ้น และเส้นใยอาหารที่รับประทานเข้าไปสามารถรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึม ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (Singh; et al. 1992) สอดคล้องกับการศึกษาลอว์เรนซ์ (Lawrence. 2006) พบว่า การรับประทานอาหารตามหลัก DASH โดยการลดอาหารรสจัด หมักดองและเลือกรับประทานอาหารสด ไขมันต่ำ ผัก ผลไม้ และธัญพืช มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮาร์นเด็น (Harnden. 2009) พบว่าการรับประทานอาหารแบบ DASH มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง และ การศึกษาของ คัทเลอร์ และคนอื่นๆ (Cutler; et al. 1997) พบว่า การรับประทานเกลือโซเดียมที่ลดลง 77 มิลลิโมล/วัน มีความสัมพันธ์กับการลดของค่าความดันโลหิตขณะบีบตัว 1.9 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ

ค่าความดันโลหิตขณะคลายตัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ แซคส์และคนอื่นๆ (Sacks; et al. 2001) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตามหลัก DASH ในกลุ่มตัวอย่าง 412 คน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตามหลัก DASH มีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เช่นเดียวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว โดยในการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ลดอุดตันและแรงต้านภายในหลอดเลือดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตมีค่าลดลง (JNC VII. 2003) ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตสูงที่ลดลง (Brandao; et al. 2002) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การตอบสนองหลังการออกกำลังกายแบบทันที ทำให้ปริมาตรของเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาทีในขณะพักจะลดลงในระดับต่ำกว่าก่อนเริ่มออกกำลังกาย ซึ่งเรียกว่า Post-exercise hypotension (PEH) ความต้านทานในหลอดเลือดลดลงด้วย นำไปสู่การลดลงของค่าความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังมีการปลดปล่อยสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวในบริเวณที่มีการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ เช่น สาร Nitric oxide นำไปสู่การลดลงของค่าความดันโลหิตสูงเช่นกัน แต่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน ในการลดลงของค่าความดันโลหิตนี้จะคงอยู่เป็นระยะเวลา 22 ชั่วโมงหลังจากออกกำลังกายเพียงครั้งหนึ่ง (ปิยะนุช รักพานิช. 2548) และ 2) การตอบสนองหลังการออกกำลังกายในระยะยาว ทำให้เกิดการปรับตัวต่อการฝึกออกกำลังกายในระยะยาว ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดใหญ่ขึ้นและช่วยส่งเสริมการทำงานของผนังชั้นในของหลอดเลือดทำงานดีขึ้นและช่วยลดระดับไขมันในเลือดลงได้ สอดคล้องการศึกษาของ ฮิกาชิ และคนอื่นๆ (Higashi; et al. 2008) ที่พบว่า เมื่อบุคคลออกกำลังกายติดต่อเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิต โดยพบว่าช่วยชะลอการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของเยื่อบุของหลอดเลือดให้ช้าลง มีการปล่อยสารไนตริกออกไซด์ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ความดันโลหิตจึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเช่นเดียวกับการศึกษาพัชรวลัย ลอมแปลง และคนอื่นๆ (2554) พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันและกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ที่ดี รู้สึกพึงพอใจในชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เช่นเดียวกับผู้ที่มีพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ช่วยลดความเครียดลงได้ จะช่วยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic nervous system) ทำให้ลดการหลั่งอีพิเนฟริน

(Norepinephrine) ในเลือด นำไปสู่การลดการหดรัดตัวของหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตจึงลดลงด้วย (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2545) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติส่วนซิมพาเธติคให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดรัดตัว เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องบีบและคลายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนั้นทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (Adrenaline) และคอร์ติซอล (Cortisol) หัวใจเต้นเร็วขึ้นและผนังหลอดเลือดหดเกร็งมากขึ้น ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ (Kaplan. 2006) แต่อย่างไรก็ตามอิทธิพลของความเครียดที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับลักษณะของความเครียด การรับรู้ต่อความเครียดของบุคคล และลักษณะทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเครียด (วันชัย พินิชกชกร. 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธเมธ รู้ชอบ (2546) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 372 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนั้น ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การควบคุมน้ำหนัก โดยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นด้วย (สุพรชัย กองพัฒนากูล. 2542; Harrison 1997) การงดการสูบบุหรี่ ถ้าบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การสูบบุหรี่ โดยในควันบุหรี่มีสารต่างๆ มากกว่า 4000 ชนิด โดยเฉพาะสารนิโคติน (Nicotine) ซึ่งไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติค (sympathetic) ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น นำไปสู่การหดตัวของหลอดเลือดและหัวใจมีการเต้นที่เร็ว ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมพร ทองกระจาย (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะเชิงอัตวิสัย และตัวชี้วัดทางคลินิกที่คัดสรรในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 106 คน ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมน้ำหนัก การหลีกหรืองดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐพร อยู่ปานและคนอื่นๆ (2558) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสุดท้าย ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี อาจเนื่องจากบุคคลที่มีพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ทำให้มีความเครียดสะสมน้อย แต่

บุคคลที่มีพฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีอยู่ในระดับน้อย ทำให้มีความเครียดสะสมเรื้อรัง ส่งผลต่อการเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ จากไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง และต่อมหมวกไตมากเกินปกติ ทำให้ส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเพิ่มขึ้นไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของวิราพรพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคนอื่นๆ (2554) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 123 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาวะทางจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดการวิจัยในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้การสุ่มแบบเจาะจง โดยให้ชุมชนใดชุมชนหนึ่งในการทำการทดสอบประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมิได้สะท้อนสัดส่วนที่แท้จริงตามการแจกแจงปกติ

2. ขาดการประเมินอิทธิพลของปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตที่อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ชนิดอาหาร การใช้ยาหรือสมุนไพรต่างๆ การพักผ่อน เนื่องจากเป็นวิถีการดำเนินชีวิตปกติของคนในชุมชนที่ควบคุมตัวแปรร่วมได้ยาก

3. เนื่องจากผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงบางคนไม่ได้จัดการหรือประกอบอาหารเพื่อรับประทานด้วยตนเอง โดยมีผู้ดูแลคอยจัดเตรียมอาหารให้รับประทาน เช่น ลูก หลาน หรือแม่บ้าน ซึ่งอาจมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น จึงควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ในช่วงที่มีการทำกิจกรรมเป็นช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นอุปสรรคในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมจิตอาสานอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนควรสนับสนุนงบประมาณ และกำหนดนโยบายให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริม แนะนำ และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุ ทั้งในระดับคลินิกและชุมชน ได้ฝึกจัดการดูแลสุขภาพของตนเองตามขั้นตอน SMILE ร่วมกับติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนในเชิงรุกให้ผู้สูงอายุได้จัดการตนเองตามขั้นตอน SMILE อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. โปรแกรมการจัดการตนเองฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นครั้งนี้ เป็นแนวทางหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำไปขยายและต่อยอด โดยประยุกต์ในการจัดกิจกรรม เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิประเมินปัญหาและออกแบบกิจกรรมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีด้วยตัวของผู้สูงอายุเอง เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

3. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรมีระบบการติดตามและโทรศัพท์ติดตามผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ ได้ทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ในการจัดการตนเอง

4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ครอบครัว และชุมชนควรมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองฯ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการจัดการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ดีขึ้น เช่น คอยสอบถามถึงการบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตได้กำหนดไว้ และการให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้

5. ผู้นำชุมชนควรส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสมาทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนอย่างต่อเนื่องตามความถนัดของแต่ละคน เช่น การแข่งขันกีฬาภายในชุมชน ตลาดนัดสุขภาพ การจัดกิจกรรมถ่ายทอดภูมิปัญญาในท้องถิ่นให้เยาวชนรุ่นหลัง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาในบริบทอื่นๆ เช่น ในเขตชนบทและเขตเมืองหรือในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล เพื่อศึกษาความแตกต่างของประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในบริบทอื่นๆ ว่าปัจจัยใดบ้างที่เป็นตัวแปรส่งผลให้มีความแตกต่างของประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ควรทำการศึกษาโดยประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับต่างๆ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ และเนื่องจากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยยังมีจำนวนไม่มาก หากมีการศึกษาวิจัยในโรคที่หลากหลายจะช่วยพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเป็นพื้นฐานความรู้และข้อมูลในการนำไปพัฒนาการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดความรู้ต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงกับโปรแกรมอื่นๆ เช่น โปรแกรมการจัดการโดยครอบครัวหรือชุมชน สังคม เป็นต้น เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดทางการศึกษาวิจัย

4. ควรทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิต การใช้ยา ภาระโรค อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากโรคในระยะยาว เป็นต้น

5. ควรศึกษาให้ครอบคลุมถึงปัจจัยเชิงเปรียบเทียบแบบพหุระดับในหลายกลุ่มเพราะผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่แต่ละช่วงวัยมีบริบทที่ต่างกันและมีปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรออกแบบศึกษาในลักษณะเช่น *Multigroup Multilevel Structural Equation Modeling* Approach (MMSEM) เป็นต้น ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้รับบริการสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยการจัดการโดยตนเอง ปัจจัยการจัดการสุขภาพโดยสังคมหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์และสิ่งแวดล้อม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพต่างกัน เช่น กลุ่มช่วงอายุ การสมรส การอยู่ร่วมกันของครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

6. จากผลการวิจัยในระยะติดตาม อีก 1 เดือนถัดมา พบว่าพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีแนวโน้มลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ดังนั้นควรมีการติดตามช่วงยาว (Longitudinal design) เพื่อการติดตามค้นหาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการกระตุ้นซ้ำ เพื่อให้พฤติกรรมมีการคงอยู่ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กชกร ธรรมนำศีล; และคนอื่นๆ. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 29(2): 43-55.

กนกวรรณ อุดมพิทยารัชต์. (2557). โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal*. 7(1): 62-72.

กมลชนก เทพสิทธา; และ อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลย์. (2555). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี2555*. สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2557, จาก http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file11/5855_Hypertention.pdf.

กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *6 อ. สร้างสุขภาพคนไทย*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กัตติกา ธนะขว้าง. (2551). *กลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ ปร.ด. (ประชากรศาสตร์). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). *แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ (ฉบับ ที่ 2) พ.ศ. 2545–2564*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

จรรจา สุวรรณทัต. (2537). *การวิจัยและพัฒนาทางสังคม พฤติกรรมศาสตร์ เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการเรื่องการกำหนดปัญหาการวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย: ด้านพฤติกรรมจริยธรรมและด้านอื่นๆ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและคณะกรรมการแห่งชาติเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย.

จันทร์จิรา สีสว่าง; ปุลวิชช์ ทองแตง; และยอดทอง ดวงหทัย. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*. 20(2): 179-192.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์; และคนอื่นๆ. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*,. 5(4): 333-343.

จันทร์เพ็ญ หวานคำ; ชดช้อย วัฒนะ; และ ศิริพร ขัมภลิขิต. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*. 42(1): 49-60.

จินตนา บัวทองจันทร์; อุบล สุทธิเนียม; และเสมอจันทร์ ธีระวัฒน์สกุล. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 19(2): 46-59.

จุฑาวดี วงษ์สมบัติ. (2551). *ผลโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตสูงของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

จำลอง ดิษยวณิช; และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.* เชียงใหม่: แสงศัลย์.

ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2520). *ระบบสื่อการสอน.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

----------. (2545). *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาเทคโนโลยีการศึกษาหน่วยที่ 1-5*. กรุงเทพฯ: สำนักเทคโนโลยีทางการศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.

----------. (2556). การทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน. *วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย*. 5(1): 7-20.

ชาย โพธิสิตา. (2552). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐพร อยู่ปาน; พัชรี ดวงจันทร์; และพนิดา แจ่มผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 10(1): 10-18.

เทศบาลนครเชียงใหม่. (2557). *ข้อมูลด้านสังคมของเทศบาลนครเชียงใหม่*. สืบค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2558, จาก http://www.cmcity.go.th/cmcity/index.php/th/s-menu-detail3-th/91-g-mtomography-th/102-c-social4-th.

ธาริน สุขอนันต์; จารุณี ทรัพย์ประเสริฐ; สุภาววัลย์ จาริยะศิลป์; และอาภิสรา วงศ์สละ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 9(2): 66-75.

ธิรานี โหมขุนทด. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ จำรัสพงษ์. (2553). *การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในหน่วยปฐมภูมิ*. สารนิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

นงลักษณ์ วิรัชชัย; และสุวิมล ว่องวาณิช. (2544). *การวิจัยและการพัฒนาเพื่อการปฏิรูปทั้งโรงเรียน*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทรัตน์ อมาตยกุล. (2555). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การศึกษานอกระบบโรงเรียน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

นุชนาถ สำนัก; และคนอื่นๆ. (2554). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชมชนหลักกิโลสาม ตำบลปากพนังฝั่งตะวันออก อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 4(2): 21-28.

บุญศรี นุเกตุ; และพรทวีกัณทา ปาลีรัตน์. (2545). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

เบญจมาศ ถาดแสง; ดวงฤดี ลาศุขะ; และทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตสูงและค่าความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*. 39(4): 124-137.

ประทีบ จินงี่. (2540). *เอกสารประกอบการสอนวิชาการวิเคราะห์พฤติกรรมและปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปรีดา เบ็ญคาร. (2548). *การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนในกระบวนการพัฒนาการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียนของครู*. ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ปิยะนุช รักพานิช. (2548). *"New Horizons in Management of Hypertension" การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยร่วมกับหน่วยโรคหัวใจภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

พรฑิตา ชัยอำนวย. (2545). *แนวทางการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในประชากรไทย*. กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม.

พัชรวลัย ลอมแปลง; นงนุช โอบะ; และวรรณพรศิริ ชมนาด. (2554). ปัจจัยที่ทำนายความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอายุต่ำกว่า 40 ปี ที่อาศัยในจังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 5(2): 12-33.

พัชรี อ่างบุญตา; และคนอื่นๆ. (2555). ผลของโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการ ตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*. 39(3): 93 -104.

เพ็ญแข ประจนปัจจนึก. (2550). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนา ภาวะพฤฒิพลังในผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ภาวดี วิมลพันธุ์; และพิศฉลาด, ขนิษฐา. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 17(1): 115-123.

โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่. (2557). *จำนวนการบริการผู้ป่วยจำแนกตามสาเหตุการป่วยของโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ปีพ.ศ. 2557*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2557, จาก http://www.cmcity.go.th/cmcity/index.php/th/s-menu-detail3-th/91-g-mtomography-th/106-c-socialhelth-th.

ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า; ชดช้อย วัฒนะ; และพีระพงศ์ กิติภาวงศ์. (2012). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองภาวะหายใจลำบากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*. 39(1): 64-76.

ลัดดา เถียมวงศ์. (2551). *การพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ*. วิทยานิพนธ์ ปร.ด. (การพยาบาล). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

เล็ก สมบัติ; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และธนิกานต์ ศักดาพร. (2554). *ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

วรรณี แกมเกตุ. (2551). *วิธีวิทยาการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วริศา จันทรังสีวรกุล. (2553). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครสวรรค์. *วารสาวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. (4): 12-20.

วัฒนพล ติ่งซุ่ยกุล บัวแก้ว; วารี กัง ใจ; และ จูลเมตต์ พรชัย. (2012). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน. *วารสารสภาการพยาบาล*. 27(1).

วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

วิชัย เอกพลากร. (2552). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

วิทธิลักษณ์ จันทร์สมบัติ; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร; และภาวิณี อำมาตย์ทัศน์. (2551). ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพ- มหานคร กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 9(2): 47-54.

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์; และคนอื่นๆ. (2554). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาพยาบาล*. 26(ฉบับพิเศษ): 140-153.

วิลาสลักษณ์ ชัววัลลี. (2542). การรับรู้ความสามารถของตน สารานุกรมศึกษาศาสตร์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ. (2550). *Critical appraisal of systematic review.* สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2557, จาก http://www.pha.nu.ac.th/dis/uploads/amoxil500/2007-07-25_185923_Critical1.pdf.

ศรัญญา คล้ายสกุล. (2551). *ผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

ศิริวัฒน์ วงค์พุทธคำ. (2551). *ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ศุชญา แก้วสกุลทอง. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการเดินออกกำลังกายระดับความหนักปานกลางต่อระดับความดันโลหิตในสตรีวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูงระยะที่ 1*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). นครศรีธรรมราช: บัณฑิตวิทยาลัยย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. ถ่ายเอกสาร.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2554). *รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจ ร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552*. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กรมการแพทย์.

----------. (2552). *โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน*. กรุงเทพฯ: ซีจีทูล.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558*. จาก http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศ. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สายฝน กันธมาลี. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

สิรญา ธาสถาน; และคนอื่นๆ. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 10: 117-128.

สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์; และพักตร์วิภา สุวรรณพรหม. (2556). แบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 8(2): 66-77

สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล. (2554). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์ (นานาชาติ)). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 6(1): 113-130.

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2545). *หลักสำคัญของ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิเมธ รู้ชอบ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับผลการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนันทา สุนทรประเสริฐ. (2544). *การผลิตนวัตกรรมการเรียนการสอน การสร้างแบบฝึก*. ชัยนาท: ชมรมพัฒนาความรู้ด้านระเบียบกฎหมาย.

สุนันทา ศรีศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพลศึกษา*. 15(ฉบับพิเศษ): 308-314.

สุรพรชัย กองพัฒนากูล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์.

สุพัชรินทร์ วัฒนกุล; และคนอื่นๆ. (2556). โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดกาตนเองเรื่องอาหารและการออกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 27(1): 16-30.

สุพิชชา วงค์จันทร์; อังศินันท์ อินทรกำแหง; และพรรณี บุญประกอบ. (2555). อิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*. 4(1): 83-94.

----------. (2557). ผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 20(1): 127-142.

สุพักตร์ พิบูลย์. (2552). *กิจกรรมเพื่อสังคมและสาธารณประโยชน์ตามหลักสูตร 2551*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2557, จาก https://www.gotoknow.org/posts/237567

สุพิณญา คงเจริญ; ชดช้อย วัฒนะ; และธีรนุช ห้านิรัติศัย. (2556). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองระดับความดันโลหิตและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*. 40(1): 23-33.

สุภลักษณ์ บุญความดี. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล; ธีระ ศิริสมุด; แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล; ยศ ตีระวัฒนานนท์; และลี่ลี อิงศรีสว่าง. (2557). *รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น การสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ.* กรุงเทพฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

สุวิมล ว่องวาณิช; และนงลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์.* กรุงเทพฯ: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล ว่องวาณิช. (2550). *การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น.* กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). *ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12.* สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2559, จาก http://www.nesdb.go.th/article_attach/Book_Plan12.pdf

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2556). *สถิติการตาย จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ.2550-2555.* สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2557, จาก http://203.157.19.191/ Death.html

----------. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563.* กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

อรวรรณ ประภาศิลป์; ชดช้อย วัฒนะ; และทิพาพร ธาระวานิช. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะอ้วนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *พยาบาลสาร.* 40(1): 34-48.

อังศินันท์ อินทรกำแหง; ทัศนา ทองภักดี; และวรสรณ์ เนตรทิพย์. (2553). ผลการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์.* 16(2): 97-112.

อัมมร บุญช่วย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพส าหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* 3(2): 231-244.

อาชัญญา รัตนอุบล; สารีพันธุ์ ศุภวรรณ; วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา; มนัสวาสน์ โกวิทยา; วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา; ปาน กิมปี; ณัฏฐลักษณ์ ศรีมีชัย; และสุวิธิดา จรุงเกียรติกุล. (2555). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการศึกษา/การเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ. *วารสารครุศาสตร์*. 40(1): 14-28.

อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2): 129-134.

อุทัย บุญประเสริฐ. (2542). การวิจัยและพัฒนา. *วารสารครุศาสตร์*. 27(3): 48-54.

เอื้อมพร ทองกระจาย. (2557). พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะเชิงอัตวิสัยและตัวชี้วัดทางคลินิกที่คัดสรรในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 37(1): 94-102.

Aanand, D; et al. (2011). Comparative Effectiveness of Goal Setting in Diabetes Mellitus Group Clinics Randomized Clinical Trial. *Journal of American Medical Association*. 171(5): 453-459.

Ahn, O.; et al. (2015). Effect of an Integrated Health Management Program Based on Successful Aging in Korean Women. *Public Health Nursing*. 32(4): 307-315.

Annesi; & Gorjala. (2010). *Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation Biopsychosocial Medicine Atlanta*. Atlanta: Georgia.

Alberta Health; & Wellness. (2004). *Framework for a Healthy Alberta*.

Aksoy, B.; Altaykan-Hapa, A.; Egemen, D.; & Atakan, N. (2011). Indicators of health quality in 154 Turkish patients with psoriasis. *The Journal of Dermatology*. 38: 600–603. doi: 10.1111/j.1346-8138.2010.01047.x

American college of sports medicine. (2006). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 7th ed*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Angela, B.; Gemma, C.; & Rumona, D. (2014). *Doing a Systematic Review*. *London: SAGE*.

Apple, L.J.; Hopkins, J.; Champange, C.M.; Harsha, D.W.; Cooper, L.S.; & Obarzanek, E. (2003). Effect of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main result of the premier clinical. *JAMA*. 286(16): 2083-2093.

Appel, L.J.; et al. (2006). Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension a Scientific Statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 47(2): 296-308.

Aronow, W.S. (2011). Office management of hypertension in older persons. *The American Journal of Medicine*. 124: 498-500.

Bahar, Z.; Beser, A.; Gördes, N.; Ersin, F.; & Kıssal. A. (2008). Validity and Reliability Tests of the Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II). *Cumhuriyet University, Nursing School Journal*. 12 (1): 1-12.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control.* New York: W.H. Freeman & Company.

Bandura. A. (1999). Self-efficacy in Changing Societies. New York: Cambridge University.

Barlow, J.H.; Wright, C.C.; Sheasby, J.; Turner, A.P., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*. 48: 177–187.

Bass, S.A.; & Caro, F.G. (2001). Productive ageing: A conceptual framework. In N. Marrow-Howell, J. Hinterlong & M. Sherraden (Eds.). *Productive aging: Concepts and challenges (pp. 37-78)*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press.

Bell, K.; Twiggs, J.; & Olin, B.R. (2015). Hypertension: The Silent Killer: Updated JNC-8 Guideline Recommendations. *CONTINUING EDUCATION*. SUMMER: 1-8.

Best, J.W. (1997). *Research in Education.* New Jersey: Prentice-Hell,Inc.

Bolier, L.; et al. (2013). Positive Psychology Interventions: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *BMC Public Health*. 13: 119-139.

Bosworth, H.B.; et al. (2009). Two Self-Management Interventions to Improve Hypertension Control a Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*. 151: 687-695.

Boutin-Foster, C; et al. (2013). The Trial Using Motivational Interviewing and Positive Affect and Self-Affirmation in African-Americans with Hypertension (Triumph): From Theory to Clinical Trial Implementation. *Contemporary Clinical Trials*. 35(1): 8-14.

Brandao, R.; et al. (2002). Postexercise Blood Pressure Reduction in Elderly Hypertensive Patients. *J Am Coll Cardiol*. 39(4): 676-682.

Cakir, H; & Pinar, R. (2006). Randomized Controlled Trial on Lifestyle Modification in Hypertensive Patients. *Western journal of nursing research*. 28(2): 190-209.

Caro, F.G.; Bass, S.A.; & Chen, Y.P. (1993). Introduction: Achieving a Productive Aging Society. In S.A. Bass, F.G. Caro, and Y.P. Chen (eds.), *Achieving a Productive Aging Society*. Auburn House: Westport, CT.

Carson, R.L; & et al. (2010). Emotional Exhaustion, Absenteeism, and Turnover Intentions in Childcare Teachers: Examining the Impact of Physical Activity Behaviors. *Journal of Health Psychology*. 15: 905-914.

Chalmers, T.C.; & et al. (1981). A Method for Assessing the Quality of a Randomized Control Trial. *Cont Clin Trials*. 2: 31-49.

Chang, A.K; Fritschi, C; & Kim, M J. (2013). Sedentary Behavior, Physical Activity, and Psychological Health of Korean Older Adults with Hypertension: Effect of an Empowerment Intervention. *Research in gerontological nursing*. 6(2): 81-88.

Chiang, Kai-Jo; et al. (2008). Evaluation of the Effect of a Life Review Group Program on Self-Esteem and Life Satisfaction in the Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23: 7-10.

Chobanian, A.V.; et al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 289(19): 2560-72.

Chodosh, J.; et al. (2005). Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for Older Adults. *Annals of internal medicine*. 143(6): 427-438.

Clark, F.; et al. (2012). Effectiveness of a Lifestyle Intervention in Promoting the Well-Being of Independently Living Older People:Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 66: 782-790.

Clarke, M.; & Oxman, A.D. (2003). *Cochrane Reviewers' Handbook.* Oxford, UK: Update Software.

Cook D.J.; Mulrow C.D.; และ Haynes R.B. (1997). Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions. *Ann Intern Med*. 126(5): 376-380.

Cornelissen, V.A.; & Fagard, R.H. (2005). Effect of Resistance Training on Resting Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of hypertension*. 23(2): 251-259.

Creer, T.L. (2000). Self-management and the control of chronic pediatric illness. In D. Drotar (Ed), *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts methods and interventions*. Hillsdale pp 95-129. NewJercy: Erlbaum.

Creer, T.L. (2000). *Handbook of Self Regulation*. San diego, California: Academic Press.

Cumming, E.; & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.

Cutler, J.A.; Follmann, D.; & Allender, P.S. (1997). Randomized Trials of Sodium Reduction: An Overview. *The American journal of clinical nutrition*. 65(2): 643S-651S.

Dahlsgaard, K.; Peterson, C.; & Seligman, M.E.P. (2005). Shared Virtue: The Convergence of Valued Human Strengths across Culture and History. *Review of General Psychology*. 9 (3): 203-213.

Davy, K.P.; & Gentile, C.L. (2007). Exercise and hypertension. In G. Y. H. Lip & J.E. Hall (Eds). *Comprehensive hypertension*, pp 469-475. Philadelphia: Mosby.

Deci, E.L; & Ryan, R.M. (2000). The "What" and the "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*. 11: 227-268.

Delahanty, L.M.; et al. (2002). Psychological and Behavioral Correlates of Baseline Bmi in the Diabetes Prevention Program (Dpp). *Diabetes Care*. 25(11): 1992-1998.

Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: Macmillan.

Donabedian, A. (1982). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring the Criteria and Standards of Quality*. MI: Health Administration Press.

Dongbo. F.; et al. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management program in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bull World Health Organ* 81:174–182.

Duckworth, A.L.; Steen, T.A.; & Seligman, M.E.P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*. 1(629−651).

Ebel, R.L. (1972). *Essentials of Educational Measurement*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological Nursing*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkings, cop.

Estebsari, F.; et al. (2014). An Educational Program Based on the Successful Aging Approach on Health-Promoting Behaviors in the Elderly: A Clinical Trial Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 16(4): 1-8.

Forhan, M.; & Gill, S.V. (2013). Obesity, Functional Mobility and Quality of Life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 27(2): 129-137.

Foroushani, A.R.; et al. (2014). The Effect of Health Promoting Intervention on Healthy Lifestyle and Social Support in Elders: A Clinical Trial Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 16(8).

Foy, C.G.; et al. (2013). Incorporating Prosocial Behavior to Promote Physical Activity in Older Adults: Rationale and Design of the Program for Active Aging and Community Engagement (Pace). *Contemporary clinical trials*. 36(1): 284-297.

Frieswijk, N.; et al. (2006). The Effectiveness of a Bibliotherapy in Increasing the Self-Management Ability of Slightly to Moderately Frail Older People. *Patient Education and Counseling*. 61: 219-227.

Gellert, P.; et al. (2014). An Age-Tailored Intervention Sustains Physical Activity Changes in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *International journal of behavioral medicine*. 21(3): 519-528.

Gibson, C.H. A. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16 354-361.

Gillis, A.J. (1997). The adolescent lifestyle questionnaire: Development and psychometric testing. *Canadian Journal of Nursing Research*. 29(1): 29-46.

Gong, J.; Chen, X.; & Li, S. (2015). Efficacy of a Community-Based Physical Activity Program Km2h 2 for Stroke and Heart Attack Prevention among Senior Hypertensive Patients: A Cluster Randomized Controlled Phase-Ii Trial. *PloS one*. 10(10).

Gradner. M.; Anderson, S.L.; & Young, D.E.S. (2000). *Foundations and Clinical application of nutrition: A nursing approach*. 2 nd ed. St Louis: Mosby

Hacihasanoglu, R.; & Go¨zu¨m, S. The Effect of Patient Education and Home Monitoring on Medication Compliance, Hypertension Management, Healthy Lifestyle Behaviours and Bmi in a Primary Health Care Setting. *Journal of Clinical Nursing*. 20: 692-705.

Hansen-Kyle, L. (2005). A Concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*. 40(2): 45-57.

Harbour, R; & Miller, J.A. (2001). A New System for Grading Recommendations in Evidence Based Guidelines. *BMJ Open*. 323(7308): 334-336.

Harnden, K.E.; Frayn, K.N.; & Hodson, L. (2009). Dietary Approaches to Stop Hypertension (Dash) Diet: Applicability and Acceptability to Uk Population. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 1-9.

Hartley, T.R.; et al. (2000). Hypertension Risk Status and Effect of Caffeine on Blood Pressure. *Hypertension*. 36(1): 137-141.

Hassandokht, T.; et al. (2015). Lifestyle Interventions for Hypertension Treatment among Iranian Women in Primary Health-Care Settings: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Research in Medical Sciences*. 20(1): 54-61.

Havighurst, R.J. (1963). Successful aging. In R. William, C. Tibbits, & W. Donahue (Eds.), *Processes of Aging*. New York: Atherton Press.

Heathcote G. (2000). Autonomy, Health and Aging: Transnational Perspective. *Health Education Research*. 15(3): 13-24.

Hebert, P.L.; et al. Nurse-Led Disease Management for Hypertension Control in a Diverse Urban Community: A Randomized Trial. *Journal of general internal medicine*. 27(6): 630-639.

Hekmatpou, D; Shamsi, M; & Zamani, M. (2013). The Effect of a Healthy Lifestyle Program on the Elderly's Health in Arak. *Indian journal of medical sciences*. 67(3): 70-77.

Herbert, R.; & Sheppard, M. (2005). *Cardiovascular Function*. London: Elsevier.

Higashi, Y.; et al. (2008). Periodontal Infection Is Associated with Endothelial Dysfunction in Healthy Subjects and Hypertensive Patients. *Hypertension*. 51: 446-453.

Higgins, J.P.; & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Higgins, J.P. T.; & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5 .1.0.* Retrieved April 10, 2015, from http://www.cochrane-handbook.org.

Hinkle, D.E.; William, W.; & Stephen, G.J. (1998). *Applied Statistics for the Behavior Sciences*. New York: Houghton Mifflin.

Ho, H.C.; Yeung, D.Y.; & Kwok, S.Y. (2014). Development and Evaluation of the Positive Psychology Intervention for Older Adults. *The Journal of Positive Psychology*. 9(3): 187-197.

Holmes, S. (2005). Nutrition matters for older adults. *Journal of Community Nursing*. 20(2): 24-30.

Huffman, J.C.; et al. (2015). A Positive Psychology Intervention for Patients with an Acute Coronary Syndrome: Treatment Development and Proof-of-Concept Trial. *Journal of Happiness Studies*. 1-22.

Hutchison, T.; Morrison, P.; & Mikhailovich, K. (2006). A review of the literature on active ageing. Retrieved April 11, 2015, from http://www.canberra.edu.au/centres/healthpact/attachments/pdf/active-ageing.pdf.

Intarakamhang, U. (2012). Program Management Model for Health Behavioral Modification in Metabolic Risk of Public Hospitals Bangkok. *Asian Social Science*. 8(11): 170-177. doi: 10.5539/ass.v8n11p170.

Intarakamhang, U. (2012). 3-Self Behavior Modification Program Base on the PROMISE Model for Clients at Metabolic Risk. *Global Journal of Health Science*. 4(1): 204-210. doi: 10.5539/gjhs.v4n1p204

Intarakamhang, U.; & Duangchan, P. (2012). Effects of health Behavioral modification Program on metabolic diseases in risk Thai clients. *Asian biomedicine*. 6(2): 1-7. doi: 10.5372/1905-7415.0602.061

Intarakamhang, U. (2012). Effects of Health Behavioral Modification Program on Metabolic Diseases in Risk Thai Clients. *Asian Biomedicine*. 6(2): 319-325.

Jadad, R; & et al. (1996). Assessing the Quality of Reports of Randomized Clinical Trails: Is Blinding Necessary? *Control Clinical Trials*. 17: 1-12.

James, P.A.; et al. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 311(5): 507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427.

Janssen, V.; et al. (2013). Beyond Resolutions? A Randomized Controlled Trial of a Self-Regulation Lifestyle Programme for Post-Cardiac Rehabilitation Patients. *European journal of preventive cardiology*. 20(3): 431-441.

Jenkins, K.R.; & Fultz, N.H. (2008). The Relationship of Older Adults' Activities and Body Mass Index. *Journal of Aging and Health*. 20(2): 217-234.

Kanfer, F.H.; & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*, pp 305-360. New York: Pergamon Press.

