

การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สิงหาคม 2560

การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สิงหาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สิงหาคม 2560

ลภัสตรา สระดอกบัว. (2560). การพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน. ปรินญาณินท์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ. คณะกรรมการที่ปรึกษาปรินญาณินท์: รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์

การวิจัยปฏิบัติการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) พัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ชุมชนตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีผู้ช่วยวิจัย 11 คน และ กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการพัฒนา 60 คน ผลการวิจัยพบว่า

สถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ยังคงใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อการรักษาโรคเป็นหลัก แต่ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความต้องการจะปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น เพราะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้นได้จริงภายหลังการปฏิบัติตามการแพทย์ทางเลือก ร่วมด้วย ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่เกิดจากวิถีชีวิตประจำวันส่วนบุคคล และ ปัญหาด้านนโยบายภาครัฐที่ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนทำให้การแพทย์ทางเลือกยังไม่ถูกนำมาใช้ขับเคลื่อน ในชุมชน ให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแบบผสมผสาน

เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมความดันโลหิต ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่า ด้านอารมณ์ ความรู้สึก และด้านความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ใน ระดับเห็นด้วย ($\bar{X}$ เท่ากับ 3.76 S.D.เท่ากับ 0.49 จากคะแนนเต็ม 5)

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการ ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 3) การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต และ 4) การ ติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ เท่ากับ 3.68 และ S.D. เท่ากับ 0.57 จากคะแนนเต็ม 5) และพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่มีความตั้งใจ ไม่เบื่อหน่ายในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกวัน ด้วยความกระตือรือร้นมุ่งมั่น โดยมีผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมด้วยกัน ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ และชักชวนกันปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การพูดคุยแลกเปลี่ยนทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคดีขึ้น จึงช่วยให้ ผู้สูงอายุสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างถูกต้อง

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ภาพรวมโดยเฉลี่ยครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อด้านสิ่งแวดล้อม ความสะดวก ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม ด้านคณะทำงาน และด้านกระบวนการขั้นตอนการจัดกิจกรรม พบว่า อยู่ใน ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ เท่ากับ 4.58 และ S.D.เท่ากับ 0.50 จากคะแนนเต็ม 5)

ระดับความดันโลหิต จากการวัด 3 ครั้ง พบว่า อยู่ในระดับที่ดีขึ้น ดังนี้ วัดครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม วัดครั้งที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน และวัดครั้งที่ 3 ติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน และมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน โดยมีระดับความดันโลหิต เท่ากับ 144.58 / 88.98, 134.40 / 86.63 และ 133.82 / 85.60 ลดลงตามลำดับ

THE DEVELOPMENT OF BLOOD PRESSURE CONTROLLING BEHAVIORS IN ELDERLY
WITH HYPERTENSION BY THE ALTERNATIVE MEDICINE AND PARTICIPATION
IN THE COMMUNITY



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University
August 2017

Laphatrada Sradokbua. (2017). *The Development of Blood Pressure Controlling Behaviors in Elderly with Hypertension by The Alternative Medicine and Participation in The Community*. Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr. Ungsinun Intarakamhang and Assist. Prof. Dr. Patcharee Duangchan.

The objectives of this action research were 1) To study the issues and needs associated with blood-pressure controlling behaviors in elderly with hypertension; 2) To study the attitudes and behavioral changes following the principle of alternative medicine for elderly with hypertension by using alternative medicine and participation in the community; and 3) To developing of blood pressure controlling behaviors in elderly with hypertension by the alternative medicine and participation in the community. The method of study is technical action research and took place in the area of Tumbol Pihandang, Aumphur Muang, Suphanburi. There were eleven research assistants and sixty elderly with hypertension. The result of the research shows that;

The present situation regarding blood-pressure controlling behaviors in high-blood pressure elderly with hypertension who still participated in modern medicine for treatment. However, they tended to increase the participation in alternative medicine because it shows better blood-pressure control performance when used in tandem with alternative medicine has been added to the treatment procedure. The problem with the group of elderly with hypertension with blood-pressure controlling behaviors, mostly caused by activities and behaviors in daily life as well as limitations in terms of accessibility to government support in the form of different policies. These factors lead to a lack of implementation of alternative medicine in the community and with less holistic results.

The attitudes to alternative medicine for blood-pressure control; in three aspects, included evaluation of thought, emotions, feelings, and readiness to act; which were at a level of agreement ($\bar{X}$ equal to 3.76 from 5, with S.D equal 0.49)

Blood pressure controlling behaviors were in four aspects including: 1) behavior associated with realistic goal setting; 2) practices that help control symptoms; 3) behavioral changes to better adapt to daily life and 4) evaluation were at high level ($\bar{X}$ equal to 3.68 from 5, with S.D equal to 0.57). It was also found that most of the participants have high morals and continue to complete assigned activities on a daily basis with the form of activity buddies practicing activities together, house visits for emotional support and motivate the other elderly with hypertension, and discussions of the topics related to the symptoms. That mentioned behaviors that help elderly with hypertension to evaluate and continue to exercise and talking exchange makes a better sense of the disease. It allows the elderly to assess the changes themselves and can perform health activities to control blood pressure properly. The overall satisfaction level in 4 dimensions such as. facilities, quality of the activities, capacity of the research team and the process of the activities is generally at "very good" level ($\bar{X}$ equal to 4.58 from 5, with S.D equal to 0.50).

Participants' blood pressure was measured three times: before participating in the program, one month after the program and two months after the program. The three measurements followed by a visit to the house and friends help friends group that the participants tend to have lower blood pressure after the program. The averages blood pressure of the three measurements were : 144.58 / 88.98, 134.40 / 86.63 and 133.82 / 85.60 respectively.

ประกาศคุณูปการ

ในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความเมตตาจาก รศ.ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี้ ดวงจันทร์ ที่กรุณาควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ด้วยดีตลอดมา ซึ่งในขณะที่ทำปริญญานิพนธ์ อาจารย์ ทั้ง 2 ท่าน ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และช่วยตรวจสอบกระบวนการทำปริญญานิพนธ์ตั้งแต่แรกเริ่มจนทำปริญญานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้รับความเมตตาจากบุคคลต่อไปนี้ ได้แก่ คณะกรรมการสอบเค้าโครง ปริญญานิพนธ์ ประกอบไปด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชุดา กิจธรรม อธิการบดี ดร. นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี้ ดวงจันทร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ และอาจารย์ ดร.จิตติมา เวชพงศ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ที่กรุณาให้คำแนะนำในการ ปรับปรุงเค้าโครงปริญญานิพนธ์จนทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น ในการทำปริญญานิพนธ์ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย ประธานคณะกรรมการสอบปากเปล่า ที่กรุณาสละเวลามาสอบปากเปล่า และได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปริญญานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณคณะผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ทั้งที่เป็นคณะบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และคณะบุคคลในชุมชนตำบลพิหารแดง ที่ร่วมมือทำวิจัยกับผู้วิจัยด้วยดี ตลอดมา และขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และญาติพี่น้องทุกคนที่ได้ให้กำลังใจผู้วิจัยในการศึกษาเล่าเรียนตลอดช่วงเวลาของการเรียนที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ การทำปริญญานิพนธ์ครั้งนี้จะสำเร็จไม่ได้หากผู้วิจัยไม่ได้รับความเมตตาจากทุกท่านที่เอ่ยนามมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในบุญคุณที่ทุกท่านได้ให้กับผู้วิจัยในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาคุณครูบาอาจารย์ รวมทั้งทุกท่านที่ได้กล่าวมา

ลภัสรดา สระดอกบัว

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ตอนที่ 1 สถานการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension).....	13
ตอนที่ 2 การแพทย์ทางเลือก.....	25
ตอนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต.....	43
ตอนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	50
ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	92
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	96
พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา.....	97
กลุ่มตัวอย่าง.....	97
ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย.....	98
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	104
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ.....	108
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
จรรยาบรรณในการวิจัย.....	111
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	113
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	114
ตอนที่ 1 บริบทและสถานการณ์ของชุมชนตำบลพิหารแดง.....	115
ตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	125

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ.....	125
ขั้นตอนที่ 2 สร้างโปรแกรม.....	129
ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรม.....	136
ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรม.....	139
ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง.....	146
ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล.....	148
สรุปผลการวิเคราะห์.....	172
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	176
ตอนที่ 1 สรุปวิธีดำเนินการวิจัย.....	176
ตอนที่ 2 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	186
ข้อเสนอแนะ.....	196
บรรณานุกรม	198
ภาคผนวก	214
ภาคผนวก ก	215
ภาคผนวก ข	217
ภาคผนวก ค	248
ประวัติย่อผู้วิจัย	253

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป.....	17
2	ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	19
3	แสดงแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม & ให้ยาลดความดันโลหิต.....	22
4	แสดงผลการสำรวจการให้บริการการแพทย์ทางเลือกปี พ.ศ. 2540.....	38
5	แสดงผลการสำรวจสถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกปี 2546.....	39
6	แสดงแนวทางการประยุกต์ใช้เพื่อการปฏิบัติ.....	57
7	โครงร่างเนื้อหาชุดกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT.....	133
8	โครงร่างเนื้อหาชุดกิจกรรมการกดจุดสะท้อนเท้า.....	133
9	ตารางการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบแผนการจัดการเรียนรู้.....	136
10	การปรับปรุงเนื้อหาชุดกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT.....	136
11	การปรับปรุงเนื้อหาชุดกิจกรรมการกดจุดสะท้อนเท้า.....	142
12	ค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	149
13	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของเจตคติต่อการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน.....	156
14	สรุปผลในภาพรวม ด้านเจตคติเกี่ยวกับการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	159
15	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	160
16	สรุปผลในภาพรวมของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	164
17	สรุปผลในภาพรวมระดับความดันโลหิตจากการประเมินภายหลังการอบรมจำนวน 3 ครั้ง.....	168
18	แสดงความพึงพอใจด้านกระบวนการ ด้านการทำงาน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรมและโดยภาพรวมทั้งหมด.....	171

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ทำสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 1.....	28
2 ทำสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 2.....	29
3 ทำสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 3.....	29
4 ทำสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 4.....	30
5 ทำสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 5.....	30
6 ทำสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 6.....	31
7 ทำสมาธิบำบัด SKT ทำที่ 7.....	31
8 แสดงจุดสะท้อนบริเวณฝ่าเท้า.....	36
9 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก.....	51
10 แสดงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ.....	54
11 ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรม ของรัฐ และ แบรดท์.....	61
12 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	95
13 แสดงพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง.....	115
14 สรุปผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	175

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรเกือบทุกประเทศในโลกกำลังมีอายุสูงขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่อัตราเกิดของประเทศต่างๆ ได้ลดต่ำลง ในขณะที่ประชากรมีอายุยืนขึ้น ในปี พ.ศ. 2556 นี้ ในจำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,100 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 12 เรียกได้ว่าประชากรโลกเป็นสังคมสูงวัย สำหรับประชากรไทย พบว่ามีอายุสูงขึ้นมาก เมื่อวัดโดยอัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรไทยทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 14 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วโลก และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีเพียงร้อยละ 9 และกำลังจะมีอายุสูงขึ้นใกล้เคียงกับประเทศพัฒนา ซึ่งมีถึงร้อยละ 22.5 (United Nations. 2012) อีกทั้งประเทศไทยยังมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ (สำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป) มากที่สุดในอาเซียน โดยคิดเป็น ร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมด (USAID. 2011)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเร็วกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วมาก จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สถิติจากการประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้แสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปในประเทศไทยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 14.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด นั้นหมายความว่าประเทศไทยจะกลายเป็น "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" ดังนั้นในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากถึง 18.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2555)

นอกจากนี้ จากผลการสำรวจข้อมูลด้านประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งที่ 5 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมด มีจำนวน 10,014,705 คน จากสถิติดังกล่าวเห็นได้ชัดว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ หรือร้อยละ 56.5 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 29.9 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และร้อยละ 13.6 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) นอกจากนี้จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 88.9 ของผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล/ดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน มีร้อยละ 11.1 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุในระหว่าง 12 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.1 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 33.6 ในปี พ.ศ. 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557)

จากสถานการณ์ทำให้ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยรัฐบาลได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และได้มีการดำเนินการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เพื่อบริหารสถานการณ์ดังกล่าว ดังจะเห็นได้ว่าสาเหตุ

สำคัญที่รัฐต้องกำหนดแผนงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างเป็นทางการนั้น เป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางประชากรของประเทศ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ และมีผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารประเทศ ทั้งนี้ เพราะเมื่อโครงสร้างประชากรเริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น เป็นนัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดลงของรายได้เฉลี่ยประชากร รวมถึงรายจ่ายภาครัฐที่เพิ่มขึ้น ด้านการประกันสังคม สุขภาพอนามัย และสวัสดิการผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในด้านสังคมการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในลักษณะนี้ ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ซึ่งมีแนวโน้มจะมีสมาชิกของครอบครัว ที่จะทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุน้อยลง (ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ. 2551)

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2550 - 2557 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2550 ถึง พ.ศ.2557 มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค โดยอัตราตายของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากรแสนคน คือ จำนวน 2,291 อัตราตาย 3.64 จำนวน 2,463 อัตราตาย 3.90 จำนวน 2,295 อัตราตาย 3.62 จำนวน 2,478 อัตราตาย 3.89 จำนวน 3,664 อัตราตาย 5.71 จำนวน 3,684 อัตราตาย 5.73 จำนวน 5,165 อัตราตาย 7.99 จำนวน 7,115 อัตราตาย 10.95 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2550-2557 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข คือ จำนวน 645,344 อัตราผู้ป่วย 1,025.44 จำนวน 727,209 อัตราผู้ป่วย 1,150.39 จำนวน 780,629 อัตราผู้ป่วย 1,230.16 จำนวน 859,583 อัตราผู้ป่วย 1,349.39 จำนวน 920,106 อัตราผู้ป่วย 1,433.61 จำนวน 1,009,385 อัตราผู้ป่วย 1,570.63 จำนวน 1,053,294 อัตราผู้ป่วย 1,629.95 จำนวน 1,014,231 อัตราผู้ป่วย 1,561.42 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2558)

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนหนึ่งคือการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ประเทศไทยมีการเฝ้าระวังและจับตามองสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ลักษณะของความดันโลหิตสูงเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการเสื่อมสภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และ โรคเมะเร็ง ร้อยละ 0.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550) จากความเสื่อมสภาพโดยความสูงอายุ นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยมากกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ ที่เรียก

กันว่า “ความเปราะบาง” ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง นอกจากจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพแล้ว ยังเกิดได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว มีความแตกต่างจากช่วงวัยอื่นเนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในระยะเสื่อมถอยของร่างกาย มีความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง ในขณะที่ผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในยามชรา ดังนั้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง สร้างการมีส่วนร่วมการดูแลจากครอบครัว การมีส่วนร่วมจากชุมชน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวไม่ใช่เป็นเพียงระดับของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น แต่ยังต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดูแลตนเองและดูแลกันเอง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2558) ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่การศึกษาครั้งนี้ ได้มุ่งให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และทำให้ผู้วิจัยให้ความสนใจกับกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

แต่อย่างไรก็ตามในการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาแม้จะประสบความสำเร็จในการควบคุม ดูแล แก้ไข สถานการณ์ด้านความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุแล้ว แต่พบว่าการควบคุมดังกล่าวยังเกิดช่องว่าง (Gap) ทำให้สถิติของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสภาพการดำเนินการที่ผ่านมา การดูแลรักษาโรคดังกล่าวเน้นการให้ยา รับประทานเพื่อควบคุม เน้นการเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการ แต่ยังขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุ รวมถึงช่องว่างทางองค์ความรู้ (Gap of knowledge) ในเรื่องการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการผลักดันระบบเพื่อให้สอดคล้องกับการป้องกันควบคุมโรคฯ โดยเน้นการพัฒนาสาธารณสุขแบบบูรณาการ ตามแผนพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่ได้ถูกนำมาใช้ในปัจจุบัน (กระทรวงสาธารณสุข. 2558) โดยมีสาระสำคัญว่าด้วยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของ สถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ให้การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการ ถึงบ้านทั้งด้านสุขภาพ และสังคม รวมทั้งพัฒนาอาสาสมัครในชุมชน ผู้ดูแล และ Care manager เพื่อลดภาระโรคที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยรายใหม่ หรือลดความเสี่ยงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งสร้างทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยซึ่งมีภาวะความดันโลหิตสูง ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2558)

จากนโยบายของภาครัฐที่ได้กำหนดแนวทางให้ความสำคัญกับการลดภาระโรค โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลักการสำคัญ รวมทั้งพัฒนาอาสาสมัครในชุมชน ผู้ดูแล และ Care manager เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในด้านสุขภาพของชุมชน ผู้วิจัยได้มีการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานของ “สมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี” ซึ่งพัฒนามาจาก “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัด

กาญจนบุรี” ภายใต้ “โครงการบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 67 ปี โดยร้อยละ 65 ได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต/การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ยากจน พิจารณาด้อยโอกาส และขาดที่พึ่งในระดับมาก และร้อยละ 60 ได้นำความรู้ในเรื่องดังกล่าวไปใช้ประโยชน์มากที่สุด ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมดได้นำความรู้ที่ได้รับไปเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ชมรมผู้สูงอายุในลำดับแรก และมีความต้องการได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือจากสมาคมฯ ในเรื่องงบประมาณ ที่มวิทยากร และเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ตามลำดับ และผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการอบรมพัฒนาแกนนำ อาสาสมัครฯ และนำความรู้ที่ได้รับไปปรับพฤติกรรมตนเองในการดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย ไปพัฒนาการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุของตนเอง ไปถ่ายทอด/ให้คำแนะนำ สร้างแกนนำสุขภาพชุมชน และประสานงานกับ อบต. ในการดูแล/ส่งเสริมแก่ผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย “หลัก 4M-1L-1P-1K” ที่ย่อมาจาก Man, Money, Management, Material, Leader, Participation และ Knowledge คือ มีทีมงานจิตอาสาที่ทำงานร่วมกัน มีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการที่ดี มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ผู้นำมีวิสัยทัศน์/รับฟังความเห็นของผู้อื่น การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายต่างๆ และที่สำคัญ คือ มีการพัฒนาศักยภาพตนเองอยู่เสมอ (จำรูญ มีชนอน; และคณะ. 2555)

นอกจากการมีส่วนร่วมจากการสร้างระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยยังพบว่า พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังสามารถสนับสนุนด้วยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกได้อีกด้วย เนื่องจากองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นศาสตร์ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของคนไทยมาอย่างยาวนานทำให้นามาสมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้ไม่ยากมากนัก ประกอบกับศาสตร์ดังกล่าวยังมีความหลากหลาย และได้รับความนิยมมาอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจของ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า วิธีการในการแพทย์ทางเลือกที่ผู้สูงอายุนิยมมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ อันดับที่ 1 การนวด (Massage) การออกกำลังกาย (Exercise) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยน้ำผัก/ผลไม้ (Juice Therapy) สมาธิ (Meditation)การผ่อนคลาย (Relaxation) โยคะ (Yoga) อันดับที่ 2 การอดอาหารเพื่อสุขภาพ (Fasting) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle Change) อาหารธรรมชาติ (Natural Food) การฝึกจังหวะหายใจ (Breathing Pattern) การให้คำปรึกษาแนะแนว (Counseling) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) สมุนไพร (Herbals) และอันดับที่ 3 การฝังเข็ม (Acupuncture) การสวนล้างลำไส้ (Colon Therapy) การล้างพิษ (Detoxification) การรักษาด้วยอาหาร (Nutritional Therapy) การบำบัดด้วยอาหารเสริม (Nutrition Supplement) แมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotic) จินตภาพบำบัด (Guide Imaginary) (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2550)

ประโยชน์และความสำคัญของการแพทย์ทางเลือก ที่นอกเหนือจากการมีความหลากหลาย สอดคล้องกับความนิยมของผู้สูงอายุแล้วยังพบว่า ศาสตร์ดังกล่าวได้ให้ความสนใจดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่างๆ อย่างรอบด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม ซึ่งประโยชน์

ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยให้ความสนใจนำมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้วิจัย พบว่า ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลต่อความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น วิธีการปรับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสร้างสังคมให้กับผู้สูงอายุ ร่วมกับวิธีการรักษาด้วยการผ่อนคลายความเครียดจากการแพทย์ทางเลือกจึงเป็นวิธีการที่ควรได้รับการพัฒนาอันนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีอำนาจในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ในการเลือกวิธีการรักษาตามแพทย์ทางเลือก ไม่ถูกบังคับ เน้นการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ค้นคว้าหรือให้ความสำคัญกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ คือ การเลือกใช้สมุนไพรบำบัด SKT และการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ซึ่งมีการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะ ข้อดีข้อเสียแล้วจึงจะเลือกหรือไม่เลือกรักษา อีกทั้งการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน

นอกจากนี้ผู้เข้ารับการรักษาสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกหลายวิธี มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากคัมภีร์ดั้งเดิม หรือประสบการณ์ทางคลินิกที่สั่งสมมาหลายปี สนับสนุนความปลอดภัยและประสิทธิผล มีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกหลายวิธี แสดงให้เห็นว่าวิธีการเหล่านั้นมีประสิทธิผล เช่น งานวิจัยของประภาส จิบสมานบุญ และอุบล สุทธิเนียม (2556) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า สมุนไพรบำบัด SKT มีผลต่อระดับความดันโลหิต พบว่า หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจิตสุตา สมเวทีและคณะ (2554) ศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (เทคนิค SKT 7) ต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า หลังการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (เทคนิค SKT 7) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (เทคนิค SKT 7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง (เทคนิค SKT 7) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าของละอองดาว ชุ่มธิ (2554) พบว่า หลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ในระยะ 5 นาที และ 24 ชั่วโมง ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการนวดเท้าแบบสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การแพทย์ทางเลือกจึงเสมือนเป็นการให้ความหวังแก่ผู้ป่วย หรือ

ผู้ป่วยที่ต้องการผสมผสานทั้งการรักษาในแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้สภาวะทางสุขภาพแข็งแรง หรือบรรเทาอาการของโรคให้ลดลง สร้างสมดุลแห่งสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เป็นองค์รวมที่เป็นธรรมชาติเน้นการทำให้ร่างกายสมดุล โดยการเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรค จะช่วยให้เกิดการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน และสามารถนำมาเป็นแนวทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่เป็นรูปธรรม เน้นระบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีทางธรรมชาติ สามารถช่วยเหลือดูแลทั้งตนเองและรักษาสุขภาพของคนในชุมชนได้ เน้นให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเอง (สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2552)

จากความสำคัญดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมุ่งให้ความสำคัญกับการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้วิธีการแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการศึกษานี้ได้ดำเนินการตามการวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) ที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายในชุมชนมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาในปัจจุบันที่เน้นการพัฒนาที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered development) จึงเป็นรูปแบบการวิจัยที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม ดูแล แก้ไขปัญหาที่ยังไม่ประสบความสำเร็จมาก่อนในชุมชน เนื่องจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม แม้จะมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญมาแต่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิจารณาบรรณในการวิจัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ จึงใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นสิ่งที่สนับสนุนในการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กันไป ผู้วิจัยจะไม่แนะนำให้หยุดยารับประทานด้วยตนเอง รวมถึงเป้าหมายสำคัญของการศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตแบบมีส่วนร่วม ด้วยวิธีการรักษาที่ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง เพื่อสนับสนุนการรักษาแบบปกติ จึงเป็นเหตุผลให้การศึกษาครั้งนี้เลือกการแพทย์ทางเลือกแบบ Complementary Medicine ด้วยการใช้วิธีการ ผีกสมาริบำบัด SKT และการนวดกดจุดสะท้อนเท้า (กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. 2558) ให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน แทนการพึ่งพิงการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว เพราะอาจก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา และยังไม่มีความยั่งยืนเพียงพอ รวมถึงเป็นการเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมวางแผนในการรักษาโรคที่ตนเองเป็นอยู่ มีอำนาจการตัดสินใจในตนเอง นอกจากนี้ การศึกษาด้วยวิธีนี้ยังเปิดโอกาสให้กลุ่มของผู้สูงอายุเป็นคนผลักดันให้เกิดวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่สุด โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิตของตนเอง และนำไปสู่การช่วยเหลือหรือดูแลผู้อื่น ดังเช่นในรูปแบบอาสาสมัคร เพื่อนช่วยเพื่อน จิตอาสา ทำให้เกิดการรวมกลุ่มดูแลของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองไปพร้อมกับการผ่อนคลายจากการได้พูดคุยกับผู้ที่มิมีปัญหาเช่นเดียวกัน จึงเป็นการผ่อนคลายความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควบคู่กันไป จากการดำเนินการดังกล่าวจึงนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็น

เครือข่าย และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของบุคลากรของสาธารณสุขในการสนับสนุนการทำงานเชิงรุกในระดับชุมชน การทำงานด้านงานส่งเสริม และการทำงานร่วมกับเครือข่ายในระดับชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล สถานีอนามัย วัด ชมรมผู้สูงอายุ และประชาชนในพื้นที่ เป็นต้น ดังนั้นผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงสร้างให้เกิดระบบการทำงานเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกันกับเครือข่ายในชุมชน และช่วยสนับสนุนองค์ความรู้ในการประยุกต์การแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ที่ใช้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกจากการสำรวจปริมาณของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นตำบลที่สถิติผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับแรกของจังหวัด และมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบล สูงกว่าอัตราการป่วยของจังหวัด และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น โดยสามารถแบ่งขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายการวิจัย ได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี ประกอบด้วย

- 1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 6 คน และเป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 3 คน

- 1.2 ผู้ให้ข้อมูลรอง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลด้านนโยบายทั้งในระดับจังหวัด และระดับตำบล โดยใช้การสัมภาษณ์

- กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน โดยการใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

2. ขอบเขตด้านผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน และ ข้อที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบไปด้วย กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

2.1 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน รวมทั้งหมด จำนวน 60 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ใน ต.พิหารแดง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี
- 2) อายุระหว่าง 60 ปี ขึ้นไป
- 3) สภาพร่างกายอยู่ในสภาวะปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะของโรคหัวใจ โรคไต ฯ ไม่มีความพิการ การมองเห็นและการได้ยินปกติ
- 4) มีความรู้ในระดับที่สามารถ อ่านออก เขียนได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีคุณลักษณะเพิ่มเติม คือ มีความสามารถในการถ่ายทอด เช่น เป็นอดีตครู หรือเคยทำงานด้านสุขภาพ ฯ และสมัครใจเป็นกลุ่มช่วยเหลือเพื่อน โดยเฉพาะในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

2.2 กลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน

2.3 กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านหลักการแพทย์ทางเลือก จำนวน 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน ผู้วิพากษ์ชุดกิจกรรมการพัฒนาในชุมชน ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จะสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่องต่อไป เมื่อผู้วิจัยได้เสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว
2. ได้แนวทางการปฏิบัติงานในชุมชนที่ผสมผสานระหว่างคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักวิจัย มีการช่วยเหลือกันในลักษณะเครือข่าย เพื่อสร้างพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมภายในชุมชนอย่างยั่งยืน

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคล หรือผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่องานในการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต และการติดตามประเมินผล

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง รูปแบบการรักษาที่เป็นทางเลือกหนึ่งในการตัดสินใจ นอกเหนือจากวิธีการรักษาแบบหลักหรือการแพทย์ในปัจจุบัน ซึ่งได้รับความนิยมและยอมรับมาปรับใช้กับการรักษาควบคู่หรือทดแทนกับการรักษาทางกายภาพ เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นต้น

เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้ ความเชื่อของบุคคลใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่าที่คำนึงถึงคุณค่า โดยตระหนักถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก คือ ความรู้สึกชื่นชอบ ฟังพอใจในการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ด้านพฤติกรรม หรือความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมในการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ชุมชน หมายถึง พื้นที่ที่ใช้การศึกษาคือชุมชน/หมู่บ้าน ในเขตตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มหรือชมรมที่จัดตั้งขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายน ของทุกปี อาสาสมัครจิตอาสาในชุมชน ไปร่วมทำบุญที่วัดทุกวันพระ รำไม้พลองทุกวันอาทิตย์ ฯลฯ

ผู้นำชุมชน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้ง หรือการเลือกตั้ง หรือการยกย่องจากกลุ่ม ให้ทำหน้าที่ของตำแหน่งผู้นำ โดยรวมทั้งผู้นำที่เป็นทางการ เช่น คณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน ตำบล เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นบุคคลซึ่งได้รับการยอมรับนับถือในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีความรู้ดี ข้าราชการบำนาญ ผู้มีฐานะดี หรือพระสงฆ์

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของเขาเองและชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ โดยเน้นหนักในเรื่องพัฒนาความรู้ความสามารถของประชาชน เพื่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับ Hypertension Stage I (Mild) และ Hypertension Stage II (moderate) โดยที่ก่อนการรักษาเคยมีความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติ ยึดตามหลักเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 Hypertension Stage I (Mild) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตของซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) อยู่ในช่วง 140-159 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) อยู่ในช่วง 90-99 มม.ปรอท ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 Hypertension Stage II (Moderate) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) อยู่ในช่วง 160-179 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) อยู่ในช่วง 100-109 มม.ปรอท

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) หมายถึง รูปแบบการวิจัยที่เน้นให้ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Outside expert) ที่มีการนำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้น ไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง และขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลรอง 2) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบ วิธีการ หรือขั้นตอน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีการดำเนินการหรือจัดกิจกรรม และพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) และความร่วมมือของชุมชน ระหว่างผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มผู้นำในชุมชน

อาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน/หมู่บ้าน
ในเขต ต.พิหารแดง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อันนำไปสู่การสร้างการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและพัฒนาารูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้มีการศึกษาทบทวนเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งการนำเสนอ ดังนี้

1. สถานการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
2. การแพทย์ทางเลือก
 - 2.1 สมาริบำบัดแบบ Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri Technique (SKT)
 - 2.2 การกดจุดสะท้อนเท้า
3. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต
4. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 แนวคิดการสร้างคามตระหนัก
 - 5.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 5.3 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ
 - 5.4 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
 - 5.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research)
 - 5.6 เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ After Action Review (AAR)
 - 5.7 แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. สถานการณ์และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติ (Chobanian; et al. 2003: 1206–52) ทำให้หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดให้ไหลเวียนไปตามหลอดเลือด ความดันเลือดประกอบด้วยสองค่า ได้แก่ ความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (ความดันช่วงหัวใจบีบ; Systole) และ ความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (ความดันช่วงหัวใจคลาย; Diastole) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) >140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) >90 มม.ปรอท

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP >140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP <90 มม.ปรอท

Isolated office hypertension หรือ White-coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือ สถานบริการสาธารณสุข พบว่า สูง (SBP >140 มม.ปรอทและ/ หรือ DBP >90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต อัตโนมิติพบว่าไม่สูง (SBP <135 มม.ปรอท และ DBP <85 มม.ปรอท)

Masked hypertension (MH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือ สถานบริการสาธารณสุข พบว่า ปกติ (SBP <140 มม.ปรอท และ DBP <90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมิติ พบว่า สูง (SBP >135 มม.ปรอท และ/ หรือ DBP >85 มม.ปรอท) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558)

ความดันโลหิตสูง แบ่งออกได้เป็นความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (ไม่ทราบสาเหตุ) และความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ราวร้อยละ 90-95 จัดเป็นความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ หมายถึง มีความดันโลหิตสูงโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน (Carretero; & Oparil. 2000: 329–35) ที่เหลืออีกร้อยละ 5-10 เป็นความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ มักจะมีสาเหตุจากภาวะอื่นที่มีผลต่อไต หลอดเลือดแดง หัวใจ หรือระบบต่อมไร้ท่อ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด หัวใจวาย หลอดเลือดโป่งพอง (เช่น หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาโป่งพอง) โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย และเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตที่สูงในระดับปานกลางก็มีความสัมพันธ์กับอายุขัยที่สั้นลง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมการกินอาหารสามารถช่วยลดความดันเลือดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวได้ แต่สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแล้วไม่ได้ผลหรือไม่เพียงพอจำเป็นต้องรักษาด้วยยา

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงมักไม่ค่อยจำเพาะกับอาการใดๆ ส่วนใหญ่มักตรวจพบจากการตรวจคัดกรองหรือพบโดยบังเอิญจากการมาพบแพทย์ด้วยภาวะอื่นๆ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนหนึ่ง

มักบอกอาการปวดศีรษะโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอยในช่วงเช้า เวียนศีรษะ ภูมิคุ้มกัน มีเสียงหัวใจในหู หน้ามืดหรือเป็นลม (Fisher; & Williams. 2005: 1463–81) อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าวมักสัมพันธ์กับความวิตกกังวลมากกว่าภาวะจากความดันโลหิตสูง (Marshall; Wolfe; & McKevitt. 2012) การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะความดันโลหิตสูงจะตรวจพบโรคที่จอตาจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive retinopathy) จากการตรวจตาโดยใช้กล้องส่องตรวจในตา (Ophthalmoscopy) (Wong; & Mitchell. 2007: 425–35)

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิและความดันโลหิตแบบทุติยภูมิ ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ (Primary Hypertension) หรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดชัดเจน (Carretero; & Oparil. 2000: 329–35) ในสภาพสังคมปัจจุบัน พบว่าความดันเลือดเพิ่มขึ้นตามอายุ และความเสี่ยงของการเป็นความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุนั้นสูง (Vasan; et al. 2002: 1003–10) ความดันโลหิตสูงเป็นผลจากความสัมพันธ์ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบยีนหลายชนิดที่มีผลเล็กน้อยต่อความดันโลหิต (Ehret; Munroe; & Rice. 2011: 103–9) และมียีนจำนวนน้อยมากที่มีผลอย่างมากต่อความดันโลหิต (Lifton; Gharavi; & Geller. 2001: 545–56) แต่สุดท้ายปัจจัยด้านพันธุกรรมต่อความดันโลหิตสูงยังไม่เป็นที่เข้าใจกันมากนักในปัจจุบัน ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมหลายอย่างที่มีผลต่อความดันโลหิต พฤติกรรมที่ช่วยลดความดันโลหิตอย่างชัดเจน อาทิ การลดการบริโภคเกลือ (Mac Gregor. 2009: 363–84) การรับประทานผลไม้และอาหารที่มีไขมันต่ำ (อาหารลดความดันโลหิต (Dietary Approaches to Stop Hypertension; DASH diet)) การออกกำลังกาย (Dickinson; Mason; & Nicolson. 2006: 215–33) การลดน้ำหนัก (Haslam; & James. 2005: 1197–209) การลดการบริโภคแอลกอฮอล์ (Whelton; et al. 2002: 1882–8) ความเครียดอาจมีผลต่อความดันเลือดเล็กน้อย (Marshall; Wolfe; & McKevitt. 2012) เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเรื่องเทคนิคการคลายความเครียดในการลดความดันเลือด (Dickinson; et al. 2006: 215–33) ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่ชัดเจน ได้แก่ การบริโภคคาเฟอีน (Mesas; Leon-Muñoz; Rodriguez-Artalejo; & Lopez-Garcia. 2011: 1113–26) และการขาดวิตามินดี (Vaidya; & Forman. 2010: 774–9) เชื่อกันว่าภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ซึ่งพบได้บ่อยในคนอ้วนและเป็นองค์ประกอบของกลุ่มอาการเมแทบอลิก (Metabolic syndrome) เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง (Sorof; & Daniels. 2002: 441-7) การศึกษาเร็วๆ นี้ พบนัยยะว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงต้นของชีวิต เช่น น้ำหนักแรกเกิดน้อย มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ และการไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจเป็น

ปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุในผู้ใหญ่ แต่ทั้งนี้การอธิบายกลไกดังกล่าวยังคลุมเครือ (Lawlor; & Smith. 2005: 259-64)

2. ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ คือ ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิมีสาเหตุที่สามารถระบุได้ โรคไตเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ ความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดจากโรคต่อมไร้ท่อต่างๆ เช่น กลุ่มอาการคุชชิง ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย สภาพโตเกินไม่สมส่วน กลุ่มอาการคอนน์ (Conn's syndrome) หรือ ภาวะอัลโดสเตอโรนสูง ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป และฟีโอโครโมไซโตมา (Dluhy; & Williams. 1998: 729-49) สาเหตุอื่นๆ ของความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ เช่น โรคอ้วน อาการหยุดหายใจขณะหลับ การตั้งครรภ์ หลอดเลือดเอออร์ตาแคบ (Coarctation of the Aorta) ยาบางชนิดและสมุนไพร เช่น การบริโภคอะมเฟตามีน และยาเสพติดบางชนิด (Grossman; & Messerli. 2012: 14-22)

ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจะมีความต้านทานการไหลของเลือดในร่างกาย (หรือเรียกว่าแรงต้านส่วนปลายทั้งหมด; Total Peripheral Resistance) สูงขึ้นทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น ในขณะที่ปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac output) ยังปกติ (Conway. 1984: 617-60) มีหลักฐานอธิบายสาเหตุว่าในผู้ที่อายุน้อยบางคนที่มีภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (Prehypertension) มีปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีสูง อัตราหัวใจเต้นสูงขึ้น และแรงต้านส่วนปลายทั้งหมดยังปกติ ซึ่งเรียกว่าภาวะ "Hyperkinetic Borderline Hypertension" (Palatini; & Julius . 2009: 199-205) เมื่อคนเหล่านี้อายุมากขึ้น ปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีจะลดลง และแรงต้านส่วนปลายทั้งหมดเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งเป็นลักษณะตรงตามแบบของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุดังที่กล่าวข้างต้น (Palatini; & Julius. 2009: 199-205) แต่กลไกดังกล่าวยังเป็นที่ถกเถียงกันหากจะใช้อธิบายรูปแบบการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยทุกราย (Andersson; Lingman; Himmelmann; Sivertsson; & Widgren. 2004: 250-4)

กลไกของแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เกิดจากการตีบแคบลงของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและหลอดเลือดแดงจิ๋ว (Arteriole) (Folkow. 1982: 347-504) และอาจมีส่วนจากการลดจำนวนและความหนาแน่นของหลอดเลือดฝอยด้วยความดันโลหิตสูงยังทำให้ความยืดหยุ่นตาม (Compliance) ของหลอดเลือดต่ำลง (Safar; & London GM. 1987: 133-9) ซึ่งทำให้เลือดไหลจากหลอดเลือดดำกลับหัวใจมากขึ้น จนเพิ่มการทำงานของหัวใจ (ชนิด preload) เป็นเหตุให้เกิดหัวใจวายช่วงหัวใจคลาย (Diastolic Dysfunction) ขึ้นในที่สุด แต่ถึงกระนั้นบทบาทของการบีบเส้นเลือดเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ก็ยังไม่เป็นที่ยืนยันชัดเจน (Schiffrin. 1992: 1-9)

ความดันชีพจร (Pulse Pressure) คือ ผลต่างความดันช่วงหัวใจบีบและคลาย ซึ่งมักเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง หมายความว่าความดันช่วงหัวใจบีบสูงขึ้นอย่างผิดปกติ แต่ความดันช่วงหัวใจคลายอาจปกติหรือต่ำ เรียกภาวะนี้ว่า ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง (Isolated Systolic Hypertension) ผลจากความดันชีพจรที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวอธิบายจากความแข็ง

ของหลอดเลือดแดง (Arterial Stiffness) ที่มักสัมพันธ์กับความชราและอาจเปลี่ยนแปลงได้จากภาวะความดันโลหิตสูง (Chobanian. 2007: 789–96)

มีกลไกหลายอย่างที่ถูกเสนอขึ้นเพื่ออธิบายการเพิ่มขึ้นของแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายในภาวะความดันโลหิตสูง ที่พบหลักฐานเกี่ยวข้องมากได้แก่

1. การรบกวนการควบคุมเกลือและน้ำของไต โดยเฉพาะความผิดปกติของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ในไต (Navar. 2010: 1998–2000) และ/หรือ
2. ความผิดปกติของระบบประสาทซิมพาเทติก (Esler; Lambert; & Schlaich. 2010: 1996–8)

กลไกดังกล่าวเชื่อกันว่าจะเกิดร่วมกัน และเป็นไปได้ที่ทั้งสองกลไกมีผลร่วมกันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่ มีการสันนิษฐานว่าการทำงานของเนื้อเยื่อบุโพรงหลอดเลือด (Endothelial Dysfunction) และการอักเสบของหลอดเลือดอาจมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายและความเสียหายของหลอดเลือดในภาวะความดันโลหิตสูง (Versari; Daghini; Viridis; Ghiadoni; & Taddei. 2009: 527–36)

การวินิจฉัยความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงต้องมีภาวะที่ความดันเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไป (National Clinical Guideline Centre. 2011: Online) ต้องวัดความดันเลือดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตได้สูง 3 ครั้งในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน (North of England Hypertension Guideline Development Group. 2011: Online) ประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเบื้องต้นต้องมีการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างครบถ้วน เนื่องจากในปัจจุบันมีการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง (24-hour Ambulatory Blood Pressure Monitors; ABPM) และเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่บ้าน (Home Blood Pressure Machines; HBPM) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง โดยอุปกรณ์ดังกล่าวมีประโยชน์เพื่อป้องกันการวินิจฉัยผิด จากภาวะความดันโลหิตสูงปลอมเฉพาะเวลาพบบุคลากรทางการแพทย์ (White coat hypertension) เวชปฏิบัติ ในสหราชอาณาจักรในปัจจุบัน อาศัยการอ่านค่าความดันโลหิตจากเครื่องวัดความดันโลหิตต่อเนื่อง หรืออาจใช้การอ่านค่าความดันโลหิตจากเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่บ้านเป็นเวลาต่อเนื่องกัน 7 วัน (National Clinical Guideline Centre. 2011: Online) อีกภาวะหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงคือภาวะความดันโลหิตสูงเทียมในผู้สูงอายุ (Pseudo Hypertension in the Elderly) เชื่อว่าเกิดจากมีหินปูนเกาะตามหลอดเลือดแดง ทำให้อ่านค่าความดันเลือดจากการวัดได้สูงในขณะที่ความดันที่แท้จริงในหลอดเลือดนั้นปกติ (Franklin; Wilkinson; & McEniery. 2012: 173–8)

ในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีผลการวัดความดันเลือดช่วงหัวใจบีบ และ/หรือความดันเลือดช่วงหัวใจคลาย มากกว่าค่าความดันเลือดปกติอย่างต่อเนื่อง (ในปัจจุบันถือเอาค่าความดันเลือดปกติคือ ความดันเลือดช่วงหัวใจบีบไม่เกิน 139

มิลลิเมตรปรอท และความดันเลือดช่วงหัวใจคลายไม่เกิน 89 มิลลิเมตรปรอท แนวทางการรักษา โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2555) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558) แบ่งประเภทผู้ที่มีความดันเลือดต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทตามค่าความดันมากน้อย โดยใช้จัดเป็นกลุ่ม "เหมาะสม" (Optimal) "ปกติ" (Normal) และ "ปกติค่อนข้างสูง" (High normal)

ในช่วงความดันโลหิตสูงก็มีการจัดกลุ่มตามความรุนแรงเช่นเดียวกัน โดย JNC 8 แยกกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทออกเป็น "ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1" (Hypertension Stage I) "ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2" (Hypertension Stage II) และ "ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง" (Isolated Systolic Hypertension) ความดันโลหิตเฉพาะช่วงหัวใจบีบสูง หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบสูงแต่ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายปกติ มักพบในผู้สูงอายุ (Chobanian; et al. 2003: 1206–52) ในขณะที่ ESH-ESC Guidelines (ค.ศ.2007) (Mancia; De Backer; & Dominiczak. 2007: 1751–62) BHS IV (ค.ศ.2004) (Williams; et al. 2004: 139–85) และแนวทางการรักษาของประเทศไทย (พ.ศ. 2555) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558) มีการเพิ่มกลุ่ม "ความดันโลหิตสูงระยะที่ 3" หมายถึง ผู้ที่มีความดันเลือดช่วงหัวใจบีบมากกว่า 179 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันเลือดช่วงหัวใจคลายมากกว่า 109 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูง "ชนิดดื้อ" (Resistant) หมายถึง การใช้ยาไม่สามารถลดความดันเลือดกลับมาอยู่ในระดับปกติได้ (Chobanian; et al. 2003: 1206–52) การจำแนกประเภทความดันเลือด โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

รายการ	ความดัน ตัวบน (SBP) (มม.ปรอท)		ความดันตัวล่าง (DBP) (มม.ปรอท)
ระดับความดันที่เหมาะสม	<120	และ	<80
เกณฑ์ปกติ	120-129	และ/ หรือ	80/84
สูงกว่าปกติ	130-139	และ/ หรือ	85-89
Grade 1 hypertension (mild) สูงเล็กน้อย	140-159	และ/ หรือ	90-99
Grade 2 hypertension (moderate) สูงปานกลาง	160-179	และ/ หรือ	100-109
Grade 3 hypertension (severe) สูงมาก	≥180	และ/ หรือ	≥110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥140	และ	<90

*หมายเหตุ: SBP = Systolic blood pressure; DBP = diastolic blood pressure. เมื่อความรุนแรงของ SBP และ DBP อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับ ISH ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แค่ SBP

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558). 2558.

เนื่องจากภาวะโรคจากความดันโลหิตสูงพบมากในผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูง ดังนั้นกลยุทธ์ประชากรจึงจำเป็นต้องลดผลที่ตามมาจากความดันโลหิตสูงและลดความจำเป็นในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต แนะนำให้ลดความดันเลือดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนเริ่มการรักษาด้วยยา ทั้งแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูง สหราชอาณาจักร ค.ศ. 2004 (BHS IV) (Williams; et al. 2004: 139–85) โปรแกรมการให้การศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ค.ศ. 2002 (Whelton; et al. 2002: 1882–88) และแนวทางการรักษาของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2555) แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงด้วยวิธีดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558)

1. ควบคุมน้ำหนักให้เป็นปกติในผู้ใหญ่ (ให้ดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18.5-23 กิโลกรัม/ตารางเมตร)
2. จำกัดโซเดียมในอาหารให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน (น้อยกว่า 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน หรือน้อยกว่า 2.4 กรัมของโซเดียมต่อวัน)
3. ออกกำลังกายชนิดแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3 วันในสัปดาห์
4. ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เกิน 2 drink/วันในผู้ชาย และไม่เกิน 1 drink/วัน ในผู้หญิง (1 drink เทียบเท่ากับสุรา (40%) 44 มิลลิตร เบียร์ (5%) 355 มิลลิตร หรือไวน์ (12%) 148 มิลลิตร) รับประทานผักและผลไม้มากๆ (อย่างน้อย 5 ส่วนต่อวัน)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดความดันโลหิตได้เทียบเท่ากับการใช้ยาลดความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกันตั้งแต่สองอย่างขึ้นไป จะยิ่งให้ผลที่ดีมากขึ้น (Williams; et al. 2004: 139–85) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาถึงการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีหลากหลายรูปแบบดังที่จะกล่าวในหัวข้อต่อไป

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีหลากหลายแนวทางที่สามารถช่วยรักษา ฟื้นฟู และควบคุมให้ความดันอยู่ในระดับปกติ ได้ดังนี้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างแรกเริ่มที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลักษณะเดียวกันกับการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง รวมถึงการปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก วิธีดังกล่าวพบว่าช่วยลดความดันเลือดในผู้ป่วยได้อย่างมาก (Blumenthal; Babyak; & Hinderliter. 2010: 126-35) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ยังแนะนำให้ปฏิบัติร่วมกับการใช้ยาลดความดันโลหิตแม้ว่าความดันเลือดจะสูงจนต้องพิจารณาใช้ยากก็ตาม

การปรับเปลี่ยนอาหาร เช่น ลดปริมาณเกลือพบว่า มีประโยชน์ จากการศึกษาระยะยาว (มากกว่า 4 สัปดาห์) ในชาวคอเคเซียนเรื่องการรับประทานอาหารชนิดโซเดียมต่ำ พบว่า มีประโยชน์ในการลดความดันเลือด ทั้งในผู้ที่มีความดันเลือดปกติ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (He; & MacGregor. 2004) นอกจากนี้ อาหารลดความดันโลหิต (Dietary Approaches to Stop Hypertension; DASH diet) หรืออาหารที่มีถั่ว ธัญพืช ปลา สัตว์ปีก ผักและผลไม้ที่แนะนำโดยสถาบันหัวใจ ปอดและเลือดแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ช่วยลดความดันเลือดได้ หลักการแล้วคือการลดปริมาณการบริโภคโซเดียม แม้ว่าอาหารดังกล่าวจะมีโพแทสเซียมแมกนีเซียม แคลเซียม หรือโปรตีนมากก็ตาม (Greenhalgh; Dickson; & Dundar. 2009: 1-104)

ตาราง 2 ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต
ลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI ≥ 25 กก./ม. ²	ทุกๆ BW ที่ลดลง 1 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 1 มม.ปรอท โดยรวมการลด BW 10 กก. สามารถลด SBP ได้เฉลี่ย 5-20 มม.ปรอท
การรับประทานอาหารแบบ DASH	SBP ลดลง 8-14 มม.ปรอท
การจำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,300 มก.ต่อวัน	SBP ลดลง 2-8 มม.ปรอท
การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ	SBP ลดลงเฉลี่ย 4 มม.ปรอท DBP ลดลงเฉลี่ย 2.5 มม.ปรอท
การลดการดื่มแอลกอฮอล์	SBP ลดลง 2-4 มม.ปรอท

*หมายเหตุ BMI = Body mass index; BW = body weight; SBP = systolic blood pressure; DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension; DBP = diastolic blood pressure.

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2558. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558).

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีรายละเอียดดังนี้

1. การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ/ใกล้เคียงปกติ โดยให้มีค่า BMI ตั้งแต่ 18.5-22.9 กก./ม.² และเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 ซม. และผู้หญิงน้อยกว่า 80 ซม. แนะนำให้ตรวจสอบน้ำหนักด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอในกรณีที่มิภาวน้ำหนักเกินหรืออ้วนแนะนำให้ลดน้ำหนัก โดยการที่น้ำหนักลดลงตั้งแต่ ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวขึ้นไปจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงเทียบเท่ากับยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด

2. การออกกำลังกาย แนะนำให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะเป็น หรือไม่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกาย ความหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อสุขภาพที่ดี โดยในแต่ละวันอาจแบ่งออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง และควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉงลดพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ เพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัว สำหรับการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิด Cardiovascular disease (CVD) ควรออกกำลังกายแบบ แอโรบิก (การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อหัวใจใหญ่ๆ หลายๆ มัดทำงานพร้อมกัน หรือสลับกัน อย่างต่อเนื่อง) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยไม่ควรงดออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน สามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้น ร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220-อายุในหน่วยปี) หรือ ยังสามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื่องได้ (Self-talk test) รวมเป็นระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที ตัวอย่างแบบการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบไม่ผิด ตัดหญ้า เดินแอโรบิกแบบเบาๆ เป็นต้น

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้น ร้อยละ 70-85 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรทำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที หรือครั้งละ 10 นาที เป็นระยะเวลาารวมกันอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ตัวอย่าง แบบการออกกำลังกายที่มีความหนักมาก เช่น การออกกำลังกายต่อเนื่องในโรงยิม ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบผิด ปั่นจักรยานแข่งขัน

การออกกำลังกายแบบตะวันออก เช่น ชีกง (qi gong) ไทเก๊ก (tai chi) หรือโยคะเป็นหลักการแพทย์ทางเลือกประเภทหนึ่ง ในการแนะนำผู้ป่วย พบว่า อาจสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ นอกจากนั้นอาจสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก เนื่องจากอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยกเว้น กรณีที่สามารถควบคุมโลหิตได้เป็นปกติแล้ว การออกกำลังกายร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยในการคุมน้ำหนักที่ลดลงแล้วให้คงที่ โดยการออกกำลังกายเพื่อรักษาน้ำหนักให้คงที่ ทำได้โดยการออกกำลังกายระดับ ปานกลางถึงมาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 7 ชั่วโมง อย่างสม่ำเสมอ ผู้ที่มีภาวะใดภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

ก. SBP>180 มม.ปรอท หรือ DBP>110 มม.ปรอท

ข. มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกแรงเล็กน้อยหรือขณะพัก

ค. มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ง. มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

จ. โรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

ฉ. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ

ช. ผู้สูงอายุ

3. การจำกัดโซเดียมในอาหาร การบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300 มก./วัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ป่วยที่มี และไม่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) มีโซเดียม 2,000 มก. น้ำปลา 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 320-455 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มก.

4. การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) โดยเน้น อาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับ ผักดิบ ประมาณ 2 ถ้วย (1 ถ้วยตวง) หรือผักสุก 1 ถ้วย (1/2 ถ้วยตวง) ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับ ผลไม้หั่นพอดีคำ ประมาณ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผล หรือ ผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2-4 ผล หรือ ปริมาณผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองกาแฟได้พอดี 1 จาน) นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์ นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน ซึ่งรูปแบบอาหารดังกล่าวจะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร ในปริมาณสูงซึ่งช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิต จากการลดโซเดียมในอาหาร อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้รับประทานโพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปแบบของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อหวังผลในการช่วยลดระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคไต หรือได้รับยาที่เพิ่มระดับโพแทสเซียม การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณให้มากขึ้น ถือเป็นพฤติกรรม การบริโภคที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีผลป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ โดยมีการศึกษา พบว่าการรับประทาน ผักและผลไม้ รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ โดยเฉพาะจาก โรคหัวใจและหลอดเลือด

5. การจำกัด หรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกรณีที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วไม่แนะนำให้ ดื่ม ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรจำกัดปริมาณดังนี้ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม ได้แก่

- เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝ่าใหญ่ หรือ 30 มล.
- เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มล.
- น้ำขาว อุ กระแช่ 10% ปริมาณ 3 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 150 มล.
- สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6% ปริมาณ 4 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 200 มล.
- เบียร์ 5%: 240 มล. 3.1.5.6 เบียร์ 6.4%: ½ กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่
- ไวน์ 12%: 100 มล.

6. การหยุดบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลา เพียง 3-5 นาที เพื่อแนะนำ ให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่ สามารถช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ควรพิจารณา ใช้น้ำยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเน้นการปรับเปลี่ยนในระยะยาว โดยสิ่ง สำคัญในกระบวนการดังกล่าว คือ การให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการ

ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ และเป็นรูปธรรมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ และหมั่นให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้อาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหารผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

การรักษาโดยการไยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นั่นคือ ก่อนการรักษาโดยการไยาลดความดันโลหิตควรประเมินความเสี่ยงโดยรวมของผู้ป่วยต่อการเสียชีวิตจาก CVD ใน 10 ปี ข้างหน้าก่อน และวางแผนการรักษาผู้ป่วยทุกรายควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้การรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง จะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงโดยรวม ต่อการเสียชีวิตจาก CVD สูงและสูงมาก ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ควรเริ่มให้ยาถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับ $>140/90$ มม.ปรอท หลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง หรือ ปานกลางถึงสูง ควรเริ่มให้ยาถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับ $>140/90$ มม.ปรอท หลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม & ให้ยาลดความดันโลหิต

แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการปรับพฤติกรรมและการให้ยาลดความดันโลหิต				
ระดับความดันโลหิต	High normal* SBP 130-139 หรือ DBP 85-89	Grade 1 HT SBP 140-159 หรือ DBP 90-99	Grade 2 HT SBP 160-179 หรือ DBP 110-109	Grade 3 HT SBP $\geq$ 180 หรือ DBP $\geq$ 110
RF, TOD, CVD, CKD				
ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น	ไม่ต้องรักษา	ปรับพฤติกรรม 2-4 เดือน หาก BP $>140/90$ ให้ยา	ปรับพฤติกรรม 2-4 เดือน หาก BP BP $>140/90$ ให้ยา	ปรับพฤติกรรมเริ่ม ให้ยาทันที
มีปัจจัยเสี่ยงอื่น 1-2 ข้อ	ปรับพฤติกรรม ไม่ต้องให้ยา	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ หาก BP $>140/90$ ให้ยา	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ หาก BP $>140/90$ ให้ยา	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที
มีปัจจัยเสี่ยงอื่นตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป	ปรับพฤติกรรม ไม่ต้องให้ยา	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ หาก BP $>140/90$ ให้ยา	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที
TOD, CKD Stage 3 หรือเป็น เบาหวาน	ปรับพฤติกรรม ไม่ต้องให้ยา	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที
Symptomatic CVD, CKD stage ≥ 4 หรือเบาหวานที่มี TOD/RFs	ปรับพฤติกรรม ไม่ต้องให้ยา	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที	ปรับพฤติกรรม เริ่มให้ยาทันที

*หมายเหตุ BP = blood pressure; RF = risk factor; Tod = target organ damage; CVD = cardiovascular disease; CKD = chronic kidney disease; HT = hypertension; SBP = systolic blood pressure; DBP = diastolic blood pressure; CKD stage ≥ 4 = eGFR < 30 มล./นาที/ 1.73 ม.^2 ; CKD stage 3 = eGFR 30-59 มล./นาที/ 1.73 ม.^2 *ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ High normal อาจพิจารณาให้ยาในผู้ป่วยที่มี masked hypertension

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558 (2558).

ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย

1. ความดันโลหิต < 140/90 มม.ปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป
2. ความดันโลหิต < 140-150/90 มม.ปรอท ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี แต่น้อยกว่า 80 ปี
3. ความดันโลหิต < 150/90 มม.ปรอท ในผู้ป่วยที่อายุ > 80 ปี
4. ความดันโลหิต < 130/80 มม.ปรอท ในผู้ป่วยอายุ < 50 ปี
5. ความดันโลหิต < 140/90 มม.ปรอท ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
6. ความดันโลหิต < 140/90 มม.ปรอท ในผู้ป่วย CKD ที่ไม่มี Albuminuria และโรคไตเรื้อรังที่มี Albuminuria น้อยกว่า 30 มก.ต่อวัน
7. ความดันโลหิต < 130/80 มม.ปรอท ในผู้ป่วย CKD ที่มี Albuminuria ตั้งแต่ 30 มก.ต่อวันขึ้นไป
8. ความดันโลหิต < 140/90 มม.ปรอท ในผู้ป่วยที่เคยเป็น CVD แล้ว

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การรักษาความดันโลหิตสูงระดับปานกลางและรุนแรง ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราเป็นโรค และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (Musini; Tejani; Bassett; & Wright. 2009) การศึกษาในผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี ยังมีจำกัด แต่ในการทบทวนวรรณกรรมเร็ว ๆ นี้สรุปว่า การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ช่วยลดอัตราการตายและการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่ได้ลดอัตราการเสียชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญชัดเจน (Musini; Tejani; Bassett; & Wright. 2009) ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมายความดันโลหิตที่แนะนำคือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยยากกลุ่มแรกที่แนะนำในสหรัฐอเมริกาคือยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ (Aronow; Fleg; & Pepine. 2011: 2037–114) และแนวทางเวชปฏิบัติของสหราชอาณาจักร แนะนำให้ใช้ยากกลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ เป็นยากกลุ่มแรก โดยมีความดันเลือดเป้าหมายที่ <150/90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อพบแพทย์ หรือ <145/85 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตต่อเนื่อง หรือเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่บ้าน (National Institute Clinical Excellence. 2011: Online)

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา มีการเสื่อมของหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดแดงแข็งซึ่งเป็นผลให้ SBP เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น มีรายงานว่าในชาวยุโรปและบางเชื้อชาติที่ไม่ใช่ชาวยุโรป พบว่า SBP จะเพิ่มสูงขึ้นตลอดชีวิต ส่วน DBP จะมีช่วงสูงสุดในผู้ชายอายุ 60 ปี และผู้หญิงอายุ 70 ปี หลังจากนั้น DBP จะลดลง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ร่วมกับโรคความดันโลหิตจึงทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลา

เดียวกัน ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไปดังต่อไปนี้

1. การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง คือ การวัดความดันโลหิต มีข้อควรระวังเพิ่มเติมดังนี้ ความดันโลหิตของผู้สูงอายุมีความแปรปรวน (Variability) อย่างมาก อาจถึงร้อยละ 50 ในแต่ละช่วงเวลาของวัน ผู้ป่วยสูงอายุจะพบภาวะ WCH ได้บ่อยแม้ในผู้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่แล้วก็พบปรากฏการณ์ของ White-coat effect ได้ โดยระดับความดันโลหิตที่วัดขณะอยู่ในโรงพยาบาล มักมีค่าสูงกว่าระดับความดันโลหิตที่วัดได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้ไปพักผ่อนที่บ้าน การแก้ไขปัญหาคือการแปรปรวนของความดันโลหิตที่วัดได้ในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตที่วัดที่บ้านจะสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน TOD รวมทั้งอัตราการตายได้ดีกว่าความดันโลหิตที่วัดที่โรงพยาบาล จึงควรใช้ความดันโลหิตที่วัดที่บ้านของผู้สูงอายุประกอบการรักษาจะดีกว่าความดันโลหิตที่วัดที่โรงพยาบาล เนื่องจากความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุอาจลดลงได้มาก ภายในสองชั่วโมงแรกหลังรับประทานอาหารจึงควรวัดความดันโลหิตที่บ้านในช่วงเวลาอื่น

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นเหมือนของเกณฑ์ผู้ใหญ่ทั่วไป คือ $>140/90$ มม.ปรอท แต่เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษานั้นเปลี่ยนไป คือในคนอายุตั้งแต่ 60 ปีแต่ไม่ถึง 80 ปี ให้เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษา $<140-150/90$ มม.ปรอท และคนอายุ >80 ปี ให้เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษา $<150/90$ มม.ปรอท

2. การประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การประเมินเหมือนของผู้ใหญ่ทั่วไปที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดและของอวัยวะต่างๆ จึงควรหา TOD ให้ละเอียด และตรวจหาโรคร่วมอื่นที่ผู้ป่วยเป็นอยู่แล้ว เช่น ต่อมลูกหมากโต ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิด CVD ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน เป็นต้น

3. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุ คือ การปรับพฤติกรรมเหมือนของประชาชนทั่วไปเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด CVD และช่วยคุมระดับความดันโลหิต

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ยา ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมี 4 กลุ่ม คือ CCBs, thiazide type diuretics, ACEIs และ ARBs เหมือนของประชากรทั่วไป ยาตัวแรกที่นิยมใช้รักษา คือ CCBs หรือยาขับปัสสาวะชนิด Thiazide หากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้เป้าหมายให้เพิ่มยา ACEIs หรือ ARBs กรณีที่ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้ CCBs ร่วมกับ Thiazide และ ACEIs (หรือ ARBs) ถึงขั้นนี้แล้วหากยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ จะถือว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา (Resistant hypertension)

จากข้อความข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าการดำเนินการวินิจฉัยครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับ Hypertension Stage I (mild) และ Hypertension Stage II (moderate) โดยที่ก่อนการรักษาเคยมีความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่า

ปกติ ยึดตามหลักเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 Hypertension Stage I (mild) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) อยู่ในช่วง 140-159 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) อยู่ในช่วง 90-99 มม.ปรอท ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 Hypertension Stage II (moderate) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) อยู่ในช่วง 160-179 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) อยู่ในช่วง 100-109 มม.ปรอท โดยนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. การแพทย์ทางเลือก

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้นำการแพทย์ทางเลือกเข้ามาช่วยในการสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าเป็นวิธีการที่แตกต่างไปจากวิธีการหลักหรือการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการแพทย์ทางเลือกนี้สามารถเข้ามาทดแทนหรือมาดำเนินการรักษาควบคู่ไปกับการแพทย์แนวทางหลักได้

ความหมายของการแพทย์ทางเลือก

ความหมายของการแพทย์ทางเลือกได้มีการอธิบายไว้ โดย เทวัญ ธาณิรัตน์ (2014) ได้ อธิบายว่า คำว่า “ทางเลือก” เทียบกับ “ทางหลัก” จะเข้าใจว่า เป็นอีกทางหนึ่ง ที่นำมาเป็นตัวเลือกในการตัดสินใจ ที่จะใช้ทางไหน ทางหลัก คือทางที่คนส่วนใหญ่ใช้กัน ส่วนทางเลือก เป็นทางใหม่หรือทางอื่น ที่เป็นตัวที่จะเลือกใช้ หากคนยอมรับและใช้กันมากก็จะกลายเป็นทางหลักไปอีกเช่นกัน ความหมายของการแพทย์ทางเลือกนั้นขึ้นกับ เวลา และสถานที่ ในระยะเวลาแตกต่างกัน ความหมายก็แตกต่างกัน เช่น ในประเทศไทยสมัยรัชกาลที่ 4 ในสมัยนั้น มีหมอฝรั่งนำการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาใช้ในสยามประเทศ เราเรียกการแพทย์แผนตะวันตกในตอนนั้นว่า การแพทย์ทางเลือก ในสถานที่ต่างกันจะมีความหมายแตกต่างกัน เช่น ในประเทศอินเดีย จะใช้การแพทย์แผนอินเดีย เป็นการแพทย์หลักของประเทศอินเดีย เช่น การแพทย์อายุรเวท ถือเป็นการแพทย์แผนปัจจุบันของอินเดียถูกต้องตามกฎหมาย เพราะประชาชนทั้งประเทศยอมรับที่จะใช้เป็นหลัก ประเทศจีนมีการใช้การแพทย์แผนโบราณของจีนเป็นหลัก ถือเป็นการแพทย์กระแสหลักของจีนเช่นเดียวกัน

ในปี 2001 มีการประชุมกัน ของประเทศที่เป็นสมาชิกของ องค์การอนามัยโลก WHO ได้ให้ คำจำกัดความของ Complementary and Alternative Medicine หรือ CAM มักใช้อธิบายวิธีการรักษาต่างๆ ที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการรักษาโดยทั่วไปของประเทศนั้นๆ และไม่ได้ถูกรวมเข้ากับระบบรักษาพยาบาลหลักของประเทศ คำอื่นๆ ที่อาจใช้ในการอธิบายการรักษาเหล่านี้ ได้แก่ "การ

รักษาทางธรรมชาติ", "การแพทย์ทางเลือก", หรือ "การรักษาโดยองค์รวม"แต่สำหรับในประเทศไทยนั้น การแพทย์ทางเลือก คือ การแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์อื่นๆ ที่เหลือถือเป็นการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด

ดังนั้นสามารถสรุปความหมายของ การแพทย์ทางเลือกได้ว่า เป็นรูปแบบการรักษาที่เป็นทางเลือกหนึ่งในการตัดสินใจ นอกเหนือจากวิธีการรักษาแบบหลักหรือการแพทย์ในปัจจุบัน ซึ่งได้รับความนิยมและยอมรับมาปรับใช้กับการรักษาควบคู่หรือทดแทนกับการรักษาทางกายภาพ เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นต้น

ประเภทการแพทย์ทางเลือก

ประเภทการแพทย์ทางเลือกสามารถจำแนกได้ 2 เกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์จำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก และเกณฑ์จำแนกการใช้งาน ดังนี้

1. การจำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก โดยหน่วยงานของ National Center of Complementary And Alternative Medicine (NCCAM) ได้จำแนกออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1.1 Alternative Medical Systems คือ การแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษา วินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการ ทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษา และหัตถการต่างๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณของจีน (Traditional Chinese Medicine) การแพทย์แบบอายุรเวชของอินเดีย ฯ

1.2 Mind-Body Interventions คือ วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจ เช่น การใช้สมาธิบำบัด โยคะ ชี่กง เป็นต้น

1.3 Biologically Based Therapies คือวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้ สารชีวภาพ สารเคมีต่างๆ เช่น สมุนไพร วิตามิน Chelation Therapy, Ozone Therapy หรือแม้กระทั่งอาหารสุขภาพ เป็นต้น

1.4 Manipulative and Body-Based Methods คือ วิธีการบำบัดรักษาโดยใช้หัตถการต่างๆ เช่น การนวด การดัด การจัดกระดูก Osteopathy, Chiropractic เป็นต้น

1.5 Energy Therapies คือวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้พลังงานในการบำบัดรักษา ที่สามารถวัดได้และไม่สามารถวัดได้ในการบำบัดรักษา เช่น การสวดมนต์บำบัด พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เรกิ โยเร เป็นต้น

2. การจำแนกการแพทย์ทางเลือกตามการใช้งาน จำแนกได้ 2 แบบ ได้แก่

2.1 Complementary Medicine คือการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริม หรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

2.2 Alternative Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การแพทย์ทางเลือกตามเกณฑ์การใช้งาน ในแบบ Complementary Medicine หรือการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม แม้จะมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญมาแต่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาจรรยาบรรณในการวิจัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสำคัญ จึงใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นสิ่งสนับสนุนในการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กันไป ผู้วิจัยจะไม่แนะนำให้หยุดยารับประทานด้วยตนเอง รวมถึงเป้าหมายสำคัญของการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตแบบมีส่วนร่วม ด้วยวิธีการรักษาที่ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจแนวทางการรักษาด้วยตนเองเพื่อสนับสนุนการรักษาแบบปกติ จึงเป็นเหตุผลให้การศึกษาครั้งนี้เลือกการแพทย์ทางเลือกแบบ Complementary Medicine

แนวคิดการลดความดันโลหิตจากการแพทย์ทางเลือก

แนวคิดการลดความดันโลหิตตามแนวทางการแพทย์ทางเลือกที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคิดสมาธิบำบัด SKT และ แนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนเท้า สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้ (กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย, 2555: 25-26)

2.1 สมาธิบำบัดแบบ Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri Technique (SKT)

แนวคิดหนึ่งที่ใช้ในการลดความดันโลหิตของการแพทย์ทางเลือก คือ สมาธิบำบัดแบบ SKT ซึ่งมีตัวย่อมาจากชื่อของผู้คิดค้น นั่นคือ รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี หรือ Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri Technique ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีแนวคิดมาจากการศึกษาเรื่องระบบประสาทของมนุษย์ที่มีความเชื่อมโยงระหว่าง การปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบประสาทที่ส่งผลดีต่อกันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดดังกล่าวได้พบว่าหากเราสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ยิ่งทำให้การทำสมาธินั้นมีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่นๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี

จึงได้นำองค์ความรู้ทั้งเรื่องสมาธิ โยคะ ชีกง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การปฏิบัติสมาธิด้วยเทคนิคการหายใจ และการควบคุมประสาทสัมผัสทางตาและหู ผสมผสานกัน จนพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัดแบบใหม่ขึ้น 7 เทคนิค หรือเรียกว่า SKT 1-7 ที่ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงถือได้ว่าสมาธิบำบัด SKT เกิดจากการนำหลักประสาทวิทยาศาสตร์มาผสมผสานกับการปฏิบัติสมาธิ เกิดเป็นสมาธิเพื่อการบำบัดในรูปแบบใหม่ รวมถึงในการทดลองกับทั้งตัวเองและตัวคนไข้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ จนเป็นที่ยืนยันได้ว่า ประโยชน์ของสมาธิบำบัด SKT นั้นสามารถบำบัดโรคเบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง และเอ็ดส์ได้

วิธีการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT

วิธีการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT มีทั้งสิ้น 7 ท่า แต่ละเทคนิคมีความเหมาะสมแตกต่างกันออกไป ได้แก่ ท่าที่ 1-2 เหมาะสำหรับผู้ที่ยังไม่ป่วย ใช้สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ลดอาการต่างๆ, ท่าที่ 3-5 เหมาะสำหรับผู้ป่วยแล้ว ต้องการปรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปให้กลับมาสู่สภาพที่เป็นปกติ และท่าที่ 6-7 เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ป่วยหนัก ต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจากการศึกษา ทบทวน พบว่าท่าที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้คือ ท่าที่ 1,2,4 และ 5 ที่สามารถช่วยลดความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี สามารถสรุปวิธีการในท่าต่างๆ ได้ดังนี้

ท่าที่ 1 (SKT 1) นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต เป็นท่าที่ช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย ลดความดันโลหิต และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ท่าสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1

ที่มา: สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554).

ท่าที่ 2 (SKT 2) ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต ช่วยลดความดันโลหิตและลดน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้ดี และควบคุมการทำงานของไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ท่า SKT ท่าที่ 2

ที่มา: สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554).

ท่าที่ 3 (SKT 3) นั้งยืน-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต แก้อาการปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก ช่วยลดไขมันหน้าท้องอาการท้องผูก อาการปวดหลังและเข่า และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ท่าสมาริบำบัด SKT ท่าที่ 3

ที่มา: สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554).

ท่าที่ 4 (SKT 4) ก้าวย่างอย่างไทย เหยียดกาย ประสานจิต ช่วยบำบัดผู้ป่วยโรคทางพันธุกรรม เบาหวานและโรคเกี่ยวกับไขกระดูก ช่วยยืดอายุและเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทาน กับโรคเรื้อรังทุกประเภท ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 ทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 4

ที่มา: สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554).

ท่าที่ 5 (SKT 5) ยืนเหยียดอย่างไทย เเย้วยากาย ประสานจิต แก้อาการปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดเข่า ช่วยป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพและเเย้วยากายในผู้ที่มีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อ ช่วยลดความดัน ลดน้ำตาลในเลือด ลดอาการปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก เพิ่มภูมิต้านทาน ลดอาการหายใจลำบาก หลอดลมอุดกั้น ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 5

ที่มา: สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554).

ท่าที่ 6 (SKT 6) เทคนิคการฝึกสมาธิ การเยียวยาไทยจินตภาพ ใช้บำบัดผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยอัมพาต เทคนิคนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อัมพาต และผู้ที่มีปัญหาระบบการไหลเวียนโลหิต ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ท่าสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 6

ที่มา: สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554).

ท่าที่ 7 (SKT 7) เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหว ไทยซีกง ใช้บำบัดผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยลดอาการท้องผูก นอนไม่หลับ อาการปวดเรื้อรัง/ เจ็บปลิ้นและภูมิแพ้ ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ท่าสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 7

ที่มา: สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554).

ข้อควรระวังในการฝึกสมาธิบำบัด SKT

1. ขณะที่ฝึกปฏิบัติ ควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม่รัดตึง
2. อุณหภูมิของสถานที่ฝึก ต้องไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป
3. ไม่ควรฝึกขณะหิว หรืออิ่มเกินไป
4. จิตจะต้องเป็นสมาธิ ไม่ไหวตามสิ่งเร้ารอบข้าง เช่น เสียง กลิ่น การพูดคุยของคนอื่นที่อยู่ข้างๆ เป็นต้น
5. ควบคุมอารมณ์และความคิดให้หนึ่ง ไม่คิดเรื่องใดๆ ให้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออก
6. ระวังการถูกรบกวนทันที ต้องควบคุมจิตใจให้เป็นสมาธิอย่างแน่วแน่
7. ขณะฝึกอาจมีอาการง่วงนอน ห้ามฝึกขณะขับชี่ยานพาหนะ
8. หากมีอาการแน่นอึดอัดหรือหน้ามืด ให้หยุดฝึกและลงนั่งหรือนอนพักทันที
9. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควรพกกลูโคมติดตัวไว้ด้วย
10. ควรเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ นุ่มนวลระวังการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ได้แก่ หัวใจ ปอด ม้าม ตับ ไต เป็นต้น

2.2 แนวคิดการนวดกดจุดสะท้อนเท้า

ศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นศาสตร์ที่ถือกำเนิดมาจากชาวอียิปต์และชาวจีนโบราณกว่า 5,000 ปีมาแล้ว และได้แพร่หลายไปยังหลายๆ ประเทศในเวลาต่อมา จนมาถึงประเทศไทยซึ่งเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา สืบเนื่องมาจากประชาชนชาวไทยเริ่มให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้นและหันมาพึ่งวิธีการรักษาแบบแผนโบราณ อันได้แก่ การรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม ประคบสมุนไพร นวดไทย นวดกดจุดสะท้อนเท้า และวิธีอื่นๆ อีกมากมาย แทนการรับประทานยาปฏิชีวนะ ซึ่งการรักษาที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาตนเองที่เป็นที่ยอมรับกันมากในหมู่ประชาชนชาวไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดเท้านั้นมีผู้ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เพราะสังเกตเห็นได้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการนวดเท้า และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การนวดเท้าเป็นวิธีการทางธรรมชาติโดยมิได้ใช้อุปกรณ์ใดๆ จึงไม่ก่อให้เกิดอันตราย ประหยัดและปลอดภัย เป็นที่ประจักษ์กันมานานหลายปีแล้วว่าการนวดให้ผลการรักษาได้ ปัจจุบันการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจึงจัดอยู่ใน“แพทย์ทางเลือก” (สถาบัน/ศูนย์พรหมวชิรญาณ คลินิกแพทย์แผนไทย-จีน. มปป.)