Kaplan, S.J.; et al. (1998). Adolescent Physical Abuse: Risk for Adolescent Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 155(7): 954-959.

Kaplan, N.M. (2006). *Treatment of Hypertension: Drug Therapy*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins.

Kashaniyan, F. (2015). Effectiveness of Positive Psychology Group Interventions on Meaning of Life and Life Satisfaction among Older Adults. *Elderly Health Journal*. 1(2): 68-74.

Kaufman, R.; Rojas, R.; & Mayer, H. (1993). *Needs Assessment: A User's Guide*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.

Killen, A; & Macaskill, A. (2015). Using a Gratitude Intervention to Enhance Well-Being in Older Adults. *Journal of Happiness Studies*. 16(4): 947-964.

Kim, S.H; & Youn, C.H. (2015). Efficacy of Chronic Disease Self-Management Program in Older Korean Adults with Low and High Health Literacy. *Asian nursing research*. 9(1): 42-46.

Kimura, M.; et al. (2013). Community-Based Intervention to Improve Dietary Habits and Promote Physical Activity among Older Adults: A Cluster Randomized Trial. *BMC geriatrics*. 13(1): 1-11.

Knowles, M.S. (1987). Adult learning. In R.L. Craig (ed.), *Training and Development Handbook*, 3rd ed. New York: McGraw Hill.

Knowles, M.S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education: Pedagogy and Andragogy*. Chicago: Follett.

Lang, N. M. (1976). Issues in quality assurance in nursing. *Issues in evaluation research, ANA Publication, ANA Publ.* G-124: 45-56.

Levine J. (2004). Non-Exercise Activity Theromogenesis (Neat): Environment and Biology. *American Journal of Physiology, Endocrinology, and Metabolism.* 286: E675-E685.

Lionakis, N.; et al. (2012). Hypertension in the elderly. *World J Cardiol.* 4(5): 135-147. doi: http://dx.doi. org/10.4330/wjc.v4.i5.135.

Liu, Z.; et al. (2016). Does Low Body Mass Index Matter? Relationship between Body Mass Index and Subjective Well-Being among Long-Lived Women over 95 Years of Age *The journal of nutrition, health & aging*. 20(2): 99-105.

Locke, E.A.; et al. (1981). Goal Setting and Task Performance: 1969–1980. *Psychological bulletin*. 90(1): 125-152.

Lorig, K.; & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *Annals Behavior Medicine*. 26:1-7.

Locke, E.A; & Latham, G.P. (2006). New Directions in Goal-Setting Theory. *Current directions in psychological science*. 15(5): 265-268.

Luthans F. (2002). The Need for and Meaning of Positive Organizational Behavior. *Journal of Organizational Behavior*. 23: 695-706.

Luthans, F.; et al. (2007). Positive Psychological Capital:Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. *Personal Psychology*. 60: 541-572.

Mahan, L.K.; & Escott-Stump, S. (1996). *Krause's food, nutrition, & diet therapy*, 9th Ed., pp.553-564. Philadelphia: WB Saunders.

Maxine, A.N; Hossein, Y; & Marcella, N. (2011). Self-Management among Patients Living with Diabetes in the United States Virgin Islands. *Journal Health Care Poor Underserved*. 22(1): 271-283.

McClusky, H.Y. (1975). Education for Aging: The Scope of the Field and Prospection for the Future. In Grabowski, S. M. & Mason, W.D. (Eds.), *Learning for Aging*. Washington D.C.: Adult Education Association of U.S.A. Syracuse.

McManus, R.J.; et al. (2005). Targets and Self Monitoring in Hypertension: Randomised Controlled Trial and Cost Effectiveness Analysis. *Bmj*. 331.

----------. (2010). Telemonitoring and Self-Management in the Control of Hypertension (Tasminh2): A Randomised Controlled Trial. *Lancet* 376: 163–172.

McNamara, B.; et al. (2015). Evaluation of a Healthy Ageing Intervention for Frail Older People Living in the Community. *Australasian journal on ageing*.

Meléndez-Moral, J C; et al. (2013). Effects of a Reminiscence Program among Institutionalized Elderly Adults. *Psicothema*. 25(3): 319-323.

Meléndez Moral, J.C.; et al. (2015). Effect of Integrative Reminiscence Therapy on Depression, Well-Being, Integrity, Self-Esteem, and Life Satisfaction in Older Adults. *The Journal of Positive Psychology*. 10(3): 240-247.

Melnyk, B.M.; & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Miller, M.P. (1991). Factors promoting wellness in the aged person: An ethnographic study. *Advances in Nursing Science*. 13(4): 38–51.

Miok, C.L. (2002). Lifestyle Modification in Hypertension Management among older Korean-Americans. *The Advancing Nursing Practice Excellence*.

Moody, H.R. (1990). Education and Life cycle: A philosophy of aging. In *Introduction to educational gerontology*. 3rd ed. New York: Hemisphere.

Morgan, D.L. (1988). *Focus Groups the Qualitative Research*. Beverly Hills: SAGE Publications.

Mulrow, C.D. (1987). The medical review article: state of the science. *Annals of Internal Medicine.* 106 (3): 485–488.

Neugarten, B.; Moore, J.; & Lowe, J. (1968). *"Age Norms, Age Constraints, and Adult Socialization," in Middle Age and Aging*. Chicago: University of Chicago Press.

Nieboer, A.; & Lindenberg, S. (2002). Substitution, buffers and subjective well-being: a hierarchical approach. In: Gullone E, Cummins RA (eds), *The universality of subjective well-being indicators*, pp 175–189. Kluwer: Dordrecht.

Nima, R.; Balthip, Q.; & Suteeravut, P. (2015). Experiences of Obesity Management of Thai Muslim Women. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 35(1): 1-20.

Norton, D.L. (1976). *Personal destinies*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.

O'Brien, C.; et al. (2013). Targets and self-management for the control of blood pressure in stroke and at risk groups (TASMIN-SR): protocol for a randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*. 13(21): 1-8. doi:10.1186/1471-2261-13-21.

Ogedegbe, G.O.; et al. (2012). A Randomized Controlled Trial of Positive-Affect Intervention and Medication Adherence in Hypertensive African Americans. . *Archives of internal medicine*. 172(4): 322-326.

Ogedegbe, G.; et al. (2013). The Counseling Older Adults to Control Hypertension (Coach) Trial: Design and Methodology of a Group-Based Lifestyle Intervention for Hypertensive Minority Older Adults. *Contemporary clinical trials*. 35(1): 70-79.

Ogihara, T.; & Rakugi, H. (2005). Hypertension in the elderly a Japanese perspective. *Drugs Aging*. 22(4): 297-314.

Pamungkas, R.A.; et al. (2016). Self Management Program among Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Literature Review. *Belitung Nursing Journal*. 2(3).

Park, Y.H.; et al. (2012). Patient-Tailored Self-Management Intervention for Older Adults with Hypertension in a Nursing Home. *Journal of Clinical Nursing*. 22(5-6): 710-722.

Park, E.; & Kim, J. (2015). The Impact of a Nurse-Led Home Visitation Program on Hypertension Self-Management among Older Community-Dwelling Koreans. *Public Health Nursing*. 33(1): 42-52.

Pearson, A.; Field, J.; & Jordan, Z. (2007). *Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Healthcare.* Oxford: Blackwell Publishing.

Peck, R.C. (1968). Psychological developments in the second half of life. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*, pp. 88–92. Chicago: University of Chicago Press.

Peel, N.M.; McClure, R.J.; & Bartleet, H.P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*. 28(3): 298-304.

Peixoto, M.R.G.; Benício, M.H.D.; & Jardim, P.C.B.V. (2007). The Relationship between Body Mass Index and Lifestyle in a Brazilian Adult Population: A Cross-Sectional Survey. *Cad. Sade Pblica, Rio de Janeiro*. 23(11): 2694-2704.

Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk: Appleton & Lange.

Pender, N.J.; Murdaugh, C.; & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River.

Pescatello, L.S.; et al. (2015). Exercise for Hypertension: A Prescription Update Integrating Existing Recommendations with Emerging Research. *Current hypertension reports*. 17(11): 1-10.

Ramírez, E.; et al. (2014). A Program of Positive Intervention in the Elderly: Memories, Gratitude and Forgiveness. *Aging & mental health*. 18(4): 463-470.

Rattanapun, S.; et al. (2009). Characteristics Healthy Ageing among the Elderly in Southern Thailand *CMU Journal of Natural Sciences*. 8(2): 143-160.

Reviere, R.; et al. (1996). *Needs Assessment: A Creative and Practical Guide for Social Scientists*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.

Roel, J.P.; Hildebrant, C. L.; & Grimm, R. H. Jr. (2001). Quality of life with non-pharmocologic treatment of hypertension. *Current Hypertension Reports*. 3(6): 466-472.

Rowe, J.W.; & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. New York: Random House.

Rovinelli, R.J.; & Hambleton, R.K. (1977). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity. *Dutch Journal of Educational Research*. 2: 49-60.

Ryan, R.M.; et al. (2008). Facilitating Health Behaviour Change and Its Maintenance: Interventions Based on Self-Determination Theory. *European Health Psychologist*. 10(1): 2-5.

Ryff, C.D.; & Singer, B. (1996). Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 65: 14-23.

Sacks, F.M.; et al. (2001). Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (Dash) Diet. *New England journal of medicine*. 344(1): 3-10.

Scala, D.; et al. (2008). Promotion of Behavioural Change in People with Hypertension: An Intervention Study. *Pharmacy World and Science*. 30: 834-839.

Schunk, D.H. (2000). Self-efficacy and cognitive achievement: Implications for students with learning problems. *Journal of Learning Disabilities*. 22: 14-22.

Seligman, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *Amer Psychol*. 55: 5-14.

Seligman, M. E. P.; & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*. 55: 5-14.

Seligman, M. E. P.; et al. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*. 60(5): 410-421.

Shea, B.J.; et al. (2009). AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 62 (10): 1013-1020.

Sherbourne, C.D.; et al. (2004). Social support and stressful life event: Age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Quality of Life Research*. 1(4): 235-246.

Shin, D.S.; Kim, C.J.; & Choi, Y.J. (2015). *Effects of an Empowerment Program for Self-Management among Rural Older Adults with Hypertension in South Kore*a. Australian Journal of Rural Health.

Sin, N.L.; & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms with Positive Psychological Interventions: A Practice-Friendly Metaanalysis. *Journal of Clinical Psychology*. 65: 467-487.

Singh, R.B.; et al. (1992). Effect of Fat-Modified and Fruit- and Vegetable-Enriched Diets on Blood Lipids in the Indian Diet Heart Study. *The American Journal of Cardiology* 70: 869-874.

Skinner, B.F. (1993). *About Behaviorism*. London: Penguin.

Son, J.; & Wilson, J. (2012). Volunteer work and hedonic, eudemonic, and social well-being. *Sociological Forum*. 27: 658–681. doi:10.1111/j.1573-7861.2012.01340.x

Sookruadee Thutsaringkarnsakul; Yupin Aungsuroch; & Jitpanya, Chanokporn. (2012). Self-Management Program on Blood Pressure Control in Thai Hypertensive Patients at Risk for Stroke: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Health Research* 26(5): 243-249.

Srichairattanakull, J.; et al. (2014). Self-Management Improvement Program Combined with Community Involvement in Thai Hypertensive Population: An Action Research. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 97(4): 456-466.

Steverink, N.; Lindenberg, S.; & Slaets, J. P. J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing*. *2*: 235–244. doi:10.1007/s10433-005-0012-y

Stuck, A.E.; et al. (2015). Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial. *PLoS Med,*. 12(10).

Suwanphan, A.; et al. (2010). Effectiveness of Coronary Heart Disease Risk Factors Reduction Program for Hypertensive Patients in Thailand. *Asian Biomedicine*. 3(2): 193-199.

Taylor-Pilae, R.E.; Norton, L.C.; Haskell, W.L.; Mahbouda, M.H.; Fair, J.M.; & Iribarren, C. (2006). Validation of a new brief physical activity survey among men and women aged 60 to 69. *American Journal of Epidemiology*. 164(6): 598-606.

Thanakwang, K; Isaramalai, S; & Hatthakit, U. (2014). Development and Psychometric Testing of the Active Aging Scale for Thai Adults. *Clinical Interventions in Aging*. 9: 1211–1221.

Thiamwong, L.; et al. (2008). Development and Psychometric Testing of the Healthy Aging Instrument. *Thai Journal of Nursing Research*. 12(4): 285-296.

Thoits, P.A.; & Hewitt, L.N. (2001). Volunteer work and well being. *Journal of Health and Social Behavior*. 42(2): 115-131.

The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). (2007). Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*. 25: 1105-1187.

Thurston, M.; & Green, K. (2004). Adherence to Exercise in Later Life: How Can Exercise Programmes be Made More Effective? *Health Promotion International*. 19 (3): 379-387.

Tobin, D.L.; Reynold, R.V.C.; Holroyd, K.A. & Creer, T.T. (1986). Self-management and social learning theory. In K.A. Holroyd & TL Creer (ed). *Self-management of chronic Disease: Handbook of Clinical Interventions and Research*. New York: Academic Press.

Tung, H.H.; et al. (2013). Self-Management Intervention to Improve Self-Care and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Congestive Heart Failure*. 19(4): E9-E-16. DOI: 10.1111/chf.12014 .

Van Bruggen, A. (2001). *Individual production of social wellbeing: An exploratory study*. Amsterdam: Thela Thesis.

Vogel, T.; Brechat, P.H.; Lepretre, P.M.; Kaltenbach, G.; Berthel, M.; & Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice*. 63: 303-320.

Vrdoljak, D.; et al. (2014). Lifestyle Intervention in General Practice for Physical Activity, Smoking, Alcohol Consumption and Diet in Elderly: A Randomized Controlled Trial. *Archives of gerontology and geriatrics*. 58(1): 160-169.

Walker, S.N.; Sechrist, K.R.; & Pender, N.J. (1995). *HPLP II (Health Promotion Lifestyle Profile II)*. Nebraska: University of Nebraska Medical Center.

Walker, S.N.; Sechrist, K.R.; & Pender, N.J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 36(2): 76-80.

Walker, A. (2006). Active ageing in employment: Its meaning and potential. *Asia-Pacific Review*. 13(1): 78-93.

Wang, T.J.; & Vasan, R.S. (2005). Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*. 112(11): 1651-1662.

Wang, J.; et al. (2014). The Effectiveness of a Community-Based Health Promotion Program for Rural Elders: A Quasi-Experimental Design. *Applied Nursing Research*. 27(3): 181-185.

Wattana, C.; et al. (2007). Effects of a Diabetes Self- Management Program on Glycemic Control, Coronary Heart Disease Risk, and Quality of Life among Thai Patients with Type 2 Diabetes. *Nursing and Health Sciences*. 9(2): 135-141.

Waterman, A.A. (1990). Personal expressiveness: Philosophical and psychological foundations. *Journal of Mind and Behavior*. 11: 47-74.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa.* from www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

----------. (2000). *The Asia-Pacific Perspective, Redefining Obesity and Its Treatment*. Retrieved from http://www.wpro.who.int/nutrition/documents/docs/Redefiningobesity.pdf

----------. (2002). *Active Ageing: A policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

----------. (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons 2004.* from http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

----------. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 363: 157-63.

----------. (2012). *World Health Statistics 2012: World Health Organization*. Retrieved April 10, 2014, from www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.

----------. (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization , International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society Of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*. 21(1): 1983-1992. doi: 10.1097/01.hjh.0000084751.37215.d2.

Xue, F; Yao, W; & Lewin, R J. (2008). A Randomised Trial of a 5 Week, Manual Based, Self-Management Programme for Hypertension Delivered in a Cardiac Patient Club in Shanghai. *BMC Cardiovascular Disorders*. 8(10): 1-11.

Yamane T. (1967). *Statistics, an Introductory Analysis.* New York: Harper and Row.

Yu, R.; et al. (2014). A Chinese Chan-Based Mind–Body Intervention Improves Psychological Well-Being and Physical Health of Community-Dwelling Elderly: A Pilot Study. *Clinical interventions in aging*. 9: 727-735.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย

MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC- 172/58E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวหิชชาดา อุทธิแป้น

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่รับรอง:
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1.	แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันเดือนปี 12 ม.ค. 2559
2.	โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันเดือนปี 12 ม.ค. 2559
3.	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันเดือนปี 12 ม.ค. 2559
4.	หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันเดือนปี 12 ม.ค. 2559

(ลงชื่อ).....

(อาจารย์ แพทย์หญิงจันทร์ทรา ตนันชัยพุทธวงศ์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-018/2559

วันที่ให้การรับรอง : 14/01/2559

วันหมดอายุใบรับรอง : 14/01/2560

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

(Informed Consent Form)

วันที่ ……...

ข้าพเจ้า……..…อายุ……ปี อยู่บ้านเลขที่…….