การนำแนวคิดนี้มาสนับสนุนการศึกษาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เนื่องจากปัญหาที่ยาปฏิชีวนะหรือยารับประทานยังไม่สามารถควบคุมความดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะส่วนหนึ่งเกิดมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารรสเค็มจัด ที่ส่งผลให้ไตทำงานหนัก อาหารพวกเนยและมันเนย อาหารจานด่วน หรืออาหารจานเดียว เช่น ผัดกระเพราไข่ดาว ผัดซีอิ๊วข้าวมันไก่ เป็นต้น รวมถึงของหวานประเภทต่างๆ ทั้งขนมไทยและขนมฝรั่ง

อาหารเหล่านี้มักส่งผลต่อระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล) ให้สูงขึ้นนอกจากนี้ยังมีปัจจัยจากความเครียดที่มีผลต่อฮอร์โมนในต่อมหมวกไต ไปทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเช่นกัน

ความดันโลหิตสูงที่มักกลัวที่สุด คือ อันตรายต่อหลอดเลือดหัวใจมีผลให้หัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจอาจตายได้ดังนั้นหากเรารู้จักป้องกันแต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคหลักเลี่ยงอาหารมัน อาหารหวาน อาหารเค็ม ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอและหลักเลี่ยงความเครียดจะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้ (กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. 2555)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแพทย์จะให้ยารับประทานร่วมกับให้คำแนะนำในการงดอาหารหวานมันเค็ม การทำตัวไม่เครียด พักผ่อนให้เพียงพอ แต่หากพบว่าผู้ป่วยยังคุมระดับความดันไม่ได้ จึงจะหาวิธีอื่นมาช่วยเหลือผู้ป่วย ตามแนวคิดที่ว่า "ไม่มีศาสตร์การแพทย์แผนใดแผ่นหนึ่งแผ่นเดียวที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน ร้อยเปอร์เซ็นต์" ทุกศาสตร์การแพทย์ยังมีช่องว่าง

ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ เป็นไปเพื่อเติมเต็มช่องว่างทางการแพทย์จึงเป็นที่มาของการแพทย์แบบผสมผสาน (Complementary medicine) ให้การดูแลสมบูรณแบบและมีความเป็นองค์รวมมากขึ้น ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการนำการแพทย์แผนตะวันออกหรือแผนจีนมาผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบำบัดโรคความดันโลหิตสูงด้วยกันกดจุดบนฝ่าเท้าที่เป็นตัวแทนอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เพื่อส่งผ่านพลังตามเส้นแนวโคจรพลัง (Meridian line) ช่วยให้พลังเดินสะดวกตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนมองว่าร่างกายของมนุษย์หากพลังงานไหลเวียนดีโดยไม่ติดขัดถือว่ามีความสุขแต่หากมีการติดขัดที่ใดจะถือว่าไม่มีความสุข

ทั้งนี้เราควรตรวจสอบการติดขัดของเส้นโคจรพลังระหว่างการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยหากพบ "เม็ดทราย" (Micro crystal) หรือตัวบ่งบอกว่าพลังเกิดความติดขัดในร่างกายผู้เชี่ยวชาญด้านการกดจุดจะต้องกดให้มันคลายนั้นแต่คลายพลังจะได้เดินสะดวกและผู้ป่วยจะมีสุขภาพดีขึ้น (กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. 2555)

ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องกด 62 จุดภายใต้ฝ่าเท้าเพื่อให้พลังไหลเวียนต่อเนื่องทุกอวัยวะจากนั้นมานับอีก 26 จุดที่เป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายและสุดท้าย คือ การเน้นที่ 11 จุด ที่เป็นตัวแทนในการลดความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย จุดศูนย์รวมประสาท หัวใจ ต่อมใต้สมอง ต่อมพิทูอิทารี จุดตรงฐานหัวแม่เท้ากระดูกสันหลัง กระบังลม ปอด ต่อมหมวกไต ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ

หลักการทำงานของวิธีการกดจุดสะท้อนเท้า

“เท้า” เป็นอวัยวะหนึ่งที่สำคัญของร่างกายที่ช่วยรับรองน้ำหนักตัวทั้งหมดของร่างกายมนุษย์ ยิ่งไปกว่านั้นยังซ่อนแถบบำบัด “ZONE THERAPY” ที่ช่วยให้มนุษย์ทุกคนสามารถบำบัด

มนุษย์ โดยอาศัยแถบบำบัดหรือจุดบำบัดนี้ การกดจุดสะท้อนเท้าในลักษณะนี้จะต้องอาศัยกระบวนการที่เรียกว่า กระบวนการสะท้อนกลับของร่างกาย “REFLEXOLOGY”

กระบวนการสะท้อนกลับของเท้า “FOOT REFLEXOLOGY” เป็นกระบวนการที่สัมพันธ์ภายในร่างกายของมนุษย์ กล่าวคือ เท้ามนุษย์เรามีตำแหน่งการตอบสนองต่างๆ ซึ่งสัมพันธ์กับทุกส่วนของร่างกาย ดังนั้นการกดจุดตำแหน่งต่างๆ ที่เท้าจึงสามารถวินิจฉัยได้ว่าส่วนใดของร่างกายเกิดความไม่สมดุลขึ้น ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายทำงานได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการแก้ไขภาวะต่างๆ โดยใช้การกดจุดเท้าจึงเป็นการแก้ไขภาวะที่ไม่สมดุลเหล่านี้ เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างน่าอัศจรรย์ (กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. 2555)

วิธีการกดจุดจุดสะท้อนเท้า

การกดจุดจุดสะท้อนเท้ามีประโยชน์ในการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้ออย่างลึกๆ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและสนับสนุนการทำงานของต่อมน้ำเหลืองภายในร่างกาย กระตุ้นการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ปรับสมดุลของร่างกายให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ ช่วยบำบัดและบรรเทาการเจ็บป่วยของร่างกาย ปรับอุณหภูมิของร่างกายให้เป็นปกติ ขับของเสียออกจากร่างกาย สร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค ทำให้ดูอ่อนกว่าวัย ปรับการทำงานของประสาทส่วนต่างๆ ของร่างกาย ป้องกันโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต ปรับฮอร์โมนของร่างกายให้เป็นปกติ เสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อให้เป็นปกติ และที่สำคัญที่สุด คือ ช่วยฟื้นฟูและผลักดันให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น (กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. 2555)

ศาสตร์ของการกดโดยทั่วไป แบ่งได้ 2 ประเภท คือ การกดเพื่อการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และผ่อนคลายสภาวะจิตใจ (RELEX) เพียงอย่างเดียว จะใช้ไม่เป็นอุปกรณ์ในการกดรวมกับการใช้มืออีกประเภทหนึ่ง คือ การกดจุดจุดสะท้อนที่เท้า เพื่อกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายให้ทำงานได้ปกติหรือเป็นการปรับสมดุลภายในร่างกายโดยอาศัยจุดหรือตำแหน่งการสะท้อนนั้นสามารถวินิจฉัยการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายได้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขในเวลาต่อมา วิธีนี้จะใช้มือในการกดเพียงอย่างเดียว

ศาสตร์การกดจุดจุดสะท้อนเท้า จะใช้นิ้วหรือข้อนิ้วมือกดลงบนจุดสะท้อนที่เท้าซึ่งเรียกว่าปลายประสาท จุดสะท้อนที่เท้ามีทั้งหมด 62 จุด แต่ละจุดเป็นปลายประสาทที่เชื่อมโยงไปยังอวัยวะที่สำคัญในร่างกายทั้ง 62 อย่าง และมีความรู้สึกรับรู้ทั้งหมด 62 แบบ หากทำการกระตุ้นที่จุดสะท้อนใด ย่อมสะท้อนไปยังอวัยวะที่สัมพันธ์กับจุดสะท้อนนั้นๆ โดยตรงต่ออวัยวะหนึ่งเป็นผลให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ระบบต่อเนื่องและการปรับสมดุล ส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูและผลักดันให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ขึ้น กระบวนการดังกล่าวบรรลุผลโดยผ่านระบบเลือดหมุนเวียนเป็นสำคัญ

ประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการบำบัดโรค

จากการนวดเท้ามากกว่า 10,000 คน พบโรคอยู่ 2 กลุ่ม คือ 1) โรคที่เป็นโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อต่างๆ โรคเมะเร็ง โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง 2) โรคที่ไม่มีโรค ได้แก่ เนื้องอก ปวดศีรษะ อัมพาต ฯลฯ ต้องทราบว่าเป็นโรคอะไร และแก้ไขให้ถูกต้องแบ่งออกเป็น 5 ศาสตร์ ดังนี้

ศาสตร์ที่ 1 ธรรมชาติบำบัด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 อาหาร เช่น สมุนไพร

กลุ่มที่ 2 เช่น พลังสวดมนต์ พลังใจ พลังแสง ฯลฯ

กลุ่มที่ 3 โครงสร้างหรือกายภาพ เช่น ศาสตร์ลำตัวโดยรวม ทางจีนได้แก่ ผังเข็ม ทางไทย เช่น เกลียดศักดิ์ นวดราชสำนัก ทางญี่ปุ่น เช่น ชีชี ทางฝรั่ง เช่น อโรมาเธอราปี

ศาสตร์ที่ 2 คือ ฝ่ามือ เมืองจีนมีร้านนวดฝ่ามือ เมืองไทยยังไม่มีใครเก่งจริง ฝ่ามือมีจุดอยู่จุดหนึ่งระหว่างนิ้วชี้และนิ้วโป้ง จุดนี้ทางจีนเรียกว่า เหอกู จุดนี้จะแก้งวงได้ อนาคตจะมีร้านนวดฝ่ามือแก้โรคต่างๆ ได้

ศาสตร์ที่ 3 ใบหู มีจุดสะท้อนไม่แพ้ฝ่ามือ เวลาใช้หูควรใช้ทั้ง 2 ข้าง

ศาสตร์ที่ 4 กระดูกสันหลัง คอ หลัง เอว ก้นกบ ศาสตร์นี้เป็นของจีน ต่างชาตินำไปพัฒนาเรียกว่า ไโครแพรกติก (จัดกระดูก) ใช้เวลาทำ 5-7 นาที

ศาสตร์ที่ 5 เท้า ฝ่าเท้าซ้ายบ่งบอกอวัยวะซ้ายคือหัวใจ ม้าม ไต กรวยไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้เล็ก หัวแม่เท้า บ่งบอกถึงศีรษะ มีสมองเล็ก สมองใหญ่ ส่วนฝ่าเท้าขวา บ่งบอกถึงอวัยวะขวา คือ ถู่น้ำดี ตับ ไส้ติ่ง ที่แตกต่างกัน นอกนั้นจะเหมือนกันทั้งซ้ายและขวา การนวดเท้าช่วยกับการนวดเท้าขวาจำนวนต้องเท่ากัน

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำศาสตร์การนวดกดจุดบำบัดเข้ามาช่วยสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการกดจุดที่ฝ่าเท้าทั้งสิ้น 11 จุด ที่สามารถดูแลหรือกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

จุดที่ 1 จุดศูนย์รวมประสาทและสมอง เป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและสมอง

จุดที่ 33 จุดหัวใจ เป็นการกระตุ้นการทำงานของหัวใจให้ทำงานปกติ

จุดที่ 3 จุดพิทูอิทารี กระตุ้นต่อมพิทูอิทารีให้ทำหน้าที่หลั่งและควบคุมฮอร์โมนในร่างกาย พร้อมทั้งเมตาบอริซึม

จุดที่ 4 จุดไฮโปทาลามัส (ต่อมใต้สมอง) เป็นการกระตุ้นต่อมไฮโปทาลามัสให้ทำงานปกติ

จุดที่ 55 จุดกระดูกสันหลัง กระตุ้นการทำงานของไขกระดูกให้ทำงานผลิตเม็ดเลือดและลดอาการปวดตึงกล้ามเนื้อบริเวณหลัง

จุดที่ 7 จุดต้นคอ เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ไหลเวียนได้สะดวกขึ้นลดอาการปวดตึงหัวไหล่

จุดที่ 44 จุดกระบังลม เป็นตัวกระตุ้นการทำงานของกะบังลมช่วยให้ลมภายในร่างกายเดินสะดวกขึ้น

จุดที่ 14 จุดปอด เป็นการกระตุ้นการทำงานของปอดให้เป็นปกติ

จุดที่ 21 จุดต่อมหมวกไต เป็นการกระตุ้นต่อมหมวกไตทำให้กระบวนการเมตาบอริซึมเป็นไปตามปกติ

จุดที่ 31 จุดท่อไต เป็นการกระตุ้นท่อไตให้ทำงานปกติ

จุดที่ 24 จุดกระเพาะปัสสาวะ เป็นการกระตุ้นการขับปัสสาวะ

หลักของการนวดทั้ง 11 จุด การนวดทำตามขั้นตอนดังนี้ คือใช้มือนวดโดยใช้เฉพาะนิ้วชี้กับนิ้วหัวแม่มือ กดย่ำตรงจุดดังภาพประกอบ จุดละ 10 ครั้ง สามารถพิจารณาตามภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 แสดงจุดสะท้อนบริเวณฝ่าเท้า

ที่มา: กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. (2555).

สถานการณ์การแพทย์ทางเลือก

จากรายงานสำรวจความต้องการ และอัตราการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสานของประชาชนในภาพรวมของโลก (สำนักการแพทย์ทางเลือก. 2557) พบว่า ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาอัตราการขยายตัวที่สูงมาก ยกตัวอย่าง เช่น จากรายงานของ ดร.ไอเซนเบิร์กและคณะ (มหาวิทยาลัยฮาวาร์ด) ทำการสำรวจการใช้ประโยชน์การแพทย์ทางเลือกของประชาชนชาวอเมริกันระหว่างปี 1990 และ 1997 พบว่า ประชาชนใช้บริการการแพทย์ทางเลือกสูงขึ้นถึงร้อยละ 47 (629 ล้านครั้ง) และเป็นตัวเลขที่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับค่าบริการ

การแพทย์แบบปฐมภูมิในปีเดียวกัน (386 ล้านครั้ง) นอกจากนี้ จากการศึกษาและเก็บรวบรวมสถิติการใช้ประโยชน์การแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสาน ของ National Center for Complementary and Alternative Medicine (National Institution of Health) ปี 2002 (ปีล่าสุด) ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติของอเมริกา (National Center for Health Statistics) โดยสำรวจจากประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้นจำนวน 31,044 คน พบว่า ปัจจุบันประชาชนชาวอเมริกันประมาณร้อยละ 62 มีการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสาน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และตัวเลขเพิ่มเป็นร้อยละ 74.6 เมื่อถามว่าเคยมีการใช้ประโยชน์หรือไม่ และจากการสำรวจพบว่า ประชากรที่ใช้ประโยชน์จากการรักษาในรูปแบบนี้เป็นประชากรที่มีการศึกษาสูง (ยกเว้น การสวดมนต์) โดยมีเหตุผลหลัก 5 ประการ คือ การแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสาน จะช่วยให้การรักษาดีขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 55) น่าสนใจที่จะลองดู (ร้อยละ 50) การรักษาแบบแผนปัจจุบันใช้ไม่ได้ผล (ร้อยละ 28) แพทย์แผนปัจจุบันแนะนำให้ทดลองใช้ (ร้อยละ 26) และยาแผนปัจจุบันราคาแพงเกินไป (ร้อยละ 13) (สำนักการแพทย์ทางเลือก. 2557)

จากแนวโน้มดังกล่าวนี้เอง ส่งผลกระทบให้เกิดความตื่นตัวและมีการจัดระบบองค์ความรู้ในเรื่องการแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสานอย่างจริงจังเอาจริงเอาจังในต่างประเทศ ตลอดระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมา รวมทั้งองค์การอนามัยโลกเอง ก็ตระหนักเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงมีการกำหนดยุทธศาสตร์ทางด้านนี้ออกมาในแผนปี 2002-2005 ที่จะช่วยเหลือประเทศต่างๆ ในการกำหนดนโยบายระดับชาติ เพื่อประเมินและควบคุมการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสาน ส่งเสริมการสร้างหลักฐาน (Evidence) ที่น่าเชื่อถือในด้านความปลอดภัย ศักยภาพ และคุณภาพของการรักษาและผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้ และจะให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมีบริการที่มีคุณภาพ มีราคาที่เข้าถึงได้ให้แก่ประชาชน (รวมสมุนไพรด้วย) รวมทั้งจะส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์ (ที่มีหลักฐานอ้างอิงได้จริง) โดยผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ และจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเอง พบว่า มีการแพทย์ทางเลือก 5 เรื่องที่มีการใช้ประโยชน์ในโลกมากที่สุดคือการแพทย์พื้นบ้านของจีน โฮมีโอพาธี ไคโรแพรกติก อายุรเวทและ ยูนานิ เป็นการแพทย์ทางเลือกลำดับแรกของการดำเนินงานโดยองค์การอนามัยโลก ณ ขณะนี้เององค์การอนามัยโลกมีเอกสารรับรองอย่างเป็นทางการในการใช้ประโยชน์จากการฝังเข็ม และไคโรแพรกติก ส่วนอีก 3 เรื่องนั้น กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ และจากข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการทราบว่า การบำบัดแบบโฮมีโอพาธี กำลังอยู่ระหว่างการสรุปผลและรอการประกาศอย่างเป็นทางการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

จากรายงานสุขภาพทางเลือกของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (ตุลาคม 2540) กล่าวว่า กระแสความตื่นตัวเรื่องศาสตร์การแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยนั้น เริ่มก่อตัวอย่างเด่นชัดเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2530 โดยเริ่มต้นจากการนำสมุนไพรมาใช้ การรื้อฟื้นภูมิปัญญาการแพทย์แบบพื้นบ้าน ไปจนถึงการแสวงหารูปแบบ/วิธีการรักษาแบบต่างๆ จากต่างประเทศมาใช้กันอย่างหลากหลาย จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นใน ปี 2545 ตามกฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการระดับกรม

สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย

จากรายงานการศึกษาของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540) โดยทำการส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานกรม กองทางวิชาการในส่วนกลาง และหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง จำนวน 253 หน่วยงาน เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือกจากหน่วยงานต่างๆ ดังกล่าว โดยให้นิยามความหมายของสุขภาพทางเลือกว่า เทคนิควิธีการทางการแพทย์อื่นๆ ที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือยอมรับอย่างเป็นทางการโดยบุคลากรทางการแพทย์ในระบบการแพทย์กระแสหลัก หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือไม่ได้มีการสอนในโรงเรียนแพทย์ หรือไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาลหรือสถาบันการแพทย์แผนปัจจุบัน เทคนิคเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีลักษณะ “ไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง” หรือ “ไม่ใช้เภสัชภัณฑ์ที่เป็นสารเคมี” และเป็นศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่มาจากสังคมและวัฒนธรรมอื่น สามารถสรุปผลได้ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการสำรวจการให้บริการการแพทย์ทางเลือกปี พ.ศ. 2540

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน รพ.ที่ส่ง	จำนวน รพ.ที่ตอบ	รพ.ที่ดำเนินงาน
	แบบสอบถาม ไป (แห่ง)	แบบสอบถามกลับ (แห่ง/ร้อยละ)	การแพทย์ทางเลือก (แห่ง/ร้อยละ)
1. โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	93	53 (56.99%)	13 (13.98%)
2. สสจ.	76	36 (47.37%)	16 (21.05%)
3. กรมการแพทย์	34	13 (38.23%)	9 (26.47%)
4. กรมสุขภาพจิต	19	10 (52.63%)	9 (47.37%)
5. กรมควบคุมโรค	15	9 (66.67%)	5 (33.33%)
6. กรมอนามัย	16	12 (75.00%)	7 (43.75%)
รวม	253	133 (52.57%)	59 (23.32%)

ที่มา: สำนักงานการแพทย์ทางเลือก. (2558). สถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย. สืบค้นออนไลน์

จากการสำรวจการให้บริการการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพปีงบประมาณ 2546 (ต.ค.45-ส.ค.46) ของกองการแพทย์ทางเลือก โดยส่งแบบสอบถามสำรวจและสุ่มเข้าเก็บข้อมูลบางแห่ง พบว่า จากการส่งแบบสอบถามไปยังสถานพยาบาลทั้งสิ้น 1,092 แห่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 92 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 720 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 280 แห่ง สรุปผลดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงผลการสำรวจสถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกปี 2546

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน รพ.ที่ส่ง แบบสอบถามไป (แห่ง)	จำนวน รพ.ที่ตอบ แบบสอบถามกลับ (แห่ง/ร้อยละ)	รพ.ที่ดำเนินงาน การแพทย์ ทางเลือก (แห่ง/ ร้อยละ)
1. โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	92	63 (68.48%)	48 (52.17%)
2. โรงพยาบาลชุมชน	720	202 (28.05%)	59 (8.19%)
3. โรงพยาบาลเอกชน	280	112 (40%)	22 (7.85%)
รวม	1092	377 (34.52%)	129 (11.81%)

หมายเหตุ ไม่รวมการให้บริการการแพทย์แผนไทยในการศึกษา และผู้สรุปนำเสนอข้อมูล ภายใต้สมมุติฐานว่าผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามถือว่าไม่มีการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือก ที่มา: สำนักงานการแพทย์ทางเลือก. (2558). สถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย. สืบค้นออนไลน์

โดยการแพทย์ทางเลือกที่มีการให้บริการมากที่สุดคือ คลินิกฝังเข็มมีจำนวน 85 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 65.89 ของจำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือก (129 แห่ง) ส่วนการให้บริการอื่นๆ เช่น การทำตุลยภาพบำบัด ชีกง ดนตรีบำบัดในเด็กออทิสติก การฝึกสมาธิ วารีบำบัด การจัดโปรแกรมอาหารเพื่อสุขภาพ ฯลฯ จากผลการศึกษาทั้งสองจะเห็นว่าในช่วงเวลาประมาณ 6 ปี (2540-2545) โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ มีการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือกสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 13.98 เป็นร้อยละ 52.17 หรือคิดเพิ่มเป็นประมาณ 3.73 เท่า

การใช้การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย

ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ได้รับความนิยมในสังคมไทย พบว่ามีการทำวิจัยเชิงสำรวจใน ภาพกว้างของประชาชนที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 งานวิจัย ดังนี้ (สำนักงานการแพทย์ทางเลือก. 2557)

1. จากรายงานสุขภาพทางเลือกของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540) เป็นการสำรวจในภาพกว้างของประชาชน โดยศึกษาจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน เอกชนที่มีบทบาทการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือกถึงเทคนิคเฉพาะของศาสตร์สุขภาพ ทางเลือก ที่ได้รับความนิยมและถูกเลือกมาใช้ในกลุ่มเป้าหมาย แบ่งได้ 3 อันดับ ดังนี้

อันดับที่ 1: Massage, Exercise, Juice Therapy, Meditation, Relaxation, Yoga

อันดับที่ 2: Fasting, Lifestyle Change, Natural Food, Breathing Pattern, Counseling, Music Therapy, Herbals

อันดับที่ 3: Acupuncture, Colon Therapy, Nutrition Supplement, Nutritional Therapy, Macrobiotic, Guide Imaginary, Detoxification

2. จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ของ สมพร เติร์มชัยศรี และคณะ เรื่องการสำรวจข้อมูลและการดูแลสุขภาพทางเลือกในคนไทย ปี พ.ศ.2543 เป็นการสำรวจตัวอย่าง จำนวน 400 คน ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 357 คน (89.3%) โดยมีลักษณะดังนี้

2.1 เป็นเพศหญิง 241 คน (68.3%) และชาย 112 คน (31.7%)

2.2 มีการศึกษาสูงกว่าอุดมศึกษา 268 คน (80%) ต่ำกว่าอุดมศึกษา 65 คน (20%) มีวิธีการรักษาโรคดังนี้

- พบแพทย์แผนปัจจุบัน 222 คน คิดเป็น 62.1%
- ใช้แผนโบราณและแผนปัจจุบัน 85 คน คิดเป็น 23.8%
- ซื้ยยาเอง 16 คน คิดเป็น 5.1%
- ซื้ยยาแผนโบราณและยาสมุนไพร 10 คน คิดเป็น 3.2%
- ที่เหลือใช้วิธีอื่น ๆ

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ศาสตร์ที่คนไทยรู้จักให้ความศรัทธาและมีความนิยมใช้จำนวน 25 ศาสตร์ อาทิเช่น สมุนไพร การนวด สมาธิ/โยคะ การนวดศีรษะ รำมวยจีน/ไทเก๊ก พลังรังสีธรรมชาติ หัตถ์บำบัด พลังจักรวาล/โยเร การฝังเข็ม การฝังดนตรี การสวดมนต์/ภาวนา ออบสมุนไพร การใช้เครื่องหอม/ยาต้ม การใช้วิตามิน/เกลือแร่/อาหารปลอดสารพิษ ดื่มน้ำผัก/ผลไม้ การสวนล้างพิษ ศิลปะบำบัด การผ่อนคลายแบบ Biofeedback การใช้วิชาธรรมจักร ฯ

นอกจากนี้ยังมีการนำศาสตร์การแพทย์ทางเลือกรูปแบบต่าง ๆ ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่ชัดเจนที่สุดคือ กลุ่มเพื่อนมะเร็งที่มีการนำเอาการแพทย์ทางเลือกทั้งในรูปแบบของอาหารสุขภาพ การนวดสมาธิ การใช้หินบำบัด ฯลฯ มาใช้ร่วมด้วย

หลักในการพิจารณาเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก

ในการพิจารณาเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกควรคำนึงถึงหลัก 4 ประการ คือ

1. ความน่าเชื่อถือ (Rational) โดยดูจากที่ว่า วิธีการหรือองค์ความรู้ด้านการแพทย์ทางเลือกชนิดนั้น ประเทศต้นกำเนิดให้การยอมรับหรือไม่ หรือมีการใช้แพร่หลายหรือไม่ ใช้มาเป็นเวลานานแค่ไหน มีการบันทึกไว้หรือไม่ อย่างไร

2. ความปลอดภัย (Safety) เป็นเรื่องสำคัญมาก ว่ามีผลกับสุขภาพของผู้ใช้อย่างไร การเป็นพิษแบบเฉียบพลันมีหรือไม่ พิษแบบเรื้อรัง มีเพียงไร อันตรายที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวมีหรือไม่ หรือวิธีการนั้นทำให้เกิดภัยอันตรายต่อร่างกายหรือไม่ เป็นต้น

3. การมีประสิทธิภาพ (Efficacy) เป็นเรื่องที่จะต้องพิสูจน์ หรือมีข้อพิสูจน์มาแล้ว ว่าสามารถใช้ได้จริง มีข้อมูลยืนยันได้ว่าใช้แล้วได้ผล ซึ่งอาจต้องมีจำนวนมากพอหรือใช้มาเป็นเวลานานจนเป็นที่ยอมรับ จากการศึกษาวิจัยหลากหลายวิธีการ เป็นต้น

4. ความคุ้มค่า (Cost - Benefit - Effectiveness) โดยเทียบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดด้วยวิธีนั้นๆ คุ้มค่า สำหรับผู้ป่วยนั้นหรือไม่ ในโรคที่ผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมาน โดยอาจเทียบกับฐานะของ ผู้ป่วยแต่ละคน เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสาร สามารถสรุปได้ว่าในช่วง 7 ปีที่ผ่านมาเรื่องความนิยมในการใช้ แพทย์ทางเลือกมีอัตราการขยายตัวสูงมากขึ้นเรื่อยๆ และกำลังเป็นที่สนใจของประชาชนในสังคม เป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ในการทำการศึกษางานองค์ความรู้ด้านการแพทย์ทางเลือก ต่างๆ ในด้านการบำบัดดูแลสุขภาพ โดยใช้กลุ่มการแพทย์ทางเลือก Mind-Body Interventions คือ วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจ เช่น การใช้สมาธิบำบัดในรูปแบบต่างๆ และกลุ่ม Biologically Based Therapies คือวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้ สารชีวภาพ สารเคมีต่างๆ เช่น อาหารสุขภาพ Ozone Therapy สมุนไพร และกลุ่ม Manipulative and Body-Based Methods คือ วิธีการ บำบัดรักษาโดยใช้ หัตถการต่างๆ เช่น การกดจุดสะท้อนเท้า การจัดกระดูก Osteopathyฯ สำหรับใช้ในการเพิ่มศักยภาพทักษะการสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ ทางเลือก ทั้งนี้รูปแบบกิจกรรมที่จัดขึ้น ต้องใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในการทำวิจัย และเป็นสิ่ง ที่ผู้ร่วมวิจัยมีความสนใจและต้องการโดยแท้จริง เพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยแนวคิดการลดความดันโลหิตตามแนวทางการแพทย์ทางเลือกที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการ ศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคิดสมาธิบำบัด SKT ซึ่งเป็นศาสตร์หนึ่งที่ใช้ในการลดความดันโลหิต ของการแพทย์ทางเลือก มีตัวย่อมาจากชื่อของผู้คิดค้น นั่นคือ รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี- เตรียมชัยศรี หรือ Somporn Kantaradusdi- Triamchaisri Technique และ การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เน้นที่ 11 จุด ที่เป็นตัวแทนในการลดความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการแสดงถึง ประสิทธิภาพของ สมาธิบำบัด SKT และการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือก

สมาธิบำบัดแบบ SKT

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของ การแพทย์ทางเลือกในรูปแบบการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT2 ที่มีความเกี่ยวข้องกับการลดความดัน โลหิต ดังเช่นการศึกษาของ สุภาพร แนวบุตร (2558) ได้ศึกษาเรื่องผลของการปฏิบัติเทคนิคสมาธิ เพื่อการเยียวยา SKT 2 ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงปฏิบัติเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 2 หลังการทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและความ ดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังพบว่าหลังฝึกปฏิบัติเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT2 แล้ว ค่าเฉลี่ยการรับรู้การ ปฏิบัติเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาส จิบสมานบุญ และอุบล สุทธิเนียม (2556) ได้ศึกษาเรื่องสมาธิบำบัด SKT 2 ต่อระดับความดันโลหิตและตัวบ่งชี้ทางเคมี เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบไม่สุ่มสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 43 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาและได้รับการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 2 จำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาจำนวน 22 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยความดันทั้งสองตัวในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ ลดลงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถบ่งชี้ได้ว่าการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT มีผลต่อการลดระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้ และเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รวมถึงเมื่อมีการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT อย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่ความดันโลหิตจะลดลงอย่างต่อเนื่อง

กตจุตสะท้อนเท้า

จากการศึกษาบททบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือกรูปแบบการกตจุตสะท้อนเท้า พบว่าผลการศึกษาบ่งชี้ได้ว่าการกตจุตสะท้อนเท้าสามารถสนับสนุนให้เกิดการควบคุมหรือลดความดันโลหิตได้ ดังเช่นงานวิจัยของ ละอองดาว ชุ่มฉิ (2554) ได้ศึกษาเรื่องผลของการนวดกตจุตสะท้อนเท้าต่อการลดระดับความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยศึกษาวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน โดยคัดเลือกจากการประเมินด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรงและแบบวัดความเครียดด้วยสายตา มีระดับคะแนนความเครียดปานกลางขึ้นไป โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและการนวดกตจุตสะท้อนเท้า จำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและการนวดเท้าจำนวน 29 ราย พบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ได้รับการนวดกตจุตสะท้อนเท้ามีระดับความเครียดลดลงในระยะ 5 นาทีและ 24 ชั่วโมง หลังได้รับการนวดกตจุตสะท้อนเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเทียบระดับความเครียดหลังได้รับการนวดของทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ จริยา เขียวผึ่ง และคนอื่นๆ (2554) ได้ศึกษาเรื่องผลของการนวดกตจุตฝ่าเท้าต่อคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนไม่หลับ ได้ดำเนินการศึกษาการวิจัยเชิงทดลองโดยการสุ่มเข้ากลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของการนวดกตจุตฝ่าเท้าต่อคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนไม่หลับ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน โดยผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่พบว่าการนวดกตจุตฝ่าเท้าเป็นกิจกรรมทางเลือกหนึ่งของการดูแลแบบผสมผสานแบบองค์รวมจะสามารถช่วยส่งเสริมการนอนหลับ

นอกจากนี้ งานวิจัยของปราณี จงสมจิตร์ (2551) ศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีระ การผ่อนคลาย และความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน พบว่า ผู้เป็นความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้าแบบนวดจริง สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกที่สูง ไดแอสโตลิกที่สูง ซีพจรที่เต้นเร็ว ได้ดีกว่ากลุ่มนวดเลียนแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถลดการหายใจที่เร็วได้ดีกว่ากลุ่มนวดเลียนแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถเพิ่มการผ่อนคลายและความพึงพอใจได้ดีกว่ากลุ่มนวดเลียนแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของพาพร วิมุกตะลพ (2551) ศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน พบว่า ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าในผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่าในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าในผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าสามารถนำมาใช้ลดระดับความเครียดได้ ซึ่งความเครียดดังกล่าวยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น จนไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถหาสาเหตุได้ และการนวดกดจุดสะท้อนเท้านี้ สามารถช่วยให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำลง ซึ่งจะเห็นได้ว่าวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีประโยชน์เป็นอย่างมากต่อการวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกวิธีสมาธิบำบัดแบบ SKT ร่วมกับวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นส่วนหนึ่งในรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ซึ่งวิธีต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีศักยภาพที่จะพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต อันจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำลงต่อไป

3. พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคล หรือผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่องานตนเองในการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดย ชดช้อย วัฒนะ (2006) ได้ประยุกต์แนวคิดของ เครียร์ (Creer. 2000) โดยได้เสนอขั้นตอนการปฏิบัติให้เหมาะสมกับโรค ใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง (Realistic personal goal setting) โดยเป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมระบุพฤติกรรมที่ตั้งใจจะปรับเปลี่ยนเพื่อให้บรรลุจุดหมาย

รูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยนำเสนอเอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบดังนี้

4.1 ความหมายของรูปแบบ

รูปแบบใช้ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Model” สำหรับความหมายของรูปแบบมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กูด (ซูลีกร ยัมสุด. 2552: 57; อ้างอิงจาก Good. 1973) รวบรวมความหมายไว้ 4 ความหมาย คือ 1) แบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ 2) ตัวอย่างเพื่อเลียนแบบ เช่น ตัวอย่างในการออกเสียง ตัวอย่างในการเป็นครูที่ดี 3) แผนภูมิ หรือรูปสามมิติ ซึ่งเป็นตัวแทนสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหลักการหรือแนวคิด และ 4) ชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่สัมพันธ์กัน ซึ่งรวมถึงตัวแปรประกอบ หรือสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจเป็นสูตรคณิตศาสตร์ หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้ เช่นเดียวกับดาฟ (ซูลีกร ยัมสุด. 2552: 58; อ้างอิงจาก Daff. 1944) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงตัวแทนอย่างง่ายที่ใช้อธิบายมิติที่สำคัญบางมิติขององค์กร ในขณะที่ ทิศนา แคมมณี (2550) กล่าวว่ารูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสร้างมาจากความคิด ประสบการณ์ การใช้อุปมาอุปไมยหรือจากทฤษฎี หลักการต่างๆ และแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง และณัฐศักดิ์ จันทรผล (2552) กล่าวว่ารูปแบบหมายถึงโครงสร้างโปรแกรม ตัวแบบจำลองสภาพความเป็นจริงที่สร้างขึ้นจากการลดทอนเวลาและเทศะ พิจารณามีสิ่งใดบ้างที่จะต้องนำมาศึกษาเพื่อใช้ทดแทนแนวคิดหรือปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง โดยอธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ของรูปแบบนั้นๆ

4.2 ประเภทของรูปแบบ

คีฟ (ทิศนา แคมมณี. 2550; อ้างอิงจาก Keeves. 1997) กล่าวว่าประเภทของรูปแบบจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1) รูปแบบจะต้องไปสู่การทำนาย (Prediction) ผลที่ตามมาซึ่งสามารถพิสูจน์ ทดสอบได้ กล่าวคือสามารถนำไปสร้างเครื่องมือเพื่อไปพิสูจน์ทดสอบได้

2) โครงสร้างของรูปแบบจะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) ซึ่งสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์หรือเรื่องนั้นได้

3) รูปแบบจะต้องสามารถช่วยสร้างจินตนาการ (Imagination) ความคิดรวบยอด (Concept) และความสัมพันธ์ (Interrelations) รวมทั้งช่วยขยายขอบเขตของการสืบเสาะความรู้

4) รูปแบบควรจะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural relationships) มากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเชื่อมโยง (Association relationships)

รูปแบบ (Model) ที่มีโครงสร้างต่างๆ ที่สัมพันธ์กัน โดยรูปแบบตามความคิดของคีฟ (ทิศนา แคมมณี. 2550; อ้างอิงจาก Keeves. 1988: 178) จำแนกได้ 5 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบคล้าย (Analogue Model) คือรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับระบบกายภาพมักเป็นรูปแบบที่ใช้ในวิทยาศาสตร์กายภาพเป็นรูปแบบที่นำไปใช้อุปมากับสิ่งอื่นได้ เช่น รูปแบบแบบจำลองระบบสุริยะที่เกิดขึ้นจริง เป็นต้น

2) รูปแบบที่อธิบายความหมายหรือให้ความหมาย (Semantic Models) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาในการบรรยายลักษณะของรูปแบบชนิดนี้จะใช้วิธีการอุปมาในการพิจารณาด้วยภาษามากกว่าที่จะใช้วิธีอุปมาในการพิจารณาด้วยโครงสร้างกายภาพ

3) รูปแบบที่มีลักษณะเป็นแผนภูมิแบบแผน หรือโครงการ (Schematic Model)

4) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Models) คือเป็นรูปแบบที่กำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในรูปสมการหรือฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์

5) รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal Models) เป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นสมการเชิงเส้นที่ประกอบด้วยตัวแปรสัมพันธ์กันเป็นเหตุและผล มีการทดสอบสมมติฐานผลของรูปแบบจากลักษณะการแบ่งประเภทของรูปแบบของนักวิชาการต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าการแบ่งประเภทของรูปแบบตามแนวคิดที่หนึ่งนั้นบอกให้ทราบถึงลักษณะการเขียนรูปแบบที่มีลักษณะส่วนการแบ่งประเภทของรูปแบบที่สองและสามนั้นเป็นการแบ่งประเภทของรูปแบบที่มีลักษณะส่วนการแบ่งประเภทของรูปแบบตามแนวคิดพื้นฐานในการเสนอรูปแบบในการบรรยาย อธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ เป็นหลัก

4.3 รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ลงสู่การปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การพัฒนาแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จากการนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ ได้รวบรวมมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยดังนี้

อภิสริน มะโนและคณะ (2555) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน เขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยพัฒนากิจกรรมกิจกรรมประกอบด้วย 4 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมงห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 สร้างการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ การชมวีดิทัศน์ประกอบคำบรรยายการเรียนรู้จากผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อน อภิปรายกลุ่มร่วมกันพิจารณาถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวครั้งที่ 2 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองด้านพฤติกรรมโภชนาการโดยให้ความรู้ การสาธิต ผักทักษะและอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 3 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองด้านพฤติกรรมออกกำลังกายโดยให้ความรู้ การสาธิตผักทักษะและอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 4 สร้างการรับรู้ประสิทธิภาพของการตอบสนองในผลดีของการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายโดยการคัดเลือกตัวแบบ อภิปรายกลุ่มจัดกิจกรรมให้ญาติ 1 ครั้งโดยการชม วีดิทัศน์ บรรยาย การเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วย และแนะนำบทบาทญาติในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

รัชย์ ชุตินธรรักษ์ (2553) ศึกษาถึงผลการประยุกต์ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่าการใช้เทคนิคของเพื่อนช่วยเพื่อนในด้านการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานนั้น ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไปของตนเองอยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีอยู่ในระดับปานกลาง และสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับที่อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โทติคิติส (Totikidis. 2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันโรคในบริบทของออสเตรเลียเนื่องจากโรคเรื้อรังมีอัตราเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ความพิการ ปัญหาทางจิตสังคม การเสียชีวิต และทางด้านเศรษฐกิจและวิกฤตด้านนโยบายสุขภาพ อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังจำนวนมากและสถานการณ์โรคสามารถป้องกันได้โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ของชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานของชุมชน ร่วมกับปรัชญาของจิตนิยม (Idealism) วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยในการพัฒนาสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังในบริบทของออสเตรเลีย ความเฉพาะเจาะจงของการศึกษานี้คือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจความเป็นไปได้ของข้อมูลเชิงประจักษ์ทางสถิติหรือทางระบาดวิทยาและการทำงานร่วมกันของคนในชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังและการพัฒนาสุขภาพในระดับบุคคล ชุมชนและระดับระบบ การวิจัยนี้ใช้กระบวนการปฏิบัติ (Praxis) และการออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์เชิงลึกด้านสุขภาพโดยใช้เชิงปริมาณและข้อมูลทางการระบาดและการตั้งคำถาม:มีหลักฐานเชิงประจักษ์/สถานะความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอะไรบ้างปัจจัยความไม่เท่าเทียมกันในชุมชนวิกตอเรีย(Victorian) และครอบคลุมVictorianและออสเตรเลีย ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิจัยเชิงคุณภาพด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มเล็กๆจากชุมชนหนึ่งของเมืองเมลเบิร์น ในการดูแลของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คำถามที่ใช้:การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีประโยชน์อะไรต่อชุมชน มีแนวคิดอะไรสำหรับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ขั้นตอนที่ 3 เป็นการประเมินผลกลยุทธ์โดยใช้คำถาม: ในวิถีทางใดที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของข้อมูลทางด้านสุขภาพและชุมชนที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยพบว่าขั้นตอนที่ 1 เป็นการระบุปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและผลลัพธ์ในความไม่เท่าเทียมกัน ขั้นตอนที่ 2 พบ 6 ปัจจัยหลักที่มีประโยชน์สำหรับชุมชนในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความคิดที่มีประโยชน์สำหรับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และขั้นตอนที่ 3 แสดงให้เห็นผลการประเมินเชิงบวกโดยผู้เข้าร่วมและมีการระบุตัวชี้วัดที่ประสบความสำเร็จของกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรืองานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณและคณะ (2556) ได้ศึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของภาคี

สุขภาพชุมชนการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน และศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้แก่ นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโรงเรียนเทศบาล 4 (วัดแหลมทราย) สังกัดเทศบาลนครสงขลา ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง และขั้นตอนที่ 2 ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูโรงเรียนเทศบาล 4 ผู้ปกครอง อสม.ตัวแทนจากเทศบาลนครสงขลา อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและคำโครงข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากการสนทนากลุ่มผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมภาวะโภชนาการเกิน ด้านความรู้ ทักษะ และด้านการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังเสร็จสิ้นโครงการ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในนักเรียน อยู่ในระดับดีมากโดยแต่ละส่วนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการวางแผน ประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนบุคลากรเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึง

เมนดัล, บอนด์ และอาการ์ต-แฮนเซน (Maindal; Bonde; & Aagaard-Hansen. 2014) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการนำไปสู่การพัฒนาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เป็นการปฏิบัติทั่วไปสำหรับคนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและโครงการนำร่องสำหรับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การศึกษานี้ออกแบบมาเพื่อสำรวจทรัพยากรและสมรรถนะอะไรที่ต้องการ รูปแบบไหนที่ควรนำไปประกอบร่วมกันซึ่งวิธีการศึกษาหนึ่งในสองของวิจัยเชิงปฏิบัติการมีการสำรวจในเรื่องของการปฏิบัติทั่วไป วงรอบที่ 2 ทดสอบรูปแบบที่อธิบายไว้ในท้ายของวงรอบแรก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย 64 คน พยาบาลเฉพาะทาง 8 คน และพยาบาล 10 คนผลการศึกษารูปแบบได้รับจากที่ปรึกษา 6 คนที่จะทำหลังจากที่ได้รับการระบุว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการปฏิบัติคือเจ้าหน้าที่ พยาบาลเวชปฏิบัติ มีความสามารถเพียงพอที่จะดำเนินในกิจกรรมหลักของรูปแบบการปฏิบัติ รูปแบบการปฏิบัติประกอบด้วยองค์ประกอบตามโครงสร้างคือเรื่องการบริโภค และการศึกษาและการศึกษานั้นมีความยืดหยุ่นมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องให้ผลทางด้านคลินิกของผู้ป่วยคือ ดัชนีมวลกาย และ HbA1c จากการศึกษารูปแบบการปฏิบัติทั่วไปของเดนมาร์กมีศักยภาพในการป้องกันโรคเบาหวานตั้งอยู่บนพื้นฐานของวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติอื่น ๆ นั้นขึ้นอยู่กับพยาบาลเฉพาะทางและคำตอบแทนการปฏิบัติงานที่ได้รับ

4.4 สรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดสำคัญของการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งระเบียบวิธีวิจัยและเทคนิคในการพัฒนารวมทั้งรูปแบบการจัดกิจกรรม ได้แก่ แนวคิดการสร้างความตระหนัก ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ After Action Review (AAR) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) โดยพัฒนากระบวนการที่เป็นระบบ วิธีการ หรือขั้นตอน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีการดำเนินการหรือจัดกิจกรรม และพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) และความร่วมมือของชุมชน ระหว่างผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มผู้นำในชุมชน อาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน/หมู่บ้าน ในเขต ต.พิหารแดง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี จะเห็นได้ว่าความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการสร้างกิจกรรมนั้นไม่เพียงแต่ตัวผู้วิจัยอย่างเดียวเท่านั้นที่จะสร้างสรรค์หรือรวบรวมทฤษฎีและแนวคิดมากำหนดกิจกรรมลงสู่กลุ่มเป้าหมาย มีหลักสำคัญ คือการสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ก็นำวิธีการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต การจัดกระบวนการการเรียนรู้ที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความสามารถในการดูแลตนเอง จนกระทั่งสามารถควบคุมตนเอง ซึ่งกิจกรรมที่มีความจำเป็นจากการศึกษาข้างต้นนั้นส่วนใหญ่เน้นไปที่เรื่อง การใช้หลักการแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มเป้าหมายได้เรียนรู้ และฝึกทักษะให้สามารถทำได้เอง ร่วมกับสื่อ อุปกรณ์ที่เชื่อมโยงให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่ม โดยใช้ศักยภาพของคนในชุมชนร่วมกันคิด ช่วยกันสร้างรูปแบบการเรียนรู้อยู่บนพื้นฐานของชุมชนและทรัพยากรในพื้นที่โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อดึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทุกภาคส่วนทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความสะดวก กระตุ้นผู้มีส่วนร่วมแสดงศักยภาพออกมาอย่างเต็มที่ โดยใช้การขับเคลื่อนกิจกรรมด้วยหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) ไปสู่จุดมุ่งหมาย คือการสร้างรูปแบบกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาครั้งนี้ ก็เพื่อเป็นการลดจุดอ่อนของการดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพแบบเดิมๆ ที่เกิดจากรูปแบบกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับค่านิยมวัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิต ขาดความเป็นไปได้ของการปฏิบัติกิจกรรม และความไม่ยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

5. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วม ตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) ดังนั้นจึงมีการทบทวนถึง แนวคิดการสร้างตระหนักรู้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยปฏิบัติการ (Action research) เทคนิคการ สะท้อนผลหลังการปฏิบัติ After Action Review (AAR) แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง ดังนี้

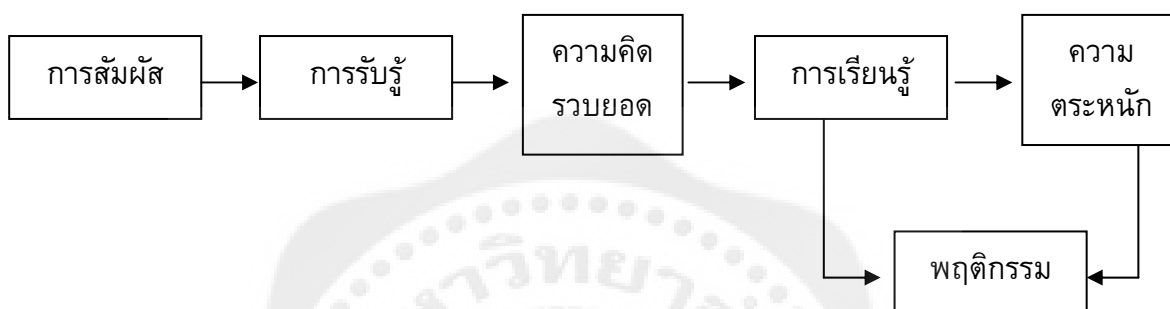
5.1 แนวคิดการสร้างตระหนักรู้ (Awareness)

แนวความคิดความตระหนักรู้เป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยา (Psychological approach) ผสมผสานกับแนวคิดเชิงพฤติกรรมศาสตร์ (Behavior science) โดยความหมายของความตระหนักรู้ ตามราชบัณฑิตยสถาน (2545: 428) หมายถึง การรู้ประจักษ์ชัด รู้ชัดแจ้ง นอกจากนี้ กุลวดี ราช ภาดดี (2545: 38) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่า ถึงความตระหนักรู้ หมายถึง ภาวะการที่บุคคลเกิด ความรู้สึก นึกคิด ความคิดเห็นหรือประสบการณ์จากเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง เป็นภาวะที่บุคคล เข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้โดยเกิดจากสภาวะจิตที่ยอมรับถึงภาวะการหรือ ความโน้มเอียงที่จะเลือกพฤติกรรม และปฏิบัติตนเพื่อแสดงต่อปัญหาหรือเหตุการณ์หนึ่งที่ได้ ประสบ สอดคล้องกับ กุลวดี สุดหล้า (2550) กล่าวว่า ความตระหนักรู้ หมายถึง การแสดงออกซึ่ง ความรู้สึก ความเห็น ความสำนึกเป็นภาวะที่บุคคลเข้าใจและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับ ตนเองได้โดยอาศัย ระยะเวลา เหตุการณ์ประสบการณ์หรือสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัย ทำให้คนเกิด ความตระหนักรู้ นอกจากนั้น เกษม จันทรแก้ว (2547) ได้เสนอเพิ่มเติมว่า ความตระหนักรู้ หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งได้ถูกคิด หรือ เกิดความรู้สึกว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง ภายใต้อารมณ์จิตใจที่สามารถ แสดงออกด้วยการพูด การเขียน การอ่านหรืออื่นๆ โดยอาศัยระยะเวลา ประสบการณ์หรือ สภาพแวดล้อมทางสังคม หรือสิ่งเร้าจากภายนอกให้เกิดความรู้สึกจากการ สัมผัส การรับรู้ความคิด รวบรวม การเรียนรู้หรือความรู้ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้และนำไปสู่ พฤติกรรมที่แสดงออกในสิ่งนั้น

จากความหมายของความตระหนักรู้ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความตระหนักรู้ หมายถึง ภาวะการที่บุคคลเกิดการนึกคิดหรือความรู้สึก ความเห็น ความสำนึกเป็นภาวะที่บุคคลเข้าใจและ ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเอง ภายหลังจากที่บุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือรับ สัมผัสสิ่งเร้า โดยอาศัยระยะเวลา เหตุการณ์ประสบการณ์หรือสภาพแวดล้อม และนำไปสู่การแสดง พฤติกรรมนั้นออกมา

5.1.1 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก

ความตระหนักเป็นผลมาจากกระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) โดยเมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าหรือสัมผัสสิ่งเร้า แล้วจะเกิดความรู้ เมื่อรับรู้ขั้นต่อไปก็จะเข้าใจสิ่งนั้น คือเกิดความคิดรวบยอดและนำไปสู่การเรียนรู้ คือ มีความรู้ในสิ่งนั้นและนำไปสู่การเกิดความตระหนักในที่สุด ซึ่งความรู้และความตระหนักก็จะนำไปสู่การกระทำ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งเร้า (Good. 1973: 54) ตามภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 ขั้นตอนและกระบวนการเกิดความตระหนัก

ที่มา: Good. (1973). *Dictionary of Education*. P. 54.

5.1.2 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความตระหนัก

องค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดความตระหนักมีอยู่ด้วยกัน 3 ประการ (เบรกเลอร์, 1986: 45) ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component) จะเริ่มต้นจากระดับง่ายและมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ 2) อารมณ์ความรู้สึก (Affective component) เป็นความรู้สึกด้านทัศนคติ ค่านิยม ความตระหนักชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดีเป็นองค์ประกอบในการประเมินสิ่งเร้าต่างๆ 3) พฤติกรรม (Behavioral component) เป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยา ท่าทาง ที่มีต่อสิ่งเร้า หรือแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำ

5.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนัก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลมี 3 ประการ (บัณฑิต จุฬาศัย. 2528) ได้แก่

1. ประสบการณ์การรับรู้ที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทั้งในอดีตที่ผ่านมาและในชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องราวใดๆ ขึ้นอยู่กับความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น ประสบการณ์ที่ได้พบเห็นจะมีผลกระทบโดยตรง ทำให้เกิดความรู้ในระดับต่างๆ

2. ความใส่ใจและการให้คุณค่าในเรื่องที่จะรับรู้ซึ่งแปรเปลี่ยนได้หลายระดับ ตั้งแต่ความจำเป็น ความต้องการ ความคาดหวัง ความสนใจ และอารมณ์

3. ลักษณะรูปแบบของเรื่องที่จะรับรู้นอกจากการรับรู้ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเอาใจใส่ และการให้คุณค่าในเรื่องที่จะรับรู้และยังขึ้นอยู่กับรูปแบบของสิ่งหรือเรื่องที่จะรับรู้ เนื่องจากความตระหนักของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ

ดังนั้น ความตระหนักนั้นถือเป็นขั้นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา หากเมื่อ มนุษย์มีความตระหนักต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วย่อมทำให้เกิดความสนใจ ใส่ใจ และมีการตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นได้ เปรียบเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เมื่อตระหนักต่อการควบคุมค่า ความดันโลหิตแล้ว ย่อมมีความสนใจ ใส่ใจที่จะเปิดรับข้อมูล ข่าวสารในการดูแลและควบคุมค่าความ ดันโลหิต และปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจยิ่ง จากแนวคิดเรื่องความตระหนักนี้เอง จึงทำให้สามารถ นำมาเป็นแนวทางในศึกษากับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตกับกลุ่มเป้าหมาย และยังมีส่วน ช่วยทำให้สามารถเข้าใจพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างแท้จริง

5.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนัก

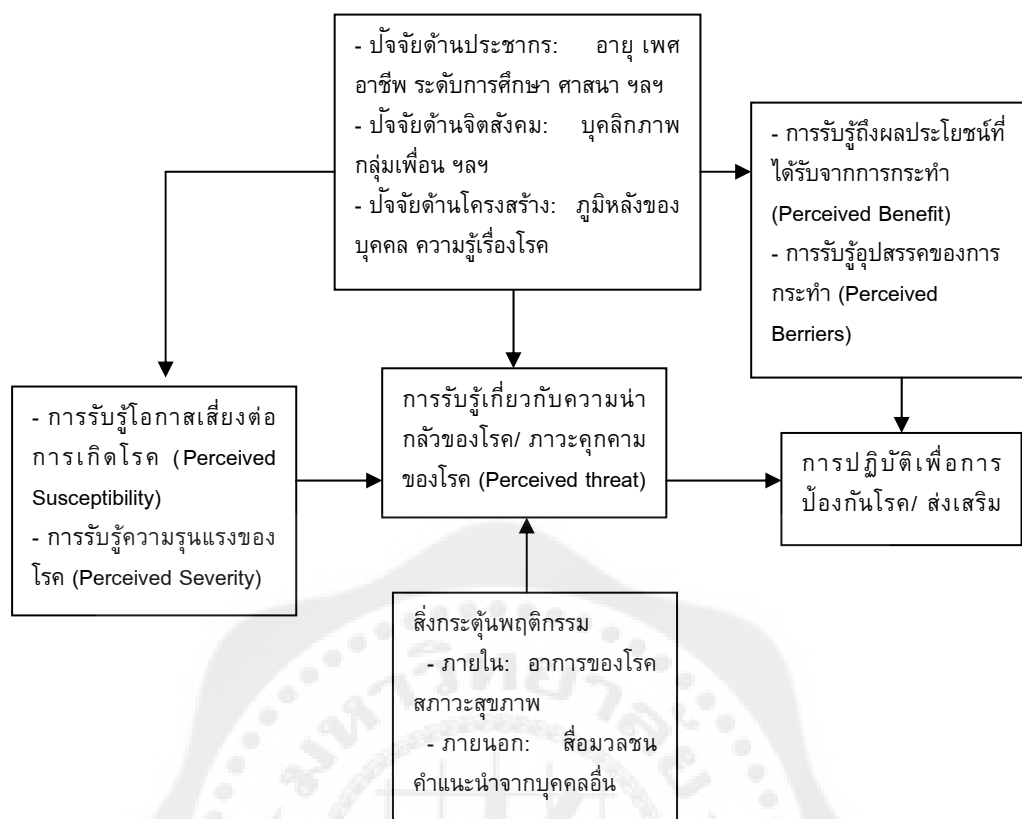
จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนัก ได้แก่ สารภี แสงเดช และ เพชรไสว ลิมตระกูล (2555) ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิต สูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดย การศึกษาสภาพการณ์ ออกแบบบริการสุขภาพ ปฏิบัติและสะท้อนผลการปฏิบัติ ประเมินผลการ ดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มเสี่ยงระยะก่อน ความดันโลหิตสูง พบว่า ควรสร้างหรือกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการป้องกันความดันโลหิตสูง ด้วยการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กลุ่มเสี่ยงได้แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นในเรื่อง โรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบจากความดันโลหิตสูง พัฒนา ทักษะในการลดบริโภคอาหารรสเค็มและบอกปริมาณโซเดียมที่ควรบริโภคในแต่ละวัน คำนวณ ปริมาณโซเดียมในส่วนประกอบของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ เป็นต้น เช่นเดียวกับงานวิจัย ของไพบรมา กลิ่นนิริฐ (2558) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 70 คน โดยแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นพบสภาพการณ์จริงและ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการสะท้อนคิดและตระหนัก ถึงความสำคัญในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดย ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันทบทวนแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งยังร่วมกัน ทบทวนการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยวิธีแลกเปลี่ยนความรู้ ทำความ เข้าใจตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล และผู้ป่วยมีการค้นหาตนเองเกี่ยวกับการวิเคราะห์การดูแล ตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมดูแล สุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้า

ร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มปกติ ไม่ได้เข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดความตระหนักในตนเองต่อการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตในการวิจัยครั้งนี้ สามารถทำได้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเอง ค้นหาตนเองในการดูแลตนเองในรูปแบบต่างๆ ทั้งยังได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับตัวผู้ป่วยเองและนักวิจัย จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น จะช่วยให้สามารถที่จะลดระดับความดันโลหิตได้ต่อไปในอนาคต

5.2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ได้พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1975 โดย Ronald W. Roger (Roger. 1975: 93-114) โดยเริ่มต้นจากการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทฤษฎีนี้ส่วนประกอบร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) คือ การรวมเอาปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรม ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่อีกครั้งและนำมาใช้ในปี 1983 (Rogers. 1983) ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคนี้ได้เน้นในเรื่องการประเมินการรับรู้ด้านข่าวสารในการเผยแพร่ข่าวสาร การประเมินการรับรู้เป็นสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ของโรเจอร์ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาปรับปรุงทฤษฎีนี้และเพิ่มตัวแปรอีกตัวหนึ่ง คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancy) ในการตรวจสอบแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (บึงอร จางทรัพย์. 2549: 30-31) ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 แสดงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Becker, M.H.; & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health Medical Care Recommendation. Medical Care. 13(1). : 12.

โดยจะพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับข้อบกพร่องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล มีหลากหลายพฤติกรรม ทำให้เกิดแนวคิดที่เกี่ยวข้องทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายใน ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทักษะ และความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากการทบทวนการให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยจะขอยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ควรรู้ ดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมออกกำลังกาย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลาย หรือพฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลตนเองนับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย

พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เมื่อบุคคลปฏิบัติไปแล้วอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน พฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะโดยไม่เคารพกฎจราจร พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการ หรือพฤติกรรมการเสพยาเสพติด เป็นต้น

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครึ้น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ ยานพาหนะ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อรู้สึกว่ตนเองเจ็บป่วย ได้แก่ การถามบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับอาการของตนเอง การเพิกเฉยการแสวงหาการรักษา การหลบหลีกจากสังคม เป็นต้น

พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือเป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยเอง

ดังนั้นจะเห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการเรียนรู้ การรับรู้ ทศนคติ ค่านิยม การเลียนแบบ และการถูกบังคับ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่นๆ การปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมทั้งด้านบวก (Positive behavior) และด้านลบ (Negative behavior) ซึ่งพฤติกรรมทางด้านลบเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่ยิ่งใหญ่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

ทฤษฎีดังกล่าวมีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบริการด้านสาธารณสุขระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 การบริการส่วนใหญ่มุ่งเน้นการป้องกันโรค แต่ปัญหาที่พบมากคือ ประชาชนมักไม่ยอมรับการบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรค หรือการทดสอบสำหรับคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นที่ยังมีอาการโรคเหล่านั้น ได้แก่ วัณโรค มะเร็งปากมดลูก ไข้วมาติค โปลิโอ เป็นต้น ทั้งที่วิธีการป้องกันหรือวิธีการทดสอบต่างๆ ได้มีการสาธิตและเป็นบริการฟรีหรือคิดค่าบริการในราคาถูก โดยผู้ที่ร่วมกันพัฒนาแบบจำลอง คือ Godfrey, Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock (Maiman and Becker, 1974: 348) โดยได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีของ Kurt Lewin มีแนวคิดว่อาณาเขตชีวิตของคนเรานั้นประกอบด้วยอาณาเขตที่มีการให้คุณค่าในทางบวก อาณาเขตที่มีการให้คุณค่าในทางลบ และอาณาเขตที่เป็นกลาง ความเจ็บป่วยหรือโรคอยู่ในอาณาเขตทางลบ จึงเกิดแรงผลักดันเพื่อให้

บุคคล หลีกหนีออกจากอาณาเขตนั่น กิจกรรมในแต่ละวันของบุคคลจึงเป็น กระบวนการของการตั้งเข้าสู่อาณาเขตทางบวก และการผลักดันให้ออก จากอาณาเขตทางลบ (Pender. 1996: 35)

5.2.1 องค์ประกอบของแบบจำลอง

แบบจำลองนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม รายละเอียดเป็นดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัว ได้แก่
 - 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ภาวะคุกคาม
2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย ได้แก่
 - 1) ปัจจัยด้านประชากร 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม 3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง และ 4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

ในองค์ประกอบต่างๆ นั้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความ รุนแรงของปัญหาสุขภาพ เป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเสี่ยงต่อการมีสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังบอกไม่ได้แน่ชัดว่า จะเป็นพฤติกรรมแบบใด การเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ ความรุนแรงทำให้มีพลังหรือแรงขับที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้สามารถ เลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ แต่การปฏิบัติจะยังไม่ปรากฏ ต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น ซึ่งแต่ละคน ต้องการการกระตุ้นในระดับที่ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ ความรุนแรง กล่าวคือ ถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่ำก็ต้องอาศัยปัจจัย กระตุ้นอย่างมาก ในทางกลับกันถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ ความรุนแรงสูง การกระตุ้น เพียงเล็กน้อยก็อาจจะเพียงพอ ส่วนปัจจัย ด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยด้าน โครงสร้าง เป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

แนวทางการประยุกต์ (Application) ในการปฏิบัติ

จากมโนทัศน์ต่างๆ และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ในแบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพที่ กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้หรือ ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคล ปฏิบัติพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อ (1) เชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ (2) เชื่อว่าผลที่ตามมาจากปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีอันตรายหรือ รุนแรง (3) เชื่อว่าจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถสรุปได้ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงแนวทางการประยุกต์ใช้เพื่อการปฏิบัติ

องค์ประกอบ	การประยุกต์
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง - การรับรู้ความรุนแรง - การรับรู้ประโยชน์ - การรับรู้อุปสรรค	1. สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ 2. ค้นหาหรือเลือกบุคคลที่มีความเสี่ยงประเมิน ระดับความเสี่ยง 3. ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความ เสี่ยงดังกล่าวมีความ เกี่ยวกันกับปัจจัยด้าน ลักษณะประชากรหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น 4. แจกแจงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกตินั้นในทุกๆ ด้าน เช่น สุขภาพ การ ทำงาน ชีวิตในครอบครัว ชีวิตในสังคม เป็นต้น 5. ให้ข้อมูลที่เป็นจริง ไม่ควรขู่ให้เกิดความกลัวจน เกินเหตุ 6. เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม 7. ใช้กำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนว่ามี อะไรบ้าง ปฏิบัติ อย่างไร ในเวลาใด 8. ใช้อธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะ เกิดขึ้นจากการ ปฏิบัติพฤติกรรมข้างต้นอย่าง ชัดเจน 9. จัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม 10. ค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรม 11. จัดสิ่งแวดล้อมหรือระบบการบริการให้เกิดความ สะดวกต่อการ ปฏิบัติ เช่น เวลาที่เปิดบริการ เป็นต้น
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ	1. ลดการรับรู้อุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ โดย ให้ความมั่นใจแก้ไข ข้อมูลหรือความเข้าใจผิดๆ จูงใจและให้ความช่วยเหลือ 2. จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติอย่างชัดเจน 4. กระตุ้นการตระหนักรู้ (Awareness) 5. สร้างระบบการกระตุ้นเตือน (Reminder)

5.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม

(Likelihood of Action)

ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย ที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ (Perceive benefits) และ 2) การรับรู้อุปสรรค (Perceive barriers)

อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการ กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

จากภาพประกอบ 10 แสดงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้ตรวจสอบแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อการป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การมีแรงจูงใจ ด้านสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยร่วมด้านอื่นๆ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล และการให้คุณค่าในการแสดงพฤติกรรมเพื่อการป้องกันนั้นมีปัจจัยสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ ปัจจัยทางด้านลักษณะทางประชากร ลักษณะทางจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง แรงจูงใจภายในและ แรงจูงใจภายนอก ซึ่งจะจูงใจให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ (Smith and Maurer, 2000: 452)

5.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาของของศิริพร ปาระมะ (2545) ที่ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสี จังหวัดลำพูน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ.01 โดยการเรียนรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุรงค์ ประดิษฐ์ (2545:ข-ค) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความ สัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.01 โดยการเรียนรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง แรงจูงใจ ด้านสุขภาพและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้ทำนายว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างยิ่ง กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

มาวิลล์และเฮอร์ต้า (Maville; & Huerta. 2002: 42) เสนอว่าแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบจำลองที่นั้น ไปในทางพฤติกรรมป้องกันสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเหมาะกับโรคเบาหวานที่จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรค และเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลสุขภาพในระยะยาว ซึ่งการรับรู้ของผู้ป่วยจะมีผลอย่างยิ่งต่อการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการประเมินการรับรู้ใน 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน เกี่ยวกับภาวะของโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อ บทบาททางสังคมของตน 3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ (Perceived benefit) ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยบุคคลยอมรับว่าการปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรค สามารถควบคุมโรค รวมทั้ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers) ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวานถึงอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ การสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่และคนในครอบครัว ด้วยเหตุนี้ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา 4 ตัวแปรตามกรอบแนวคิดของแบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี เช่นเดียวกับณัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรสายสอน ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 222 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และงานวิจัยของณัฐพร อยู่ปาน, พัชรี ดวงจันทร์ และพนิดา แจ่มผล (2558) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 200 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตนต่อโรคต่างๆ ซึ่งเชื่อได้ว่าสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะเป็นแนวคิดที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน และการสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้มาใช้ในระยะที่ 2 ร่วมกับแนวคิดการสร้างความรู้ โดยมุ่งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเห็นคุณค่าของการแก้ไขปัญหาและเกิดการรับรู้ อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมุ่งเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตทั้งต่อตนเองและผู้อื่นด้วย การมีสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลเกิดการป้องกันตนเองและปฏิบัติตนในการกระทำพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตให้ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5.3 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

5.3.1 ความหมายของเจตคติ

คำว่า เจตคติ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Attitude มาจากคำว่า Aptus ในภาษาลาติน บางครั้งแปลคำนี้ว่า เจตคติ หรือท่าที ปัจจุบันคำนี้ก็ยังแพร่หลายอยู่ แต่มีนักวิชาการบัญญัติศัพท์ขึ้นมาใหม่ คือ เจตคติ โดยมีความต้องการใช้ศัพท์ให้ทันสมัยมากขึ้น (พิภพ วังเงิน. 2547: 403) โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้บัญญัติศัพท์ว่า เจตคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546: 321) Allport (1935 อ้างใน ลลนา เลิศพฤษ. 2546) เจตคติ หมายถึง สภาวะความพร้อมทางจิต ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้ จะเป็นแรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคลสิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

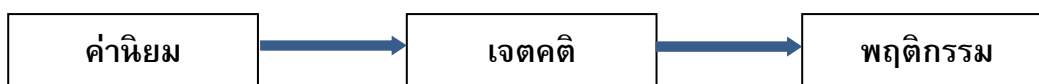
เจตคติเป็นผลรวมของกระบวนการที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของแต่ละคน ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกความคิด แรงจูงใจ การยอมรับและการรับรู้ มีแนวโน้มให้มีการแสดงออกต่อสถานการณ์ต่างๆ ทางสังคม (เสนีย์ นันทยานนท์. 2543; อ้างอิงจาก Krech; & Crutchfield. 1962)

แอนเดอร์สัน (Anderson. 1991) กล่าวถึง เจตคติว่า เป็นแนวทางที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ และมีแนวโน้มในการตอบสนองที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งลบ กลางๆ หรือบวก

สตีแยร์ส และ พอร์ตเตอร์ (Steers and Porter. 1991. P.256: อ้างถึงใน สุชาพร รักษ์เกริกก้อง. 2543) ได้ให้ความหมายของ เจตคติว่าเป็นการแสดงถึงความโน้มเอียงของการตอบสนองต่อสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ ของบุคคลแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับเจตคติ คือ เจตคติเป็นโครงสร้างแบบสมมติไม่สามารถเห็นเจตคติที่แท้จริงแต่สามารถพบได้จากผลของพฤติกรรมดังนั้นจึงต้องอ้างอิงเจตคติที่เป็นอยู่ จากสิ่งที่แสดงให้เห็นและพฤติกรรมที่แสดงออกมาเจตคติเป็นโครงสร้างแบบมิตินี้มีพิสัยจากบวกมากที่สุดถึงมากที่สุดดังนั้น เจตคติจึงสามารถวัดได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก เจตคติมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่แสดงออกที่เกิดตามมา ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์นี้อาจจะยังเห็นได้ไม่ชัดเจน

ริช และแบรดท์ (สุชาพร รักษ์เกริกก้อง. 2543; Reece; & Brandt. 1999: 147) ให้ความหมายของเจตคติว่า เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกที่มั่นคงที่มีต่อบุคคล วัตถุ ความคิด หรือเหตุการณ์

และเป็นความพร้อมทางอารมณ์ (Emotional readiness) ที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมต่อสิ่งที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมเป็นพื้นฐานของเจตคติและเจตคติเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมดัง ภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรม ของรีช และ แบรดท์

ที่มา: สุชาพร รัชเกริกก้อง. (2543). ผลของบุคลิกภาพ เจตคติต่องาน และอัตราการขาดงานในอดีตที่มีต่ออัตราการขาดงานของพนักงาน: ศึกษาเฉพาะกรณีบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง.

พิภพ ชังเงิน (2547: 407) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่จะตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง เราสามารถรู้ได้ โดยดูจากพฤติกรรมของบุคคลว่าจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไร

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2548: 68) กล่าวว่า เจตคติ เป็นการประเมินหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบในวัตถุ คน หรือเหตุการณ์ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของคนคนหนึ่งเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง หรือเป็นท่าที หรือแนวโน้มของบุคคลที่แสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเป็นบุคคล กลุ่มคน ความคิด หรือสิ่งของก็ได้ โดยมีความรู้สึกหรือความเชื่อเป็นพื้นฐาน เจตคติไม่ใช่สิ่งเดียวกับค่านิยม เพราะค่านิยมเป็นสิ่งที่เราเห็นคุณค่า แต่เจตคติเป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ (พอใจ/ไม่พอใจ) แต่ทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน เจตคติเป็นพลังอย่างหนึ่งที่มองไม่เห็นเช่นเดียวกับสัญชาตญาณหรือแรงจูงใจ แต่เป็นพลังที่สามารถผลักดันการกระทำบางอย่างที่สอดคล้องกับความรู้สึกของเจตคติ

วิเชียร วิทยอุดม (2547: 45) กล่าวว่า เจตคติเป็นแบบแผนของความรู้สึก ความเชื่อและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล กลุ่มคน แนวคิด สิ่ง que แสดงออกหรือวัตถุประสงค์โดยตรงเจตคติ คือ อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมโดยรวม ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมไม่ได้เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนเสมอไป ถึงแม้ว่าจะมีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตก็ตามความสัมพันธ์ของเจตคติและพฤติกรรมอาจจะเห็นได้ชัดเจน เมื่อเป็นความตั้งใจของแต่ละบุคคลได้ถูกแสดงออกมาโดยการกระทำตามแนวทางที่แน่นอน ซึ่งเป็นที่ทราบกันโดยทั่วๆ ไป ว่าเป็นเจตคติเฉพาะและแบบอย่าง que อาจจะเกี่ยวข้องกับเจตคติในการทำงาน อีกอย่างที่น่าสนใจก็คือพันธะสัญญาที่มีต่อองค์กร ทั้งความพึงพอใจและพันธะสัญญาต่างก็มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมองค์กรเป็นอย่างมาก

5.3.2 ลักษณะของเจตคติ

เจตคติมีลักษณะที่สำคัญหลาย ดังนี้ (ปราณี ทองคำ. 2539: 146-147)

1. เจตคติมีที่หมาย (Attitude object) ซึ่งได้แก่ สิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น คน สถานที่ สิ่งของ สถานการณ์ หรือสิ่งที่เป็นธรรม เช่น เสรีภาพ ความรักประชาธิปไตย ฯลฯ
2. มีการระบุในแง่ดี-ไม่ดี (Evaluation aspect) มีความผันแปรในทางบวกและทางลบ หรือในด้านการสนับสนุนหรือต่อต้าน
3. มีลักษณะคงทน (Relatively enduring) เจตคติของคนที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แม้ว่านักจิตวิทยาจะไม่ถือเป็นของถาวร แต่ลักษณะของความคงทนก็เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป เจตคติเปลี่ยนแปลงได้แต่การเปลี่ยนแปลงต้องใช้เวลาานาน
4. มีความพร้อมในการตอบสนอง (Readiness for response) คือ มีความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามเจตคติที่เขามีอยู่ เช่น มีความพร้อมที่จะซื้อรถยนต์ถ้ามีเงิน ทั้งนี้ เพราะมีเจตคติที่ดีต่อรถยนต์อยู่แล้ว

5.3.3 องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติหรือเจตคติมีองค์ประกอบที่สำคัญโดยทั่วไป Triandis (อ้างถึงใน สร้อยตระกูล อรรถมานะ. 2542: 64-65; ปราณี ทองคำ. 2539: 147)

1. องค์ประกอบด้านความคิดความเข้าใจ (Cognitive component) ความคิด ความเข้าใจนี้ จะเป็นการแสดงออกซึ่งความรู้ หรือความเชื่อซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ในประสบการณ์ต่างๆ จากสภาพแวดล้อมอันเป็นเรื่องของปัญญาในระดับที่สูงขึ้น อาทิ นักบริหารหรือผู้บังคับบัญชามีความคิด หรือความเชื่อว่ามีผู้ได้บังคับบัญชาของเขานั้นมีลักษณะของความเป็นผู้ใหญ่สามารถปกครองตนเองได้ ดังนั้นเขาจึงได้ความเป็นอิสระในการทำงานแก่ผู้ได้บังคับบัญชา หรือเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการทำการวินิจฉัยสั่งการ
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) องค์ประกอบด้านความรู้สึกนี้ จะเป็นสภาพทางอารมณ์ (Emotion) ประกอบกับการประเมิน (Evaluation) ในสิ่งนั้นๆ อันเป็นผลจากการเรียนรู้ในอดีต ดังนั้นจึงเป็นการแสดงออกซึ่งความรู้สึกอันเป็นการยอมรับ อาทิ ชอบ ถูกใจ สนุก หรือปฏิเสธต่อสิ่งนั้น อาทิ เกลียด โกรธ ก็ได้ ความรู้สึกนี้อาจทำให้บุคคลเกิดความยึดมั่นและอาจแสดงปฏิกิริยาตอบโต้หากมีสิ่งขัดกับความรู้สึกดังกล่าว
3. องค์ประกอบด้านแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral component) หมายถึง แนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติต่อสิ่งที่ตนชอบหรือเกลียดอันเป็นการตอบสนองหรือการกระทำในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากการคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า นั้นๆ อาทิ บุคคลนั้นมีเจตคติที่ดีต่อระบอบประชาธิปไตย หรือมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่ดีต่อระบอบประชาธิปไตย บุคคลผู้นั้นก็มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมแบบเข้าหาหรือแสวงหา (Seek

contact) ตรงกันข้ามหากมีเจตคติต่อสิ่งนั้นๆ ไม่ดี ก็เกิดพฤติกรรมในการถอยหนีหรือหลีกเลี่ยง (Avoiding contact)

ทัศนคติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (Sharon & Saul. 1996. P. 370)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Component) หมายถึง ความเชื่อเชิงการประเมินเป้าหมาย การรู้คิดเชิงประเมินค่า โดยอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ จินตนาการ และการจำ
2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกในทางบวก หรือลบ หรือทั้งบวก และลบต่อเป้าหมาย
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มของพฤติกรรม หรือ แนวโน้มของการแสดงออกต่อเป้าหมาย

5.3.4 หน้าที่ของเจตคติ

เจตคติจะทำหน้าที่เป็นกลไกที่สำคัญ 4 ประการ (Katz. 1960. P.163-68) ดังนี้

1. เพื่อการปรับตัว (Adjustment) โดยแต่ละบุคคลจะอาศัยเจตคติเป็นเครื่องยึดถือสำหรับการปรับพฤติกรรมของตนให้เป็นไปในทางที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนสูงสุด และให้มีผลเสียน้อยที่สุด ดังนั้น เจตคติสามารถเป็นกลไกที่จะสะท้อนให้เห็นถึง เป้าหมายที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ของบุคคล
2. เพื่อการป้องกันตัว (Ego defense) โดยปกติบุคคลมักมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับความจริงในสิ่งที่ขัดแย้งกับความนึกคิดของตน (Self-image) ดังนั้น เจตคติจึง สามารถสะท้อนออกมาเป็นกลไกป้องกันตัวโดย การแสดงออกเป็นความรู้สึกที่ถูกเหยียดหยามหรือตีฉันทนคนอื่น และขณะเดียวกันก็จะยกตนเองให้สูงกว่า ด้วยการมีเจตคติที่ถือว่าตนเองนั้นเหนือกว่าผู้อื่น
3. เพื่อการแสดงความหมายของค่านิยม (Value expression) เจตคติเป็นส่วนหนึ่งของค่านิยมต่างๆ โดยสามารถสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมในลักษณะที่จำเพาะเจาะจงมากขึ้น
4. เพื่อใช้เป็นตัวจัดระเบียบความรู้ (Knowledge) เจตคติจะเป็นมาตรฐานที่ตัวบุคคลสามารถใช้ ประเมินและทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่รอบๆ ตัว มีผลทำให้บุคคลสามารถรู้และเข้าใจถึงระบบ และระเบียบของสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวได้ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ การเปลี่ยนแปลงเจตคติขึ้นอยู่กับความรู้ คือ เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้ามีความรู้ความเข้าใจที่ดี เมื่อเจตคติเปลี่ยนแปลงก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม ดังนั้น การที่จะให้มีการยอมรับหรือปฏิเสธในสิ่งใดสิ่งหนึ่งจึงต้องพยายาม เปลี่ยนแปลงเจตคติโดยการให้ความรู้ก่อน เจตคติจะเปลี่ยนแปลงได้เพียงใดขึ้นอยู่กับขนาดความเข้มแข็งของเจตคติที่มีอยู่นั้น โดยหากเจตคติมีความเข้มแข็งมาก โอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงเจตคติด้วยวิธีติดต่อสื่อสารที่ชักจูงใจ (Persuasive communications) ย่อมจะทำให้ได้ผลน้อยในทางตรงกันข้ามหากเจตคติที่มีอยู่มีลักษณะที่ผูกพันน้อย การเปลี่ยนแปลงเจตคติย่อมมีโอกาสกระทำได้ง่าย วิธีการเปลี่ยนแปลงเจตคติอาจทำได้โดย

การจูงใจให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติด้วยชนิดของข้อมูลที่เหมาะสมต่อโครงสร้างของเจตคติที่เกี่ยวข้องซึ่งข้อมูลนั้นจะต้องตรงกับพื้นฐานการจูงใจของเจตคติมากที่สุด (Newcomb; Theodore ; Ralph; Turner; & Philip. 1965. p.107)

5.3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของเจตคติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของเจตคติ เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย (Newcomb; Theodore ; Ralph; Turner; & Philip. 1965.) ดังนี้

1. การจูงใจทางด้านร่างกาย (Biological motivations) เจตคติจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง กำลังดำเนินการตอบสนองความต้องการ หรือแรงผลักดันพื้นฐานทางร่างกายอยู่บุคคลดังกล่าวจะสร้างเจตคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งของที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสตอบสนองความต้องการของตนได้ และในทางตรงกันข้ามจะสร้างเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งของหรือบุคคลที่ขัดขวาง มิให้เขาตอบสนองความต้องการได้

2. ข่าวสารข้อมูล (Information) เจตคติจะมีพื้นฐานมาจากชนิดและขนาดของข่าวสารข้อมูลที่แต่ละคนได้รับมาด้วยกลไกของการเลือกเฟ้นในการมองเห็นและการเข้าใจปัญหาต่าง (Selective perception) ข่าวสารข้อมูลบางส่วนที่เข้ามาสู่ตัวบุคคล จะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิดและสร้างเป็นเจตคติขึ้นมาได้

3. การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group affiliation) เจตคติบางอย่างอาจจะมาจากกลุ่มต่างๆ ที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้องอยู่ด้วย เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และกลุ่มสังคมต่างๆ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม

4. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อวัตถุสิ่งของมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการตีค่าสิ่งที่ได้มีประสบการณ์มาจนกลายเป็นเจตคติได้

5. ลักษณะท่าทาง (Personality) มีผลทางอ้อมที่สำคัญในการสร้างเจตคติให้กับตัวบุคคลได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์นั้น มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ระดับ คือ (จุฬพล รอดคำดี. อ้างถึงใน พรทิพย์ ศิริชูทรัพย์. 2542. หน้า 42)

6. การเปลี่ยนแปลงความคิด โดยสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะมาจากข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจมาจากสื่อมวลชนหรือบุคคลอื่น

7. การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก โดยการเปลี่ยนแปลงนี้จะมาจากประสบการณ์หรือความประทับใจ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความสะเทือนใจ

8. การเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งไม่มีผลต่อบุคคลทำให้ต้องเปลี่ยนพฤติกรรมเสียใหม่

สรุปได้ว่าอาจให้ความหมายของเจตคติได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ และความรู้สึกของบุคคลที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ หรือความโน้มเอียงที่จะแสดงออกต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สถาบัน สถานการณ์ เรื่องราวต่างๆ ไปในทางใดทางหนึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุน

หรือคัดค้าน คือ ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ โดยอาศัยหลักการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติกับพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่าที่คำนึงถึงคุณค่า โดยตระหนักถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก คือความรู้สึกชื่นชอบ ฟังพอใจในการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ด้านพฤติกรรม หรือความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมในการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเจตคติมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในขณะเดียวกัน การแสดงพฤติกรรมของบุคคลก็มีผลต่อเจตคติของบุคคลด้วย อย่างไรก็ตามเจตคติเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ทั้งนี้จากหลักการแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของเจตคติซึ่งจะขึ้นจากปัจจัยหลายประการ ผู้วิจัยจึงได้สร้างกิจกรรมต่างๆ ที่จะสามารถส่งผลให้เกิดเจตคติทางบวก และส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

5.3.5 การวัดเจตคติ

เจตคติเป็นพฤติกรรมภายในที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ซึ่งตัวเราเองเท่านั้นที่ทราบ การวัดเจตคติโดยตรงจึงทำไม่ได้ แต่การศึกษาเจตคตินั้นสามารถกระทำได้เจตคติสามารถวัดได้โดยการสร้างแบบวัดเจตคติเพื่อถามความรู้สึกต่อสิ่งเร้าในรูปของความชอบหรือไม่ชอบ แบบวัดเจตคติที่นิยมใช้มีอยู่ 3-4 วิธี คือ (สุวิทย์ บุญช่วย และคณะ. 2541: 10-12; สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2538: 166)

1. วิธีลิเคิร์ทสเกล (Likert scale) เป็นวิธีการวัดเจตคติ ที่รู้จักกันแพร่หลายมากที่สุดวิธีหนึ่ง การวัดเจตคติของลิเคิร์ท เริ่มด้วยการรวบรวมหรือเรียบเรียงข้อความที่เกี่ยวข้องกับเจตคติที่ต้องการจะศึกษาให้ความหมายสิ่งที่ต้องการจะวัดให้แน่นอน ชัดเจน และครอบคลุมขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการวัดทั้งหมด

2. วิธีเทอร์สโตน สเกล (Thurstone scale) วิธีการวัดแบบเทอร์สโตน เน้นปัญหาด้านการมีช่วงเท่ากัน มากกว่าการวัดแบบอื่น ซึ่งในทางปฏิบัติ หมายถึงวิธีการให้น้ำหนักหรือคะแนนแต่ละข้อความที่ประกอบขึ้นมาเป็นสากล ข้อความแต่ละข้อความจะมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่ากัน โดยเทอร์สโตน ยึดหลักที่ว่า “คุณลักษณะใดๆ ในความรู้สึกของคนเรานั้นจะมีตั้งแต่เห็นด้วยน้อยที่สุดไปจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด” โดยแบ่งช่วงความรู้สึกเป็น 11 ช่วงเท่าๆ กัน ความคิดเห็น แต่ละข้อความจะมีน้ำหนักค่าเจตคติต่างกันไปจะอยู่ในช่วงไหนนั้นก็แล้วแต่ข้อความความคิดเห็นนั้น

3. วิธีกัทแมน สเกล (Guttman scale) จากข้อบกพร่องเทอร์สโตนสเกล และ ลิเคิร์ท สเกลในเรื่องเกี่ยวกับความหมายของคะแนนและความเป็นมิติเดียวกันตลอดจนความสามารถในการนำคะแนนมาสร้างเป็นสเกลใช้แก้ข้อบกพร่องที่ กัทแมนได้ให้ความสนใจและคิดหาวิธีสร้างสเกลที่มีคุณสมบัติเด่น

4. วิธีการหาความแตกต่างของความหมาย (Semantic differential) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดรวบยอด (Concepts) ของบุคคลแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ผู้ที่คิดวิธีนี้ คือ ชาร์ล ออสกู๊ด (Charles E. Osgood) และผู้ร่วมงาน เป็นการศึกษาถึงความหมายของสิ่งต่างๆ ตามความคิดเห็นของกลุ่มที่จะศึกษาโดยการให้ประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการวัด อาจจะเป็นสถานที่ บุคคล เหตุการณ์ ฯลฯ การประมาณค่าใช้คำคุณศัพท์ ซึ่งตรงกันข้าม และมีลำดับของความมากน้อยจากด้านหนึ่งไปสู่อีกด้านหนึ่งรวมทั้งหมด 7 อันดับ (บางครั้งใช้ 5 หรือ 3 อันดับ) ในการที่จะให้ผู้ตอบประเมินค่ามาก หรือน้อยนี้ ทำให้เชื่อได้ว่าแบบวัดนี้สามารถใช้วัดเจตคติของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่อสิ่งต่างๆ ได้ และเปรียบเทียบเจตคติที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของกลุ่มต่างๆ ได้