ถนน…….....หมู่ที่……แขวง/ตำบล……..……...เขต/

อำเภอ…..…….....จังหวัด…….....โทรศัพท์

.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 . ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาว พิชชาดา สุทธิแป้น

เรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับขู่เข็ญหลอกลวงแต่ประการใด และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยอาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกัน และแก้ไข หากเกิดอันตราย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใดๆ **<u>อันเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว</u>** ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลจากคณะผู้วิจัย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนมีสิทธิ์ได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามสมควร

ข้อ 6. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้อ 7. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย สามารถติดต่อกับนางสาว พิชชาดา สุทธิแป้น หมายเลขโทรศัพท์: 086 915 5355

ข้อ 8. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่ สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11015-11018 / ข้าพเจ้า.....

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ……...	ลงชื่อ ……
(…….....)	(…….....)
ผู้ยินยอม / ผู้แทนโดยชอบธรรม	ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ ……พยาน	ลงชื่อ ……พยาน
(……)	(……)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

.....

.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ ……พยาน

(……)

<u>หมายเหตุ</u>

1. ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ จะต้องมีผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง จะต้องมีผู้มีอำนาจทำการแทน เป็นผู้ให้ความยินยอม

2. กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- แบบสอบถามในการประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
- แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
- แผนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามในการประเมินความต้องการจำเป็น เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ที่มีความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: แบบสอบถามในการประเมินความต้องการจำเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพการสมรส

☐ 1) คู่ ☐ 2) โสด ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1) ไม่ได้รับการศึกษา ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 3) มัธยมศึกษา

☐ 4) อนุปริญญา ☐ 5) ปริญญาตรี ☐ 6) สูงกว่าปริญญาตรี

5. แหล่งสำคัญที่มารายได้หลัก

☐ 1) เบี้ยหวัด/บำนาญ ☐ 2) การประกอบอาชีพ

☐ 3) บุตรหลาน ☐ 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้.....บาท/เดือน

7. สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน

☐ 1) อยู่คนเดียว ☐ 2) อยู่กับคู่สมรส

☐ 3) อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ☐ 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

9. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

10.โรคประจำตัวอื่นๆ และความเจ็บป่วยที่พบร่วม

☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี โปรดระบุ.....

11. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์

☐ 1) ไม่ดื่ม ☐ 2) ดื่ม โปรดระบุ.....

12. ท่านดื่มเครื่องมือที่มีสารคาแฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง

☐ 1) ไม่ดื่ม ☐ 2) ดื่ม โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ และเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้งหรือบางวัน

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

สภาพในปัจจุบัน				พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	สภาพที่น่าจะเป็น			
ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ		ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ								
				1. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืชในอัตราส่วน 2 ใน 3 ส่วนของแต่ละมื้ออาหาร				
				2. การอ่านฉลากโภชนาการและเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบไม่เกิน 2000 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภคหรือกินเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา				
				3.การรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อแดงไม่ติดมัน เนื้อปลา หรือเนื้ออกไก่ โดยหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมันหรือมีคอเลสเตอรอลสูง				
				4. การรับประทานอาหารประเภทนึ่ง ต้ม อบ ลวกแทนการทอด				
				5. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า แหนม ไส้กรอกอีสาน ปลากระป๋อง เต้าหู้ยี้ ผักดอง ไข่เค็ม กุนเชียง				
				6. การรับประทานผักผลไม้สดตามฤดูกาลมากกว่าการรับประทานผลไม้แปรรูป				
การออกกำลังกาย								
				1. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์				

สภาพในปัจจุบัน				พฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี	สภาพที่น่าจะเป็น			
ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ		ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
				2. การออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที				
				3. การออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดได้				
				4. การไม่ออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที				
				5. การออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร				
				6. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เอ็น ก่อนและหลังการออกกำลังกาย(warm up and cool down)				
พฤติกรรมการป้องกันโรค								
				1. การปรึกษาแพทย์หรือบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขทันที เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกาย โดยไม่ปล่อยให้เรื้อรังจนเกิดภาวะแทรกซ้อน				
				2. การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง				
				3. การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด				
				4. การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์				
				5.การสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองเช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต				
				6. การหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือนิตยาสารสุขภาพ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ การเข้าอบรมด้านสุขภาพ				
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี								
				1. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง				
				2 ท่านดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาที่ท่านนับถือหรืออย่างมีเป้าหมาย				
				3. ท่านเปิดโอกาสให้ตนเองได้เรียนรู้ หรือมีประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ท้าทาย เพื่อพัฒนาและ				

สภาพในปัจจุบัน				พฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี	สภาพที่น่าจะเป็น			
ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ		ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
				ปรับปรุงสุขภาพของตนเอง				
				4. ท่านสำรวจและยอมรับทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเองตามความเป็นจริง แล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น				
				5. ท่านจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม				
				6. ท่านทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสุขและเป็นที่น่าพึงพอใจ				
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม								
				1. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสมาคม ชมรม หรือองค์กรที่เป็นสมาชิกอยู่ เช่น การเลี้ยงอาหารกลางวันเด็กกำพร้าของชมรมผู้สูงอายุ				
				2. การเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาล วัฒนธรรม และประเพณีต่างๆ เช่น ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน สงกรานต์ ลอยกระทง				
				3. เสียสละแรงกาย เวลา หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนร่วม เช่น บริจาคเงินหรือจัดเตรียมสิ่งของเพื่อบริจาคให้แก่ผู้เดือดร้อนหรือประสบภัย				
				4. การเป็นจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง เช่น การเป็นวิทยากรปราชญ์ชุมชนในการถ่ายทอดภูมิปัญญา อาสาสมัครทำงานในโรงพยาบาล วุฒิอาสา				
				5. การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน เช่น อสม คณะกรรมการพัฒนาชุมชน การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				
				6. การอาสาช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อยามที่เขาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น การช่วยบรรจุถุงยังชีพให้กับผู้ประสบภัยต่างๆ การไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				

แบบสอบถาม
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. **เพศ**

☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2. **อายุ**.....ปี

3. **สถานภาพการสมรส**

☐ 1) คู่ ☐ 2) โสด ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า

4. **ระดับการศึกษาสูงสุด**

☐ 1) ไม่ได้รับการศึกษา ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 3) มัธยมศึกษา

☐ 4) อนุปริญญา ☐ 5) ปริญญาตรี ☐ 6) สูงกว่าปริญญาตรี

5. **แหล่งสำคัญที่มารายได้หลัก**

☐ 1) เบี้ยหวัด/บำนาญ ☐ 2) การประกอบอาชีพ

☐ 3) บุตรหลาน ☐ 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. **รายได้**.....บาท/เดือน

7. **สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน**

☐ 1) อยู่คนเดียว ☐ 2) อยู่กับคู่สมรส

☐ 3) อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ☐ 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. **ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง**.....ปี

9. **น้ำหนักตัว**.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

10. **ค่าความดันโลหิต**...../.....มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ และเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

ไม่สามารถทำ หมายถึง ท่านไม่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ เลย

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นน้อยว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นมากว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นมากที่สุดว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	ไม่มั่นใจ	มั่นใจน้อย	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืชในแต่ละมื้ออาหาร				
2. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสจัด รสเค็ม หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง				
3.ท่านสามารถหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมันหรืออาหารที่คอเลสเตอรอลสูง				
4. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์				
5. ท่านสามารถออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดได้				
6. ในแต่ละครั้งของการออกกำลังกาย ท่านสามารถออกกำลังกายได้นานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที				
7. ท่านสามารถออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ วิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร				
8. ท่านสามารถสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองเช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต				
9. ท่านสามารถงดการสูบบุหรี่บุหรี่				
10. ท่านสามารถลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง				
11. ท่านสามารถลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์				
12. ท่านสามารถพูดคุยและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้				
13. ท่านสามารถดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาที่ท่านนับถือหรืออย่างมีเป้าหมายได้				
14. ท่านสามารถเรียนรู้หรือหามีประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ท้าทาย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้				

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	ไม่มั่นใจ	มั่นใจน้อย	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
15. ท่านสามารถสำรวจและยอมรับทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเองตามความเป็นจริง แล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น				
16. ท่านสามารถจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม				
17. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสุขและเป็นที่น่าพึงพอใจ				
18. ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ได้ เช่น งานบุญ งานสังสรรค์ ประเพณี				
19. ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมหรือให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน เช่น การเลือกตั้งผู้นำชุมชน การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				
20. ท่านอาสาทำงานจิตอาสาเพื่อสังคมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง เช่น การเป็นวิทยากรปราชญ์ชุมชนในการถ่ายทอดภูมิปัญญา อาสาสมัครทำงานในโรงพยาบาล วุฒิอาสา				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ และเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นๆ เลย
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้ง ในหนึ่งสัปดาห์หรือเมื่อมีโอกาส
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 3-5 ครั้ง ในหนึ่งสัปดาห์หรือเมื่อมีโอกาส
ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 6-7 ครั้ง ในหนึ่งสัปดาห์หรือเมื่อมีโอกาสหรือเป็นประจำทุกครั้งสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	**ความถี่ของพฤติกรรม**			
	ไม่เคย	**นาน ๆ ครั้ง**	**บางครั้ง**	**ประจำ**
1. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืชในอัตราส่วน 2 ใน 3 ส่วนของแต่ละมื้ออาหาร				
2. การอ่านฉลากโภชนาการและเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบไม่เกิน 2000 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภคหรือกินเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา				
3.การรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อแดงไม่ติดมัน เนื้อปลา หรือเนื้อออกไก่ โดยหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมันหรือมีคอเลสเตอรอลสูง				
4. การรับประทานอาหารประเภทนึ่ง ต้ม อบ ลวกแทนการทอด				
5. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า แหนม ไส้กรอกอีสาน ปลากระป๋อง เต้าหู้ยี้ ผักดอง ไข่เค็ม กุนเชียง				
6. การรับประทานผักผลไม้สดตามฤดูกาลมากกว่าการรับประทานผลไม้กระป๋องหรือแปรรูป				
7. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์				
8. การออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที				

พฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี	ความถี่ของพฤติกรรม			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	ประจำ
9. การออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดได้				
10. การไม่ออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที				
11. การออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ วิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร				
12. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เอ็น ก่อนและหลังการออกกำลังกาย (warm up and cool down)				
13. การปรึกษาแพทย์หรือบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขทันที เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกาย โดยไม่ปล่อยให้เรื้อรังจนเกิดภาวะแทรกซ้อน				
14. การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง				
15. การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่				
16 การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์				
17.การสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต				
18. การหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือนิตยาสารสุขภาพ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ การเข้าอบรมด้านสุขภาพ				
19. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง				
20. ท่านดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาที่ท่านนับถือหรืออย่างมีเป้าหมาย				
21. ท่านเปิดโอกาสให้ตนเองได้เรียนรู้ หรือมีประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ท้าทาย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง				
22. ท่านสำรวจและยอมรับทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเองตามความเป็นจริง แล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น				
23. ท่านจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม				
24. ท่านทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสุขและเป็นที่น่าพึงพอใจ				

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	ความถี่ของพฤติกรรม			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
25. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสมาคม ชมรมหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกอยู่ เช่น การเลี้ยงอาหารกลางวันเด็กกำพร้าของชมรมผู้สูงอายุ				
26. การเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาล วัฒนธรรม และประเพณีต่างๆ เช่น ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน สงกรานต์ ลอยกระทง				
27. เสียสละแรงกาย เวลา หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนร่วม เช่น บริจาคเงินหรือจัดเตรียมสิ่งของเพื่อบริจาคให้แก่ผู้เดือดร้อนหรือประสบภัย				
28. การเป็นจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง เช่น การเป็นวิทยากร ปราชญ์ชุมชนในการถ่ายทอดภูมิปัญญา อาสาสมัครทำงานในโรงพยาบาล วุฒิอาสา				
29. การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน เช่น อสม คณะกรรมการพัฒนาชุมชน การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				
30. การอาสาช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อยามที่เขาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น การช่วยบรรจุถุงยังชีพให้กับผู้ประสบภัยต่างๆ การไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				

แผนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

โปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง (Self-set goal) การวางแผน (Make A Plan) การปฏิบัติ (Implementation) การเรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) และการให้กำลังใจ (Encouragement) หรือ SMILE สร้างขึ้นจากแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) (Bandura. 1986) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้แบ่งออกเป็น 8 ครั้ง โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
4. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

-

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลและวัดส่วนสูง
3. เครื่องวัดความดันโลหิต
4. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
5. ใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI และค่าความดันโลหิต
6. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม และลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กำหนดการ จำนวนครั้ง วัน เวลา ระยะเวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้ช่วยวิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการวัดความดันโลหิตพร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคน

3. ในขณะที่รอเข้ารับการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

-

การประเมินผล

1. ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

3. หลังจากที่ผู้ช่วยวิจัยและอสม.ทำการวัดและบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

4. ความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากพฤติกรรมการซักถามและการเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 หน่วยกิจกรรมที่ 1
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

จุดประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่แรงดันของเลือดในหลอดเลือดมีค่าสูงเกินปกติ โดยมีค่าความดันตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม. ปรอท ค่าความดันตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม. ปรอท ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติได้ คือ ควรน้อยกว่า 120/80 มม. ปรอท

ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีการแสดงอาการออกมาแต่อย่างใด จนกระทั่งได้รับการวัดความดันโลหิตโดยแพทย์หรือพยาบาล บางรายอาจมีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ตึงบริเวณต้นคอหลังตื่นนอน คลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ทราบสาเหตุ ในรายที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ อาจมีอาการเลือดกำเดาไหล ตามัว ใจสั่น มือเท้าชา เหนื่อยง่าย อาจมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย

การรักษาโดยการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ร่วมกับการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะ ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การออกกำลังกาย 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
3. ภาพจิ๊กซอว์ผลไม้ลดความดันโลหิตสูง
4. กระดาษ A4
5. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ
6. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน

2. ในกิจกรรม “ยินดีได้ปะกั๋น” โดยแจกภาพชิ้นส่วนผลไม้ลดความดันโลหิตสูงให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม แล้วให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนตามหาภาพชิ้นส่วนของผลไม้นั้น แล้วนำชิ้นส่วนภาพที่แต่ละคนได้รับมาต่อให้เป็นภาพที่สมบูรณ์ ในกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม



3. เมื่อจับกลุ่มเรียบร้อยแล้ว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตัวเอง โดยใช้เทคนิคแนะนำตนเอง 1 นาที (One-Minute Autobiography) โดยแนะนำชื่อและบอกชื่อผลไม้ที่ตนเองชอบรับประทาน พร้อมเหตุผลประกอบสั้นๆ ให้กับสมาชิกภายในกลุ่มฟังเป็นเวลา 1 นาที เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลาย รวมทั้งเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้วิจัยเชิญวิทยากรมาบรรยายในหัวข้อ โรคความดันโลหิตสูงและแนวทางในการจัดการดูแลตนเอง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการภาวะแทรกซ้อน และแนวทางปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการใช้ชีวิตประจำวัน

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งเฉลย ซักถามและตอบข้อสงสัย

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ
3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

-

การประเมินผล

1. ความถูกต้องจากแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง
2. ความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากความตั้งใจ การสนทนาและซักถามในเรื่องความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 3 หน่วยกิจกรรมที่ 2
พฤติกรรมป้องกันโรค

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกการจัดการตนเองในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

คำว่า พฤติกรรมป้องกันโรค คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเอง เช่น การสังเกตและเฝ้าติดตามอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้นและสามารถป้องกันรักษาได้ทันท่วงที การสนใจที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพและแหล่งปัจจัยหรือทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดี เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ และอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การพูดคุยหรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรนของโรคได้

รวมทั้งการหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารนิโคติน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและหัวใจมีอัตราการเต้นที่เพิ่มขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัวเพิ่มขึ้น และเป็นอันตรายต่อเซลล์เยื่อบุผิวของหลอดเลือดแดง โดยการสูบบุหรี่มวนแรกจะกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที นำไปสู่ความดันโลหิตที่สูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท (Norton. 1995) การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 58.8 กรัมเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อไตถูกทำลาย หรือมากกว่า 3 แก้วต่อวัน นำไปสู่ความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ส่วนการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยกว่า 30 ซีซีต่อวันจะช่วยส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงกว่าการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่า 30 ซีซีต่อวัน (Kotchen; & Kotchen. 1999) และลดการดื่มพวกชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังซึ่งมีสารคาเฟอีน เนื่องจากสารคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว แล้วนำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Chobanian; et al. 2003)

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลและวัดส่วนสูง
3. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
4. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกาย และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 15 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้ และนำเข้าสู่กิจกรรม ชั่งมัน (น้ำหนัก) กั๋น