นอกจากข้างต้น ในการวัดเจตคตินั้น ได้มีผู้ศึกษาหลายท่าน ได้ทำการศึกษาและสรุปไว้ดังนี้ เจตคติมีองค์ประกอบเดียว คือ อารมณ์ ความรู้สึกในทางชอบไม่ชอบที่บุคคลมีต่อที่หมายในเจตคติ คือ การวัดระดับความรู้สึกในทางบวก หรือ ลบ ยังสามารถวัดได้ 3 วิธี คือ

1. การรายงานตนเอง โดยวิธีการให้ผู้ถูกวัดรายงานตนเองถึงความรู้สึกว่ามีต่อสิ่งนั้นๆ นักจิตวิทยาได้สร้างมาตราวัดที่หมายของเจตคติ เป็นไปใน ทางบวก-ทางลบ ดี- ไม่ดี สนับสนุน-คัดค้าน เห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย

2. การสังเกตพฤติกรรม การสังเกตพฤติกรรมภายนอกของบุคคล ทำให้เราทราบ ถึงเจตคติของบุคคลได้ บุคคลที่มีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เรื่องใดเรื่องหนึ่ง อย่างไรนั้น อาจทำได้โดยการสัมภาษณ์ ในระหว่างที่ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นผู้สัมภาษณ์ควรสังเกต กิริยาท่าทางของผู้ตอบว่า มีความเต็มใจในการตอบคำถามหรือไม่ กระตือรือร้น หรือ พยายามหลีกเลี่ยง ก็สามารถบอกถึงเจตคติที่มีต่อเรื่องที่กำลังพูดคุยกันได้

3. การวัดปฏิกิริยาของร่างกายเนื่องจากเมื่อร่างกายเกิดอารมณ์ที่จะมีปฏิกิริยาของร่างกายที่สามารถวัดได้ เช่น เครื่องวัดตอบสนองผิวหนังหรือการวัดการเต้นของหัวใจ การบีบตัวของหลอดเลือด การหดและการขยายตัวของม่านตา สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้รู้ถึงความเข้มของเจตคติ แต่ไม่สามารถบอกทิศทางของเจตคติว่าไปในทางบวกหรือลบ

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า การวัดเจตคติมีหลายวิธีทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้เน้นวิธีการวัดเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตพฤติกรรม การสังเกตพฤติกรรมภายนอกของบุคคล การสัมภาษณ์ ในระหว่างที่ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นผู้สัมภาษณ์สามารถสังเกต กิริยาท่าทางของผู้ตอบจะบ่งบอกถึงเจตคติที่มีต่อเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก

5.3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2547) กล่าวถึง แนวคิดเรื่องเจตคติสามารถทำนายพฤติกรรมได้หรือไม่นั้น ได้มีการศึกษาของ Fishbein และ Ajzen ในปี 1980 ซึ่งได้ทำการวิจัยเรื่องเจตคติที่อาศัยทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Reasoned action theory) ซึ่งผลการวิจัยได้สนับสนุน ข้อสรุปที่ว่าเจตคติสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ขอเพียงแต่ว่าในการวัดเจตคติและพฤติกรรมนั้น ต้องเป็นไป

ตามเงื่อนไขบางอย่างเสียก่อน นั่นคือแบบทดสอบสำหรับวัดเจตคติต่อพฤติกรรมใดๆ ต้องวัดอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งแนวทางในการวัดเจตคติต่อพฤติกรรมตามแนวทางของ Fishbein และ Ajzen โดย Fishbein และ Ajzen (1980 อ้างใน สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2547) กล่าวว่า ถ้ามีการวัดเจตคติอย่างดีต้องวัดให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เจาะจงตามแนวทาง 4 ประการข้างต้นแล้วการวิจัยจะได้ผลว่าเจตคติสามารถทำนายพฤติกรรมได้ นอกจากนี้ Seewon and Others (2003) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ของแพทย์ในโรงพยาบาลเกาหลี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเจตนาในการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ของแพทย์ในโรงพยาบาลตามแนวทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คณะผู้วิจัยได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ของแพทย์ตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศเกาหลี จำนวน 286 คน ผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมแลกเปลี่ยนความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตนาในการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ของแพทย์ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตนาในการแลกเปลี่ยนความรู้ของแพทย์ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับ Bock and Kim (2004 อ้างใน จิตติพัฒน์ พิษณุธาดาพงศ์. 2548) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ของพนักงานในองค์กร ตามแนวทางทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงาน ผู้จัดการ และผู้บริหารระดับสูงของบริษัทขนาดใหญ่ในประเทศเกาหลี จำนวน 467 คน พบว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับรางวัล ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อพฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ของพนักงานและเจตคติต่อพฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตนาและพฤติกรรมการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ของพนักงาน และ Lim, Tang and Yang (2004) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ของคนในองค์กร ซึ่งมุ่งศึกษาไปที่หัวข้อของผลกระทบจากการได้รับรางวัลที่เป็นตัวเงินและพฤติกรรมองค์กร ในการแลกเปลี่ยนความรู้ พบว่าเจตคติต่อการแลกเปลี่ยนความรู้เกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารแบบตัวต่อตัวมากกว่าการติดต่อผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ และพบว่าพนักงานจะมีความปรารถนาที่จะแลกเปลี่ยนความรู้มากขึ้นหากได้รับรางวัลที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งงานวิจัยของณัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรสายสอน ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 222 คน ผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่าเจตคติมีความสำคัญ เป็นสิ่งที่ช่วยในการทำนายพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี ซึ่งการสร้างให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เกิดเจตคติที่ดีต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกภายในกลุ่ม

ชุมชน เช่น ถ้าบุคคลมองเห็นประโยชน์ของการแพทย์ทางเลือกกว่าจะช่วยควบคุมความดันโลหิตได้จริง หรือรู้สึกพอใจ/ไม่พอใจต่อการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีการกระทำการในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตได้

5.4 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุน (Social support) เป็นกลวิธีที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ซึ่งมีผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในการปรับพฤติกรรมของคนไข้เพื่อปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนไข้รับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีในการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ได้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยและให้ความหมายคำจำกัดความไว้ดังนี้

แคพแลน (จุฬารัตน์ โสตะ. 2546; อ้างอิงจาก Caplan. 1997) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสารเงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คอบบ์ (จุฬารัตน์ โสตะ. 2546; อ้างอิงจาก Cobb. 1976) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีความรับและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ดังนั้นความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล วัตถุสิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยให้การแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคม อันมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมแบบเพื่อนช่วยเพื่อนซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่ม ที่เน้นการช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในการดูแลกันเพื่อเป้าหมายเดียวกันคือการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยมีแนวคิดดังนี้

5.4.1 แนวคิดการเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

การเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นหนึ่งในวิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือที่เน้นการจัดการความรู้ก่อนลงมือทำกิจกรรม (Learning before doing) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง แสวงหาผู้ช่วยที่มีความแตกต่าง มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ เพื่อขยายกรอบความคิดให้กว้างและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีความเชื่อที่ว่า วิธีการให้ผู้เรียนสอนกันเองนี้ ผู้เรียนจะเรียนรู้อะไรต่างๆ ได้จากกันและกัน และการเรียนรู้แบบนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ เนื่องจาก

ภาษาที่ใช้ในการพูดสื่อสารกันนั้นเป็นวัยเดียวกัน ซึ่งสามารถช่วยในการถ่ายทอดสิ่งที่เขาได้เรียนรู้มาให้เพื่อนๆ ฟังด้วยภาษาและรูปแบบของเขาเอง ทำให้ผู้เรียนเข้าใจในความรู้ที่ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นและทัศนคติที่ดีภายในกลุ่ม (กรมวิชาการ. 2544: 61 - 63)

5.4.2 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

แนวคิดหลักที่การศึกษาครั้งนี้ได้นำมาประยุกต์คือการเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีลักษณะโดดเด่นในเรื่องของการปฏิบัติที่ให้เพื่อนหรือกลุ่มเดียวกัน ช่วยกันสอนเอง ซึ่งอาจมีวิธีการหรือรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปตามจุดมุ่งหมายและวิธีการสอนของเพื่อนแต่ละคน เมื่อมีการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน โดยใช้วิธีการรวมกลุ่มของผู้เรียนเพื่อปฏิบัติกิจกรรมที่มีเป้าหมายเดียวกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการได้รับโอกาสให้สอนกันเอง ทำให้ผู้สอนและผู้เรียนถ่ายทอดด้วยภาษาของเขาเอง เป็นการช่วยให้ผู้เรียนที่เรียนช้าเกิดการเรียนรู้ได้และยังมีเจตคติที่ดีต่อการเรียน

วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ได้แก่ 1) เพื่อเป็นการส่งเสริมในเรื่องกระบวนการกลุ่มของผู้เรียน ที่เน้นการให้ผู้เรียนได้ช่วยเหลือกัน ตลอดจนเห็นคุณค่าของการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง (พรรณรศมิ เภาธรรมสาร. 2533: 35 - 37) 2) เพื่อให้ผู้เรียนที่มีระดับความแตกต่าง สามารถเรียนจากประสบการณ์อย่างเดียวกันได้ (วิชาดา สินประจักษ์ผล. 2536: 23 - 28) 3) เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้จากแหล่งต่างๆ มากขึ้น (Young. 1972: 630 - 634) เช่น จากเพื่อนที่มีประสบการณ์เดียวกัน ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน อาจมีการแบ่งปันหนังสือหรืออุปกรณ์การดูแลสุขภาพให้เพื่อนที่เป็นได้อ่าน เป็นต้น 4) เพื่อสร้างทัศนคติที่ดี รวมทั้งแรงจูงใจในการเรียน เนื่องจากผู้เรียนผู้สอนนั้นจะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง หรือรู้สึกว่าได้ประสบความสำเร็จในการเรียน เนื่องจากมีโอกาสได้ทำประโยชน์ 5) เพื่อให้การเรียนรู้มีลักษณะเป็นการสื่อสารมากขึ้น ลักษณะดังกล่าวจะทำให้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนดีขึ้น เนื่องจากบรรยากาศในชั้นเรียนจะมีความเป็นกันเอง (Calani. 1975: 197 - 199) 6) ครูจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และคอยสังเกตตลอดจนทำการแก้ไขปัญหา ที่เกิดในการเรียนการสอนของนักเรียนแต่ละกลุ่ม (วิไล พิพัฒน์มงคลพร. 2535: 26)

5.4.3 รูปแบบวิธีการเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

การเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้วิธีหนึ่งที่สืบทอดแนวคิดของ John Dewey ที่ว่า Learning by Doing โดยการเน้นให้ผู้เรียนมีการรวมกลุ่มเพื่อการทำงานหรือการปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ อาจกล่าวได้ว่าวิธีการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถฝึกและช่วยเหลือกันเองโดยมีเป้าหมายของการเพิ่มความรู้หรือยกระดับผลสัมฤทธิ์ให้สูงขึ้นโดยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวกโดยผู้เรียนทำหน้าที่เป็นผู้สอน ทำให้เกิดบรรยากาศที่ดี โดยนักการศึกษาหลายท่านได้ประมวลการจัดการเรียนรู้ที่มีแนวคิดจากกลวิธีการ

เรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนไว้มากมาย กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อน ในการดำเนินจัดการเรียนรู้ นั้น ผู้สอนจะต้องพิจารณาและดำเนินการตามลำดับ ขั้นตอนต่อไปนี้ (อุทัย เพชรช่วย. 2528: 27 - 30)

1. ชี้แนะและกระตุ้นให้ผู้เรียนได้มองเห็นความสำคัญ และเกิดความเชื่อมั่นว่าตนจะได้รับประโยชน์จากการเรียนรู้แบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
 2. ชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการเรียนรู้ โดยการจัดกลุ่มให้มีผู้นำในการเรียนรู้แก่ผู้เรียนที่เป็นผู้นำในการเรียน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้นำในการเรียน เพื่อให้เข้าใจอย่างชัดเจน
 3. คอยให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนที่เป็นผู้นำในการเรียนได้มีโอกาสพบปะ เพื่อปรึกษาได้ทุกช่วงเวลาที่คุณเรียนต้องการ หรือมีปัญหาเกิดขึ้น
 4. การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น
 5. มีการเตรียมแหล่งข้อมูลให้เพียงพอ เช่น หนังสือ คู่มือ หนังสือพิมพ์และวารสารต่างๆ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ในการเรียน ได้แก่ วิทยุ เทปบันทึกเสียงและอื่นๆ เป็นต้น
 6. การกระจายเนื้อหาในรายวิชาที่จะสอนให้เป็นบทย่อยๆ แล้วจัดเรียงลำดับตามความเหมาะสม
 7. เตรียมแบบฝึกหัดประกอบการเรียน ตลอดจนการเตรียมแบบทดสอบและในขณะเดียวกันจะต้องมีการกำหนดเรื่องการให้ประเมินเพื่อความสะดวกในการปรับปรุงในกิจกรรมครั้งหน้า
- จากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ของผู้สอนและผู้เรียนในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ได้เปลี่ยนแปลงไป โดยผู้สอนได้เปลี่ยนหน้าที่จากผู้สอนมาเป็นผู้กำกับการสอนโดยอาศัยผู้เรียน ผู้สอนฝึกให้กับผู้เรียน เมื่อผู้เรียนผู้สอนเกิดความชำนาญในการสอนเพิ่มมากขึ้นแล้ว ผู้สอนจะลดบทบาทในการควบคุมดูแล ดังนั้นตัวผู้เรียนเองจะมีส่วนร่วมเป็นอย่างมากต่อกิจกรรมการเรียนรู้

5.4.4 องค์ประกอบที่ต้องพิจารณาในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

เนื่องจากการจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเองของผู้เรียน พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ประกอบด้วย (โรงพยาบาลศรีธัญญา. 2557)

1. การพิจารณาการดำเนินงานก่อนจัดตั้งกลุ่ม เป็นการกำหนดขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิก ลักษณะของกลุ่มที่จัดตั้ง ระยะเวลาในการพบปะสมาชิก สถานที่พบปะ คุณลักษณะของผู้นำ การกำหนดจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ในที่นี้ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในสัดส่วน 1:1 คน เพื่อให้เป็นเพื่อนดูแลซึ่งกันและกัน
2. การพิจารณาเกี่ยวกับงานหรือกิจกรรมของกลุ่ม ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม วิธีการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ การกำหนดบทบาทของสมาชิก และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกการวัดผลในการดำเนินงาน ในที่นี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมแต่ละคนตกลงหน้าที่กันในการเดินทางไปเยี่ยมบ้าน วิธีการสังเกต และการให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วยรูปแบบอิสระของผู้สูงอายุแต่ละคน

3. พิจารณาการดำเนินงาน คือการกำหนดวาระในการประชุม และการบันทึกรายงาน ประชุมการมีส่วนร่วมของกลุ่มสมาชิก การดำเนินการของกลุ่ม วิธีการแก้ปัญหาในกลุ่มให้ประสบผลสำเร็จ การกำหนดผู้ที่จะเป็นผู้ตัดสินใจในกลุ่ม ดังเช่นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ประเมินการดำเนินงานของตนเอง มีการประชุมเพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรคและร่วมกันแก้ไขปัญหา กับเพื่อน

4. การพิจารณาเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ หมายถึง มีการประเมินถึงระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม ข้อตกลงของสมาชิก เนื่องจากการทำกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ต้องมีการตกลงข้อกำหนดร่วมกันเพื่อให้เป็นไปในแนวทางการดำเนินการแบบเดียวกันที่ทุกคนเข้าใจตรงกัน

การดำเนินการดังกล่าวทำให้เกิดประโยชน์ต่างๆ ดังเช่น ประกอบด้วย (โรงพยาบาล ศิริธัญญา. 2557) 1) สมาชิกได้รับความเข้าใจซึ่งกันและกันและตระหนักเห็นความสำคัญของการรวมกลุ่ม ช่วยเหลือดูแลสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้คลายความทุกข์ ปรับตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น 2) ได้เห็นรูปแบบตัวอย่าง (Role model) ของสมาชิกในการปฏิบัติตัวที่ดีในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ได้แนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมความดันโลหิตของตนเอง 3) สมาชิกมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความคับข้องใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมย้อมเกิดความเครียดแต่หากมีเพื่อนที่เผชิญปัญหาเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันยอมทำให้เกิดการเปิดรับการเรียนรู้และเทคนิคที่อยากทำร่วมกัน 4) ขจัดปมด้อย เพิ่มการนับถือตัวเองมากขึ้น สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตัวเอง สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 5) สมาชิกยอมรับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสมมากขึ้น 6) สร้างเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ และ 7) กลุ่มมีศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร เป็นแหล่งข้อมูล แหล่งรวมจิตใจ แก้ปัญหาร่วมกัน เป็นศูนย์กลางให้คำปรึกษาของผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า งานวิจัยครั้งนี้มีความจำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบที่สำคัญก่อนที่จะมีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในประเด็นการดำเนินงานก่อนจัดตั้งกลุ่ม งานหรือกิจกรรมของกลุ่ม การดำเนินงาน และกฎระเบียบต่างๆ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว ช่วยให้สมาชิกมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดความตระหนัก ได้เห็นแบบอย่างที่ดี ได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีการสร้างเครือข่ายแก้ไขปัญหา ทั้งยังเกิดศูนย์กลางในการสื่อสาร หรือเป็นทั้งแหล่งรวมข้อมูลและจิตใจ

5.4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ได้แก่ ญัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรสายสอนของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา จำนวน 222 คน ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Caplan (1974) ที่พบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์นั้นเป็นตัวช่วยลดความเครียดซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ โดยทำให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ซึ่งให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านสภาพแวดล้อม เช่น การสนับสนุนให้เข้าถึงแหล่งสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งรับบริการ เป็นต้น และด้านอารมณ์ เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี พงศ์อุดม (2549) ได้ศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล แมคคอร์มิคจังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 คน พบว่ามีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและแรงสนับสนุน ทางสังคมอยู่ในระดับมาก ส่วนคะแนนความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนความเครียด โดยกลุ่มคนที่ต้องพบความเครียดมาก มีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมต่ำ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง นอกจากนี้การศึกษาระบาดวิทยาพบว่า ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ภาวะทางจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง และมีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกาย และในที่สุดจะทำให้ภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายลดลง จึงเป็นสาเหตุทำให้ติดโรคได้ง่าย เจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราการตายสูงกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Langlie (1977) ในเรื่องของความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง จากที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน พบว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่นๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

ในประเด็นการประยุกต์ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ได้แก่ งานวิจัยของรัช ชุติณธรรักษ์ (2553) ศึกษาถึงผลการประยุกต์ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่าการใช้เทคนิคของเพื่อนช่วยเพื่อนในด้านการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานนั้น ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไปของตนเองอยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีอยู่ในระดับปานกลางและสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับที่อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของสมรัตน์ ขำมาก (2559) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา จำนวน 116 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้เสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสมัครเป็นสมาชิกกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพิ่มขึ้น ให้มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในชุมชน ผู้ป่วย รวมถึงญาติหรือคนในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้กลุ่มมีความเข้มแข็งและยั่งยืน ตลอดไป

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ใช้วิธีการเพื่อนช่วยเพื่อนมาใช้ในการสนับสนุนด้าน พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ รับรู้ว่าคุณเองทำได้ ประกอบกับผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติด้วยกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการ ติดตามเยี่ยมบ้าน ได้รับความเข้าใจของผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และตระหนัก เห็นความสำคัญของการรวมกลุ่ม ช่วยเหลือดูแลสนับสนุนซึ่งกันและกันในการควบคุมความดันโลหิต เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

5.5 การวิจัยปฏิบัติการ (Action research)

การวิจัยปฏิบัติการ ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรก โดย Kurt Lewin ในประมาณ ปี ค.ศ.1934 และ ในต้นปี 1940 และมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีและปรัชญาที่สำคัญของการปฏิบัติของนักวิจัย โดยมีความ แตกต่างหลากหลายขึ้นกับรากเหง้าทางประวัติศาสตร์ของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจัดเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้ทฤษฎีเป็นฐาน (Critical or theory-based) และประเภทที่ใช้การปฏิบัติการเป็นฐาน (practical based)ในการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ในยุคต้นๆ ของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่ง จำแนกตามกลุ่มภูมิศาสตร์ คือ 1) กลุ่มจากอเมริกา การวิจัยเชิงปฏิบัติการเจริญรอยตามความ เคลื่อนไหวของต้นแหล่งกลุ่มหัวหน้าทางการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานของ John Dewey ซึ่งจัดว่า เป็นยุคของ modern era และ Elkind (1997 อ้างใน กิตติพร ปัญญาภิคุณุผล. 2549) ได้กล่าวทำนอง เดียวกันและเสริมว่า ข้อเสนอแนะของ Dewey ที่กล่าวว่านักเรียนไม่จำกัดว่าอายุใดสามารถเรียนรู้ได้ดี ที่สุดจากการลงมือทำ (Learning by doing) มีผลอย่างมากมาต่อการปรับเปลี่ยนกิจกรรมของโรงเรียน และหลักสูตรในปลาย ๆ ศตวรรษที่ 19 และต้นๆ ศตวรรษที่ 20 ตามแนวคิดของ Dewey ซึ่งยังมีส่วน ส่งผลถึงยุคปัจจุบัน (รับทอดต่อจากยุค modern era มาถึงยุค post modern era) แต่มีความซับซ้อน มากกว่ายุคก่อน ๆ กล่าวคือ โรงเรียนให้ความสนใจกับความแตกต่างระหว่างบุคคลทุกอย่างมีทางเลือก หลากหลายมากขึ้น คำนึงถึงพหุชาวนปัญญา ขยายการแสวงหาความรู้ได้หลาย ๆ ทาง รวมถึงการ สร้างความรู้ได้เอง สิทธิที่เด็กพึงได้รับ การเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เป็นต้น 2) กลุ่มจากอังกฤษ โดยมุ่งใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการปฏิรูปหลักสูตร และพัฒนาด้านวิชาชีพทางการสอนมากยิ่งขึ้น และ 3) กลุ่มจากออสเตรเลียที่เน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบร่วมมือกันในการวางแผนหลักสูตร ยุคหลัง สมัยใหม่ได้คำนึงและสนับสนุนให้การวิจัยตั้งอยู่บนข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการมีอยู่ของความเป็น

จริง (Truth) เป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งอื่นๆ ไม่ว่าเงื่อนไขหรือสถานการณ์ และยังขึ้นกับประสบการณ์เดิมด้วย ดังนั้นเพียงจัดทำวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการในสถานที่นั้นๆเอง จึงจะน่าเชื่อถือและตรงมากกว่าและที่สำคัญคือผลข้อค้นพบที่ได้มานั้นมีความหมายสำหรับผู้มีส่วนร่วมเอง

5.5.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ถูกให้นิยามจากนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก เช่น เลวิน (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2552; อ้างอิงจาก Lewin, 1946) ได้เสนอว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยที่ใช้กระบวนการศึกษาในลักษณะกลุ่มรวมกันทำงานและตัดสินใจอย่างมีพันธะต่อกัน เพื่อมุ่งมั่นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และใช้การปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือการวางแผน การปฏิบัติการ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ต่อมา Johnson, C.S. และ Kromann-Kelly (สุวิมล ว่องวาณิช, 2551; อ้างอิงจาก Johnson, C.S.; & Kromann-Kelly 1995) ได้เสนอเพิ่มเติมว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึงการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และตีความหมายโดยมีแผนงานกำหนดและแลกเปลี่ยนผลกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ กระบวนการวิจัยปฏิบัติการต้องตอบคำถาม 5 ข้อ ดังต่อไปนี้ (1) คำถามที่ต้องการศึกษาคืออะไร (2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง (3) ข้อมูลที่ต้องจัดเก็บคืออะไร (4) จะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร และ (5) จะแปลความหมายนั้นว่าอย่างไร การตอบคำถามเหล่านี้ต้องใช้เวลาวางแผน และในทุกขั้นตอนต้องอภิปรายกับเพื่อนร่วมงาน นอกจากนี้ Dick, B. (2000 อ้างใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2551) ได้เสนอว่า การวิจัยปฏิบัติการ เป็นวิธีวิทยาการการวิจัยที่ทำให้เกิดผลของการปฏิบัติและผลของการวิจัยในเวลาเดียวกัน โดยมีขั้นตอนการวิจัยที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นข้อความที่เป็นภาษามากกว่าตัวเลข นอกจากนี้ยังมีการสะท้อนผลซึ่งครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ การวิจัยปฏิบัติการจึงเป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่น ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ Dick มีความเห็นว่าการวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มีการสร้างสมมติฐานการวิจัยจากข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่างการทำวิจัย และสามารถใช้กระบวนการดังกล่าวเป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยนาร่อง การนำไปใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัยจุดบกพร่องต่างๆ หรือใช้เพื่อการประเมินผล ส่วนในประเทศไทยนั้น ยาใจ พงษ์บริบูรณ์ (2537 อ้างใน สมนึก ปฏิพานนท์, 2550) ได้เสนอว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยที่ใช้กระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบ โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติ ตั้งแต่การวางแผน การลงมือกระทำ การสังเกตและการสะท้อนการปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องกันไป ผลที่ได้นำไปปรับแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง หรือพัฒนาสภาพการณ์ของสิ่งที่ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กิตติพร ปัญญาภิบาล (2549) เสนอว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบถึงการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเอง เพื่อเข้าใจดีขึ้น หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งได้จากการรวบรวมการร่วมมือ การสะท้อนตนเอง และการใช้วิจารณ์ญาณประกอบภายใต้กรอบจรรยาบรรณที่ยอมรับกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมนึก ปฏิพา

นนท์ (2550) เสนอว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักการของวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในสภาพการณ์เฉพาะ เน้นการวิจัยที่ง่ายไม่สลับซับซ้อน และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริงๆ

จากการศึกษาแนวคิดของนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และตีความหมายอย่างมีระบบ และยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ ถึงการปฏิบัติงานเพื่อเข้าใจดีขึ้น หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับงานที่ทำอยู่ของผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.5.2 ลักษณะสำคัญของการวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยปฏิบัติการ เริ่มจากการปรับปรุงงานของตนเป็นรายบุคคล แล้วขยายวงกว้างออกไปเพื่อเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับรู้ และยิ่งหากลักษณะปัญหาอย่างเดียวกันต้องได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนางานเหมือนๆ กันก็ร่วมมือกัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ดังนั้น ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ

1. จับงานที่ตนปฏิบัติอยู่ ลงมือดำเนินการด้วยสรรพวิธีเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข
2. กระบวนการดำเนินการโดยผ่านวงจรต่อเนื่องกันเป็นชุดๆ เป็นวงจรเกลียวสว่าน (วงจรหนึ่งประกอบด้วย วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต-รวบรวมข้อมูล และสะท้อนผล) ซึ่งวนอย่างเป็นระบบและปฏิบัติการอย่างมีวิจารณญาณ การปฏิบัติมีความสอดคล้องรองรับกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันจนเกิดผลการเปลี่ยนแปลงขึ้น
3. ลักษณะการตอบสนองทันเวลา ทันเหตุการณ์ในขณะปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ
4. กิจกรรมทุกระยะสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานหรือผู้ร่วมงานรับรู้ เข้ามามีส่วนร่วมช่วยกันแลกเปลี่ยนความเห็น วิพากษ์วิจารณ์ถึงกระบวนการปฏิบัติงานและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และพยายามให้การร่วมด้วยช่วยกันดำรงคงอยู่ เพราะเป็นการช่วยควบคุมกระบวนการของการปฏิบัติให้มีความเหมาะสมไปในตัวด้วย

ในบางงานของวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participation) เพราะการมีส่วนร่วมทำให้เกิดข้อมูลผูกมัดให้ลงมือทำ เพื่อหวังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ Dick (2001) ให้แง่คิดว่าควรเปิดให้เป็นทางเลือกกว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเน้นหนักไปทางใดระหว่างข้อมูลเชิงคุณภาพกับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เพราะต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ และขึ้นกับการเน้นน้ำหนักระหว่างข้อดี ข้อเสียต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาอีกด้วย

5.5.3 ขั้นตอนและกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัยปฏิบัติการนี้ มีความโดดเด่นในเรื่องการที่นักวิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการผลักดันเกิดการปฏิบัติการอย่างมีจุดมุ่งหมาย ผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมจนสามารถเกิดความยั่งยืนในเป้าหมายที่มีร่วมกัน ซึ่งขั้นตอนและกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การจำแนกหรือพิจารณาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งนำมาต่อยอดเป็นปัญหาการวิจัย และระบุความสำคัญในการศึกษา พร้อมทั้งรายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

2. จัดกลุ่มของปัญหาและนำมาสู่การเลือกปัญหาที่สำคัญที่ควรแก้ไขด้วยกระบวนการวิจัยแบบปฏิบัติการ การเลือกดังกล่าวใช้การพิจารณาร่วมกับทฤษฎี จากนั้นนำไปสู่การสร้างสมมติฐาน (Hypothesis) ของการวิจัยในรูปแบบของข้อความต้องการที่จะประเมิน พร้อมทั้งแสดงความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการ หรือกับทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3. กำหนดเครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยพิจารณาคุณสมบัติของเครื่องมือแต่ละชนิดและเลือกมาใช้เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษามากที่สุด ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวควรมีคุณสมบัติที่ช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษา พบว่า เครื่องมือที่ใช้มี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติ หรือฝึกหัดตามวิธีการ เช่น อุปกรณ์การเรียนการสอน แบบฝึกหัด เป็นต้น และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4. การบันทึกเหตุการณ์ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยต้องมีการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการในกิจกรรม ความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามระยะต่างๆ ของการปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (ACT) 3) ขั้นตอนการสังเกต (Observe) และ 4) การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflect) โดยการเก็บสะสมข้อบันทึกไว้เพื่อใช้ปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อการเก็บข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) โดยมีการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติภายหลังการสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม เพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น ซึ่งการประยุกต์ใช้การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ เป็นการนำเทคนิค AAR เข้ามาช่วย Support ในช่วง Spiral ของ Action research

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าถูกต้อง แสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสมเปรียบเทียบข้อแตกต่าง และคล้ายคลึงของข้อมูล แต่ละประเภทโดยวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้วิจัย

6. ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ ผลและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ กำหนดไว้และจะก่อประโยชน์สูงสุดโดยสรุปประมวลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติ หรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย (Inductive) และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการเป็นวิธีการหลัก เพื่อสร้างให้เกิดความร่วมมือร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ร่วมกับการดูแลกับเครือข่ายทั้งครอบครัว เพื่อนผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมกันปฏิบัติการอย่างมีเป้าหมายเดียวกันเพื่อควบคุมความดันโลหิต ตามแนวทางการแพทย์ทางเลือก ที่ถูกนำมาช่วยสนับสนุนให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตสูง ตามลำดับขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอนตามที่ได้กล่าวไป

5.5.4 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิชาการหลายท่านได้อภิปรายถึงประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาทิ Grundy, Holter, Schwartz, Barcott, McKernan, McCutcheon และ Jurg ต่างก็ให้แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าแบ่งเป็น 3 ประเภท (กิตติพร ปัญญาภิบาล. 2549) คือ

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) การใช้วิธีของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิคนั้น ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิบัติมุ่งโดยตรงไปที่ผลการวิจัย แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุง การวิจัยแบบนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมของการทำนวยความรู้ ความสำคัญอยู่ที่การตรวจสอบความตรงและการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่ละเอียดมากขึ้น และให้ความสำคัญของการพิจารณาจากทฤษฎีนำไปสู่เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงาน (Grundy. 1982: 353)

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการปฏิบัติ (Practical action research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน ช่วยกันกำหนดปัญหา และเป็นเหตุให้เกิดการลองใช้วิธีการต่างๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การกำหนดปัญหา เกิดหลังจากการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานต่างก็เข้าใจกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้แสวงหาหนทางเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติ โดยใช้สติปัญญาของผู้ร่วมปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ทำไปแก้ไขไปแล้วแต่สถานการณ์ เป้าหมายสำคัญของนักวิจัยแบบ Practical action research คือ เข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (McKernan, 1991 อ้างอิงใน กิตติพร ปัญญาภิบาล. 2549) วิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ช่วยพัฒนาการทางวิชาชีพ โดยเน้นที่การตัดสินใจของผู้วิจัยเองที่มุ่งเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ กับงานของตนและผู้เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระปลดปล่อยจากพันธนาการทั้งปวง (Emancipatory action research) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) การวิจัยประเภทนี้ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระเสรี โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึก มีวิจญาณฐานส่วนตนในตัวเองที่จะผลักดันให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป้าหมายสำคัญ 2 ประการของวิธีการประเภทนี้ คือ ประการแรก การทำให้เกิดความใกล้ชิดกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (กับผู้ปฏิบัติงานในเฉพาะแห่งเฉพาะที่) กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหา ประการที่สองซึ่งมีเป้าหมายเหนือกว่าวิจัย 2 ประเภทแรก คือ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดและสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้ โดยใช้ความสามารถรู้คิดที่มีอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเอง

วิธีการแบบนี้ ต้องผ่านกระบวนการของการพัฒนาการวิพากษ์วิจารณ์ที่ทำให้เกิดการไต่ถามไต่สวน และมีความเป็นไปได้ในการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ ดังนั้นการกระทำที่นำโดยการวิพากษ์วิจารณ์ก่อน จึงประกอบด้วย 3 อย่าง คือ ทฤษฎี การทำความเข้าใจในทฤษฎี และลงมือกระทำ (กิตติพร ปัญญาภิบาล 2549; อ้างอิงจาก Grundy. 1982) ไม่ได้หมายความว่าความวิจัยประเภทนี้จะเริ่มต้นด้วยทฤษฎี และจบลงด้วยการปฏิบัติแต่เป็นการได้คำบอกกล่าวจากทฤษฎีก่อน ดังนั้น ทฤษฎีจึงเป็นแนวทางเริ่มต้นของการปฏิบัติ ความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติในการวิจัยประเภทนี้ นำไปสู่การขยายทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติ ในขณะที่ทำงานยังดำเนินการอยู่ สิ่งสำคัญประการหนึ่งของการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติคือ การจัดกระบวนการของการทำความเข้าใจกับการนำทฤษฎีมาใช้และการทดสอบในลักษณะที่เฉพาะสิ่ง โดยใช้กระบวนการสะท้อนกับกลุ่มคนเฉพาะกลุ่มหนึ่ง กระบวนการของการสะท้อนเหล่านี้จะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในรูปแบบของการรู้แจ้งเห็นจริงภายในตัวผู้ร่วมปฏิบัติงานและตามด้วยสื่อสารเกี่ยวกับการรู้แจ้งเห็นจริงเป็นลำดับถัดไปนอกจากนี้สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องคือ การจัดทำแผนเพื่อการปฏิบัติหลังจากกระบวนการทำความเข้าใจชัดในทฤษฎีแล้ว จากนั้นก็นำไปสู่การประยุกต์ใช้โดยการลงมือทำซึ่งจะทำให้เกิดการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ซึ่งอิสระจากข้อจำกัดหรือข้อขัดข้องทั้งปวงจากสิ่งแวดล้อม

จากประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 3 ประเภท ได้แก่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการปฏิบัติ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งแต่ละเทคนิคการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวิธีการที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่เหมือนกัน คือ วิธีการจะต้องมีทฤษฎีเป็นแนวทางในการเริ่มต้น มีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎี มีการนำกระบวนการต่าง ๆ มาใช้และมีการทดสอบด้วยวิธีการต่าง ๆ จนนำไปสู่การวางแผนเพื่อจัดทำแผนเพื่อการปฏิบัติ นำไปสู่การลงมือทำที่ทำให้บุคคลเกิดการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติต่อไป โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกแนวทางที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค เป็นการนำผู้เชี่ยวชาญเรื่องแพทย์ทางเลือก นำเสนอแนะแนวทางให้กับผู้สูงอายุ ให้เกิดการวางแผนการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิตของตัวผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำเสนอเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิคในลำดับถัดไป

5.5.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิคเป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญ โดยจะเน้นให้ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Outside expert) ที่มีการนำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบนี้ตรงกับกระบวนการทัศนการวิจัยแบบปฏิฐานนิยม (Positivity) (Carr; & Kemmis. 1986) นอกจากนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิคให้ความสนใจกับการช่วยให้สามารถเพิ่มการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์เป็นไปตามที่ต้องการมากขึ้น (Elliot. 2005: 365) นอกจากนี้ มีกล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิคว่าเป็นการปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top-down) ที่ผู้ร่วมวิจัยมีลักษณะเป็นผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้ตาม (Passive/follower) เป็นรูปแบบที่มีความเป็นอำนาจนิยม มีลักษณะเป็นวิธีการวิจัยจากพวกเขา (On them) ส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการทำความเข้าใจ หรือเพื่อหาความรู้ในปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เป็นอยู่ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย (พระมหาชนะ ชยธมฺโม (ชนะชัย). 2560: 9; อ้างอิงจาก วิโรจน์ สารรัตนะ 2558) และการ์ดโนได้อธิบายเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค ว่าเป็นรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงของการแก้ไขปัญหา มีวัตถุประสงค์ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงให้ดีขึ้น (Cardno. 2003: 27) เพื่อให้การปฏิบัตินั้นประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Perry; & Skeritt. 1992) เช่นเดียวกับเครน (Crane. 2014) กล่าวว่า วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค เป็นการพัฒนาผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Practice หรือการแทรกแซง (Intervention) โดยเน้นกระบวนการได้รับสิ่งต่างๆ กำหนดโดยบุคคลภายนอกที่มีส่วนโดยตรงกับการปฏิบัติดังกล่าว

ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค หมายถึง รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งที่เน้นให้ผู้วิจัยกระทำตนเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Outside expert) ที่มีการนำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ

5.5.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ ได้แก่ โซเรนเซน (2012) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคด้านสุขภาพจิต: โครงการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค โดยนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มาใช้เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลเกิดความรู้โดยศึกษาใน 3 ขั้นตอน เป็นกระบวนการวงจรซ้ำๆ เป็นต้น ได้แก่ การสำรวจสภาพตัวอย่าง การวางแผน และการนำไปใช้และประเมิน โดยขั้นตอนแรก จะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป อดีตและปัจจุบัน ซึ่งนำการวิจัยมาสูบริบทสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 จะมีการเลือกแบบสอบถามผู้บริโภค ขั้นตอนที่ 3 ตอบครบสมบูรณ์จากผู้บริโภคด้านสุขภาพจิต มีการให้ข้อมูลป้อนกลับต่อผลการบริการสุขภาพจิต ซึ่งจะถูกกำกับควบคุมการให้บริการ ผลการศึกษาพบว่า เกิดความตึงเครียดระหว่างความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการกับความคาดหวังของผู้บริโภค สิ่งสำคัญคือการเชื่อมโยงกันระหว่างค่านิยมและและการรวบรวมเข้า

มาเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของผู้บริโภค ในการนำไปใช้สำหรับผู้ให้บริการ จะต้องเน้นความต้องการผูกพันกับผู้บริโภคและส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสัมพันธภาพให้ดีขึ้น

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิคสรุปได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) โดยตัวผู้วิจัยเองกระทำการตนเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกที่นำแนวคิด หรือโครงการที่คิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติ พร้อมทั้งผู้วิจัยก็ให้อิสระต่อผู้เข้าร่วมวิจัยในการกำหนดวิธีการและวางแผนการควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามอุปสรรคในเบื้องต้น คือการที่ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงแหล่งเผยแพร่ข้อมูลเทคนิค หรือวิธีการทางการแพทย์ทางเลือก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเป็นกลไกผลักดันส่งเสริมโดยการสร้างกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงและตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง จากนั้นจึงชักชวนให้ทำกิจกรรมต่างๆ และมีการสะท้อนให้เห็นผลของการทำกิจกรรมนั้นๆ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) การทบทวนและสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบทบทวนว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้สะท้อนความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้นในครั้งต่อไป การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติภายหลังการสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรมเพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น และลดข้อผิดพลาด การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติลักษณะนี้จะมีประโยชน์ถ้าต้องดำเนินกิจกรรมนั้นหลายๆ ครั้ง ซึ่งการประยุกต์ใช้การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ เป็นการนำเทคนิค AAR เข้ามาช่วย Support ช่วง Spiral ของ Action research ระหว่างนี้ผู้วิจัยจะนำมาเปรียบเทียบความใกล้เคียงกับทฤษฎี และนำกลับไปสร้างการปฏิบัติเพื่อให้เกิดรูปแบบของพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องต่อไป

5.6 เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) (สุทัศน์ ดวงดีเด่น. 2552: 73 - 76)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ ซึ่งกระบวนการของการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมวิจัยในหลากหลายด้าน ซึ่งเทคนิคหนึ่งที่ได้รับการนิยมนำมาใช้ในการจัดการความรู้ (Knowledge management) นั่นคือเทคนิคที่มีชื่อว่า “After Action Review” (AAR) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เพื่อทบทวนหรือถอดองค์ความรู้ที่เสร็จสิ้นการกิจกรรมร่วมกัน