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 75 นาที

1. ในกิจกรรม ชั่งมัน (น้ำหนัก) กั๋น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โดยผู้ช่วยวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำวิธีการคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้องโดยใช้สูตรการหาค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$$

การแปลผลตามเกณฑ์สำหรับประชากรเอเชียขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2000)



ค่า BMI	< 18.50	18.50-22.90	23.00-24.90	25.00-29.90	> 30
เกณฑ์	น้ำหนักน้อย	ปกติ	ท้วม	อ้วน	อ้วนมาก
ภาวะเสี่ยงต่อโรค	มากกว่าปกติ	ปกติ	อันตราย ระดับ 1	อันตราย ระดับ 2	อันตราย ระดับ 3

3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อออกแบบและเตรียมวัตถุดิบในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพในครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเองและร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความถูกต้องในการคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกาย

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 4 หน่วยกิจกรรมที่ 3
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับประสบการณ์ตรงและมีส่วนร่วมในการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะต้องเลือกรับประทานอาหารประเภท DASH diet (Dietary Approch to Stop Hypertension) เช่น ผัก ผลไม้ และนมไขมันต่ำ เนื่องจากอาหารประเภทนี้มีไขมันอิ่มตัวและคลอเลสเตอรอลต่ำ มีใยอาหารสูง โดยเน้นการบริโภคอาหารที่มีสารอาหารที่ส่งผลให้ลดความดันโลหิต (เช่น โปแตสเซียม, แคลเซียม และแมกนีเซียม) ซึ่งสามารถควบคุมได้ทั้งความดันโลหิตและไขมันในเลือด และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนผสมอยู่ในปริมาณที่ค่อนข้างสูงเกินความจำเป็น

หลักในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH (Dietary Approch to Stop Hypertension)

1. การบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช โดยจากผลของการประชุมของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 7 (The Joint National committee seventh. 2003) ที่เสนอว่า การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเป็นการรับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

2. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด รสเค็ม หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง เนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดี ทำให้ความต้านทานในเลือดมากขึ้น ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น อาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร ซอสหรือเครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมต่างๆ ที่มีการเติมผงฟู ผงชูรส ผงกันบูด สารกันเชื้อรา และอาหารทะเล รวมทั้งยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องร่วง เป็นต้น จากการทบทวนและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุควรรับประทานโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งจะสามารถช่วยลด

ความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian; et al. 2003; Ogihara; & Rakugi. 2005: 297-314; Sacks; et al. 2001)

3. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เป็นต้น รวมทั้งอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบและอาหารทะเลบางชนิด ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงอาหารพวกนี้ และควรหันมาประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม ตุ๋น อบ นึ่งแทน (James; et al. 2014)

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. อุปกรณ์ในการเล่น Bingo อาหารเพื่อสุขภาพ
3. วัตถุดิบและอุปกรณ์ในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ
4. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขการจัดการตนเองในความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้

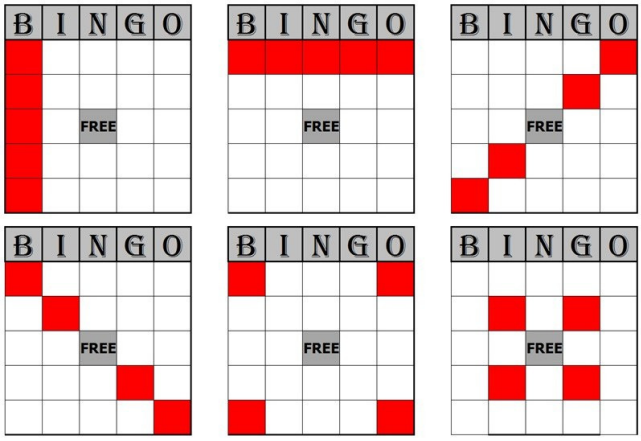
3. ผู้วิจัยใช้กิจกรรม Bingo ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างสนุกสนาน โดยผู้วิจัยแจกใบ Bingo ที่มีภาพประกอบเป็นรายการอาหาร ของหวาน และเครื่องดื่มที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการรับประทาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละหนึ่งใบ พร้อมทั้งเหรียญกระดาษสำหรับวางบนช่องเมนูอาหารที่สุ่มจับขึ้นมาได้

4. เมื่อทุกคนพร้อม ผู้วิจัยทำการสุ่มจับรายชื่อเมนูอาหาร พร้อมทั้งประกาศรายชื่อเมนูอาหารที่สุ่มจับขึ้นมาได้ หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนร่วมกันตัดสินว่า อาหาร ของหวาน และเครื่องดื่มที่สุ่มหยิบขึ้นมานั้นเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในการรับประทาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เพราะเหตุใด

รายการอาหารที่ควรและไม่ควรรับประทานอาหาร สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

อาหาร ของหวาน และเครื่องดื่มที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง		**อาหาร ของหวาน และเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง**	
ข้าวและธัญพืช	น้ำพริกอ่อง	จิ้นส้มหมก	แกงฮังเล
คั่วแค	กล้วย	ข้าวซอย	คางหมูย่าง
แตงโม	ฟักทอง	แคบหมูติดมัน	ถั่วเน่าเมอะ
ชมพู่	องุ่น	น้ำพริกปลาร้า	แกงโฮะ
แกงอ่อมปลาดุก	มังคุด	น้ำพริกน้ำปู	ผลไม้ดอง
มะเขือเทศ	แก้วมังกร	ปลาเค็ม	ข้าวเหนียวกะทิ
ส้ม	เนื้อปลานึ่ง	กุนเชียง	ผักกาดดอง
สับปะรด	มะละกอ	น้ำอัดลม	ปลาเค็ม
ผัดผักเชียงดาใส่ไข่	นมพร่องมันเนย	เบียร์	เหล้าขาว
น้ำกระเจี๊ยบแดง	น้ำใบบัวบก	ชา	กาแฟ

5. เล่นไปเรื่อยๆ จนกว่าจะมีผู้ที่วางเหรียญกระดาษเรียงตามแนวนอน แนวตั้งแนวทแยงมุม หรือ ครบทั้ง 4 มุม ดังภาพ



6. หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการเฉลย อธิบายและสรุปการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension) เพื่อนำเข้าสู่ขั้นดำเนินการในกิจกรรมมากิ๋นตวยกั๋น

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ในกิจกรรม มากิ๋นตวยกั๋น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละกลุ่มนำวัตถุดิบและอุปกรณ์ที่ได้เตรียมไว้มาช่วยกันในการประกอบอาหาร เมื่อแต่ละกลุ่มประกอบอาหารเสร็จแล้วให้ส่งตัวแทนมานำเสนอเมนูอาหารเพื่อสุขภาพที่ได้ทำขึ้น พร้อมทั้งวิธีการปรุง ประโยชน์และสรรพคุณของอาหารนั้น

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความสนใจและการส่วนร่วมในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 5 หน่วยกิจกรรมที่ 4
การมีส่วนร่วมทางสังคม

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสได้ออกแบบและทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชน
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

คำว่า “จิตอาสา” มีความหมายแตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละบุคคล นพพร ทิพวงศ์ (2552: 9-10) ได้รวบรวมและสรุปความหมายของจิตอาสาไว้ ดังนี้ จิตอาสา หมายถึง การที่บุคคลเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างอิสระด้วยความสมัครใจ (Choose) เพื่อทำงานหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ทั้งในระดับบุคคลหรือสังคม (Social Responsibility) โดยไม่หวังผลตอบแทน (Without Monetary Profit) และไม่ใช่ภาระงานที่ต้องทำตามหน้าที่ (Beyond Basic Obligations)

ปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ามาทำงานจิตอาสา (ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์. 2548: 51-52)

1. **ระดับการศึกษาและอาชีพ** เป็นปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดสถานะของบุคคลในกลุ่มจิตอาสา โดยผู้ที่มีความรู้หรือการศึกษาสูง มีความเชี่ยวชาญในแขนงต่างๆ ก็มักจะได้รับการยอมรับเป็นผู้นำในกลุ่มนั้นๆ แต่ระดับการศึกษาไม่สูงไม่ได้เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมทำงานอาสมัคร
2. **สภาพเศรษฐกิจ** การมีรายได้อย่างพอเพียงในการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมทำงานจิตอาสา
3. **การสนับสนุนทางสังคม** การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในด้านการอำนวยความสะดวก การให้กำลังใจ การให้การช่วยเหลือ และร่วมมือกับผู้สูงอายุในการทำงานจิตอาสาของสมาชิกในครอบครัว
4. **สภาพทางวัฒนธรรม** การดำเนินกิจกรรมหลายอย่างมีความเกี่ยวข้องกับศาสนาและวัฒนธรรม ค่านิยมเป็นปัจจัยสำคัญที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำงานจิตอาสา
5. **ภาวะสุขภาพ** บุคคลที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือไม่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนถึงขั้นที่จะเป็นอุปสรรคต่อการทำงานจิตอาสา หรือมีสุขภาพที่แข็งแรง ทำให้สามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ของการทำงานจิตอาสา (ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์. 2548: 54)

1. **ด้านจิตใจ** ทำให้เกิดความสบายใจ มีความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำสิ่งที่มีประโยชน์ให้กับผู้อื่น และทำให้ตัวเองมีกำลังใจ และยังช่วยเติมเต็มความเชื่อศรัทธาและอุดมการณ์ของตนเอง มีมุมมองต่อสถานการณ์ชีวิตตัวเองในทางบวกมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทำงานจิตอาสาสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. **ด้านร่างกาย** การทำงานจิตอาสานั้นให้ผลดีต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำงานจิตอาสาต้องมีการตื่นตัวและเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายไปในตัว ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

3. **ด้านสังคม** การทำงานจิตอาสาช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมีเพื่อน มีเครือข่าย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และไม่รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. กระดาษปรู๊ฟ
3. ปากกาเมจิ
4. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ออกแบบและทำกิจกรรมจิตอาสา และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมวิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขการจัดการตนเองในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. สมาชิกในแต่ละกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ สภาพปัญหาทางด้านสุขภาพในปัจจุบันของชุมชน

2. สมาชิกในแต่ละกลุ่มร่วมกันออกแบบและวางแผนกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ

3. แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในการมีส่วนร่วมทางสังคมมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

5. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมจิตอาสาของแต่ละกลุ่ม และการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความสนใจและการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุ ออกแบบ และวางแผนกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 6 หน่วยกิจกรรมที่ 5
การออกกำลังกาย

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจหลักและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

หลักของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ (American College of Sport Medicine. 2006) ได้แก่ 1) ความถี่ในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ความหนักเบาในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) ควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate-Intensity) คือ การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่อยู่ในช่วงร้อยละ 55-69 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximum Heart Rate) ในแต่ละบุคคลหรือจากดัชนีความหนักเบาในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการมีเหงื่อออกขณะเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงติดต่อกันเป็นประโยคสลับกับการหายใจเข้าออกตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยขัด 3) ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Time of Exercise) การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 20-30 นาที โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) ช่วงเข้มข้นของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Endurance training phase) และช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase) และ 4) ประเภทของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Type of Exercise) ควรเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจในแต่ละบุคคล เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายและจิตใจ รวมทั้งช่วยป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไขมันสูง เป็นต้น (American College of Sport Medicine. 2014)

ข้อแนะนำในการออกกำลังกาย

1. ในการออกกำลังกายต้องได้รับคำแนะนำข้อบ่งชี้ที่ต้องหยุดออกกำลังกายหรือต้องลดความหนักของการออกกำลังกายที่จะเกิดอันตรายขึ้น ถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ทัน หอบ ควรลดกำลังลงและหยุดพัก ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ ตึงที่ขา ใจสั้น ควรปรึกษาแพทย์

2. ข้อบ่งชี้ที่ควรหยุดออกกำลังกาย ได้แก่ แขนขาอ่อนเปลี้ย ชีพจรเต้นเร็วหรือใจสั่นมาก เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หน้าซีด ตัวเย็น

3. อย่ากลั้นหายใจระหว่างออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4. ถ้ารับประทานยาขยายหลอดเลือด อาจทำให้เกิดความดันโลหิต ต่ำหลังออกกำลังกาย ป้องกันได้ด้วยการหยุดพัก

5. อย่าออกกำลังกายทันที หลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ควรให้เลย 4 ชั่วโมงไปแล้ว

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจหลักและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการออกกำลังกาย วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 15 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขการจัดการตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมบอกข้อแนะนำในการออกกำลังกาย หลังจากนั้นพากันเดินไปที่สวนสาธารณะ เพื่อออกกำลังตามความถนัดและสนใจของแต่ละคน

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ในการออกกำลังกาย ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ 1) ก่อนออกกำลังกายแต่ละครั้ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำความอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) เพื่อให้ร่างกายได้ปรับตัวเตรียมพร้อมของกล้ามเนื้อ ปอด หัวใจ 2) ในช่วงกายออกกำลังกาย (Endurance training phase) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเลือกกิจกรรมออกกำลังกายตามความสนใจอย่างอิสระ ซึ่งกิจกรรมนั้นต้อง

เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน โดยเริ่มจากการเดินช้าๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มช่วงระยะเวลาในการเดินเร็วเรื่อยๆ โดยความหนักในการออกกำลังกายที่ทำให้หายใจเร็วขึ้น ถี่ขึ้น ไม่หอบ และสามารถพูดคุยได้จนจบประโยค และ 3) ช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase)

2. หลังจากออกกำลังกายแล้ว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในการออกกำลังกายมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารว่างร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรม

นั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความสนใจและการเข้าร่วมในการออกกำลังกาย

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการออกกำลังกาย การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 7 หน่วยกิจกรรมที่ 6
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

คำว่า การมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจ เป็นภาวะที่บุคคลมีความสงบสุขทางจิตใจหรือมีความสุข ในปัจจุบันมีหลายศาสตร์ที่พยายามศึกษาและอธิบายเกี่ยวกับความสุข เช่น ศาสนา ปรัชญา ชีววิทยา และจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตวิทยา ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดที่เรียกว่า จิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) ขึ้น

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เป็นแนวคิดที่ศึกษาเรื่องความสุขและแนวทางในการสร้างความสุขให้กับชีวิต เพื่อตอบสนองเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ในการสร้างความสุขตามแนวคิดนี้ประกอบด้วยการพัฒนาจุดแข็งของตนเอง การปรับความคิดให้เป็นบวก และการกำหนดเป้าหมายในชีวิต ทำให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์มีสุข นำไปสู่การจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลมีจุดแข็ง มีเป้าหมายในชีวิต และอยากพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น (Seligman; et al. 2005) ดังนั้น แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเป็นแนวคิดที่เน้นการนำจุดแข็งของมนุษย์มาเป็นจุดศูนย์กลางและปรับความคิดให้เป็นบวก นำไปสู่การมีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจ พบว่า เทคนิคการส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 1) การปล่อยวางอดีตและทำปัจจุบันให้ดีที่สุด 2) การคิดถึงหรือค้นหาสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 3) การยิ้มให้กับตัวเองทุกวัน และ 4) การรู้จักให้อภัย

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
2. แก้วน้ำที่มีน้ำอยู่ครึ่งแก้ว
3. กระดาษ A4
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกด้วยเทคนิคการเปลี่ยนความเชื่อภายใน (Changing Inner Beliefs) ให้เป็นความเชื่อทางบวก และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดีทางจิต วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขจากการทำกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาให้กับสมาชิกภายในกลุ่มได้รับทราบ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมทั้งนำแก้วน้ำซึ่งมีน้ำอยู่ครึ่งแก้วออกมาตั้งไว้บนโต๊ะ แล้วในแต่ละกลุ่มร่วมอภิปรายว่า น้ำในแก้วนี้มีลักษณะเช่นใด ระหว่าง น้ำเหลือครึ่งแก้ว หรือ น้ำหมดไปครึ่งแก้ว พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบ แล้วให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่ม เพื่อนำเข้าสู่กิจกรรมปรับเปลี่ยนความคิด

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 90 นาที

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (Self talk) โดยแจกกระดาษให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละ 1 แผ่น แล้วให้เขียนความรู้สึกที่ไม่ดีเกี่ยวกับตัวเองมาคนละ 3 อย่างด้วยดินสอ

4. เขียนข้อความเพื่อเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้เป็นเชิงบวกและเป็นจริงด้วยปากกา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้เป็นเชิงบวก

ความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง	การเปลี่ยนความเชื่อภายในให้เป็นเชิงบวก
1. เฮาตึงย๊ะบ่าจ่าง (ฉันทำไม่ได้หรอก)	1. เฮาลองย๊ะจะอี๋ดูบ่อ (ฉันลองทำอย่างนี้ดูก่อนไหม)
2. อ่ะหยั๋งปะล๊ำปะเหลือ (ปัญหาต่างๆ เข้ามาในชีวิตเยอะแยะไปหมด)	2. มันบ่ายากเกินความสามารถเฮา (มันไม่ยากเกินความสามารถ)
3. เฮาตึงไร้ประโยชน์ (ฉันไม่มีประโยชน์)	3. เฮายังมีแฮงพอที่จะสามารถยะสิ่งดีๆ ให้กับเป๋นได้ (เรายังมีแรงพอที่จะสามารถทำสิ่งดีๆ ให้กับผู้อื่นได้)

5. เมื่อเขียนความเชื่อใหม่ลงในกระดาษแล้ว ให้แต่ละคนใช้ยางลบลบความเชื่อเดิมทิ้ง แล้วให้แต่ละคนอ่านออกเสียงความเชื่อใหม่ทั้งหมดให้สมาชิกภายในกลุ่มฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

6. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในการส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดีทางจิตมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

7. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางจิตไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้ตั้งไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความถูกต้องในการสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้เป็นเชิงบวกได้

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกได้ โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 8 การปิดโปรแกรม

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อให้คำชมเชยและมอบของที่ระลึกแก่ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

-

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลและวัดส่วนสูง
3. เครื่องวัดความดันโลหิต
4. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
5. ใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI และค่าความดันโลหิต
6. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี
7. ของที่ระลึก

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน
2. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมต่างๆ ทุกกิจกรรมที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้ช่วยวิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการวัดความดันโลหิตพร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคน

3. ในขณะที่รอเข้ารับการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลหลังการทดลอง

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการติดตามอีก 1 เดือนถัดไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

-

การประเมินผล

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรมหลังจากที่ผู้ช่วยวิจัยและอสม.ทำการวัดและบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

3. ความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากพฤติกรรมการซักถามและการเข้าร่วมกิจกรรม

ภาพการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ



ครั้งที่ 2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง



ครั้งที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรค



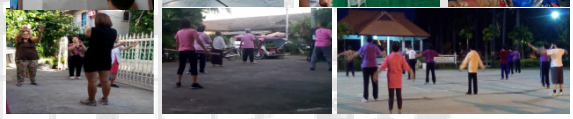
ครั้งที่ 4 การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ



ครั้งที่ 5 การมีส่วนร่วมทางสังคม



ครั้งที่ 6 การออกกำลังกาย



ครั้งที่ 7 พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี



ครั้งที่ 8 การปิดโปรแกรม



การเยี่ยมบ้าน



ระยะติดตาม อีก 1 เดือนถัดมา



ภาคผนวก ค

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANCOVA

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจง (Normal distribution) ของตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro wilk	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro wilk
ก่อนการทดลอง						
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	-0.042	-0.635	0.939	-0.064	-0.818	0.967
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	-0.168	-1.377	0.852	0.298	-0.419	0.955
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	0.305	-1.156	0.898	-0.071	-0.875	0.944
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	0.213	-0.611	0.925	0.528	0.533	0.920
การออกกำลังกาย	-0.290	-1.095	0.902	-0.149	-1.036	0.948
การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	-0.802	0.102	0.861	-0.213	-0.611	0.925
ค่าดัชนีมวลกาย	0.194	-1.006	0.956	-0.049	-0.662	0.966
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	0.500	-0.716	0.922	0.639	-0.030	0.919
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	-1.021	0.305	0.881	-0.421	-0.450	0.955
หลังการทดลอง						
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	-0.007	-0.835	0.974	0.203	0.711	0.978
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	0.107	-0.474	0.929	-0.093	-0.458	0.962
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	0.163	-0.386	0.950	-0.429	0.542	0.924
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	0.289	-1.086	0.899	0.588	0.985	0.912
การออกกำลังกาย	0.148	-0.520	0.962	0.180	-0.541	0.943
การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	0.390	-0.215	0.943	0.012	-0.621	0.925
ค่าดัชนีมวลกาย	0.570	-0.641	0.937	-0.041	-0.063	0.956
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	-0.124	-0.740	0.926	-0.331	0.052	0.930
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	-1.222	1.204	0.856	-0.652	-0.763	0.874
ติดตามผล						
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	-0.238	-1.054	0.951	-0.160	0.007	0.970
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	-0.213	-0.611	0.925	0.099	-0.634	0.959
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	1.096	0.704	0.816	0.065	-0.470	0.910
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	0.254	-1.309	0.885	0.528	0.533	0.920
การออกกำลังกาย	-0.523	-0.135	0.925	0.424	-0.405	0.928
การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	-0.282	2.123	0.875	0.012	-0.621	0.925
ค่าดัชนีมวลกาย	0.161	-0.527	0.976	0.201	-0.652	0.954

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro wilk	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro wilk
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	-0.098	0.100	0.949	0.424	0.386	0.903
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	-0.237	-0.938	0.946	-0.469	-0.247	0.948

ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมด้วยวิธี Box's M test สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร

การวิเคราะห์ MANOVA	Box's M	F	Sig
ระยะสิ้นสุดการทดลอง	57.000	0.616	0.979
ระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา	103.434	1.118	0.275

การทดสอบ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon[a]		
						Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
time	Eat	.577	19.825	2	.000	.703	.761	.500
	Ex	.525	23.229	2	.000	.678	.733	.500
	HR	.512	24.128	2	.000	.672	.726	.500
	PSY	.790	8.469	2	.014	.827	.907	.500
	Social	.279	45.972	2	.000	.581	.621	.500
	HLB	.490	25.654	2	.000	.662	.715	.500
	BMI	.901	3.752	2	.153	.910	1.000	.500
	Sys	.877	4.718	2	.095	.891	.983	.500
	Dia	.708	12.425	2	.002	.774	.845	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b. Design: Intercept + se + group

Within Subjects Design: time

ภาคผนวก ง

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ. พงษ์ศิริ ปรารถนา	ผู้ทรงคุณวุฒิสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
2. รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ	ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร	ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ	ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรณี วัฒนสมบูรณ์	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริสรา พึ่งโพธิ์สภา	อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์	อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวพิชชาดา สุทธิแป้น
วันเดือนปีเกิด	19 กันยายน 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่อยู่	408 ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
E-mail address:	sutipan.p@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2551	วิทยาศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) สาขาสัตววิทยา จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2554	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาการมนุษย์ จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2559	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย

MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC- 172/58E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวหิชชาดา อุทธิแป้น

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่รับรอง:
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1.	แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันเดือนปี 12 ม.ค. 2559
2.	โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันเดือนปี 12 ม.ค. 2559
3.	เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันเดือนปี 12 ม.ค. 2559
4.	หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันเดือนปี 12 ม.ค. 2559

(ลงชื่อ).....

(อาจารย์ แพทย์หญิงจันทร์ทรา ตนันชัยพุทธวงศ์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-018/2559

วันที่ให้การรับรอง : 14/01/2559

วันหมดอายุใบรับรอง : 14/01/2560

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

(Informed Consent Form)

วันที่ ……...

ข้าพเจ้า……..…อายุ……ปี อยู่บ้านเลขที่…….

ถนน…….....หมู่ที่……แขวง/ตำบล……..……...เขต/

อำเภอ…..…….....จังหวัด…….....โทรศัพท์

.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 . ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาว พิชชาดา สุทธิแป้น

เรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับขู่เข็ญหลอกลวงแต่ประการใด และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยอาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกัน และแก้ไข หากเกิดอันตราย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใดๆ **<u>อันเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว</u>** ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลจากคณะผู้วิจัย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนมีสิทธิ์ได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามสมควร

ข้อ 6. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้อ 7. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย สามารถติดต่อกับนางสาว พิชชาดา สุทธิแป้น หมายเลขโทรศัพท์: 086 915 5355

ข้อ 8. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่ สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11015-11018 / ข้าพเจ้า.....

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ……...	ลงชื่อ ……
(…….....)	(…….....)
ผู้ยินยอม / ผู้แทนโดยชอบธรรม	ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ ……พยาน	ลงชื่อ ……พยาน
(……)	(……)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

.....

.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ ……พยาน

(……)

<u>หมายเหตุ</u>

1. ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ จะต้องมีผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง จะต้องมีผู้มีอำนาจทำการแทน เป็นผู้ให้ความยินยอม

2. กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- แบบสอบถามในการประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
- แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
- แผนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามในการประเมินความต้องการจำเป็น เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ที่มีความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: แบบสอบถามในการประเมินความต้องการจำเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพการสมรส

☐ 1) คู่ ☐ 2) โสด ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1) ไม่ได้รับการศึกษา ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 3) มัธยมศึกษา

☐ 4) อนุปริญญา ☐ 5) ปริญญาตรี ☐ 6) สูงกว่าปริญญาตรี

5. แหล่งสำคัญที่มารายได้หลัก

☐ 1) เบี้ยหวัด/บำนาญ ☐ 2) การประกอบอาชีพ

☐ 3) บุตรหลาน ☐ 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้.....บาท/เดือน

7. สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน

☐ 1) อยู่คนเดียว ☐ 2) อยู่กับคู่สมรส

☐ 3) อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ☐ 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

9. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

10.โรคประจำตัวอื่นๆ และความเจ็บป่วยที่พบร่วม

☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี โปรดระบุ.....

11. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์

☐ 1) ไม่ดื่ม ☐ 2) ดื่ม โปรดระบุ.....

12. ท่านดื่มเครื่องมือที่มีสารคาแฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง

☐ 1) ไม่ดื่ม ☐ 2) ดื่ม โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ และเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้งหรือบางวัน

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนานๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

สภาพในปัจจุบัน				พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	สภาพที่น่าจะเป็น			
ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ		ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ								
				1. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืชในอัตราส่วน 2 ใน 3 ส่วนของแต่ละมื้ออาหาร				
				2. การอ่านฉลากโภชนาการและเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบไม่เกิน 2000 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภคหรือกินเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา				
				3.การรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อแดงไม่ติดมัน เนื้อปลา หรือเนื้ออกไก่ โดยหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมันหรือมีคอเลสเตอรอลสูง				
				4. การรับประทานอาหารประเภทนึ่ง ต้ม อบ ลวกแทนการทอด				
				5. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า แหนม ไส้กรอกอีสาน ปลากระป๋อง เต้าหู้ยี้ ผักดอง ไข่เค็ม กุนเชียง				
				6. การรับประทานผักผลไม้สดตามฤดูกาลมากกว่าการรับประทานผลไม้แปรรูป				
การออกกำลังกาย								
				1. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์				

สภาพในปัจจุบัน				พฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี	สภาพที่น่าจะเป็น			
ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ		ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
				2. การออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที				
				3. การออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดได้				
				4. การไม่ออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที				
				5. การออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร				
				6. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เอ็น ก่อนและหลังการออกกำลังกาย(warm up and cool down)				
พฤติกรรมการป้องกันโรค								
				1. การปรึกษาแพทย์หรือบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขทันที เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกาย โดยไม่ปล่อยให้เรื้อรังจนเกิดภาวะแทรกซ้อน				
				2. การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง				
				3. การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด				
				4. การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์				
				5.การสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองเช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต				
				6. การหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือนิตยาสารสุขภาพ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ การเข้าอบรมด้านสุขภาพ				
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี								
				1. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง				
				2 ท่านดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาที่ท่านนับถือหรืออย่างมีเป้าหมาย				
				3. ท่านเปิดโอกาสให้ตนเองได้เรียนรู้ หรือมีประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ท้าทาย เพื่อพัฒนาและ				

สภาพในปัจจุบัน				พฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี	สภาพที่น่าจะเป็น			
ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ		ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
				ปรับปรุงสุขภาพของตนเอง				
				4. ท่านสำรวจและยอมรับทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเองตามความเป็นจริง แล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น				
				5. ท่านจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม				
				6. ท่านทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสุขและเป็นที่น่าพึงพอใจ				
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม								
				1. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสมาคม ชมรม หรือองค์กรที่เป็นสมาชิกอยู่ เช่น การเลี้ยงอาหารกลางวันเด็กกำพร้าของชมรมผู้สูงอายุ				
				2. การเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาล วัฒนธรรม และประเพณีต่างๆ เช่น ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน สงกรานต์ ลอยกระทง				
				3. เสียสละแรงกาย เวลา หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนร่วม เช่น บริจาคเงินหรือจัดเตรียมสิ่งของเพื่อบริจาคให้แก่ผู้เดือดร้อนหรือประสบภัย				
				4. การเป็นจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง เช่น การเป็นวิทยากรปราชญ์ชุมชนในการถ่ายทอดภูมิปัญญา อาสาสมัครทำงานในโรงพยาบาล วุฒิอาสา				
				5. การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน เช่น อสม คณะกรรมการพัฒนาชุมชน การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				
				6. การอาสาช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อยามที่เขาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น การช่วยบรรจุถุงยังชีพให้กับผู้ประสบภัยต่างๆ การไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				

แบบสอบถาม
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. **เพศ**

☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2. **อายุ**.....ปี

3. **สถานภาพการสมรส**

☐ 1) คู่ ☐ 2) โสด ☐ 3) หม้าย ☐ 4) หย่า

4. **ระดับการศึกษาสูงสุด**

☐ 1) ไม่ได้รับการศึกษา ☐ 2) ประถมศึกษา ☐ 3) มัธยมศึกษา

☐ 4) อนุปริญญา ☐ 5) ปริญญาตรี ☐ 6) สูงกว่าปริญญาตรี

5. **แหล่งสำคัญที่มารายได้หลัก**

☐ 1) เบี้ยหวัด/บำนาญ ☐ 2) การประกอบอาชีพ

☐ 3) บุตรหลาน ☐ 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. **รายได้**.....บาท/เดือน

7. **สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน**

☐ 1) อยู่คนเดียว ☐ 2) อยู่กับคู่สมรส

☐ 3) อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ☐ 4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. **ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง**.....ปี

9. **น้ำหนักตัว**.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

10. **ค่าความดันโลหิต**...../.....มิลลิเมตรปรอท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ และเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

ไม่สามารถทำ หมายถึง ท่านไม่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ เลย

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นน้อยว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นมากว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นมากที่สุดว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	ไม่มั่นใจ	มั่นใจน้อย	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืชในแต่ละมื้ออาหาร				
2. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสจัด รสเค็ม หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง				
3.ท่านสามารถหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมันหรืออาหารที่คอเลสเตอรอลสูง				
4. ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์				
5. ท่านสามารถออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดได้				
6. ในแต่ละครั้งของการออกกำลังกาย ท่านสามารถออกกำลังกายได้นานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที				
7. ท่านสามารถออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ วิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร				
8. ท่านสามารถสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองเช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต				
9. ท่านสามารถงดการสูบบุหรี่บุหรี่				
10. ท่านสามารถลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง				
11. ท่านสามารถลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์				
12. ท่านสามารถพูดคุยและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้				
13. ท่านสามารถดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาที่ท่านนับถือหรืออย่างมีเป้าหมายได้				
14. ท่านสามารถเรียนรู้หรือหามีประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ท้าทาย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้				

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	ไม่มั่นใจ	มั่นใจน้อย	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
15. ท่านสามารถสำรวจและยอมรับทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเองตามความเป็นจริง แล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น				
16. ท่านสามารถจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม				
17. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสุขและเป็นที่น่าพึงพอใจ				
18. ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ได้ เช่น งานบุญ งานสังสรรค์ ประเพณี				
19. ท่านสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมหรือให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน เช่น การเลือกตั้งผู้นำชุมชน การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				
20. ท่านอาสาทำงานจิตอาสาเพื่อสังคมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง เช่น การเป็นวิทยากรปราชญ์ชุมชนในการถ่ายทอดภูมิปัญญา อาสาสมัครทำงานในโรงพยาบาล วุฒิอาสา				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ โดยไม่มีคำตอบใดที่ถือหรือผิด และคำตอบที่ได้จะถือเป็นความลับ ฉะนั้นจึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและกรุณาตอบทุกข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ และเลือกตอบตามเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นๆ เลย
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้ง ในหนึ่งสัปดาห์หรือเมื่อมีโอกาส
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 3-5 ครั้ง ในหนึ่งสัปดาห์หรือเมื่อมีโอกาส
ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 6-7 ครั้ง ในหนึ่งสัปดาห์หรือเมื่อมีโอกาสหรือเป็นประจำทุกครั้งสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	**ความถี่ของพฤติกรรม**			
	ไม่เคย	**นาน ๆ ครั้ง**	**บางครั้ง**	**ประจำ**
1. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืชในอัตราส่วน 2 ใน 3 ส่วนของแต่ละมื้ออาหาร				
2. การอ่านฉลากโภชนาการและเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบไม่เกิน 2000 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภคหรือกินเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา				
3.การรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อแดงไม่ติดมัน เนื้อปลา หรือเนื้อออกไก่ โดยหลีกเลี่ยงเนื้อที่ติดมันหรือมีคอเลสเตอรอลสูง				
4. การรับประทานอาหารประเภทนึ่ง ต้ม อบ ลวกแทนการทอด				
5. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีการแปรรูปหรือหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า แหนม ไส้กรอกอีสาน ปลากระป๋อง เต้าหู้ยี้ ผักดอง ไข่เค็ม กุนเชียง				
6. การรับประทานผักผลไม้สดตามฤดูกาลมากกว่าการรับประทานผลไม้กระป๋องหรือแปรรูป				
7. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์				
8. การออกกำลังกายแต่ละครั้งนานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาที				

พฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี	ความถี่ของพฤติกรรม			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	ประจำ
9. การออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกแต่ยังพูดได้				
10. การไม่ออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหารทันที				
11. การออกกำลังกายที่มีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ได้แก่ วิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน กายบริหาร				
12. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เอ็น ก่อนและหลังการออกกำลังกาย (warm up and cool down)				
13. การปรึกษาแพทย์หรือบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขทันที เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกาย โดยไม่ปล่อยให้เรื้อรังจนเกิดภาวะแทรกซ้อน				
14. การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมประเภทโคล่า และเครื่องดื่มชูกำลัง				
15. การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่				
16 การลดหรืองดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ หรือไวน์				
17.การสังเกต ตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต				
18. การหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือนิตยาสารสุขภาพ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ การเข้าอบรมด้านสุขภาพ				
19. ท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง				
20. ท่านดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาที่ท่านนับถือหรืออย่างมีเป้าหมาย				
21. ท่านเปิดโอกาสให้ตนเองได้เรียนรู้ หรือมีประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ท้าทาย เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง				
22. ท่านสำรวจและยอมรับทั้งข้อดีและข้อเสียของตนเองตามความเป็นจริง แล้วปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น				
23. ท่านจัดการ ควบคุม และแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม				
24. ท่านทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ มีความสุขและเป็นที่น่าพึงพอใจ				

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	ความถี่ของพฤติกรรม			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
25. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสมาคม ชมรมหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกอยู่ เช่น การเลี้ยงอาหารกลางวันเด็กกำพร้าของชมรมผู้สูงอายุ				
26. การเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาล วัฒนธรรม และประเพณีต่างๆ เช่น ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน สงกรานต์ ลอยกระทง				
27. เสียสละแรงกาย เวลา หรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนร่วม เช่น บริจาคเงินหรือจัดเตรียมสิ่งของเพื่อบริจาคให้แก่ผู้เดือดร้อนหรือประสบภัย				
28. การเป็นจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนตามความถนัดและศักยภาพของตนเอง เช่น การเป็นวิทยากร ปราชญ์ชุมชนในการถ่ายทอดภูมิปัญญา อาสาสมัครทำงานในโรงพยาบาล วุฒิอาสา				
29. การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน เช่น อสม คณะกรรมการพัฒนาชุมชน การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				
30. การอาสาช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อยามที่เขาเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ เช่น การช่วยบรรจุถุงยังชีพให้กับผู้ประสบภัยต่างๆ การไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเป็นลูกเสือชาวบ้านพัฒนาชุมชน				

แผนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

โปรแกรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง (Self-set goal) การวางแผน (Make A Plan) การปฏิบัติ (Implementation) การเรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) และการให้กำลังใจ (Encouragement) หรือ SMILE สร้างขึ้นจากแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) (Bandura. 1986) และแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) (Seligman. 2000) ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้แบ่งออกเป็น 8 ครั้ง โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 4) การออกกำลังกาย และ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
4. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

-

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลและวัดส่วนสูง
3. เครื่องวัดความดันโลหิต
4. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
5. ใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI และค่าความดันโลหิต
6. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม และลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กำหนดการ จำนวนครั้ง วัน เวลา ระยะเวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้ช่วยวิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการวัดความดันโลหิตพร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคน

3. ในขณะที่รอเข้ารับการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

-

การประเมินผล

1. ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

3. หลังจากที่ผู้ช่วยวิจัยและอสม.ทำการวัดและบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

4. ความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากพฤติกรรมการซักถามและการเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 หน่วยกิจกรรมที่ 1
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

จุดประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่แรงดันของเลือดในหลอดเลือดมีค่าสูงเกินปกติ โดยมีค่าความดันตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม. ปรอท ค่าความดันตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม. ปรอท ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติได้ คือ ควรน้อยกว่า 120/80 มม. ปรอท

ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีการแสดงอาการออกมาแต่อย่างใด จนกระทั่งได้รับการวัดความดันโลหิตโดยแพทย์หรือพยาบาล บางรายอาจมีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ตึงบริเวณต้นคอหลังตื่นนอน คลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ทราบสาเหตุ ในรายที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ อาจมีอาการเลือดกำเดาไหล ตามัว ใจสั่น มือเท้าชา เหนื่อยง่าย อาจมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย

การรักษาโดยการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ร่วมกับการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะ ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ2) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3) การออกกำลังกาย 4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและ 5) พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
3. ภาพจิ๊กซอว์ผลไม้ลดความดันโลหิตสูง
4. กระดาษ A4
5. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ
6. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน

2. ในกิจกรรม “ยินดีได้ปะกั๋น” โดยแจกภาพชิ้นส่วนผลไม้ลดความดันโลหิตสูงให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม แล้วให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนตามหาภาพชิ้นส่วนของผลไม้นั้น แล้วนำชิ้นส่วนภาพที่แต่ละคนได้รับมาต่อให้เป็นภาพที่สมบูรณ์ ในกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม



3. เมื่อจับกลุ่มเรียบร้อยแล้ว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตัวเอง โดยใช้เทคนิคแนะนำตนเอง 1 นาที (One-Minute Autobiography) โดยแนะนำชื่อและบอกชื่อผลไม้ที่ตนเองชอบรับประทาน พร้อมเหตุผลประกอบสั้นๆ ให้กับสมาชิกภายในกลุ่มฟังเป็นเวลา 1 นาที เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลาย รวมทั้งเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้วิจัยเชิญวิทยากรมาบรรยายในหัวข้อ โรคความดันโลหิตสูงและแนวทางในการจัดการดูแลตนเอง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการภาวะแทรกซ้อน และแนวทางปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการใช้ชีวิตประจำวัน

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งเฉลย ซักถามและตอบข้อสงสัย

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ
3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

-

การประเมินผล

1. ความถูกต้องจากแบบทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง
2. ความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากความตั้งใจ การสนทนาและซักถามในเรื่องความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 3 หน่วยกิจกรรมที่ 2
พฤติกรรมป้องกันโรค

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกการจัดการตนเองในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

คำว่า พฤติกรรมป้องกันโรค คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเอง เช่น การสังเกตและเฝ้าติดตามอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้นและสามารถป้องกันรักษาได้ทันท่วงที การสนใจที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพและแหล่งปัจจัยหรือทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดี เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ และอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การพูดคุยหรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรนของโรคได้

รวมทั้งการหลีกเลี่ยงและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การงดสูบบุหรี่จะช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารนิโคติน ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและหัวใจมีอัตราการเต้นที่เพิ่มขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัวเพิ่มขึ้น และเป็นอันตรายต่อเซลล์เยื่อบุผิวของหลอดเลือดแดง โดยการสูบบุหรี่มวนแรกจะกระตุ้นหัวใจให้เต้นเร็วขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที นำไปสู่ความดันโลหิตที่สูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท (Norton. 1995) การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 58.8 กรัมเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อไตถูกทำลาย หรือมากกว่า 3 แก้วต่อวัน นำไปสู่ความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ส่วนการลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยกว่า 30 ซีซีต่อวันจะช่วยส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงกว่าการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่า 30 ซีซีต่อวัน (Kotchen; & Kotchen. 1999) และลดการดื่มพวกชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังซึ่งมีสารคาเฟอีน เนื่องจากสารคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว แล้วนำไปสู่การมีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Chobanian; et al. 2003)

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลและวัดส่วนสูง
3. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
4. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกาย และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 15 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีในกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้ และนำเข้าสู่กิจกรรม ชั่งมัน (น้ำหนัก) กั๋น

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 75 นาที

1. ในกิจกรรม ชั่งมัน (น้ำหนัก) กั๋น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โดยผู้ช่วยวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำวิธีการคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถคำนวณดัชนีมวลกายได้อย่างถูกต้องโดยใช้สูตรการหาค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$$

การแปลผลตามเกณฑ์สำหรับประชากรเอเชียขององค์การอนามัยโลก (WHO. 2000)



ค่า BMI	< 18.50	18.50-22.90	23.00-24.90	25.00-29.90	> 30
เกณฑ์	น้ำหนักน้อย	ปกติ	ท้วม	อ้วน	อ้วนมาก
ภาวะเสี่ยงต่อโรค	มากกว่าปกติ	ปกติ	อันตราย ระดับ 1	อันตราย ระดับ 2	อันตราย ระดับ 3

3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในพฤติกรรมความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อออกแบบและเตรียมวัตถุดิบในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพในครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเองและร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความถูกต้องในการคำนวณและแปลค่าดัชนีมวลกาย

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 4 หน่วยกิจกรรมที่ 3
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับประสบการณ์ตรงและมีส่วนร่วมในการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะต้องเลือกรับประทานอาหารประเภท DASH diet (Dietary Approch to Stop Hypertension) เช่น ผัก ผลไม้ และนมไขมันต่ำ เนื่องจากอาหารประเภทนี้มีไขมันอิ่มตัวและคลอเลสเตอรอลต่ำ มีใยอาหารสูง โดยเน้นการบริโภคอาหารที่มีสารอาหารที่ส่งผลให้ลดความดันโลหิต (เช่น โปแตสเซียม, แคลเซียม และแมกนีเซียม) ซึ่งสามารถควบคุมได้ทั้งความดันโลหิตและไขมันในเลือด และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนผสมอยู่ในปริมาณที่ค่อนข้างสูงเกินความจำเป็น

หลักในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH (Dietary Approch to Stop Hypertension)

1. การบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช โดยจากผลของการประชุมของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ครั้งที่ 7 (The Joint National committee seventh. 2003) ที่เสนอว่า การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเป็นการรับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

2. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด รสเค็ม หรือส่วนประกอบของโซเดียมสูง เนื่องจากโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดี ทำให้ความต้านทานในเลือดมากขึ้น ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น อาหารแปรรูปหรือถนอมอาหาร ซอสหรือเครื่องปรุงรสชนิดต่างๆ อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมต่างๆ ที่มีการเติมผงฟู ผงชูรส ผงกันบูด สารกันเชื้อรา และอาหารทะเล รวมทั้งยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องร่วง เป็นต้น จากการทบทวนและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุควรรับประทานโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งจะสามารถช่วยลด

ความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian; et al. 2003; Ogihara; & Rakugi. 2005: 297-314; Sacks; et al. 2001)

3. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ซึ่งมีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เป็นต้น รวมทั้งอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบและอาหารทะเลบางชนิด ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงอาหารพวกนี้ และควรหันมาประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม ตุ๋น อบ นึ่งแทน (James; et al. 2014)

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. อุปกรณ์ในการเล่น Bingo อาหารเพื่อสุขภาพ
3. วัตถุดิบและอุปกรณ์ในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ
4. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขการจัดการตนเองในความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้

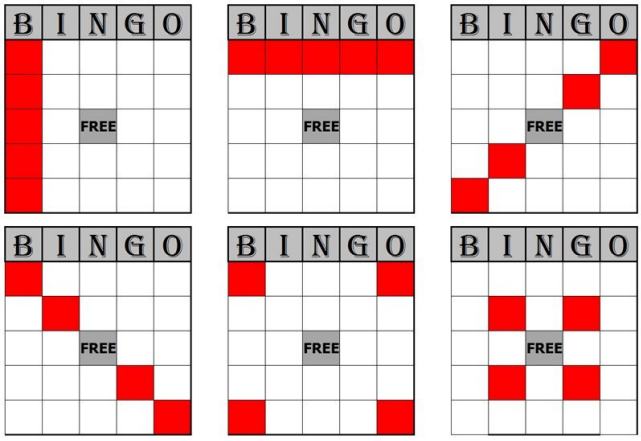
3. ผู้วิจัยใช้กิจกรรม Bingo ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างสนุกสนาน โดยผู้วิจัยแจกใบ Bingo ที่มีภาพประกอบเป็นรายการอาหาร ของหวาน และเครื่องดื่มที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการรับประทาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละหนึ่งใบ พร้อมทั้งเหรียญกระดาษสำหรับวางบนช่องเมนูอาหารที่สุ่มจับขึ้นมาได้

4. เมื่อทุกคนพร้อม ผู้วิจัยทำการสุ่มจับรายชื่อเมนูอาหาร พร้อมทั้งประกาศรายชื่อเมนูอาหารที่สุ่มจับขึ้นมาได้ หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนร่วมกันตัดสินว่า อาหาร ของหวาน และเครื่องดื่มที่สุ่มหยิบขึ้นมานั้นเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในการรับประทาน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เพราะเหตุใด

รายการอาหารที่ควรและไม่ควรรับประทานอาหาร สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

อาหาร ของหวาน และเครื่องดื่มที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง		**อาหาร ของหวาน และเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง**	
ข้าวและธัญพืช	น้ำพริกอ่อง	จิ้นส้มหมก	แกงฮังเล
คั่วแค	กล้วย	ข้าวซอย	คางหมูย่าง
แตงโม	ฟักทอง	แคบหมูติดมัน	ถั่วเน่าเมอะ
ชมพู่	องุ่น	น้ำพริกปลาร้า	แกงโฮะ
แกงอ่อมปลาดุก	มังคุด	น้ำพริกน้ำปู	ผลไม้ดอง
มะเขือเทศ	แก้วมังกร	ปลาเค็ม	ข้าวเหนียวกะทิ
ส้ม	เนื้อปลานึ่ง	กุนเชียง	ผักกาดดอง
สับปะรด	มะละกอ	น้ำอัดลม	ปลาเค็ม
ผัดผักเชียงดาใส่ไข่	นมพร่องมันเนย	เบียร์	เหล้าขาว
น้ำกระเจี๊ยบแดง	น้ำใบบัวบก	ชา	กาแฟ

5. เล่นไปเรื่อยๆ จนกว่าจะมีผู้ที่วางเหรียญกระดาษเรียงตามแนวนอน แนวตั้งแนวทแยงมุม หรือ ครบทั้ง 4 มุม ดังภาพ



6. หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการเฉลย อธิบายและสรุปการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET (Dietary Approaches to Stop Hypertension) เพื่อนำเข้าสู่ขั้นดำเนินการในกิจกรรมมากิ๋นตวยกั๋น

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ในกิจกรรม มากิ๋นตวยกั๋น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละกลุ่มนำวัตถุดิบและอุปกรณ์ที่ได้เตรียมไว้มาช่วยกันในการประกอบอาหาร เมื่อแต่ละกลุ่มประกอบอาหารเสร็จแล้วให้ส่งตัวแทนมานำเสนอเมนูอาหารเพื่อสุขภาพที่ได้ทำขึ้น พร้อมทั้งวิธีการปรุง ประโยชน์และสรรพคุณของอาหารนั้น

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความสนใจและการส่วนร่วมในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก DASH DIET

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 5 หน่วยกิจกรรมที่ 4
การมีส่วนร่วมทางสังคม

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีโอกาสได้ออกแบบและทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชน
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

คำว่า “จิตอาสา” มีความหมายแตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละบุคคล นพพร ทิพวงศ์ (2552: 9-10) ได้รวบรวมและสรุปความหมายของจิตอาสาไว้ ดังนี้ จิตอาสา หมายถึง การที่บุคคลเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างอิสระด้วยความสมัครใจ (Choose) เพื่อทำงานหรือเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ทั้งในระดับบุคคลหรือสังคม (Social Responsibility) โดยไม่หวังผลตอบแทน (Without Monetary Profit) และไม่ใช่ภาระงานที่ต้องทำตามหน้าที่ (Beyond Basic Obligations)

ปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ามาทำงานจิตอาสา (ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์. 2548: 51-52)

1. **ระดับการศึกษาและอาชีพ** เป็นปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดสถานะของบุคคลในกลุ่มจิตอาสา โดยผู้ที่มีความรู้หรือการศึกษาสูง มีความเชี่ยวชาญในแขนงต่างๆ ก็มักจะได้รับการยอมรับเป็นผู้นำในกลุ่มนั้นๆ แต่ระดับการศึกษาไม่สูงไม่ได้เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมทำงานอาสมัคร
2. **สภาพเศรษฐกิจ** การมีรายได้อย่างพอเพียงในการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมทำงานจิตอาสา
3. **การสนับสนุนทางสังคม** การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในด้านการอำนวยความสะดวก การให้กำลังใจ การให้การช่วยเหลือ และร่วมมือกับผู้สูงอายุในการทำงานจิตอาสาของสมาชิกในครอบครัว
4. **สภาพทางวัฒนธรรม** การดำเนินกิจกรรมหลายอย่างมีความเกี่ยวข้องกับศาสนาและวัฒนธรรม ค่านิยมเป็นปัจจัยสำคัญที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำงานจิตอาสา
5. **ภาวะสุขภาพ** บุคคลที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือไม่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนถึงขั้นที่จะเป็นอุปสรรคต่อการทำงานจิตอาสา หรือมีสุขภาพที่แข็งแรง ทำให้สามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ของการทำงานจิตอาสา (ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์. 2548: 54)

1. **ด้านจิตใจ** ทำให้เกิดความสบายใจ มีความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำสิ่งที่มีประโยชน์ให้กับผู้อื่น และทำให้ตัวเองมีกำลังใจ และยังช่วยเติมเต็มความเชื่อศรัทธาและอุดมการณ์ของตนเอง มีมุมมองต่อสถานการณ์ชีวิตตัวเองในทางบวกมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทำงานจิตอาสาสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. **ด้านร่างกาย** การทำงานจิตอาสานั้นให้ผลดีต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำงานจิตอาสาต้องมีการตื่นตัวและเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายไปในตัว ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

3. **ด้านสังคม** การทำงานจิตอาสาช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมีเพื่อน มีเครือข่าย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และไม่รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. กระดาษปรู๊ฟ
3. ปากกาเมจิ
4. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ออกแบบและทำกิจกรรมจิตอาสา และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมวิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขการจัดการตนเองในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. สมาชิกในแต่ละกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ สภาพปัญหาทางด้านสุขภาพในปัจจุบันของชุมชน

2. สมาชิกในแต่ละกลุ่มร่วมกันออกแบบและวางแผนกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ

3. แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในการมีส่วนร่วมทางสังคมมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

5. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมจิตอาสาของแต่ละกลุ่ม และการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความสนใจและการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุ ออกแบบ และวางแผนกิจกรรมจิตอาสาเพื่อพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมการบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 6 หน่วยกิจกรรมที่ 5
การออกกำลังกาย

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจหลักและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

หลักของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ (American College of Sport Medicine. 2006) ได้แก่ 1) ความถี่ในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ความหนักเบาในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) ควรเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate-Intensity) คือ การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่อยู่ในช่วงร้อยละ 55-69 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Maximum Heart Rate) ในแต่ละบุคคลหรือจากดัชนีความหนักเบาในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้ง ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการมีเหงื่อออกขณะเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงติดต่อกันเป็นประโยคสลับกับการหายใจเข้าออกตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยขัด 3) ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Time of Exercise) การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 20-30 นาที โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) ช่วงเข้มข้นของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Endurance training phase) และช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase) และ 4) ประเภทของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Type of Exercise) ควรเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจในแต่ละบุคคล เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายและจิตใจ รวมทั้งช่วยป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไขมันสูง เป็นต้น (American College of Sport Medicine. 2014)

ข้อแนะนำในการออกกำลังกาย

1. ในการออกกำลังกายต้องได้รับคำแนะนำข้อบ่งชี้ที่ต้องหยุดออกกำลังกายหรือต้องลดความหนักของการออกกำลังกายที่จะเกิดอันตรายขึ้น ถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ทัน หอบ ควรลดกำลังลงและหยุดพัก ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ ตึงที่ขา ใจสั้น ควรปรึกษาแพทย์

2. ข้อบ่งชี้ที่ควรหยุดออกกำลังกาย ได้แก่ แขนขาอ่อนเปลี้ย ชีพจรเต้นเร็วหรือใจสั่นมาก เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หน้าซีด ตัวเย็น

3. อย่ากลั้นหายใจระหว่างออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4. ถ้ารับประทานยาขยายหลอดเลือด อาจทำให้เกิดความดันโลหิต ต่ำหลังออกกำลังกาย ป้องกันได้ด้วยการหยุดพัก

5. อย่าออกกำลังกายทันที หลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ควรให้เลย 4 ชั่วโมงไปแล้ว

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจหลักและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการออกกำลังกาย วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 15 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขการจัดการตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมบอกข้อแนะนำในการออกกำลังกาย หลังจากนั้นพากันเดินไปที่สวนสาธารณะ เพื่อออกกำลังตามความถนัดและสนใจของแต่ละคน

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ในการออกกำลังกาย ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ 1) ก่อนออกกำลังกายแต่ละครั้ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำความอบอุ่นร่างกาย (Warm up phase) เพื่อให้ร่างกายได้ปรับตัวเตรียมพร้อมของกล้ามเนื้อ ปอด หัวใจ 2) ในช่วงกายออกกำลังกาย (Endurance training phase) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเลือกกิจกรรมออกกำลังกายตามความสนใจอย่างอิสระ ซึ่งกิจกรรมนั้นต้อง

เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน โดยเริ่มจากการเดินช้าๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มช่วงระยะเวลาในการเดินเร็วเรื่อยๆ โดยความหนักในการออกกำลังกายที่ทำให้หายใจเร็วขึ้น ถี่ขึ้น ไม่หอบ และสามารถพูดคุยได้จนจบประโยค และ 3) ช่วงผ่อนคลาย (Cool down phase)

2. หลังจากออกกำลังกายแล้ว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในการออกกำลังกายมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารว่างร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรม

นั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความสนใจและการเข้าร่วมในการออกกำลังกาย

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการออกกำลังกาย การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 7 หน่วยกิจกรรมที่ 6
พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

คำว่า การมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจ เป็นภาวะที่บุคคลมีความสงบสุขทางจิตใจหรือมีความสุข ในปัจจุบันมีหลายศาสตร์ที่พยายามศึกษาและอธิบายเกี่ยวกับความสุข เช่น ศาสนา ปรัชญา ชีววิทยา และจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตวิทยา ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดที่เรียกว่า จิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) ขึ้น

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เป็นแนวคิดที่ศึกษาเรื่องความสุขและแนวทางในการสร้างความสุขให้กับชีวิต เพื่อตอบสนองเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ในการสร้างความสุขตามแนวคิดนี้ประกอบด้วยการพัฒนาจุดแข็งของตนเอง การปรับความคิดให้เป็นบวก และการกำหนดเป้าหมายในชีวิต ทำให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์มีสุข นำไปสู่การจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลมีจุดแข็ง มีเป้าหมายในชีวิต และอยากพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น (Seligman; et al. 2005) ดังนั้น แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเป็นแนวคิดที่เน้นการนำจุดแข็งของมนุษย์มาเป็นจุดศูนย์กลางและปรับความคิดให้เป็นบวก นำไปสู่การมีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจ พบว่า เทคนิคการส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 1) การปล่อยวางอดีตและทำปัจจุบันให้ดีที่สุด 2) การคิดถึงหรือค้นหาสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 3) การยิ้มให้กับตัวเองทุกวัน และ 4) การรู้จักให้อภัย

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
2. แก้วน้ำที่มีน้ำอยู่ครึ่งแก้ว
3. กระดาษ A4
4. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ปากกา ดินสอ ยางลบ

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกด้วยเทคนิคการเปลี่ยนความเชื่อภายใน (Changing Inner Beliefs) ให้เป็นความเชื่อทางบวก และฝึกการจัดการตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนในการส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดีทางจิต วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขจากการทำกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาให้กับสมาชิกภายในกลุ่มได้รับทราบ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมครั้งนี้ พร้อมทั้งนำแก้วน้ำซึ่งมีน้ำอยู่ครึ่งแก้วออกมาตั้งไว้บนโต๊ะ แล้วในแต่ละกลุ่มร่วมอภิปรายว่า น้ำในแก้วนี้มีลักษณะเช่นใด ระหว่าง น้ำเหลือครึ่งแก้ว หรือ น้ำหมดไปครึ่งแก้ว พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบ แล้วให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่ม เพื่อนำเข้าสู่กิจกรรมปรับเปลี่ยนความคิด

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 90 นาที

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการพูดกับตนเอง (Self talk) โดยแจกกระดาษให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนละ 1 แผ่น แล้วให้เขียนความรู้สึกที่ไม่ดีเกี่ยวกับตัวเองมาคนละ 3 อย่างด้วยดินสอ

4. เขียนข้อความเพื่อเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้เป็นเชิงบวกและเป็นจริงด้วยปากกา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่างการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้เป็นเชิงบวก

ความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง	การเปลี่ยนความเชื่อภายในให้เป็นเชิงบวก
1. เฮาตึงย๊ะบ่าจ่าง (ฉันทำไม่ได้หรอก)	1. เฮาลองย๊ะจะอี๋ดูบ่อ (ฉันลองทำอย่างนี้ดูก่อนไหม)
2. อ่ะหยั๋งปะล๊ำปะเหลือ (ปัญหาต่างๆ เข้ามาในชีวิตเยอะแยะไปหมด)	2. มันบ่ายากเกินความสามารถเฮา (มันไม่ยากเกินความสามารถ)
3. เฮาตึงไร้ประโยชน์ (ฉันไม่มีประโยชน์)	3. เฮายังมีแฮงพอที่จะสามารถยะสิ่งดีๆ ให้กับเป๋นได้ (เรายังมีแรงพอที่จะสามารถทำสิ่งดีๆ ให้กับผู้อื่นได้)

5. เมื่อเขียนความเชื่อใหม่ลงในกระดาษแล้ว ให้แต่ละคนใช้ยางลบลบความเชื่อเดิมทิ้ง แล้วให้แต่ละคนอ่านออกเสียงความเชื่อใหม่ทั้งหมดให้สมาชิกภายในกลุ่มฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

6. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการกำหนดเป้าหมาย (Self-set goal) ในการส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดีทางจิตมาคนละ 1 อย่างลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

7. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนทำการวางแผน (Make A Plan) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแผนที่ตนเองได้วางไว้ เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางจิตไปฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

3. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ในการติดตามเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้า และให้กำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทางแก้ไข ระยะเวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามแผนที่ได้ตั้งไว้ พร้อมทั้งบันทึกการกระทำของตนเอง (Implementation) ลงในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้าน โดยสอบถามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการกระทำนั้นกับเป้าหมายที่เคยได้ตั้งไว้ (Learning through feedback) ซึ่งจะทำให้ทราบว่า ตนเองสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้หรือไม่

3. ถ้าผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือสูงกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะได้รับปฏิกิริยาทางบวกจากตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความสุข การให้รางวัลแก่ตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ฝึกฝนปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยให้กำลังใจและช่วยผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น (Encouragement)

การประเมินผล

1. ความถูกต้องในการสร้างความสุขได้ด้วยตนเองตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองให้เป็นเชิงบวกได้

2. ความถูกต้องจากใบงานการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกได้ โดยพิจารณาจากความเหมาะสมในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทางด้านจิตใจตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก การบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้และปฏิกิริยาทางบวกที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้คะแนนกับตัวเอง

ครั้งที่ 8 การปิดโปรแกรม

จุดประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งวัดค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูงโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อให้คำชมเชยและมอบของที่ระลึกแก่ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม

แนวคิดและหลักการที่สำคัญ

-

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลและวัดส่วนสูง
3. เครื่องวัดความดันโลหิต
4. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power point
5. ใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI และค่าความดันโลหิต
6. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี
7. ของที่ระลึก

วิธีการดำเนินกิจกรรม

วิธีการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง วิธีการดำเนินกิจกรรมสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นนำ ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน
2. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมต่างๆ ทุกกิจกรรมที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

ขั้นดำเนินการ ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้ช่วยวิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการวัดความดันโลหิตพร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคน

3. ในขณะที่รอเข้ารับการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลหลังการทดลอง

ขั้นสรุปผล ใช้เวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการติดตามอีก 1 เดือนถัดไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำการซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. ผู้วิจัยเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน

-

การประเมินผล

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรมหลังจากที่ผู้ช่วยวิจัยและอสม.ทำการวัดและบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

3. ความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพิจารณาจากพฤติกรรมการซักถามและการเข้าร่วมกิจกรรม

ภาพการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ



ครั้งที่ 2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง



ครั้งที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรค



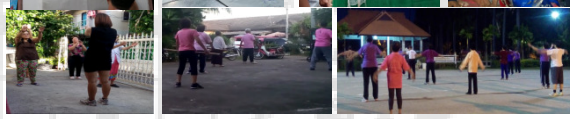
ครั้งที่ 4 การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ



ครั้งที่ 5 การมีส่วนร่วมทางสังคม



ครั้งที่ 6 การออกกำลังกาย



ครั้งที่ 7 พฤติกรรมการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี



ครั้งที่ 8 การปิดโปรแกรม



การเยี่ยมบ้าน



ระยะติดตาม อีก 1 เดือนถัดมา



ภาคผนวก ค

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ MANCOVA

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจง (Normal distribution) ของตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro wilk	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro wilk
ก่อนการทดลอง						
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	-0.042	-0.635	0.939	-0.064	-0.818	0.967
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	-0.168	-1.377	0.852	0.298	-0.419	0.955
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	0.305	-1.156	0.898	-0.071	-0.875	0.944
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	0.213	-0.611	0.925	0.528	0.533	0.920
การออกกำลังกาย	-0.290	-1.095	0.902	-0.149	-1.036	0.948
การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	-0.802	0.102	0.861	-0.213	-0.611	0.925
ค่าดัชนีมวลกาย	0.194	-1.006	0.956	-0.049	-0.662	0.966
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	0.500	-0.716	0.922	0.639	-0.030	0.919
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	-1.021	0.305	0.881	-0.421	-0.450	0.955
หลังการทดลอง						
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	-0.007	-0.835	0.974	0.203	0.711	0.978
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	0.107	-0.474	0.929	-0.093	-0.458	0.962
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	0.163	-0.386	0.950	-0.429	0.542	0.924
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	0.289	-1.086	0.899	0.588	0.985	0.912
การออกกำลังกาย	0.148	-0.520	0.962	0.180	-0.541	0.943
การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	0.390	-0.215	0.943	0.012	-0.621	0.925
ค่าดัชนีมวลกาย	0.570	-0.641	0.937	-0.041	-0.063	0.956
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	-0.124	-0.740	0.926	-0.331	0.052	0.930
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	-1.222	1.204	0.856	-0.652	-0.763	0.874
ติดตามผล						
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี	-0.238	-1.054	0.951	-0.160	0.007	0.970
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	-0.213	-0.611	0.925	0.099	-0.634	0.959
การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	1.096	0.704	0.816	0.065	-0.470	0.910
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	0.254	-1.309	0.885	0.528	0.533	0.920
การออกกำลังกาย	-0.523	-0.135	0.925	0.424	-0.405	0.928
การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี	-0.282	2.123	0.875	0.012	-0.621	0.925
ค่าดัชนีมวลกาย	0.161	-0.527	0.976	0.201	-0.652	0.954

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro wilk	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro wilk
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	-0.098	0.100	0.949	0.424	0.386	0.903
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	-0.237	-0.938	0.946	-0.469	-0.247	0.948

ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมด้วยวิธี Box's M test สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร

การวิเคราะห์ MANOVA	Box's M	F	Sig
ระยะสิ้นสุดการทดลอง	57.000	0.616	0.979
ระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา	103.434	1.118	0.275

การทดสอบ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม

Mauchly's Test of Sphericity[b]

Within Subjects Effect	Measure	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon[a]		
						Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
time	Eat	.577	19.825	2	.000	.703	.761	.500
	Ex	.525	23.229	2	.000	.678	.733	.500
	HR	.512	24.128	2	.000	.672	.726	.500
	PSY	.790	8.469	2	.014	.827	.907	.500
	Social	.279	45.972	2	.000	.581	.621	.500
	HLB	.490	25.654	2	.000	.662	.715	.500
	BMI	.901	3.752	2	.153	.910	1.000	.500
	Sys	.877	4.718	2	.095	.891	.983	.500
	Dia	.708	12.425	2	.002	.774	.845	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b. Design: Intercept + se + group

Within Subjects Design: time

ภาคผนวก ง

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือและโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ. พงษ์ศิริ ปรารถนา	ผู้ทรงคุณวุฒิสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
2. รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ	ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร	ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ	ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรณี วัฒนสมบูรณ์	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริสรา พึ่งโพธิ์สภา	อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์	อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวพิชชาดา สุทธิแป้น
วันเดือนปีเกิด	19 กันยายน 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่อยู่	408 ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
E-mail address:	sutipan.p@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2551	วิทยาศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) สาขาสัตววิทยา จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2554	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาการมนุษย์ จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2559	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