โดยเทคนิค After Action Review หรือที่เรียกว่า เทคนิค AAR นี้ มีลักษณะสำคัญคือเป็นการเรียนรู้ระหว่างการทำงาน ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการทำงาน การทบทวนดังกล่าวมีความสำคัญอย่างมากในการผลักดันให้เกิดการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประสบความสำเร็จ โดยการค้นหาค้นหาความรู้ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ มิใช่การค้นหาค้นหาคนที่ทำผิดพลาด หรือต้องการกล่าวโทษใครทั้งสิ้น ดังนั้นเทคนิคนี้จึงเป็นการดึงศักยภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

ให้เกิดการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้นอีก ในขณะเดียวกันก็คงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว

เทคนิค AAR มีใช้ครั้งแรกในกองทัพของสหรัฐอเมริกาเมื่อประมาณปี 1970 โดยมีวัตถุประสงค์ในขณะนั้นเพื่อพัฒนาศักยภาพของกองทัพ แก้ไขช่องโหว่ที่อาจทำให้เป็นรองฝ่ายตรงข้ามหรือทำให้สูญเสียทหารฝีมือดีในการทำศึกสงคราม และสิ่งสำคัญคือได้ฝึกการทำงานเป็นทีม ไปพร้อมกันด้วย จนกระทั่งปี 1990 ภาครัฐกิจซึ่งเป็นภาคส่วนที่มีภาวะการแข่งขันสูงและแข่งขันตลอดเวลาเพื่อความอยู่รอดขององค์กรได้เริ่มนำเทคนิคนี้มาใช้ในการทำงานเพื่อพัฒนาองค์กรเพื่อเพิ่มส่วนแบ่งทางการตลาดที่สูงขึ้นหรือเพื่อกำไรที่มากขึ้น ซึ่งจุดนี้เองที่ทำให้เทคนิคนี้ได้รับความสนใจอย่างมาก ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

5.6.1 ลักษณะเด่นของเทคนิค AAR (นฤมล รื่นไวย. 2554: 14 - 16)

ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น เทคนิค AAR ใช้เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการดึงศักยภาพเพื่อค้นหาความสำเร็จของการทำกิจกรรม ดังนั้นจึงเป็นเทคนิคที่ได้รับความนิยมในการนำมาจัดการกับความรู้อันเกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรม สามารถสรุปลักษณะเด่นของเทคนิค AAR ได้ดังนี้

1. ทำให้เรียนรู้ว่าในการทำงานต่างๆ ไม่ควรชื่นชมความสำเร็จแต่เพียงด้านเดียว ต้องยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย เพราะปัญหาคือโอกาสในการพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานนั่นเอง
2. ฝึกการรับฟังความคิดเห็นหรือคำแนะนำของเพื่อนร่วมงาน ที่อาจทำให้คุณได้รู้ว่า “ทุกปัญหามีทางออก”
3. ฝึกการทำงานเป็นทีม
4. สามารถใช้เทคนิคนี้กับงานทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นงานประจำที่ดูเหมือนว่าไม่สำคัญ เช่น การรับโทรศัพท์ การจัดประชุม ไปจนถึงโครงการระยะยาวที่ได้รับเงินสนับสนุนหลายพันล้านบาท
5. ผู้ที่เข้าร่วมคือเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมแผนกหรือทีมงาน ซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างจาก Peer Assist ที่เป็นการขอคำแนะนำจากผู้รู้ภายนอกกลุ่ม

5.6.2 ขั้นตอนการทำ AAR (Collison & Parcell. 2004)

การทำ AAR ถูกนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายวิธี ได้แก่ การพบปะเพื่อสรุปบทเรียนหลังการทำงาน 1 สัปดาห์ (Weekly meeting) การสรุปผลการฝึกแต่ละวันของวิทยากร การทำ AAR หลังการทัศนศึกษาดูงาน การทำ AAR เพื่อสรุปบทเรียน (Lessons learned) เป็นต้น (บุรชัย ศิริมหาสาร และพัชรา กวางทอง. 2552) โดยวิธีการในการทำ AAR ที่สำคัญประกอบด้วยการสร้างข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และการทำตามกระบวนการ 7 องค์ประกอบ ดังนี้

คำถามของเทคนิค AAR นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นการทบทวนความจำ การตรวจสอบการกระทำกับเป้าหมาย ค้นหาสาเหตุของความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วยคำถามสำคัญจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

1. สิ่งที่เราคาดว่าจะได้รับการทำงานคืออะไร
2. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร สูงกว่าหรือต่ำกว่าที่คาดหวังไว้
3. ทำไมจึงแตกต่างกัน
4. สิ่งที่เราได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์คืออะไร มีวิธีการอะไรที่จะลด/แก้ความแตกต่างนั้น
5. หากต้องทำครั้งต่อไปจะปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้น

นอกจากการตั้งคำถามดังกล่าวแล้ว การดำเนินการใช้เทคนิค AAR ยังประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่

1. กระบวนการ AAR ควรทำทันทีทันใดหรืออย่างรวดเร็วที่สุดหลังจากจบกิจกรรมนั้นๆ
2. สร้างบรรยากาศที่ดี ไม่มีการกล่าวโทษ ชำเติม ตอกย้ำซึ่งกันและกัน ไม่มีความเป็นเจ้านายหรือลูกน้องมีแต่บรรยากาศที่เป็นกันเอง
3. มีผู้ที่คอยอำนวยความสะดวก กระตุ้น ตั้งคำถามให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ช่วยให้เห็นปัญหาและข้อเสนอแนะของแต่ละคน
4. ถามตัวเองว่าสิ่งที่ควรได้รับคืออะไร
5. กลับมาดูว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร
6. ความแตกต่างคืออะไร ทำไมจึงต่างกัน
7. จัดบันทึกเพื่อเตือนความจำว่าวิธีการใดบ้างที่ได้เคยนำมาแก้ปัญหาแล้ว

อย่างไรก็ตาม ต้องเข้าใจว่าคำตอบหรือวิธีแก้ปัญหาที่ได้จากการทำ AAR ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายสำหรับการทำงาน เพราะเมื่อเวลาเปลี่ยนไป บริบทเปลี่ยนไป ย่อมทำให้เกิดปัญหาใหม่ได้ตลอดเวลาซึ่งวิธีการแก้ปัญหาย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นผลจากการทบทวนการปฏิบัติงานนั้นควรเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการสร้างข้อตกลงร่วมกันในบริบทที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่า เมื่อจบภารกิจในวันหรือหนึ่งครั้ง ทุกคนในทีมต้องพูดคุยกัน กติกาของการทำ AAR = After Action Review คือ ข้อหนึ่ง ทุกคนในทีมนั่งล้อมวงมองเห็นหน้าซึ่งกันและกัน ข้อสอง ทุกคนพูดในส่วนของตนที่ปฏิบัติในทุกประเด็นที่ต้องการพูดโดยระหว่างพูด ทุกคนในทีมเป็นผู้ฟังที่ดี ข้อสาม เมื่อทุกคนพูดจบครบทีมแล้ว ใครจะแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมก็ทำได้แต่ไม่มีการอภิปรายวิพากษ์วิจารณ์กัน

ดังนั้นการทำ AAR ทำให้การศึกษารุ่นนี้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการทำกิจกรรมที่ทุกคนปฏิบัติและประสบมา ข้อมูลจึงหลั่งไหลผ่านทุกคนในทีมได้รับรู้ทั้งปัญหาทั้งอุปสรรค ความสำเร็จ AAR จึงเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีม ส่งผลให้คุณภาพกิจกรรมสูงขึ้น เพราะทุกคนในทีมต่างนำข้อมูลที่หลั่งไหลผ่านตนไปปฏิบัติภารกิจโดยไม่รู้ตัว

5.6.3 การใช้ประโยชน์จากเทคนิค AAR (ประพนธ์ ผาสุขยัต 2556)

เทคนิค AAR เป็นเครื่องมือสำหรับการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ การถอดบทเรียน หรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ บางคนเรียกว่าเครื่องมือวิเคราะห์หลัง

ปฏิบัติบ้าง การทบทวนหลังปฏิบัติงานบ้าง หรือการทบทวนหลังทำกิจกรรม เป็นต้น การทำ AAR นั้นสามารถดำเนินการได้ไม่ว่าการปฏิบัตินั้นๆ จะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว เพราะการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป การทำ AAR เป็นส่วนหนึ่งของวงจรในการวางแผนการ การปฏิบัติตามแผน และการทบทวนผลการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่ามีส่วนคล้ายกับวงจร PDCA (Plan, Do, Check, Act) โดย AAR จะเป็นการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เพื่อกันหาคนที่ทำผิดพลาด ไม่ใช่การกล่าวโทษใคร แต่เป็นการทบทวน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและเพื่อไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้นอีก ในขณะเดียวกันก็จะดำรงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว โดยที่ผู้ทบทวนจะต้องทราบถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้แล้วนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่บรรลุเป็นการทบทวนการทำงานการปฏิบัติงานของตนเองโดยยังไม่ต้องไปทบทวนหรือวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของผู้ร่วมงานคนอื่นๆ

ส่วนใหญ่มักจะทำ AAR เป็นกลุ่มโดยมีผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) หรือผู้นำทีม (Team leader) (นิยมเรียกกันว่า “คุณอำนวย”) เป็นผู้ผลักดัน อาจจะทำเป็นระยะๆ ต่อเนื่องกันหรือทำเฉพาะภารกิจหลักๆ ในแต่ละครั้งก็ได้ วิธีการนี้จะทำให้ทีมงานได้มีโอกาสในการทบทวนพฤติกรรมการทำงานของตนเองในกิจกรรมหนึ่งๆ ช่วยให้ทีมงานได้เข้าใจในเนื้องานมากขึ้นและเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ การที่ทีมงานได้มีโอกาสเรียนรู้ซึ่งกันและกันจะช่วยในการพัฒนาสมรรถนะการทำงานได้ดีขึ้นทั้งนี้ ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) หรือผู้นำทีม (Team leader) หรือที่เรียกกันว่า “คุณอำนวย” นั้นมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของ AAR เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะต้องมีความสามารถที่จะสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บรรยากาศของความมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน บรรยากาศของการทำงานเป็นทีมโดยกำหนดให้มีผู้บันทึกเนื้อหาสาระ (คุณลิขิต) ที่ได้จากการทำกิจกรรมนี้

สรุปได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ได้นำเทคนิค AAR เป็นเครื่องมือในการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ (Learning Tool) เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ เป็น เครื่องมือวิเคราะห์หลังปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค ไม่ว่าการปฏิบัตินั้นจะสำเร็จหรือล้มเหลว โดยมีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัตินั้นๆ เพื่อให้ทีมสามารถที่จะทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป AAR เป็นวิธีการที่สะท้อนสิ่งที่ทีมทำมาด้วยกันว่า แรกเริ่มตั้งใจไว้ว่าอย่างไร อะไรที่เกิดขึ้นจริง ทำไม่ถึงเป็นเช่นนั้น และพวกเขาได้เรียนรู้อะไรบ้าง มีสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มเป็นคนกลางที่เราเรียกว่าคุณอำนวย ก็คือครูผู้เกษียณอายุคอยดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการทบทวนหลังทำกิจกรรม นั่นคือให้สิ่งที่สะท้อนผลหลังการปฏิบัติ ที่อาจนำมาใช้ประโยชน์ต่อไปได้ ซึ่งคุณอำนวยนั้นมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของ AAR เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความสามารถที่จะสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บรรยากาศของความมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน บรรยากาศของการทำงานเป็นทีม โดยกำหนดให้มีผู้บันทึกเนื้อหาสาระที่ได้จากการทำกิจกรรมนี้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติเครื่องมือนี้จะใช้ได้ผลดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญอีกหลายประการ

5.6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ ได้แก่ การศึกษางานวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับการป้องกันและการควบคุมความดันโลหิตและเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตและเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่เน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based) ที่มีผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยในชุมชนเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยหลัก โดยได้พัฒนาความร่วมมือทั้งหน่วยองค์การบริหารจัดการส่วนท้องถิ่น ทั้งหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานภาคเอกชน ซึ่งกระบวนการในการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ เริ่มตั้งแต่การประเมินสถานการณ์ การลงมือปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การแก้ไขปัญหา และการทดสอบรูปแบบ และประเมินรูปแบบด้วยการประยุกต์ใช้เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) ในกระบวนการของการประเมินรูปแบบนี้ ผู้วิจัยจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อความร่วมมือกับทุกกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้แน่ใจว่าเกิดความรู้สึกร่วมกันระหว่างสมาชิกในชุมชน เป็นวิธีการที่ส่งเสริมการออกแบบและการนำไปใช้โปรแกรม โดยมีพื้นฐานมาจากการร่วมแบ่งปันการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) และการมีส่วนร่วมในเชิงรุกของสมาชิกในชุมชนในทุกๆ กิจกรรม (Bootsri; Nakornkate; & Sukonthasab. 2017)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่า เทคนิคนี้เป็นเทคนิคที่สำคัญที่ช่วยให้มีการประเมินผลด้วยการนำกิจกรรมแต่ละครั้งมาสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ ดึงเอาความรู้ที่ได้ออกมา ทำให้เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกันทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยด้วย ซึ่งเหมาะกับงานวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเมื่อได้ประเมินโปรแกรมแล้ว การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ จะช่วยให้ได้ความรู้ และข้อมูลในการนำมาแก้ไขโปรแกรมให้ดีขึ้นในครั้งต่อไป

5.7 แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน

การมีส่วนร่วมในชุมชน ได้เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในปัจจุบันโดยเฉพาะในศาสตร์ด้านการสาธารณสุขที่เกิดจากการทำงานร่วมกันกับชุมชน เน้นการทำงานในเชิงรุก ซึ่งการมีส่วนร่วมถือได้ว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาชุมชน เพราะถือได้ว่าเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต หรืออีกนัยหนึ่งหมายถึงชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้แก่สังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตที่ชอบธรรม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม สามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้อง ภายใต้เครื่องมือ และทรัพยากรที่มีอยู่ โดยมีจุดเน้นของคุณภาพชีวิตที่ดี

5.7.1 หลักการพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมในชุมชน

การดำเนินงานพัฒนาชุมชนนั้น มีหลักการสำคัญที่เป็นรากฐานในการดำเนินงานอยู่ 3 ประการ คือ (สนธยา พลศรี. 2545)

1. **ความคิดริเริ่มมาจากประชาชน** กิจกรรมทุกกิจกรรมและทุกขั้นตอน จะต้องเกิดจากการคิด ตัดสินใจ วางแผน และดำเนินการโดยประชาชน นักพัฒนาต้องไม่เป็นผู้กำหนดกิจกรรม แผนงาน หรือโครงการไว้ล่วงหน้า แต่นักพัฒนามีหน้าที่กระตุ้นให้ชาวบ้านกล้าคิด สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการ และตัดสินใจริเริ่มโครงการต่างๆ ได้เอง ซึ่งการที่นักพัฒนาจะทำได้จำเป็นต้องเข้าไปหาประชาชน กระตุ้นยั่วยุโดยใช้มาตรการต่างๆ (การฝึกอบรม ประชุมกลุ่มอภิปราย กลุ่มสัมพันธ์ การแสดงบทบาท ฯลฯ) ให้ชาวบ้านกล้าคิดกล้าแสดงออก โดยนักพัฒนาอาจให้ข้อมูลหรือการชี้แนะที่จำเป็น เพื่อประกอบการตัดสินใจของชาวบ้าน สอดคล้องกับ สัญญา สัญญาวิวัฒน์ ได้ระบุว่า มีมาตรการต่างๆ ที่อาจนำไปใช้ได้ในการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความคิดและตัดสินใจ ได้ ดังต่อไปนี้

1.1 การให้การศึกษา ทำได้ทั้งในระบบ (การจัดการศึกษาอย่างเป็นทางการ) และนอกระบบ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์

1.2 การอภิปรายกลุ่ม โดยมีการรวมกลุ่มกันระหว่างคนที่สนใจ หรือคนที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน โดยนักพัฒนาต้องกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีการอภิปรายแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนแนวคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยต้องสร้างบรรยากาศในการประชุมให้มีความเป็นมิตร เคารพความเห็นซึ่งกันและกัน การลงมติจะต้องเป็นไปโดยไม่มีอิทธิพลครอบงำ และควรให้สมาชิกส่วนใหญ่พอใจ

1.3 การสาธิต เป็นวิธีที่จะแสดงให้เห็นถึงขั้นตอน และผลของการปฏิบัติ โดยอาจเป็นวิธีการใหม่ๆ ที่ชาวบ้านยังไม่รู้จัก หรือรู้จักแล้วแต่ยังทำไม่ได้ หลักสำคัญในการสาธิตให้เกิดผล ก็คือจะต้องมีทรัพยากรหรือผู้สาธิตที่มีความรู้ ความชำนาญในเรื่องนั้นๆ และเรื่องที่สาธิตต้องตรงกับความต้องการ เกิดประโยชน์ และประชาชนสามารถนำไปปฏิบัติได้

1.4 การประชุม เป็นการเรียกประชุมให้ชาวบ้านมารับทราบข่าวข้อมูล ความรู้หรือเพื่อปรึกษาหารือกันในการจัดกิจกรรมการพัฒนา

1.5 การจัดนิทรรศการ เป็นการนำสิ่งของ กระบวนการ และอุปกรณ์ต่างๆ มาแสดงให้เห็น เพื่อให้ผู้ชมได้เห็น และเกิดความคิดที่จะนำไปใช้ประโยชน์ ทั้งนี้การจัดนิทรรศการที่ดีนั้น ผู้จัดจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน ในปัจจุบันการจัดนิทรรศการใหญ่ๆ ระดับชาติ จะใช้บริษัทเอกชนที่เป็นมืออาชีพเป็นผู้จัด ซึ่งผลที่ได้จะเกิดความสวยงาม น่าดู เช่น นิทรรศการสินค้า OTOP เป็นต้น

1.6 ทักษะศึกษา เป็นวิธีการที่นำประชาชนไปดูงานต่างพื้นที่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อให้เกิดความรู้ และความคิด ได้เห็นแบบอย่างที่มีคนทำและประสบความสำเร็จ ซึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นให้นำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนของตนเอง ปัจจุบันวิธีนี้เป็นที่แพร่หลายและนิยมของชาวบ้านมาก ชาวบ้านกลุ่มต่างๆ มีการเดินทางไปดูงานแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กัน

มีการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน เช่น เครือข่ายกลุ่มทอผ้าในเขตจังหวัดภาคเหนือ สิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาคือ วิธีการที่ทำแล้วประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่ง อาจใช้ได้หรือใช้ไม่ได้กับอีกพื้นที่หนึ่งก็ได้ ดังนั้นผู้ที่นำไปใช้จะต้องพิจารณาและปรับใช้ให้เหมาะสมกับชุมชนของตน

1.7 การรณรงค์ เหมาะสำหรับกิจกรรมที่ต้องการเร่งรัดให้เกิดผลสำเร็จในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งผู้เกี่ยวข้องจะต้องให้ความรู้ โฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างดีในระดับหนึ่งถึงความจำเป็น และลักษณะกิจกรรมนั้นให้ชาวบ้านรับรู้ รับทราบ เมื่อมีการเริ่มดำเนินการชาวบ้านจะได้ให้ความร่วมมือ การรณรงค์นั้นอาจใช้วิธีเกลี้ยกล่อม การสร้างกระแสนิยมรักชาติ การให้ผู้นำที่มีอิทธิพลเป็นผู้ริเริ่มทำก่อนเป็นตัวอย่าง รวมไปถึงการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เสียงตามสาย ป้ายประกาศ ใบปลิว การแสดงมหรสพ เป็นต้น

2. หลักการให้ประชาชนมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของตนเองและชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ โดยเน้นหนักในเรื่องพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชน เพื่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง (องค์การอนามัยโลก, 1978) สำหรับองค์การยูนิเซฟ ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการซึ่งประชาชนเองเข้ามามีส่วนในการพัฒนาทุกระดับ และการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ จะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความรักผูกพันต่อโครงการนั้นๆ จะช่วยเน้นย้ำให้เกิดความรู้สึกว่า เป็นความรับผิดชอบและเกิดจากน้ำพักน้ำแรงของพวกเขาเอง ซึ่งในกระบวนการพัฒนาชุมชนนั้น ประชาชนจะมีส่วนร่วมในขั้นตอนดังนี้

2.1 มีส่วนร่วมในการคิดค้นหาปัญหาและศึกษาสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนนี้ถึงเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมากเพราะบางครั้งปัญหาต่างๆ ของชาวบ้าน เป็นสิ่งที่ชาวบ้านต้องพบสัมผัสอยู่ทุกวันจนเกิดความเคยชินไม่คิดว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหา จึงไม่กระตือรือร้นที่จะหาทางแก้ปัญหา

2.2 มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม โดยทั่วไปแล้วนักพัฒนาหรือนักวิชาการมักจะคิดว่าชาวบ้านไม่มีศักยภาพพอที่จะวางแผนดำเนินกิจกรรมด้วยตัวเองได้ ซึ่งก็อาจมีความเป็นจริงแต่เพียงบางส่วน แต่หากนักพัฒนามีความเชื่อมั่นในศักยภาพของความเป็น “คน” ของทุกคนว่า มีศักยภาพที่จะพัฒนาได้ ก็เป็นหน้าที่ของนักพัฒนาที่จะเสริมความรู้ หรือใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อหาแนวทางในการจัดระบบความคิดของชาวบ้านให้สามารถวางแผนได้

2.3 มีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติ คำว่าทุนในที่นี้อาจไม่ได้หมายถึงเฉพาะเงินทุนเท่านั้น แต่ชาวบ้านยังมีทรัพยากรที่อาจหาได้เอง เช่น ทรัพยากรธรรมชาติ (ทราย หิน ไม้ไผ่ ฯ) หรือวัสดุตามธรรมชาติในหมู่บ้าน และรวมถึงแรงงานของชาวบ้านเอง ส่วนในการปฏิบัตินั้นก็เช่นกัน ชาวบ้านสามารถที่จะเข้าร่วมดำเนินการ ในกิจกรรมต่างๆ ได้ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม เป็นเจ้าของ และเห็นคุณค่า พร้อมทั้งจะดูแลรักษา รวมทั้งการได้เรียนรู้การทำงานในกิจกรรมนั้นด้วย

2.4 มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จำเป็นเพราะ การประเมินผลงานจะช่วยให้ทราบถึงขั้นตอนการทำงาน ผลสำเร็จและหรือปัญหาอุปสรรคต่างๆ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนแผนให้เกิดผลงานที่ดีที่สุด ตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างถูกต้อง

ส่วนหลักการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน มีหลักการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของ สถาบัน International Association for Public Participation (IPA2) ซึ่งเรียกว่า Public Participation Spectrum (International Association for Public Participation. 2013: Online) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การแบ่งปันข้อมูล (Inform) การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการ จะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม ในเรื่องต่างๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงานแถลงข่าว การติดประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การแจกเอกสารความรู้ หรือศึกษาจากเว็บไซต์ และการจัดนิทรรศการแสดงผลการปฏิบัติงานของหน่วยงาน เป็นต้น

ขั้นที่ 2 การรับฟังความคิดเห็น (Consult) การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่างๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การจัดประชุม จัดสนทนากลุ่ม สำรวจความคิดเห็น และการจัดประชุมคนในชุมชน เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การเข้าไปเกี่ยวข้อง (Involve) การเข้าไปเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าข้อมูลความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การสำรวจความคิดเห็นของผู้แทน เป็นต้น

ขั้นที่ 4 การร่วมมือ (Collaboration) การร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การจัดให้มีคณะกรรมการที่ปรึกษาาร่วมภาครัฐและชุมชน การสำรวจประชามติ การตัดสินใจร่วมกันกับชุมชน เป็นต้น

ขั้นที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชนเป็นขั้นที่ให้บทบาทคนในชุมชนในระดับสูงสุด โดยให้คนในชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น ลงประชามติใน

ประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การจัดให้มีคณะผู้ตัดสินใจที่มาจากคนในชุมชน การลงประชามติ และการตัดสินใจโดยตัวแทนของคนในชุมชน เป็นต้น

การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน อาจทำได้หลายระดับและหลายวิธี ซึ่งบางวิธีสามารถทำได้ง่าย ในขณะที่บางวิธีก็ต้องใช้เวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ค่าใช้จ่ายและความจำเป็นในการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ชุมชน การรับฟังความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคลากรควบคู่กันไปด้วย

3. หลักการช่วยตัวเอง การพัฒนาชุมชนนั้นหลักสำคัญที่สุด และเป็นเป้าหมายสูงสุดด้วย ก็คือการทำให้ประชาชน มีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถพึ่งตัวเองได้อย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้ชาวบ้านช่วยตัวเองได้นั้น ก็จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของชาวบ้านเองด้วย โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การดำเนินงานพัฒนาควรเริ่มจากโครงการที่ไม่ใหญ่จนเกินกำลังชาวบ้าน ชาวบ้านมีศักยภาพพอที่จะดำเนินโครงการนั้นจนประสบความสำเร็จ อาทิ เช่น พัฒนาตัวเองและครอบครัวก่อน และในบางกรณีรัฐบาล หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการนั้น อาจต้องให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านงบประมาณลงทุนประเดิมให้ก่อน เช่น การสนับสนุนพันธุ์วัว ต้นกล้าผลไม้ เป็นต้น และเมื่อชาวบ้านดำเนินโครงการประสบความสำเร็จก็ขอใช้ทุนคืน

5.7.2 ปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาชุมชน (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543)

การพัฒนาที่จะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องอาศัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา ได้แก่

1) ลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อมด้านวัตถุ อันได้แก่ สิ่งก่อสร้างพื้นฐาน : ถนน สะพานคลองส่งน้ำ และสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เช่น ลักษณะภูมิประเทศ อันได้แก่ สภาพดิน แหล่งต้นน้ำลำธาร อุณหภูมิ สิ่งเหล่านี้จะต้องส่งเสริม และเอื้อให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ เช่น พื้นที่อุดม มีภูมิอากาศเหมาะสมกับการปลูกพืช มีระบบการชลประทาน และแหล่งน้ำหล่อเลี้ยงให้พืชเจริญเติบโต มีถนนลำเลียงขนส่งผลผลิตและสินค้าออกสู่ตลาด

2) ลักษณะทางเศรษฐกิจ หมายถึงภาวะการถือครองที่ดิน ระบบการซื้อ-ขาย ผลผลิต ระบบราคา ภาวะหนี้สิน ระบบการกู้ยืมและแหล่งสินเชื่อ ความยากจนของประชาชนในพื้นที่ จะส่งผลต่อการลงทุนในการผลิต และนำไปสู่ภาวะการสูญเสียกรรมสิทธิ์ที่ดิน ซึ่งเป็นผลให้เกิดความรู้สึกลูกผูกพันต่อการพัฒนา

3) สภาพแวดล้อมทางการเมือง ได้แก่ นโยบายการพัฒนาของรัฐบาล ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามยุคสมัย เช่น สมัย พณ.จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เน้นการพัฒนารากฐานของการพัฒนาประเทศ มีการลงทุนในสาธารณูปโภค สาธารณูปการ สร้างถนนสายสำคัญ เชื้อเพลิง น้ำ ไฟฟ้า ฯลฯ ส่วนในยุคของ พณ. พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ก็เน้นด้านเศรษฐกิจ “แปรสนามรบให้เป็นสนาม

คำ” สมัย พณ. พลเอก ชวลิต ยงใจยุทธ เน้นความสงบร่มเย็นจากปัญหาผู้ก่อการร้าย “ใต้ร่มเย็น-อีสานเขียว” สมัย พณ. นายชวน หลีกภัย เน้นการ จัดที่ดินทำกินและสมัย พต.ท. ดร.ทักษิณ ชินวัตร “เน้นการฟื้นฟูเศรษฐกิจ” เป็นต้น

4) สภาพแวดล้อมทางสังคมอันเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยมของคนในสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรวมกลุ่มและอิทธิพลของกลุ่มซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต พฤติกรรม และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน

5) สภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี เป็นสิ่งที่เกิดจากการสร้างสรรค์ปรุงแต่งของมนุษย์ ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความสะดวกสบายขึ้น สิ่งสำคัญคือต้องเลือก และนำเทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) ไปใช้ โดยไม่ให้เกิดผลเสียต่อสิ่งแวดล้อม ประชาชน และความสัมพันธ์ระหว่างประชาชน ซึ่งในสังคมไทยเรามีเทคโนโลยีเหมาะสมมากมาย อันได้แก่ “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” ที่นักพัฒนาจะต้องรู้จักนำมาใช้และผสมผสานกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สภาพแวดล้อมที่ควรเป็นการพัฒนาต้องคำนึงถึงการพัฒนาที่สอดคล้องกับ สภาพความ เราอาจเปรียบภูมิปัญญาชาวบ้านเสมือนต้นไม้ผลท้อถิ่นที่มีรากแก้ว มีความทนทาน ต่อสภาพสิ่งแวดล้อม ส่วนเทคโนโลยีสมัยใหม่ เปรียบได้เสมือนกิ่งตอนชั้นดีที่เอาเข้าไปติดตาทาบกิ่ง เพื่อให้ออกดอกออกผลที่ดี

6) สภาพแวดล้อมที่ควรเป็นการพัฒนาต้องคำนึงถึงการพัฒนาที่สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง และเกิดประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชนนั้นเป็นส่วนใหญ่อันเกิดจากการผสมผสานระหว่างสภาพแวดล้อม ทั้ง 5 ข้อที่กล่าวมาแล้ว ในขณะที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมและสิ่งแวดล้อมก็ต้องไม่เสื่อมโทรม ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าทิศทางการพัฒนาแนวใหม่ ตามแนวคิดและกระแสการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวนั้น จะมีฐานการพัฒนาเริ่มต้นจากชุมชนทั้งสิ้น จึงมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง เพื่รองรับกระบวนการพัฒนาแนวใหม่ให้ได้ โดยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนอำนาจและ กระบวนการเรียนรู้มุ่งสู่ประชาชนให้มากขึ้น ให้อำนาจเป็นของสังคมโดยรวมให้มากขึ้น โดยการ กระจายอำนาจออกไปในแนวราบ และพยายามสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคมให้มากยิ่งขึ้น ขึ้นไป การวิจัยในครั้งนี้ เสริมสร้างให้ชุมชนมีเป้าหมายร่วมกันและยึดโยงเกาะเกี่ยวกันด้วยประโยชน์ สาธารณะและของสมาชิก มีการรวมกลุ่มประสานงานกันในกลุ่มและในชุมชน และได้มีโอกาสเป็น เจ้าของภารกิจต่างๆ ให้มากขึ้น ใช้ทรัพยากรท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมชุมชน การดูแล ช่วยเหลือกันในชุมชน และการพึ่งตนเอง มาปรับประยุกต์ให้เกิดการพัฒนาในรูปแบบบูรณาการและ องค์กรรวมให้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นหนทางก้าวไปสู่การเสริมสร้างพลังชุมชนให้มีความสามารถในการพัฒนา สังคมในชุมชนและเกิดความเข้มแข็งได้ในที่สุด ซึ่งจะทำให้ก้าวไปสู่การพัฒนาแบบยั่งยืน โดยสรุป ก็คือ ต้องเริ่มที่ชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยย่อยๆ ของการพัฒนา โดยต้องเข้าใจวิถีชีวิตของชาวบ้าน เข้าใจการ ประพฤติปฏิบัติ โดยมี “คน” เป็นเป้าหมายหลักสำคัญ ในขณะเดียวกัน ต้องเสริมสร้างจิตสำนึกให้ ประชาชนเกิดการรวมพลังต่อสู้กับปัญหา ตัดสินวิถีชีวิต จัดการทางสังคมด้วยตนเอง โดยให้มีการ กระจายอำนาจลงไปสู่หน่วยย่อยนั้น และหน่วยงานภาครัฐคอยให้การสนับสนุน

สามารถสรุปได้ว่าจากหลักการดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมาเป็นกรอบในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้เรียนรู้โดยทำกิจกรรมร่วมกัน โดยเน้นให้บุคคลมองเห็นศักยภาพของตนเอง และชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการระดมความคิด วิพากษ์วิจารณ์ และเสนอแนะความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยอย่างเสรีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดชุดกิจกรรมสำหรับชุมชน โดยมีผู้อำนวยการความสะอาดที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดกิจกรรม ให้เป็นผู้นำการจัดกิจกรรม เพื่อนำผู้ร่วมวิจัยบรรลุเป้าหมายในการจัดประชุม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมให้แก่ผู้ร่วมวิจัย ในกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเป็นเวลา 2 วัน

ส่วนการประเมินผลการจัดประชุม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการวัดและประเมินผลการเสริมพลังมาใช้เป็นกรอบในการประเมินผล ตามแนวคิดของ วอลเลอร์สไตน์ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา. 2542: 294; อ้างอิงจาก Wallerstein. 1992: 197-205) โดยมีหลักการดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในกิจกรรมการศึกษา เพราะการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันในการศึกษา เป็นกิจกรรมสำคัญของการเสริมพลังการทำงาน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนจนเกิดความเชื่อว่า จะสามารถเปลี่ยนแปลงสภาพที่ประสบอยู่ได้

2. วัดผลพลอยได้ เช่น ความพึงพอใจของบุคคลต่อการปฏิสัมพันธ์ หรือการรวมกลุ่มในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน

3. วัดผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการทำงานหรือวัดที่คุณภาพของผลงาน

ดังนั้น ในการประเมินผลการจัดประชุม ผู้วิจัยจึงประเมินผลด้วยการสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยในการเข้าร่วมกิจกรรม การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง สอบถามความคิดเห็น และสำรวจความพึงพอใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมประชุม และสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับโอกาส และความเป็นไปได้ในการการเพิ่มศักยภาพทักษะในการสนับสนุนพฤติกรรมความควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือก และจากการทบทวนเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ทิศทางการพัฒนาแนวใหม่ ตามแนวคิดและกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนั้น จะมีฐานการพัฒนาเริ่มต้นจากชุมชนทั้งสิ้น จึงมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง เพื่อรองรับกระบวนการพัฒนาแนวใหม่ให้ได้ โดยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนอำนาจและกระบวนการเรียนรู้มุ่งสู่ประชาชนให้มากขึ้น ให้อำนาจเป็นของสังคมโดยรวมให้มากขึ้น โดยการกระจายอำนาจออกไปในแนวราบ และพยายามสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคมให้มากยิ่งขึ้น ขึ้นไป

5.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในชุมชน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในชุมชน ได้แก่ สมพร เจือจันทิก (2552) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย จำนวน 62 คน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง มีการ

วางแผน การมีส่วนร่วมกิจกรรมกลุ่ม การร่วมรับประโยชน์ การร่วมประเมินผล โดยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ การมีส่วนร่วมในชุมชน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ งานวิจัยของนฤมล ท้าวทอง และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ในชุมชน จำนวน 60 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความตระหนักของชุมชน 2) การตั้งเป้าหมายสุขภาพ 3) การขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างนวัตกรรม และ 4) การรวมพลังติดตามประเมินผล พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร วงศ์ดีป, นงเยาว์ อุดมวงศ์ และรังสิยานรินทร์ (2558) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 23 คน เป็นการวิจัยและพัฒนา โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว 3) การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย 4) การประชาสัมพันธ์เชิญชวนออกกำลังกายผ่านหอกระจายข่าว 5) การติดตามเยี่ยม และ 6) การประกวดอาหารพื้นเมืองเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 78.26 เป็นร้อยละ 95.65 ส่วนระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย ระดับประจำเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 4.35 เป็นร้อยละ 26.09 และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ระดับประจำเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 8.70 เป็นร้อยละ 52.17 นอกจากนี้ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ระดับเสี่ยง เปลี่ยนเป็นระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 26.09 และคงเหลืออยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 73.91

สรุปได้ว่าจากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในชุมชน เสริมสร้างให้ชุมชนมีเป้าหมายร่วมกันและยึดโยงเกาะเกี่ยวกันด้วยประโยชน์สาธารณะและของสมาชิก มีการรวมกลุ่มประสานงานกันในกลุ่มและในชุมชน และได้มีโอกาสเป็นเจ้าของภารกิจต่างๆ ให้มากขึ้น ใช้ทรัพยากรท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมชุมชน การดูแลช่วยเหลือกันในชุมชน และการพึ่งตนเอง มาปรับประยุกต์ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ให้เกิดการพัฒนาในรูปแบบบูรณาการและองค์รวมให้มากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ และยังสามารถแสดงพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตได้อีกด้วย

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อมุ่งตอบสนองวัตถุประสงค์ในการศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการดำเนินการ ทั้งหมดภายใต้แนวคิดและทฤษฎี ดังต่อไปนี้

แนวคิดการสร้างความตระหนักเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้ ที่ถือได้ว่าเป็นขั้นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา หากเมื่อมนุษย์มีความตระหนักรู้ต่อเรื่องใดเรื่อง หนึ่งแล้วย่อมทำให้เกิดความสนใจ ใส่ใจ และมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นได้ เจกเช่นเดียวกับ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เมื่อมีความตระหนักรู้ต่อการควบคุมค่าความดันโลหิตแล้ว ย่อมมี ความสนใจ ใส่ใจที่จะเปิดรับข้อมูล ข่าวสารในการดูแลและควบคุมค่าความดันโลหิต และปฏิบัติตาม ด้วยความเต็มใจยิ่ง จากแนวคิดเรื่องการสร้างความตระหนักรู้นี้ จึงทำให้สามารถนำมาเป็นแนวทาง ในศึกษากับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตกับกลุ่มเป้าหมาย และยังมีส่วนช่วยให้สามารถ เข้าใจพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างแท้จริง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในระยะ ที่ 2 คือระยะดำเนินการวิจัยเพื่อให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักในเรื่องของการควบคุมความดัน โลหิต เราให้เกิดความใส่ใจเพื่อสร้างความสำคัญและเห็นถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรม ควบคุมความดันโลหิตของตนเองและผู้อื่น

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนที่เกิดจาก แนวคิดของการกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหรือความรุนแรงของโรค และรับรู้ เกี่ยวกับความน่ากลัวของโรคหรือภัยคุกคามจากโรค ประกอบกับการรับรู้ผลประโยชน์ที่จะได้รับจาก การกระทำ อันนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือฟื้นฟูโรค ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพดังกล่าว มาช่วยในการสนับสนุนให้เกิดความตระหนักในพฤติกรรมการควบคุมความดัน โลหิตสูงในการรับรู้ความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง โดยกระตุ้นให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวนั้นเป็น เรื่องที่ต้องการการแก้ไขอย่างมีส่วนร่วม เพราะไม่ได้เป็นปัญหาเพียงแค่ระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังมี ความเกี่ยวข้องกับปัญหาของชุมชนอีกด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ ประโยชน์ของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ ชัดเจน และการสร้างความตระหนักจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมความ ดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้มาใช้ในระยะที่ 2 ร่วมกับแนวคิดการสร้าง ความตระหนัก โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเห็นคุณค่าของการแก้ไขปัญหาและเกิดการรับรู้

อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมุ่งเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตทั้งต่อตนเองและผู้อื่นด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ เป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย เนื่องจากเมื่อกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เกิดความตระหนักและมีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างเจตคติต่อโรคและเจตคติที่ดีต่อแพทย์ทางเลือก โดยได้มีการอบรมถึงประโยชน์การควบคุมความดันโลหิต และประโยชน์จากการใช้แพทย์ทางเลือกเข้ามาสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งเจตคติมี 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านความคิดความเข้าใจ (Cognitive) การรู้คิดเชิงประเมินค่า ผู้วิจัยได้อบรมและยกตัวอย่างการแพทย์ทางเลือก เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อเดิมต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่คิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกาย หรือการรักษาด้วยยาเป็นเพียงวิธีการเดียวในการควบคุมความดันโลหิตสูงมาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตโดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ด้านความรู้สึก (Affective) ให้ผู้เข้าร่วมได้สะท้อนความรู้สึกต่อปัญหาที่ตนเองรับรู้ เช่น ความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยา เป็นต้น และนำไปสู่การสร้างความรู้สึกใหม่ต่อการควบคุมโรคว่าเป็นเรื่องง่าย ผ่อนคลาย เพื่อโน้มน้าวใจให้เกิดเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และ 3) ด้านแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral Tendency) เป็นความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม ทั้งในด้านการปฏิบัติตามการแพทย์ทางเลือกและพร้อมต่อการดูแลคนในชุมชน มีส่วนร่วมผลักดันให้กับชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำมาแนวคิดนี้มาใช้ในระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย เพื่อสร้างให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมในชุมชน

ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล วัตถุ สิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยให้การแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคมอันมาจากบุคคลในชุมชน เช่น อาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯ ใช้ในกระบวนการจัดกิจกรรมทุกขั้นตอน รวมทั้งเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย เพื่อให้เกิดเงื่อนไขการสนับสนุนทางสังคมที่มุ่งเน้นสร้างให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเองและศักยภาพในการช่วยเหลือผู้อื่น มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันทั้งในด้านกำลังใจและด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งผู้วิจัยได้นำเทคนิคเพื่อนช่วยเพื่อนมาเป็นเทคนิคหลักในการดำเนินการตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งที่เน้นให้ผู้วิจัยดำเนินการในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Outside expert) ที่มีการนำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้น ไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการการตัดสินใจ (Akrani. 2010; citing Drucker. 1955) แบ่งเป็น 6

ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง และขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลรอง 2) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ

เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) การทบทวนและสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบทบทวนว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้สะท้อนความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อหาวิธีการที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้นในครั้งต่อไป การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติภายหลังการสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม เพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น และลดข้อผิดพลาด การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติลักษณะนี้จะมีประโยชน์ถ้าต้องดำเนินกิจกรรมนั้นหลายๆ ครั้ง ซึ่งการประยุกต์ใช้การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ เป็นการนำเทคนิค AAR เข้ามาช่วย Support ช่วง Spiral ของ Action research ผู้วิจัยจะนำมาเปรียบเทียบความใกล้เคียงกับทฤษฎี และนำกลับไปสร้างการปฏิบัติเพื่อให้เกิดรูปแบบของพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องต่อไป

แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน การเสริมสร้างให้ชุมชนมีเป้าหมายร่วมกันและยึดโยงเกาะเกี่ยวกันด้วยประโยชน์สาธารณะและของสมาชิก มีการรวมกลุ่มประสานงานกันในกลุ่มและในชุมชน และได้มีโอกาสเป็นเจ้าของภารกิจต่างๆ ให้มากขึ้น ใช้ทรัพยากรท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมชุมชน การดูแลช่วยเหลือกันในชุมชน และการพึ่งตนเอง มาปรับประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้เกิดการพัฒนาในรูปแบบบูรณาการและองค์รวมให้มากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิต ให้ลดระดับความดันโลหิตลงได้ ภาพรวมของการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพประกอบ 12

ขั้นตอน การค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ค้นหาสถานการณ์ปัญหา

1. ศึกษาจากเอกสารทางสถิติ
2. คัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย
3. เข้าสู่สนามการวิจัย

สร้างสัมพันธภาพกับชุมชน

ค้นหาปัญหา/ความต้องการจากชุมชน

- สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
- การสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง

ขั้นตอน การสร้าง ทดลองใช้ ปรับปรุง และนำไปใช้จริง เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ครั้งที่ 1 เป้าหมาย: เพื่อสร้างความตระหนักและการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องในทฤษฎี HBM (Health Belief Model: HBM)

สร้างเจตคติ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนช่วยเพื่อน

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ /ระดมสมอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 30 คน และผู้ช่วยนักวิจัย 11 คน รวม 41 คน
- ผู้ร่วมวิจัย ร่วมกันวางแผนเขียนโครงการ รวบรวมประเด็นกิจกรรม จัดลำดับความสำคัญ จำนวน 2 กิจกรรมโครงการ / สร้างแผนการสอนที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ จำนวน 2 กิจกรรมโครงการ / ผู้ช่วยนักวิจัยได้ร่วมกันสร้างชุดกิจกรรม / จัดอบรมกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน รวมทั้งหมด จำนวน 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน เป็นเวลา 2 วัน/ ติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง/สัปดาห์ นำโดยผู้สูงอายุกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- การบันทึกการดำเนินกิจกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงเหตุการณ์ที่สำคัญ การสังเกตผลในขณะที่ทำกิจกรรม
- กระบวนการสะท้อนผลหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR)

ครั้งที่ 2 เป้าหมาย: เพื่อพัฒนาเจตคติ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนช่วยเพื่อน

- ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย วางแผนปรับปรุงการจัดชุดกิจกรรมการเรียนรู้ จากการสะท้อนผลหลังปฏิบัติการ ครั้งที่ 1
- ผู้ร่วมวิจัย ร่วมกันจัดกิจกรรมอบรมเพิ่มเติมตามแผน /ดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/สัปดาห์ นำโดยผู้สูงอายุกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- การบันทึกการดำเนินกิจกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงเหตุการณ์ที่สำคัญ การสังเกตผลในขณะที่ทำกิจกรรม
- กระบวนการสะท้อนผลหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR)

ขั้นตอน การประเมินผล เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประเมินเชิงปริมาณ

- ด้านเจตคติต่อโรค /และเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก
- พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต / การสนับสนุนทางสังคม
- ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม
- ระดับของความดันโลหิต

ประเมินเชิงคุณภาพ

- สัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง, ผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อสะท้อนผลและตรวจสอบสามเส้า
- การสนทนากลุ่ม กับกลุ่มผู้นำชุมชน
- การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับพฤติกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้กระบวนการการวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) ครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นการปฏิบัติจริงในชุมชน ใช้ระยะเวลาในการวิจัยระหว่าง เดือน สิงหาคม 2559 – กรกฎาคม 2560 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 12 เดือน เพื่อแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวทางของการแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการการตัดสินใจ (Akroni, 2010; citing Drucker, 1955) แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ เป็นขั้นที่ผู้วิจัยใช้เตรียมการสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการเตรียมการลงพื้นที่โดยการคัดเลือกชุมชน ค้นหาปัญหาด้านบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างสัมพันธภาพในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม เป็นขั้นที่นักวิจัยได้ทำการระดมสมองกับผู้ร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำการแพทย์ทางเลือกไปนำเสนอแก่คนในชุมชน แล้วให้คนในชุมชนเสนอทางเลือกว่าจะนำการแพทย์ทางเลือกแบบใดบ้าง ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลต่างๆ สร้างชุดกิจกรรมพัฒนาขึ้นมา

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม เป็นขั้นที่นักวิจัยได้นำชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการเลือกของคนในชุมชน มาทดลองใช้ โดยกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจะเป็นผู้ทดลองใช้เพื่อค้นหาข้อบกพร่อง และข้อจำกัดของชุดกิจกรรมนี้

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม เป็นขั้นที่นักวิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ชุดกิจกรรมในทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนนำไปสู่การวางแผนปรับปรุง และมีการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ ที่เกิดขึ้นเพื่อปรับปรุงชุดกิจกรรมให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง เป็นขั้นที่นำชุดกิจกรรมที่ผ่านการวางแผนการปรับปรุงมาแล้ว

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล เป็นขั้นที่นักวิจัยได้ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชน ได้แก่ การตรวจสอบและหาข้อสรุปสาเหตุ ผลและวิธีแก้ปัญหาที่ตามวัตถุประสงค์ และสร้างรูปแบบของการปฏิบัติ

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ ตำบลพินนาแดง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีประชากรในพื้นที่ตามปีงบประมาณ พ.ศ.2556 จำนวน 1,125 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นพื้นที่ตำบลที่สถิติผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับแรกของจังหวัด และมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบล สูงกว่าอัตราการป่วยของจังหวัด และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 2) เป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพในการจัดตั้งเครือข่ายเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมวิจัยปฏิบัติการร่วมกับผู้วิจัย 3) เป็นพื้นที่ที่ผู้ร่วมวิจัยมีความสนใจและให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตามวิธีวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) โดยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี ประกอบด้วย

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 6 คน และเป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 3 คน

1.2 ผู้ให้ข้อมูลรอง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลด้านนโยบายทั้งในระดับจังหวัด และระดับตำบล โดยใช้การสัมภาษณ์

- กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group)

2. กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน และ ข้อที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการ

ควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบไปด้วย กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

2.1 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน รวมทั้งหมด จำนวน 60 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ใน ต.พิหารแดง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี
- 2) อายุระหว่าง 60 ปี ขึ้นไป
- 3) สภาพร่างกายอยู่ในสภาวะปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะของโรคหัวใจ โรคไต ฯ ไม่มีความพิการ การมองเห็นและการได้ยินปกติ
- 4) มีความรู้ในระดับที่สามารถ อ่านออก เขียนได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีคุณลักษณะเพิ่มเติม คือ มีความสามารถในการถ่ายทอด เช่น เป็นอดีตครู หรือเคยทำงานด้านสุขภาพ ฯ และสมัครใจเป็นกลุ่มช่วยเหลือเพื่อน โดยเฉพาะในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

2.2 กลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราชจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน

2.3 กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านหลักการแพทย์ทางเลือก จำนวน 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน ผู้วิพากษ์ชุดกิจกรรมการพัฒนาในชุมชน ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้ดำเนินการตามกระบวนการตัดสินใจ โดยได้แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอนที่สำคัญ โดยมีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ เป็นขั้นที่ผู้วิจัยใช้เตรียมการสำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการเตรียมการลงพื้นที่โดยการคัดเลือกชุมชน ค้นหาปัญหาด้านบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างสัมพันธภาพในชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลด้านนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อหาข้อมูลมาประกอบการ

ตัดสินใจคัดเลือกเป็นพื้นที่ทำการวิจัย และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ เอกสารความรู้ต่างๆ และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยร่วมกันทบทวนสถิติข้อมูลด้านสุขภาพในระดับจังหวัด และกำหนดประเด็นสำคัญต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ตามที่ร้องขอ

2. ผู้วิจัยศึกษาทบทวนจากเอกสารเบื้องต้นของพื้นที่ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี และสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ด้วยการไปสนทนาพูดคุยกับชาวบ้าน ที่ผู้วิจัยคิดว่าสามารถเป็นผู้แทนของคนในหมู่บ้านได้ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.องค์การบริหารส่วนตำบล) ปราชญ์ชาวบ้าน แกนนำสำคัญต่างๆ ในหมู่บ้าน เพื่อหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจคัดเลือกเป็นพื้นที่ทำการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังที่กล่าวมาแล้ว

3. ผู้วิจัยลงสำรวจพื้นที่และแนะนำตนเองกับชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลของกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในครอบครัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์และขอสัมภาษณ์

4. ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน เพื่อหาข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในชุมชน และด้านความสัมพันธ์ของชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้วิจัยร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลพิหารแดง ผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง จังหวัดสุพรรณบุรี ประเมินความเป็นไปได้ของการวิจัย เพื่อพิจารณาว่าเหมาะสมที่จะเลือกเป็นพื้นที่ทำการวิจัยหรือไม่

5. ผู้วิจัยประสานงานสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและประสานขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และให้โอกาสผู้วิจัยได้พบปะชี้แจงทำความเข้าใจกับคณะเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และได้อำนวยความสะดวก ในการประสานงานกับผู้นำชุมชน ให้เข้าร่วมเป็นผู้ช่วยนักวิจัย และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย

6. ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน ร่วมกันคัดเลือกพื้นที่ชุมชน/หมู่บ้าน ในเขตตำบลพิหารแดงเพื่อใช้สำหรับเป็นพื้นที่ทำการวิจัย

7. ผู้วิจัย มีการค้นหาปัญหาและความต้องการภายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือกในชุมชน เพื่อใช้สำหรับการวางแผนให้ครอบคลุมเหมาะสม หลังจากนั้นได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ

ตำบล จำนวน 2 คน รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน และระดมสมองในกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย กลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อร่วมกันวางแผนปฏิบัติการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน

8. ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ดำเนินการสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 6 คน และเป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 3 คน

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าเป้าหมายของขั้นตอนนี้ คือ การเตรียมชุมชนและการสำรวจศึกษาปัญหาด้านบริบทในภาพรวมของชุมชน สถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การขอความร่วมมือจากชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนที่คาดว่าจะเป็แกนนำในการผลักดันกระบวนการวิจัย รวมถึงมีการจัดเตรียมทีมผู้ช่วยนักวิจัยในการเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม เพื่อสร้างชุดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยผู้ช่วยนักวิจัยที่เข้าร่วมประชุม จำนวน 11 คน ได้แก่ คือ ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช 1 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. **ขั้นระดมสมอง** ผู้วิจัยได้ระดมสมองกับผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิ ลงความเห็นว่าการแพทย์แผนทางเลือกใดบ้างที่เหมาะสมกับการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอการแพทย์แผนทางเลือกนั้นแก่บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ มีการวางแผนโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่

2. **ขั้นสร้างความตระหนัก** โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขึ้น ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน และผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้นำในชุมชน จำนวน 11 คน ได้แก่ คือ ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช 1 คน ประชุมเป็นเวลา 1

วัน รวมทั้งหมด 41 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดกิจกรรมโดยใช้กิจกรรมการสร้างความตระหนักในศักยภาพของตนเองให้แก่ตัวแทนอาสาสมัครจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสร้างการยอมรับศักยภาพในการจัดการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน

3. ขั้นสร้างชุดกิจกรรม ในขั้นนี้ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งตัวแทนจากทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มละ จำนวน 5 คน โดยได้นำแผนที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน ร่วมกันเขียนโครงการ รวบรวมประเด็นกิจกรรมจากการระดมสมอง และกิจกรรมการสร้างความตระหนัก สร้างแผนการสอนที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ จำนวน 2 กิจกรรมโครงการ ระบุกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ให้เกิดความชัดเจนและประชุมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละคนในการดำเนินกิจกรรม ในขั้นตอนของการวางแผนนี้ ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้รู้สึกว่าเป็นกิจกรรมของตนเอง ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างชุดกิจกรรมในชุดกิจกรรม มีขั้นตอนดังนี้

- 3.1 ผู้ช่วยนักวิจัย ร่วมกันกำหนดโครงร่างชุดกิจกรรมเบื้องต้น
- 3.2 ถอดความรู้เรื่องกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก
- 3.3 วิพากษ์โครงร่างชุดกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยนักวิจัย
- 3.4 จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อ และเครื่องมือวัดผล

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม เป็นขั้นที่นักวิจัยได้นำชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการเลือกของคนในชุมชน มาทดลองใช้ โดยทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จะเป็นผู้ทดลองใช้เพื่อค้นหาข้อบกพร่องและข้อจำกัดของชุดกิจกรรมนี้ มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นการจัดฝึกอบรม โดยมีการจัดอบรมกับทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มละ จำนวน 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน เป็นเวลา 2 วัน

2. ขั้นการสังเกต ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกครั้งกับทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยผู้วิจัยมีการบันทึกการดำเนินกิจกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงเหตุการณ์ที่สำคัญ การสะท้อนผลกลับในขณะที่ทำกิจกรรม มีการตรวจสอบหรือสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใดและเป็นไปในทิศทางใด และมีการตรวจสอบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มากน้อยเพียงใด การตรวจสอบดังกล่าวผู้วิจัยได้นำผลการสังเกตมาเปรียบเทียบกับทฤษฎี ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการให้

เกิดขึ้น นั่นคือพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หากยังไม่ถึงเป้าหมายผู้วิจัยจะยังคงสังเกตต่อไปเพื่อค้นหาสาเหตุและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับแผนการวิจัยเพื่อไปสู่ผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นถัดไป

3. ขั้นการสะท้อน ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำชุดกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ไปใช้ร่วมกับการวิพากษ์โครงสร้างชุดกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อ และเครื่องมือวัดผล ทดลองใช้และปรับปรุงชุดกิจกรรม โดยใช้เทคนิคกระบวนการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) เป็นเครื่องมือการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ หรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ การทบทวนและวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ หรือหลังทำกิจกรรม โดยการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป โดยมีขั้นตอนในการทำ AAR ดังต่อไปนี้

- 3.1 นัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน
- 3.2 แนะนำกฎกติกาการยาท
- 3.3 ทบทวนเหตุการณ์การกระทำที่เกิดขึ้น
- 3.4 เล่าสั้นๆ ถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นซึ่งต้องการมาทบทวน
- 3.5 สรุปเหตุการณ์สำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้น สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสรุป
- 3.6 มีการตั้งผู้แทนหรือผู้ปฏิบัติงานให้มาเล่าถึงกิจกรรมของตน
- 3.7 อย่างสร้างบรรยากาศของการดำเนินวิพากษ์วิจารณ์หรือบรรยายสั่งสอน
- 3.8 ถามคำถามให้ผู้ปฏิบัติเล่าว่าทำไมจึงได้ทำอย่างนั้นในเหตุการณ์นั้นๆ
- 3.9 ถามผู้ปฏิบัติว่าได้กระทำการใดลงไป สถานการณ์นั้นๆ

หลังการอบรมถอดประสบการณ์ และสะท้อนผลหลังการปฏิบัติกลับมาแล้ว ผู้วิจัยจะวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ไปใช้ รวบรวมข้อบกพร่องเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม ในการดำเนินการรอบถัดไป

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม เป็นขั้นที่นักวิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ชุดกิจกรรมในทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการประเมินผลลัพธ์จะกระทำหลังจากจบขั้นตอนที่ 3 แล้ว

- 1. ขั้นการประเมิน** ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มเป้าหมาย ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้
 - 1.1 การเข้าร่วมกิจกรรม/ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติต่อโรค/ และเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก
 - 1.3 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต/ การสนับสนุนทางสังคม
 - 1.4 ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม

หลังจากที่ได้ศึกษาผลลัพธ์แล้ว ผู้วิจัยได้ค้นหาสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยระบุปัญหาที่ต้องแก้ไขและวิธีการปรับเปลี่ยนกระบวนการวิจัยตามความจำเป็น หลังจากนั้นสรุปเป็นบทเรียนและพยากรณ์เพื่อเป็นพื้นฐานในการคิดหาวิธีการใหม่ๆ ต่อไปแล้วค่อยลงมือปฏิบัติ

2. ขั้นการปรับปรุงแก้ไข ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไขวางแผนปรับปรุงกิจกรรมเพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไขกิจกรรม ต่อมากลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ดำเนินการตามชุดกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีผู้เข้าร่วม คือทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน ได้ดำเนินการวางแผน โดยผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยวางแผนปรับปรุงการจัดชุดกิจกรรมการเรียนรู้ และร่วมกันตั้งเป้าหมาย โดยใช้เทคนิคกระบวนการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) จากนั้นจึงจัดทำรายละเอียดกิจกรรมเพิ่มเติมในส่วนที่บริบทแตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง เป็นขั้นที่นำชุดกิจกรรมที่ผ่านการวางแผนการปรับปรุงมาใช้จริง มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นการนำกิจกรรมไปใช้จริง ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการนำชุดกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้วจัดกิจกรรมอบรมเพิ่มเติมตามแผน เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดอบรมกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน รวมทั้งหมดจำนวน 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน เป็นเวลา 2 วัน นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน

2. ขั้นการสังเกตและตรวจสอบ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบ ซึ่งเป็นการสังเกตพฤติกรรมเป้าหมายโดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถทำได้ การสังเกตกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนว่ามีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งสังเกตการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการแสดงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การสร้างรูปแบบในระยะถัดไป

3. ขั้นการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนโดยใช้เทคนิคกระบวนการการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) เป็นเครื่องมือในการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ หรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ การทบทวนและวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ หรือหลังทำกิจกรรม โดยการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในวงรอบต่อไป

หลังการอบรมสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ Feedback เพื่อปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไข ปรับปรุง กิจกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนไปใช้ รวบรวมข้อบกพร่องเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการ แก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม หากหลังจากที่ได้ศึกษาผลลัพธ์แล้ว ไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ไม่ เป็นไปตามที่ต้องการ หรือมีปัญหาที่ต้องแก้ไข ก็ต้องดำเนินการแก้ไขตามที่จำเป็นอีกในครั้งถัดไป จะต้องดำเนินการทบทวนแผนการโดยเริ่มต้นใหม่

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล เป็นขั้นที่ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้วิจัยร่วมกันรวบรวมประเมินผลด้วย เครื่องมือวัดแบบต่างๆ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน และข้อที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมี ประเด็นการประเมินผล ดังต่อไปนี้

การประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

- การเข้าร่วมกิจกรรม/ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
- การเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติต่อโรค/ และเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก
- พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต/ การสนับสนุนทางสังคม
- ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม
- ระดับของความดันโลหิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวม มี 2 ประเภท คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สำนวความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม ระดับ ของความดันโลหิต ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม/การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง รูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางการควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค การเปลี่ยนแปลงด้านความ เชื่อเกี่ยวกับโรค/การแพทย์ทางเลือก ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของพื้นที่ที่ทำวิจัย เจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกการแสดงออก และท่าทีของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงใช้เครื่องมือหลายอย่าง ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบสังเกต แบบทดสอบ และใช้อุปกรณ์ เช่น กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น โดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัย และกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน รายละเอียดในการเก็บ รวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกความดันโลหิต เป็นต้น

1.2 วิธีการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้วางแผนในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดังข้างต้นให้ผู้ช่วยนักวิจัย จากนั้นจึงนำกิจกรรมมาพิจารณาร่วมกันว่า จะสามารถวัดสิ่งที่กล่าวมาได้อย่างไร สรุปได้ว่าการวัดแบบไหน อย่างไร เมื่อไร

1.2.1 กิจกรรมในการอบรม ให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนการทำกิจกรรมของผู้เข้าร่วมอบรม คือ กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากแผนการเรียนรู้ต่างๆ ซึ่งได้แก่ คะแนนการทำไปงานต่างๆ

1.2.2 กิจกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกการทำกิจกรรม ของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.2.3 แบบสอบถามเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การประเมินการรับรู้ของบุคคลใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการรู้จักเชิงประเมินค่าที่คำนึงถึงคุณค่า โดยตระหนักถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 2) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก คือความรู้สึกชื่นชอบ พึงพอใจในการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ด้านพฤติกรรม หรือความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมในการปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นรวมจำนวน 15 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .753 ทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งหมด 50 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดคำตอบของแต่ละข้อความให้เลือกตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนนั้น จะขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นข้อความที่สนับสนุนหรือเป็นบวกถ้าตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน และลดลงไปจนถึงตอบว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน โดยผู้ตอบได้คะแนนสูง แสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า ส่วนข้อความที่ต่อต้านหรือเป็นลบ ถ้าตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน และลดลงเรื่อยๆ ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน โดยผู้ตอบได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีเจตคติที่ไม่ดีต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า และคะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงเจตคติของผู้ตอบในแบบวัดเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละบุคคล

1.2.4 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การประเมินการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคล หรือผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่องานในการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค ใน 4 องค์ประกอบ คือ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 3) การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต และ 4) การติดตามประเมินผล โดยวัดจากแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นรวมจำนวน 21 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .833 ทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งหมด 50 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดคำตอบของแต่ละข้อความให้เลือกตอบคือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ การให้คะแนนนั้น จะขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นข้อความที่สนับสนุนหรือเป็นบวกถ้าตอบ เป็นประจำ ให้คะแนน 5 คะแนน และลดลงไปจนถึงตอบว่า ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 1 คะแนน โดยผู้ตอบได้คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก สูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า ส่วนข้อความที่ต่อต้านหรือเป็นลบ ถ้าตอบ ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 5 คะแนน และลดลงเรื่อยๆ ไปจนถึง เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน โดยผู้ตอบได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า และคะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ตอบในแบบวัดด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกของแต่ละคน

1.2.5 แบบประเมินความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีหรือทัศนคติที่ดีของบุคคล ซึ่งมักเกิดจากการได้รับการตอบสนองตามที่ตนต้องการ ก็จะเกิดความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ตรงกันข้ามหากความต้องการของตนไม่ได้รับการตอบสนองความไม่พึงพอใจก็จะเกิดขึ้น โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการจัดกิจกรรม 2) ด้านคณะทำงาน 3) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4) ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม วัดจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นรวมจำนวน 18 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .895 ทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งหมด 50 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดคำตอบของแต่ละข้อความให้เลือกตอบคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การให้คะแนนนั้น จะขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็น ข้อความที่สนับสนุนหรือเป็นบวกถ้าตอบ มาก

ที่สุด (5 คะแนน) ถึง น้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยผู้ตอบได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความพึงพอใจ สูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า และคะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ตอบในแบบวัดด้านความพึงพอใจ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละคน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บ ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น สังเกตพฤติกรรมขณะทำกิจกรรมการอบรมทั้งในและนอกห้องประชุม พฤติกรรมการฝึกทักษะ และขณะร่วมกิจกรรมในโครงการต่างๆ สังเกตพฤติกรรมของผู้ช่วยนักวิจัย การมีส่วนร่วมเจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ เป็นต้น แนวทางการควบคุมพฤติกรรมความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัญหาอุปสรรค การเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรค/การแพทย์ทางเลือก แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของพื้นที่ที่ทำวิจัย แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบบันทึกสมมติฐานของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นหลัก

2.1 การสัมภาษณ์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อเก็บข้อมูลด้านต่างๆ ได้แก่

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพื้นที่ที่ทำวิจัย เป็นแนวคำถามกว้างๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ เจือจาง ปัญหา ความต้องการและสภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เป็นต้น โดยสัมภาษณ์คนในหมู่บ้าน และบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน ฯลฯ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด ตามประเด็นที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ล่วงหน้า

2.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ช่วยนักวิจัยจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น การประชุม การจัดโครงการต่างๆ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด ตามประเด็นที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ล่วงหน้า

2.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม และทักษะในควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการแพทย์ทางเลือก ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ผู้ช่วยนักวิจัยที่ทำหน้าที่สอน ทั้งภาคเนื้อหา และภาคปฏิบัติใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด ตามประเด็นที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ล่วงหน้า

2.1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย และผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค การรับรู้

เกี่ยวกับภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำหรืออุปสรรคจากการกระทำ และแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค รวมถึงเงื่อนไขที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง

2.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบไปด้วย กลุ่มผู้นำในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว เพื่อเป็นการค้นหาปัญหา นำมาซึ่งการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน สอบถามข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเจตคติ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

2.3 การสังเกตพฤติกรรมโดยผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่

2.3.1 สังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมอบรม ขณะทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ขณะประชุม ขณะฝึกปฏิบัติด้านทักษะต่างๆ การเข้าร่วมโครงการต่างๆ โดยมีประเด็นหลัก คือ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และทักษะการปฏิบัติ เช่น ความชำนาญในการปฏิบัติ

2.3.2 สังเกตพฤติกรรมโดยผู้ช่วยนักวิจัยจากการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเข้าร่วมประชุม การเข้าร่วมโครงการต่าง โดยมีประเด็นหลักคือ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการสร้างแบบการสำรวจแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำคำถามมาปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการจัดเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

คะแนนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม และระดับของความดันโลหิต นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ไว้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1.1 ระดับของความดันโลหิต โดยการหาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

1.2 แบบสอบถามเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์คะแนนเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตโดยรวม โดยการหา

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.00-1.80	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.81-2.60	ไม่เห็นด้วย
2.61-3.40	ไม่แน่ใจ
3.41-4.20	เห็นด้วย
4.21-5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตโดยรวม โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.00-1.80	ไม่เคยปฏิบัติ
1.81-2.60	นานๆ ครั้ง
2.61-3.40	บางครั้ง
3.41-4.20	บ่อยครั้ง
4.21-5.00	เป็นประจำ

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
1.00-1.80	น้อยที่สุด
1.81-2.60	น้อย
2.61-3.40	ปานกลาง
3.41-4.20	มาก
4.21-5.00	มากที่สุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (สุมังค์ จันทวานิช, 2552) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง การใช้แนวคิดทฤษฎีและการสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ ในการวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการสร้างความรู้ที่ได้จากการวิจัยตามวิธีการแบบอุปนัย ซึ่งเป็นการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมหรือข้อเท็จจริงที่รวบรวมได้จากการวิจัยมาสรุปเป็นความรู้ ความคิดสู่ข้อสรุปที่เป็นแนวคิดทฤษฎี ผู้วิจัยจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ทำการวิจัย เพื่อใช้เป็นกรอบกว้างๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูล และช่วยในการวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดแง่มุมในการมองปัญหา และนำทฤษฎีมาใช้ในการพิจารณาว่าข้อสรุปที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีใด ตัวอย่างแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยใช้เป็นหลักในการนำมาประเมิน วิเคราะห์ข้อมูล เช่น แนวคิดการสร้างความตระหนัก ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น

ขั้นที่สอง การตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจได้ในความเชื่อถือได้ของข้อมูล ข้อมูลมีความครบถ้วนหรือยัง ข้อมูลอยู่ในระดับที่จะนำมาวิเคราะห์ได้แล้วหรือไม่ และตอบปัญหาการวิจัยได้หรือยัง

2.1 การตรวจสอบเพื่อหาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการตรวจสอบโดยนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ไปให้บุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์ คือ ผู้ช่วยนักวิจัย เป็นผู้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการณ์ของชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ในด้านต่างๆ และใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ด้วยการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายๆ คน ประกอบกับใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และสัมภาษณ์มาพิจารณาหาความสอดคล้องของข้อมูล

2.2 การตรวจสอบเพื่อดูความครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณาว่าข้อมูลที่เก็บมาได้ด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์มีเนื้อหาสาระเพียงพอที่จะตอบปัญหาการวิจัยหรือยัง โดยมีการตรวจสอบข้อมูลตลอดในช่วงของการทำการวิจัย

ขั้นที่สาม การจัดบันทึกและการทำดัชนีข้อมูล มีวิธีการดำเนินการได้แก่

3.1 จัดเตรียมข้อมูลทางกายภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำมาถอดเทป และพิมพ์ข้อมูลออกมา ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสังเกต นำมาบันทึกโดยเขียนบรรยายเรียบเรียงใหม่ให้สมบูรณ์

3.2 ทำดัชนีข้อมูล เป็นการเลือกคำบางคำมาใช้เพื่อจัดหมวดหมู่ โดยก่อนการวิจัยผู้วิจัยมีรายการคำหรือข้อความดัชนีที่ได้จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีอยู่แล้ว เมื่อผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลได้จะนำข้อมูลมาจัดทำดัชนี แต่ก็มีมีการปรับปรุงดัชนีตามข้อมูลที่ได้อุปสมอบ โดยเขียนดัชนีไว้หน้าข้อความ ซึ่งในการทำดัชนีจะทำไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลาของการวิจัย

ขั้นที่สี่ สร้างข้อสรุปชั่วคราว และกำจัดข้อมูล หลังจากที่ผู้วิจัยทำดัชนีข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้นำดัชนีมาจัดเป็นกลุ่มของแนวคิด ประมวล เชื่อมโยงดัชนีเข้าด้วยกัน แล้วเขียนเป็นประโยคหรือข้อความเชิงแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับลักษณะของดัชนีหรือข้อมูลที่ศึกษา โดยเขียนเป็นประโยคซึ่ง

ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นลักษณะหรือความเชื่อมโยงของข้อมูล เมื่อได้ข้อสรุปชั่วคราวแล้วผู้วิจัยก็จะกำจัดข้อมูลที่เห็นว่าไม่เกี่ยวข้องออกไป

ขั้นที่ห้า การสร้างบทสรุป ในขั้นนี้ผู้วิจัยนำข้อสรุปย่อยๆ มาเชื่อมโยงกันเพื่อให้เป็นบทสรุปซึ่งจะตอบปัญหาของการวิจัย โดยการโยงความสัมพันธ์ของข้อสรุปย่อยๆ เข้าด้วยกัน แล้วจึงนำไปเขียนเป็นรายงานการวิจัย

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจำเป็นต้องใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพในการตอบจุดมุ่งหมายในการวิจัย ซึ่งแต่ละข้อจะให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายข้อนั้นๆ เช่น จุดมุ่งหมายข้อใดที่เน้นความสำคัญของข้อมูลเชิงปริมาณ ก็จะใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ โดยจะพิจารณาว่าข้อมูลทั้ง 2 อย่าง สอดคล้องหรือขัดแย้งกันอย่างไร แล้วจึงสรุปว่าข้อค้นพบจากการวิจัยคืออะไร ซึ่งการใช้ข้อมูลทั้ง 2 อย่างร่วมกันจะทำให้ข้อสรุปมีความชัดเจน และถูกต้องครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จรรยาบรรณในการวิจัย

จรรยาบรรณในการศึกษาวิจัยรูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน ครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิ และความปลอดภัยของแหล่งข้อมูล หรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมถึงความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อรักษาจรรยาบรรณในขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนในการเลือกหัวข้อการทำวิจัย ผู้วิจัยเลือกเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม โดยหัวข้อการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อสถานการณ์ปัญหาและแนวการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก และยังได้รูปแบบของการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน ที่สามารถนำไปใช้ ในการสร้างความร่วมมือในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ที่เป็นรากฐานในการดูแลปัญหาการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกในชุมชนของตน และเป็นประโยชน์ในการนำแนวทางไปใช้ในเบื้องต้นของชุมชนอื่นๆ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกัน

2. ขั้นตอนนอกแบบวิจัย เน้นเรื่องการได้รับการยินยอมในการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย การรักษาความลับ ตลอดจนป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

2.1 การขอความยินยอม ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยการลงชื่อในใบคำยินยอมในการให้ข้อมูล และการแจ้งวัตถุประสงค์ สาระสำคัญของเรื่องที่ทำการศึกษา ความ

ร่วมมือที่ผู้วิจัยคาดหวัง และมาตรการการรักษาความลับ ในการปกปิดชื่อและลักษณะส่วนตัว และหลัก เลี่ยงเปิดเผยชื่อสถานที่ทำการวิจัย

2.2 ผ่านกระบวนการเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล กระบวนการของอนุญาตเพื่อเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ก่อนที่จะอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

2.3 การป้องกันผลกระทบต่อผู้ให้ร่วมวิจัย เป็นการป้องกันผลกระทบอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยของผู้ให้ข้อมูล คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ โดยการออกแบบการเก็บข้อมูลที่ยืดหยุ่น ต้องทำความเข้าใจว่าการศึกษามีกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ในที่นี้ผู้วิจัยจะมีการอธิบายและทำความเข้าใจถึงชื่อของงานวิจัยที่อาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเข้าใจและลดความรู้สึกเสมือนการถูกตีตรา

2.4 การรักษาความลับ ผู้วิจัยต้องตระหนักถึงความเป็นส่วนตัว หรือความลับเฉพาะของผู้ให้ข้อมูล พึงรักษาความลับอย่างดีที่สุด โดยการปกปิดชื่อจริง โดยการใช้ชื่อสมมุติ หลักเลี่ยงเปิดเผยสถานที่ทำการวิจัย

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลครั้งนี้ใช้หลายเทคนิคในการเก็บข้อมูล แต่ที่สำคัญคือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในการสัมภาษณ์จะไม่มีคำถามคั่น ในเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าบอกใจ จะมีการสังเกต สีหน้าท่าทาง แววตา ไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ผู้วิจัยเท่านั้นต่อความรู้สึกของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงคำถามที่เปรียบเทียบหรือว่ากล่าว ที่จะส่งผลซ้ำเติมให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความวิตกกังวล จะมีการแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการศึกษาวิจัย

4. ขั้นตอนการจดบันทึกและการถอดเทปข้อมูลสัมภาษณ์ ผู้วิจัยคำนึงการเก็บรักษาความลับข้อมูล และเคารพผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ใส่สิ่งที่ไม่ใช่คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลในบทสัมภาษณ์จากการถอดเทป

5. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักถึงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้ง และ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลอย่างเหมาะสม

6. ขั้นการรายงานผล ผู้วิจัยคำนึงการเปิดเผยข้อมูลผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และคำนึงถึงการนำเสนอเฉพาะข้อมูลที่มีได้เป็นความลับ หรือเป็นเรื่องที่จะทำให้ผู้อ่านทราบว่าคุณให้ข้อมูลเป็นครั้ง ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงความถูกต้อง และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย คำนึงถึงผลกระทบทั้งในขณะ การเก็บข้อมูล และภายหลังการนำเสนอข้อมูล โดยการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ และได้มีกระบวนการขออนุญาตเพื่อเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลขรับรอง SWUEC/E-100/2560 ก่อนที่จะอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ และชี้แจงกระบวนการในการทำวิจัยให้กับกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัยได้รับทราบ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย ทำการสอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูล ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยต้องขออนุญาตบันทึกเสียง จากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้ง แจ้งผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้งว่ามีอิสระในการให้ข้อมูลและมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามในประเด็นที่ไม่ต้องการเปิดเผยโดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัยและไม่เปิดเผยแก่ผู้อื่นหากไม่ได้รับความยินยอมหรือได้รับอนุญาตจากกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย รวมทั้งผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้อย่างตรงไปตรงมา ตามข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา และใช้นามสมมติในการกล่าวถึงผู้ให้ข้อมูลแทนการใช้ชื่อจริง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามวิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) ซึ่งมีลักษณะเป็นการวิจัยที่เน้นการลงมือปฏิบัติการจริงในชุมชนหรือพื้นที่ที่เป็นแหล่งในการศึกษา และอาศัยความร่วมมือปฏิบัติงานวิจัยของผู้ช่วยนักวิจัยกับผู้วิจัย ข้อมูลที่จำเป็นต้องนำเสนอจึงมีหลากหลาย มิใช่นำเสนอเพียงข้อมูลที่วัดได้ด้วยการใช้เครื่องมือวัดชนิดต่าง ๆ เท่านั้น แต่ยังต้องนำเสนอข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจนสำหรับการตอบปัญหาการวิจัย ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงนำเสนอข้อมูลใน 2 ลักษณะตามประเภทของข้อมูล คือ ข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบไปด้วยข้อมูลที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยหรือกระบวนการทำวิจัยมิได้เป็นผู้มีส่วนในการสร้างข้อมูลเหล่านั้นขึ้นมา โดยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

ตอนที่ 1 บริบทและสถานการณ์ของชุมชนตำบลพิหารแดง

1.1 บริบทของชุมชนตำบลพิหารแดง

1.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพในพื้นที่ชุมชนตำบลพิหารแดง

ตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล

ตอนที่ 1 บริบทและสถานการณ์ของชุมชนตำบลพิหารแดง

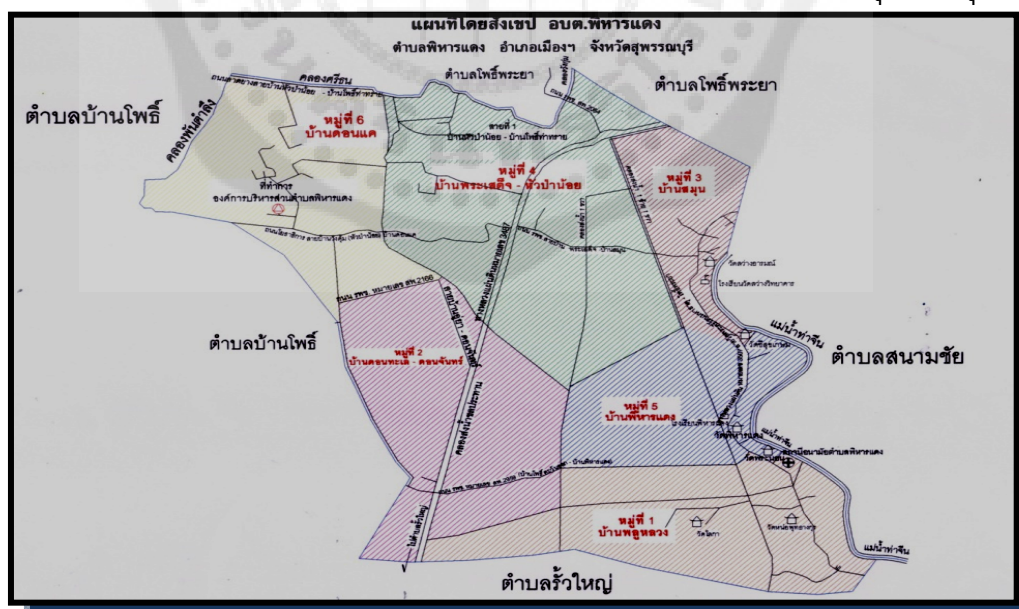
1.1 บริบทของชุมชนตำบลพิหารแดง

ประวัติความเป็นมา

สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช มีทหารเอกชื่อพระเทพราชา เป็นคนบ้านโพธิ์หลวง ซึ่งปลูกหมากและพลู ส่งไปเมืองหลวง ต่อมาเรียกเพี้ยนเป็น "พลูหลวง" จนถึงปัจจุบัน (หมู่ที่ 1) และต่อมาพระเทพราชาเป็นพระเจ้าแผ่นดินต่อ ได้ไปค้นพบวิหารในบริเวณใกล้บ้านพลูหลวง ได้ปรับปรุงบูรณะโดยใช้สีแดงเป็นหลัก เพื่อเป็นอนุสรณ์ อยู่ต่อมาวัดพิหารแดง เรียกเพี้ยนมาเป็น "วัดพิหารแดง" และใช้เป็นชื่อเรียกตำบลพิหารแดงตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

ตำบลพิหารแดง อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของอำเภอเมืองสุพรรณบุรี ฝั่งตะวันตกของแม่น้ำท่าจีน อยู่ห่างจากอำเภอเมืองสุพรรณบุรี ประมาณ 6 กิโลเมตร การเดินทางมายังตำบลพิหารแดง สามารถเดินทางได้โดยทางรถยนต์ หรือรถโดยสารประจำทาง โดยผ่านถนนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 3487 ถนนแยกเข้าสู่หมู่บ้านเป็นถนนลูกรังในแต่ละหมู่บ้านซึ่งมีทั้งหมด 6 หมู่บ้าน ตำบลพิหารแดง มีเนื้อที่ประมาณ 16.60 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 10,372 ไร่ โดยมีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ต่างๆ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลโพธิ์พระยา	อำเภอเมือง	จังหวัดสุพรรณบุรี
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลรั้วใหญ่	อำเภอเมือง	จังหวัดสุพรรณบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลสนามชัย	อำเภอเมือง	จังหวัดสุพรรณบุรี
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ตำบลบ้านโพธิ์	อำเภอเมือง	จังหวัดสุพรรณบุรี



ภาพประกอบ 13 แสดงพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง

ที่มา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล. (2558). เอกสารประกวด รพ.สต. ปี พ.ศ.2558.

ลักษณะภูมิประเทศ และภูมิอากาศ

ตำบลพิหารแดง พื้นที่สำหรับตั้งบ้านเรือน มีลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่ของหมู่บ้านเป็นพื้นที่ราบลุ่ม ส่วนที่ล้อมรอบหมู่บ้าน รวมทั้งทั้งสองข้างทาง เป็นพื้นที่เรือกสวนไร่นา สำหรับประกอบอาชีพทำการเกษตร ซึ่งมีทรัพยากรดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนผสมดินเหนียว และแหล่งน้ำธรรมชาติประกอบไปด้วยแม่น้ำสายหลักคือ แม่น้ำท่าจีนไหลผ่านหมู่ที่ 1, 3 และ 5 คลองชลประทานสายคลองหลังวัดป่าผ่านหมู่ 2 และ 4 คลองชลประทานสายคลองหัวป่าน้อยผ่านหมู่ 1, 3, 4 และ 5 คลองชลประทานสายคลองแสนสุขผ่านหมู่ 2, 4 และ 5 คลองชลประทานสายดอยสำโรงผ่านหมู่ 2, 4 และ 6 น้ำสมบูรณ์เหมาะสำหรับการเพาะปลูกและมีพื้นที่บางส่วนเป็นที่ดอน ห่างจากหมู่บ้านไปทางทิศตะวันออกของตำบลพิหารแดง ประมาณ 1-2 กิโลเมตร มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่านเป็นแนวแบ่งเขตตำบลพิหารแดง กับ ตำบลสนามชัย ในปีใดที่ฝนตกสม่ำเสมอ จะมีปริมาณน้ำในแม่น้ำท่าจีนเป็นปริมาณมาก ถ้าปีใดฝนตกชุกมากน้ำจากแม่น้ำท่าจีนก็จะเอ่อล้นตลิ่งขึ้นมาท่วมเรือกสวนไร่นา บางส่วนของชาวบ้านที่อยู่ติดริมแม่น้ำ ในหน้าแล้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปีใดที่มีปริมาณฝนตกน้อย น้ำในแม่น้ำท่าจีนก็จะน้อยตามไปด้วย ชาวบ้านได้อาศัยแหล่งน้ำดังกล่าวเป็นแหล่งหาอาหารจำพวก กบ เขียด กุ้ง ปลา และนำมาประกอบเป็นอาหารในชีวิตประจำวัน ในอดีตสองฝั่งของแม่น้ำท่าจีนจะมีป่าไม้น้อยริมฝั่งน้ำอย่างหนาแน่น มีต้นไม้ขนาดใหญ่อยู่มาก แต่ในปัจจุบันมีการแผ้วถางจนทำให้ปริมาณลดลง ความสมบูรณ์ ความชุ่มชื้นของตำบลพิหารแดง ก็ลดลงไปอย่างมาก ในฤดูร้อนอากาศจะร้อนจัด ฤดูฝนฝนตกชุกพอสมควร ฤดูหนาวอากาศเย็นสบายไม่หนาวจัด อุณหภูมิเฉลี่ย 20-40 องศาเซลเซียส ด้านสาธารณูปโภค โทรศัพท์ได้ขยายเข้าสู่ตำบลพิหารแดงแล้วแต่ยังไม่ทั่วถึงทุกหลังคาเรือน จะขยายต่อไปเรื่อยๆ ไฟฟ้า ประปาหมู่บ้านมีใช้กันครบทั้ง 6 หมู่บ้าน โดยมีการประปาหมู่บ้านขนาดใหญ่จำนวน 5 แห่ง ถึงเก็บน้ำฝน 3 ถัง มีถนนลาดยางในเส้นทางหลักทุกสาย ถนนลูกรังถนนซอยเข้าบ้าน การเดินทางคมนาคมสะดวกสบาย

นอกจากนี้ในตำบลพิหารแดงยังมีสถานที่ท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของจังหวัดสุพรรณบุรีคือ อุทยานมัจฉาวัดพระนอน ตั้งอยู่ตำบลพิหารแดง เลี้ยววัดหน่อพุทธางกูรไปเล็กน้อย ทางเข้าภายในวัดด้านหน้าเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง ซึ่งวัดพระนอนนี้อยู่ติดกับแม่น้ำท่าจีนสร้างขึ้นในสมัยรัตนโกสินทร์ ภายในวัดมี อุทยานมัจฉาอยู่บริเวณริมแม่น้ำหน้าวัด มีปลานานาชนิดชุกชุม ทั้งปลาสร้อย ปลาตะเพียน ปลาแรด ฯ ทางวัดประกาศเป็นเขตอภัยทาน ปลูกต้นไม้ ทั้งไม้ผลและไม่ประดับ บริเวณวัดจึงร่มรื่นสวยงาม และเป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่ขึ้นหน้าขึ้นตาแห่งหนึ่งของจังหวัด และยังมีวิหารประดิษฐานพระพุทธรูปปางไสยาสน์สลักจากหิน มีลักษณะแปลกกว่าที่อื่นคือ เป็นพระพุทธรูปอยู่ในลักษณะนอนหงายขนาดเท่าคนโบราณยาวประมาณ 2 เมตร ลักษณะคล้ายกับพระนอนที่เมืองกุสินารา ประเทศอินเดีย สถานที่ปรินิพพานของพระพุทธเจ้า และยังเป็นแหล่งท่องเที่ยวหนึ่งใน Unseen Thailand อีกด้วย ดังคำขวัญของอำเภอเมืองสุพรรณบุรี “หลวงพ่อโตคู่บ้าน แหล่งตำนานขุนช้างขุนแผน ดินแดนพระผไทสมัน โบราณสถานวัดสนามชัย ไขว้ศาลเจ้าพ่อหลักเมือง ลือเลื่องปลาสลิดดอนก่ายาน หอคอยบรรหารงามสง่า วิังมัจฉาวัดพระนอน”

สภาพทางเศรษฐกิจ และอาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อาชีพหลักทำนา ซึ่งเป็นอาชีพหลักที่ทำรายได้ให้กับประชาชนในตำบล ส่วนของภาคการเกษตร นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันการเกษตรถือว่าเป็นภาคเศรษฐกิจที่มีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ของชาวตำบลพิหารแดงตลอดมา การเกษตรได้ทำให้ชุมชนตำบลพิหารแดงขยายเป็นชุมชนใหญ่ขึ้น นับตั้งแต่ตั้งหมู่บ้านมีครัวเรือนเพียงแค่ 40-50 ครัวเรือน ปัจจุบันมีจำนวนหลังคาเรือนรวมทั้งสิ้น 1,432 ครัวเรือน การขยายตัวของชุมชนทำให้มีความต้องการในการใช้พื้นที่เพื่อการเกษตรและที่อยู่อาศัยมากขึ้น พื้นที่รอบๆ หมู่บ้านในอดีตเต็มไปด้วยป่า แต่ปัจจุบันพื้นที่ป่ากลายเป็นเรือกลสวนไร่นาเป็นส่วนใหญ่ เหลือพื้นที่ป่าเพียงไม่กี่เปอร์เซ็นต์ ประชาชนในตำบลพิหารแดงได้ใช้พื้นที่ส่วนใหญ่เพื่อการทำนา เพราะการทำนาสำหรับคนภาคกลางนั้น หมายถึง ความมั่นคงต่อการดำรงชีพเลี้ยงครอบครัวในปีหนึ่งๆ รวมทั้งมุ่งผลิตข้าวเพื่อขาย ซึ่งต่างจากในอดีตผลผลิตที่ได้จะเก็บไว้เพื่อการบริโภคเป็นส่วนใหญ่ ส่วนที่เกินจึงนำไปขาย การทำนาของชาวตำบลพิหารแดงจะเหมือนกับหมู่บ้านอื่นๆ ส่วนใหญ่ในภาคกลาง ปัจจุบันวิธีการทำนาได้เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง การทำนาต้องอาศัยปัจจัยการผลิตและต้นทุนมากขึ้น นับตั้งแต่การไถนา ปัจจุบันไม่ได้ใช้ควายไถนาแล้ว คนส่วนใหญ่ไถนาโดยใช้รถไถนาขนาดเล็ก และส่วนใหญ่จะว่าจ้างรถไถเพราะไม่มีรถไถไว้ใช้งานเอง มีบางครัวเรือนใช้รถไถนาเดินตาม การปลูกข้าวไม่ได้ใช้วิธีการปักดำเหมือนในอดีต แต่ทำนาด้วยวิธีการหว่าน คือ หว่านเมล็ดพันธุ์ข้าวลงบนพื้นดินที่ไถเตรียมดินไว้แล้ว ก่อนหว่านเมล็ดข้าวจะมีการฉีดยากำจัดวัชพืชหรือยาฆ่าหญ้า เพื่อให้ต้นข้าวงอกขึ้นได้ เมื่อมีฝนตกลงมามีน้ำท่วมขังแปลงนา ก็จะนำไปปุ๋ยเคมีไปหว่าน เมื่อต้นข้าวโตขึ้นก็จะมี การฉีดยาฆ่าหญ้าอีกรอบ และใส่ปุ๋ยเคมีเป็นครั้งที่ 2 พอถึงเวลาเก็บเกี่ยวก็จะว่าจ้างรถเกี่ยวข้าว ไปเกี่ยวข้าว ไม่มีการเกี่ยวโดยใช้เคียวเกี่ยวเหมือนวิธีการทำนาแบบโบราณอีกต่อไปแล้ว ข้าวที่เกี่ยวได้ก็จะบรรจุลงในกระสอบ ข้าวส่วนใหญ่ถูกนำไปขาย ไม่ได้นำไปเก็บไว้ที่ยังเลย การทำนาจึงเป็นแหล่งรายได้หลักของชาวตำบลพิหารแดงในแต่ละปี ถึงแม้เมื่อมองในแง่เศรษฐศาสตร์แล้วดูไม่คุ้มทุน เพราะส่วนใหญ่เมื่อขายข้าวข้าวแทบไม่ได้กำไร หรือบางครั้งขาดทุนเสียด้วยซ้ำ แต่คนส่วนใหญ่ก็ยังยินดีที่จะทำนา เพราะเขาถือว่าเมื่อมีที่นาแล้วก็ต้องทำนา เมื่อมีข้าวไว้บริโภคถึงแม้จะไม่มีเงินทองก็สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้

นอกเหนือจากการทำนาแล้ว ประชากรส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ ทำสวน ทำไร่ รับจ้างทั่วไป ซึ่งเป็นอาชีพรองที่ทำรายได้ให้กับประชาชนในตำบลพิหารแดง โดยพืชที่ปลูกกันมาก ได้แก่ ข้าว พืชผักต่างๆ เช่น ค่ะนา ผักบุ้ง ถั่วฝักยาว พริก เป็นต้น ไม้ผล ได้แก่ มะม่วง กระท้อน ชมพู ฝรั่ง ละมุด กัลย เป็นต้น นอกจากนี้ภายในตำบลยังมีอาชีพเสริม ทำผลไม้กวน การแปรรูปอาหารตามฤดูกาล เช่น มะม่วงกวน จาวตาลเชื่อม เป็นต้น ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่มีชื่อเสียงในตำบลพิหารแดง เป็นผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากการรวมกลุ่มอาชีพของชาวตำบลพิหารแดง ประกอบด้วย หมู่ที่ 2 กลุ่มผลิตภัณฑ์สมุนไพรน้ำลูกยอ หมู่ที่ 5 กลุ่มทำดอกไม้จันทน์ พวงหรีด หมู่ที่ 3 กลุ่มเกษตรอินทรีย์

ส่วนภาคการขายแรงงาน ปัจจุบันคนในตำบลพิหารแดง โดยเฉพาะคนวัยทำงาน นิยมอพยพไปทำงานต่างจังหวัด บางส่วนไปรับจ้างขายแรงงานโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร เพราะจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดที่อยู่ใกล้กรุงเทพมหานครใช้เวลาเดินทางเพียง 1-2 ชั่วโมง มีทั้งรถโดยสารประจำทาง รถตู้โดยสารการคมนาคมสะดวก บางส่วนไปทำงานในโรงงาน ที่จังหวัดอยุธยา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกันใช้เวลาเดินทางเพียง 30 นาที-1 ชั่วโมง และมีบางส่วนน้อยที่ขายแรงงานในตัวอำเภอเมืองและเดินทางไปกลับ ตามที่ผู้นำชุมชนตำบลพิหารแดง คนหนึ่งได้ให้ข้อมูลว่า สมาชิกครอบครัวจากแทบทุกครัวเรือนออกไปรับจ้างหรือทำงานที่ต่างจังหวัด และอาศัยอยู่ที่ที่ไปทำงานไม่กลับบ้าน จะกลับบ้านเฉพาะวันหยุดเทศกาล เช่น วันขึ้นปีใหม่ สงกรานต์ เข้าพรรษา เป็นต้น ผู้หญิงส่วนใหญ่ไปทำงานในโรงงาน ส่วนผู้ชายไปรับจ้างทั่วไป เช่น งานก่อสร้าง ทำให้คนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเป็นเด็กและคนชราเป็นส่วนใหญ่ คนที่ออกไปขายแรงงานเหล่านี้ส่งเงินกลับมาให้ญาติพี่น้องที่อยู่ทางบ้าน ญาติพี่น้องที่อยู่ทางบ้านได้อาศัยเงินที่ได้จากสมาชิกในครอบครัวที่ออกไปขายแรงงานมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ซื้ออาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ค่าช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่ถึงแก่กรรม เป็นต้น รวมทั้งซื้อปัจจัยในการทำนา เช่น ค่าจ้างรถไถนา ซื้อปุ๋ย ซื้อยาฆ่าแมลง จ้างแรงงานทำนา เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่าการออกไปทำงานต่างจังหวัดเป็นช่องทางการประกอบอาชีพที่สำคัญไม่แพ้การทำนา ซึ่งทำให้คนในตำบลพิหารแดง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

จากบริบทในด้านเศรษฐกิจของชาวตำบลพิหารแดง ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า เศรษฐกิจของหมู่บ้านพึ่งพิงอยู่กับภาคการเกษตร และภาคการขายแรงงานเป็นหลัก แต่ในภาคการเกษตรเท่านั้นที่ผู้ประกอบการได้ประกอบอาชีพอยู่ในท้องถิ่น และพบความจริงว่ากลุ่มคนที่ยังคงทำการเกษตรอยู่ในหมู่บ้านโดยประกอบอาชีพทำนาเป็นหลัก เป็นกลุ่มคนรุ่นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีอายุมากแล้ว การทำนาก็ทำได้เพียงปีละครั้ง รายได้ที่ได้จากการขายข้าวก็เป็นจำนวนเงินเล็กน้อย เมื่อหักลบกลบหนี้ต้นทุนต่าง ๆ โดยไม่ได้คิดค่าแรง บางรายขาดทุนด้วยซ้ำ เงินที่ได้จากการขายข้าวไม่เพียงพอสำหรับการนำมาใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีวิตของครอบครัว หลายครัวเรือนจึงหารายได้อื่นๆ มาจุนเจือครอบครัว บางครัวเรือนหารายได้เสริมจากการขายผักผลไม้ในไร่เสริม เช่น พืชผักต่างๆ เช่น ค่ะนา ผักบุ้ง ถั่วฝักยาว พริก เป็นต้น ไม้ผล ได้แก่ มะม่วง กระท้อน ฝรั่ง กล้วย เป็นต้น มีการทำผลไม้กวน การแปรรูปอาหารตามฤดูกาล บางคนที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับอาชีพ เช่น ช่างไม้ ช่างปูนก็จะรับจ้างก่อสร้างอาคารบ้านเรือน ซ่อมแซมเครื่องใช้ไฟฟ้า ส่วนคนที่ไม่มีความสามารถในอาชีพอื่นๆ ผู้สูงอายุ หรือคนที่สุขภาพไม่แข็งแรง ก็จะกลายเป็นคนว่างงาน

จากการสัมภาษณ์บริบทและสถานการณ์โดยทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใน ต.พิหารแดงนั้น จะสัมพันธ์สอดคล้องกันกับภาระหน้าที่ การประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ รับจ้างทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะออกไปปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจของชีวิตประจำวัน ตื่นนอนประมาณเวลา 05.00 น. ออกจากบ้าน เวลา 05.30 น. เพื่อไปให้ปุ๋ย ฉีดสารป้องกันเพลี้ย หว่านข้าว ดูแลนาข้าว ถางหญ้า เป็นต้น

“ต้องออกแต่เช้ามีด ไม่งั้นถ้าไปสายๆ กว่าเสร็จ บ่ายๆ มันร้อน ปากก็ทนแดดไม่ค่อยไหว เดี่ยวหน้ามีดเป็นลม พอแดดร้อนลมตกก็ค่อยทำต่อ” (บังอร)

“กว่าจะกลับถึงบ้านก็มีดคำ บางทีที่ตั้งใจจะออกกำลังกาย จะทำอะไรก็ไม่ไหวแล้ว นอนเลย” (ณรงค์)

จากข้างต้นแสดงถึงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชนใน ต.พิหารแดงนั้น มีข้อจำกัดสำคัญในด้านภาระหน้าที่จากการประกอบอาชีพผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จึงได้นำประเด็นนี้ไปวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อหาแนวทางปรับเปลี่ยนกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทสถานการณ์ของชุมชนต่อไป

ประเพณี พิธีกรรม ศาสนา ความเชื่อ และการศึกษา

ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมส่วนใหญ่ของชาวตำบลพิหารแดงดูไม่แตกต่างหมู่บ้านชนบทอื่นๆ ในภาคกลางนัก ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง ยังคงยึดถือขนบธรรมเนียมและประเพณีต่างๆ ของไทย เช่น การทำบุญ ตักบาตรในวันพระและวันสำคัญทางศาสนา การอุปสมบท การแต่งงาน การรดน้ำขอพรผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์ การทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานมหรสพต่างๆ เป็นต้น ด้านภาษาพูดใช้ภาษาไทยกลาง ด้านอาหารการกิน เกือบทั้งหมดมีข้าวเจ้าเป็นอาหารหลัก และอาหารพื้นบ้านทั่วไปของภาคกลาง ประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาภาคบังคับ (ป.4 หรือ ป.6) ตำบลพิหารแดง มีสถานศึกษา คือ โรงเรียนประถมศึกษา ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช.) 2 แห่ง คือ 1) โรงเรียนวัดพิหารแดง ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 2) โรงเรียนวัดสว่างอารมณ์ ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 โรงเรียนสอนคนพิการ 1 แห่ง คือ โรงเรียนวัดหนองพุทธรังษี ตั้งอยู่หมู่ที่ 1 ศูนย์การเรียนรู้ตามอัธยาศัย 1 แห่ง ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 ที่ทำการสอ.พิหารแดง (หลังเก่า) และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 และหมู่ 3 ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถาบันทางศาสนาที่สำคัญของชาวตำบลพิหารแดง มีจำนวน 6 แห่ง คือ วัดหนองพุทธรังษี ตั้งอยู่หมู่ที่ 1 วัดเจ้าพระยาธรรมมาราม ตั้งอยู่หมู่ที่ 2 วัดสว่างอารมณ์ และวัดชีสุกเกษม ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 วัดพิหารแดง และวัดพระนอน ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 จากการสัมภาษณ์ พบว่า สถาบันทางศาสนาที่สำคัญของชาวตำบลพิหารแดง คือวัดนั้น นอกจากจะเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนทั้งตำบลแล้ว ยังเป็นศูนย์รวมในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนที่สำคัญๆ ที่ต้องรองรับกิจกรรมที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมาก เนื่องจากสามารถอำนวยความสะดวกในเรื่องสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน โดยมักจะขอความอนุเคราะห์จากเจ้าอาวาสจาก 2 วัดนี้ คือ วัดหนองพุทธรังษี ซึ่งตั้งอยู่หมู่ที่ 1 และวัดพระนอน ซึ่งตั้งอยู่หมู่ที่ 5 เนื่องจากเป็นจุดที่อยู่ค่อนข้างตรงศูนย์กลางของจำนวนทั้ง 6 หมู่บ้าน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเดินทางมาเข้าร่วมได้สะดวก เพราะอยู่ติดถนนทางหลวงชนบท เป็นทางผ่านที่รถโดยสารสามารถเข้าถึงได้ แต่ถ้าหากกิจกรรมนั้นๆ มีผู้เข้าร่วมเป็นจำนวนไม่มากนัก มักจะขอใช้สถานที่ที่สะดวก เช่น ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะตั้งอยู่ในลักษณะเป็นศูนย์กลางของจำนวนทั้ง 6 หมู่บ้านเช่นเดียวกัน

1.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพในพื้นที่ชุมชนตำบลพิหารแดง

สถานการณ์ด้านประชากร

การบริหารราชการส่วนภูมิภาคของตำบลพิหารแดง แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 6 หมู่บ้าน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง มีพื้นที่หมู่บ้านรับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน และมีประชากรที่ใช้สำหรับ ใช้กำหนดเป้าหมายในปีงบประมาณ 2556 จำนวน 4,885 คน เป็นชาย 2,305 คน คิดเป็นร้อยละ 47.19 และหญิง 2,580 คน คิดเป็นร้อยละ 52.81 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1.12 ประชากรเพศชายที่มีมากที่สุด จะอยู่ในกลุ่มอายุ 40-44 ปี ร้อยละ 4.52 เพศหญิงมากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 45-49 ปี ร้อยละ 4.79 และประชากรที่มีน้อยที่สุดจะอยู่ในกลุ่ม 0-4 ปี โดยเพศชายร้อยละ 0.76 และเพศหญิงร้อยละ 0.63 ประชากรวัยทำงานมาก อัตราเกิดลดลง ประชากรวัยพึ่งพาน้อยกว่าวัยทำงาน แต่มีแนวโน้มว่าในอนาคตประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้น ความหนาแน่นของประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดงเท่ากับ 294.28 คน/ต่อตารางกิโลเมตร มีจำนวนหลังคาเรือนรวมทั้งสิ้น 1,432 หลังคาเรือน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. 2555) ส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งหมด จำนวน 79 คน อัตราส่วน อสม. ต่อประชากร ในภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง เท่ากับ 1:53 และอัตราส่วน อสม.ต่อหลังคาเรือน ในภาพรวม เท่ากับ 1:17 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง. 2558)

สถานการณ์ด้านการให้บริการสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนตำบลพิหารแดง

จากสถิติข้างต้นและการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าขณะนี้ส่วนใหญ่ผู้ที่อาศัยอยู่จริงในชุมชน คือ ประชากรผู้สูงอายุที่ต้องดูแลบ้าน ทำนาทำไร่ รอบตรหลานกลับมาเยี่ยมบ้านจากการทำงานต่างถิ่นในวันเสาร์อาทิตย์ แต่แต่ละปีก็จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ประชากรวัยทำงานลดลงเนื่องมาจากการย้ายถิ่นฐานเพื่อการทำงานสูงขึ้น เพราะค่าครองชีพที่แนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงดูคนในครอบครัว ทำให้ปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา เยาวชน และประชากรวัยทำงานจึงหันเหแนวคิดในการประกอบอาชีพต่างไปจากวิถีชีวิตแบบเดิม ในด้าน อสม.ที่ดูแลสุขภาพของคนในชุมชนทุกกลุ่มวัย ยังคงเป็นอัตราสัดส่วนที่ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากร ทำให้สามารถดูแลได้เพียงภาพกว้าง การแจ้งข่าวสาร การดำเนินงานตามคำสั่งที่มอบหมายเป็นครั้ง ๆ ไป โดยไม่ได้เข้าถึงปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของประชาชนที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของตนเอง และยังไม่เคยจัดกระบวนการใดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมความคุ้มครองความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชนใน ต.พิหารแดง ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบโครงการ การทำกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามประเมินผลในด้านนี้มาก่อน โดยมากเป็นการดูแลไปตามกระบวนการประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาที่สถานอนามัย การดูแลการรับยาตามที่แพทย์สั่งตามปกติ การมาตรวจตามนัด ฯลฯ

“ลูกทำงานกรุงเทพนานๆ จะมาทีหนึ่ง แก่แล้วทำอะไรไม่ไหวลูกเขาก็ส่งเงินมาให้ใช้กินอยู่เรื่อยๆ ทุกเดือน” (เรื่อง)

“บ้านป้าอยู่ไกลอยู่นอกทุ่งโนนแะ บางทีก็ไม่ค่อยรู้เรื่องอะไรกับเขาหรอก ถ้าอสม.ไปก็ถึงจะรู้” (บุญชู)

สถานการณ์ด้านสถานะสุขภาพของประชากรในชุมชน

สาเหตุการตายของประชาชนในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง ในปี พ.ศ.2555-2557 มีสาเหตุการตายที่แตกต่างกันค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามสาเหตุการตายอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจำแนกตามสาเหตุการตายที่สำคัญ ปี พ.ศ.2555-2557 ประชาชนในพื้นที่ตายจากสาเหตุโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2555 จำนวน 5 คน คิดเป็น 1.02 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2556 จำนวน 1 คน คิดเป็น 0.20 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2557 จำนวน 3 คน คิดเป็น 0.59 ต่อประชากรพันคน ตายจากสาเหตุของโรคมะเร็ง ปี พ.ศ.2555 จำนวน 4 คน คิดเป็น 0.81 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2556 จำนวน 9 คน คิดเป็น 1.84 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2557 จำนวน 6 คน คิดเป็น 1.17 ต่อประชากรพันคน ตายจากสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2555 จำนวน 3 คน คิดเป็น 0.61 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2556 จำนวน 3 คน คิดเป็น 0.80 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2557 จำนวน 1 คน คิดเป็น 0.19 ต่อประชากรพันคน ตายจากสาเหตุของโรคหัวใจ ปี พ.ศ.2555 จำนวน 3 คน คิดเป็น 0.61 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2556 จำนวน 3 คน คิดเป็น 0.80 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2557 จำนวน 1 คน คิดเป็น 0.19 ต่อประชากรพันคน ตายจากสาเหตุของโรคหลอดเลือดในสมอง ปี พ.ศ.2555 จำนวน 3 คน คิดเป็น 0.61 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2556 จำนวน 3 คน คิดเป็น 0.80 ต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ.2557 จำนวน 7 คน คิดเป็น 1.37 ต่อประชากรพันคน (งานทะเบียนราษฎร อำเภอเมืองสุพรรณบุรี. 2557)

การให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง จากข้อมูลรายงานการให้บริการผู้ป่วยนอก ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง พบว่า ในปีงบประมาณ 2555-2557 จำนวนคนเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก และจำนวนครั้งของการมารับบริการเพิ่มขึ้น เป็นจำนวน 11,239, 10,484 และ 10,022 ตามลำดับ

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยนอก (รายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ 21 กลุ่มโรค) ปี 2555-2557 พบว่า 5 ลำดับแรกของกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญของประชาชน คือ กลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด กลุ่มโรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก กลุ่มโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม กลุ่มโรคระบบหายใจ และ โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่า กลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ.2555 จำนวน 2,492 ราย อัตราป่วย 507.22 ต่อประชากร

แสนคน ปี พ.ศ.2556 จำนวน 2,246 ราย อัตราป่วย 510.13 ต่อประชากรแสนคน อัตรา ปี พ.ศ.2557 จำนวน 2,399 ราย อัตรา 469.29 ต่อประชากรแสนคน (สาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี. 2557)

จากข้อมูลพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง อัตราการป่วยที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (ต่อประชากรแสนคน) ปี 2555-2557 โรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2555 มีอัตราป่วย 4,985.22 ปี พ.ศ.2556 มีอัตราป่วย 5,414.58 ปี พ.ศ.2557 มีอัตราป่วย 5,854.65 โรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2555 มีอัตราป่วย 1,733.99 ปี พ.ศ.2556 มีอัตราป่วย 2,537.46 ปี พ.ศ.2557 มีอัตราป่วย 1,248.72 ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีอัตราป่วยสูงกว่าอัตราป่วยของจังหวัดสุพรรณบุรี และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ความตระหนักของประชาชน และสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ไม่ใส่ใจในการปฏิบัติตนด้าน 3 อ. 2 ส. ขาดความต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยการซื้ออาหารสำเร็จรูป ไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง นับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง ที่ควรนำมาแก้ไข เป็นความท้าทายขององค์กร/ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ โดยปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดงคือ พฤติกรรมการบริโภค อุปนิสัยของการบริโภคอาหารรสเค็ม รวมถึงสุขนิสัยของการบริโภคและการเลี้ยงดูเด็ก เช่น การดูแลความสะอาดของอาหาร น้ำ และนม การล้างมือ เป็นต้น การเลี้ยงดูเด็กด้วยอาหารสำเร็จรูป การให้เด็กบริโภคอาหารกรุบกรอบ น้ำอัดลม ซึ่งไม่มีประโยชน์เป็นอาหารขยะนั้น อาจทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และอาจเกิดโรคอ้วน โรคไตได้ในอนาคต นอกจากนี้ ลักษณะการทำงานที่ต้องไปทำงานนอกพื้นที่ของวัยแรงงาน ต้องฝากบุตรหลานให้ผู้สูงอายุดูแลก็ส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพและการบริโภคของเด็ก และผู้สูงอายุด้วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย นั้น มีการออกกำลังกายน้อย หรือขาดการออกกำลังกาย ส่งผลต่อภาวะอ้วน โรคเรื้อรังต่างๆ สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่แล้วอาจเกิดโรคอื่นๆ ตามมาได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบริบทของสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค ไม่ควบคุมดูแลพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารของคนในชุมชน เนื่องจากการเข้าถึงแหล่งอาหารได้โดยง่าย ไม่ต้องเสียเวลาในการปรุงด้วยตนเอง สามารถซื้ออาหารปรุงสำเร็จที่มีมาจำหน่ายถึงในชุมชน ซึ่งอาจเป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของตนเอง การประกอบอาชีพอื่นๆ หรือทำเพียงงานบ้านของผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้ใช้แรงงานมากเท่ากับการทำเกษตรกรรม และความตึงเครียดกับความรีบเร่งในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนคือรูปร่างภายนอกที่บ่งบอกด้วยความอ้วน และการวัดความดันโลหิตที่บ่งชี้ความเสี่ยงด้านสุขภาพในเรื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง

“ส่วนมากกับข้าวก็ซื้อเขากินเอา เจ้าในวัดนี้แหละ อยู่กันแค่สองคน ซื้อกินถูกกว่าทำกินเองนะ” (เป้า)

“กลับจากไร่ ก็จะค่ำแล้ว ก็จะแวะซื้อกับข้าวเข้าไปเลย เขาก็ทำอร่อยดี” (ลำไย)

“โรคความดันโลหิตสูง มีคนไข้ใหม่เพิ่มขึ้น อัตราป่วยของตำบลสูงกว่าอัตราป่วยของ จังหวัดพะเยาอีก ก็จากพฤติกรรมการกินนี่แหละ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

สถานการณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ

ประชาชนบางส่วนยังให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค น้อยกว่าการรักษาพยาบาล อาจเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ การกิจในชีวิตประจำวันที่ต้องเร่งรีบ หรือมีการเคลื่อนย้ายที่ทำงาน หรือต้องออกไปทำงานนอกพื้นที่ ทำให้ความสำคัญและเวลาในการดูแลสุขภาพน้อยลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ อีกทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชน ซึ่งมีความสำคัญต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการนัดหมายในการรับบริการต่างๆ ของประชาชน ซึ่งอาจมีประชาชนบางส่วนที่ยังได้รับข้อมูลข่าวสารได้ไม่ทั่วถึง แม้ว่าในพื้นที่จะมีหอกระจายข่าว/เสียงตามสายแล้วก็ตาม แต่ อสม.และเครือข่ายทีมสุขภาพ ก็เป็นอีกกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ทั่วถึงและรวดเร็วยิ่งขึ้น แต่เนื่องจาก อสม.ที่ดูแลสุขภาพของคนในชุมชนทุกกลุ่มวัย ยังคงเป็นอัตราสัดส่วนที่ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากร ทำให้สามารถดูแลได้เพียงภาพกว้าง การแจ้งข้อมูลข่าวสารบางส่วนที่บ้านเรือนตั้งอยู่ไกลจากแหล่งชุมชนมากยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อไป

“ป่าต้องรีบไปนาแต่มีด กลับก็ค่ำแล้ว ไม่มีเวลาออกกำลังกายหรอก” (ประเทือง)

“ไม่ค่อยได้รวมกิจกรรมอะไรกับเขา เพราะก็กินยาทุกวัน มาเอายาท่อนามัยนี่แหละ ความดันก็สูงบ้างแต่ไม่มาก ไม่ค่อยจะมีเวลาด้วย” (บุญทึง)

“ยังไม่ค่อยได้จัดกิจกรรมอะไรเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพราะมากันยาก รวมตัวยาก เดินทางกันไม่ค่อยสะดวก แล้วเขาก็ไม่ค่อยสนใจให้ความสำคัญ แต่เรื่องรับยากก็มารับยากันไม่ค่อยขาดนัดหรอก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

สถานการณ์ด้านการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สัดส่วนผู้รับบริการแพทย์แผนไทย/แผนปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง ประจำปีงบประมาณ 2558 จากจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 2662 คน 9,856 ครั้ง มีจำนวนผู้รับบริการแพทย์แผนไทย 450 คน 658 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.68 ต่อผู้ป่วยนอก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. 2558) จะเห็นได้ว่าสัดส่วนจำนวนผู้รับบริการแพทย์แผนไทย/แผนปัจจุบัน มีสัดส่วนการเข้ารับบริการค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 6.68 เนื่องจากการใช้ยาแผนปัจจุบันมีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีกว่า หายเร็ว ส่วนยาแพทย์แผนไทยประสิทธิภาพในการรักษาที่ล่าช้า ยาหมดอายุเร็ว มีการใช้สมุนไพรและการแพทย์ทางเลือกค่อนข้างน้อย คราวเรือนมีสมุนไพรปลูกไว้ที่บ้าน ปลูกแล้วใช้กับปลูกไม่ได้ใช้ ประมาณ 50-60 หลังกาเรือน นอกจากนี้หมู่บ้านที่ 4 มีเปิดบริการนวดที่บ้าน

จำนวน 1 แห่ง ส่วนผู้สนใจและมีการดำเนินการเรื่องของการปลูกสมุนไพรใช้เอง และสามารถถ่ายทอดให้ผู้คนที่สนใจ มี 3 หมู่คือหมู่ที่ 1, 3 และ 6 ส่วนการวางแผนไทยมีผู้ผ่านการอบรมและยังดำเนินการนวดอยู่มีทั้งหมด ประมาณ 10 คน และชุมชนยังไม่เคยจัดกระบวนการใดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน ต.พิหารแดง ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบโครงการ การทำกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามประเมินผลในด้านการจัดการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาก่อน

“ขิงลดความดันได้ ลดอาการของอัลไซเมอร์พวกสมองเสื่อมได้ด้วย ผมก็แนะนำพวกๆกัน กินผัดขิง หรือต้มน้ำขิงอุ่นๆ กินดีมีประโยชน์” (ทะเบียน)

“ผมชอบนะเรื่องสมุนไพร เรื่องฝึกสมาธิ นวดอะไรพวกนี้ ผมว่าคนที่เป็ความดันเนี่ย มันช่วยจะได้จริง แต่ที่นี้ก็ยังไม่เคยทำกัน” (ทะเบียน)

“ไบบับก รักษาโรคความดันโลหิตสูงได้นะ ช่วยบำรุงเส้นเลือด แล้วก็คลายเครียดได้ กินแก้มกับยาก็ได้ หรือจะทำน้ำคั้นไบบับกก็ได้ ผมแบ่งให้ไปปลูกที่บ้านหลายคน” (สุเทศน์)

“แต่ยังไม่เคยมีโครงการแบบนี้ละ ส่วนมากก็รู้กันเองตามภูมิปัญญาชาวบ้าน แต่ไม่เคยมีใครมาจัดกิจกรรมแบบนี้ให้” (สุเทศน์)

เนื่องจากพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญเป็นอันดับแรกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง คือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราป่วยสูงกว่าอัตราป่วยของจังหวัดสุพรรณบุรี (อัตราป่วย 5,854.65 ต่อประชากรแสนคน) และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ เป็นต้น ความตระหนักของประชาชนและสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ดังนั้นการดูแลตนเองด้านการแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสานเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน จากกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ร่วมการวิจัยได้รับ เพื่อป้องกันระดับความดันโลหิตที่สูงเพิ่มขึ้น แม้ในกรณีผู้ป่วยใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสูงขึ้น หรือช่วยให้การรักษาดีขึ้น การแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสาน เมื่อใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน นับเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่จะทำให้ควบคุมการดำเนินโรค ลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาระค่าใช้จ่าย ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันอาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในตอนี่ 2 แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลสามารถนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ

เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยใช้เตรียมการสำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการเตรียมการลงพื้นที่โดยการคัดเลือกชุมชน ค้นหาปัญหาด้านบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างสัมพันธภาพในชุมชน สามารถนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

1.1 ค้นหากลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากชมรมผู้สูงอายุจำนวน 60 คน มีหลักการรับอาสาสมัคร ในพื้นที่ชุมชน/หมู่บ้าน ตำบลพินนาแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งได้มาจากการสมัครด้วยตนเอง/การเสนอชื่อจากกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย และผ่านการพิจารณาคุณสมบัติจากกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย โดยชมรมผู้สูงอายุมีสมาชิกทั้งหมดในตำบลพินนาแดงจำนวนทั้งหมด 317 คน คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน สัดส่วน 1:1 รวมทั้งหมด จำนวน 60 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ใน ต.พินนาแดง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี
- 2) อายุระหว่าง 60 ปี ขึ้นไป
- 3) สภาพร่างกายอยู่ในสภาวะปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะของโรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ไม่มีความพิการ การมองเห็นและการได้ยินปกติ
- 4) มีความรู้ในระดับที่สามารถ อ่านออก เขียนได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีคุณลักษณะเพิ่มเติม คือ มีความสามารถในการถ่ายทอด เช่น เป็นอดีตครู หรือเคยทำงานด้านสุขภาพ เป็นต้น และสมัครใจเป็นกลุ่มช่วยเหลือเพื่อน โดยเฉพาะในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

1.2 ค้นหาปัญหาและความต้องการภายในกลุ่มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย

หลังจากการเตรียมความพร้อมของพื้นที่ที่จะทำวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลด้านนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจคัดเลือกเป็นพื้นที่ทำการวิจัย ศึกษาทบทวนจากเอกสาร ข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี และผู้วิจัยลงสำรวจพื้นที่และแนะนำตนเองกับชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในครอบครัว พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์และขอสัมภาษณ์ ประสานขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งชี้แจงโครงการวิจัยให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และบุคคลในหมู่บ้านเข้าใจ โดยผู้วิจัยขออนุญาตเข้าร่วมประชุมในการประชุมชมรมผู้สูงอายุ ที่จัดขึ้นเดือนละครั้งตามกำหนด

ผู้วิจัย มีการค้นหาปัญหาและความต้องการภายในกลุ่มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือกในชุมชน เพื่อใช้สำหรับการวางแผนให้ครอบคลุมเหมาะสม หลังจากนั้นได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ อายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน และระดมสมองในกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย กลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อร่วมกันวางแผนปฏิบัติการพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งดำเนินการสัมภาษณ์ จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 6 คน และเป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 3 คน

ผลการดำเนินกิจกรรม

ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 นั่นคือการค้นหาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผลการศึกษาสามารถแบ่งปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้เป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 รักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคโลหิตสูงด้วยวิธีการทางแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ไม่มีการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกมาก่อน ซึ่งการรักษานั้นจะเป็นการให้คำปรึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ หากมีอาการของโรคเพิ่มขึ้นจะใช้วิธีการปรับยารับประทานมากขึ้น ซึ่งให้เห็นว่ารูปแบบการรักษาที่ผ่านมาคือการรักษาที่เน้นทางกาย และยังไม่มีการรักษาที่เชื่อมโยงกับสภาพจิตใจหรืออารมณ์ สามารถยกตัวอย่างคำพูด ได้ดังนี้

"ป้าก็กินแต่ยาหมอนะ ความดันมันไม่ค่อยสูงมาราวๆ 130 วิธีอย่างอื่นป้าก็ไม่เคยใช้ กินยาหมออย่างเดียว" (ปราณี)

"รักษาความดัน ก็ไปแคร์ยาที่ोनามัย ถ้าวันไหนมันขึ้นสูง เขาก็ส่งไปหาหมอที่โรงพยาบาลใหญ่ ไม่เคยรักษาวิธีอื่นเลย" (โสภา)

"รักษาความดัน ป้าก็ได้แต่กินยาไปตามที่หมอสั่งมา วิธีรักษาอื่นก็ไม่รู้เขาทำอะไรกันบ้าง ป้าก็ไม่เคยทำ" (เพียน)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงไม่เคยทราบวิธีการอื่นที่ช่วยลดความดันโลหิตสูงได้นอกจากการแพทย์ปัจจุบันและการรับประทานยาปฏิชีวนะ ยกตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"เวลาความดันสูงก็ไปหาหมอให้เค้าปรับยาเพิ่มแค่นั้น ก็ไม่เห็นมีวิธีอื่นจะช่วยได้" (แหววัน)

"ก็ไม่รู้เหมือนกันว่าจะมีวิธีอื่นไหมที่จะลดความดันได้ ก็ได้แต่กินยาไปตามที่หมอสั่ง" (จันทร์)

ประเด็นที่ 2 รับประทานเพิ่มหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้

จากผลการสนทนากลุ่มพบว่าวิธีการที่แพทย์ใช้ในการรักษาผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ จะใช้วิธีการสั่งยารับประทานเพิ่มขึ้น เพื่อให้ควบคุมได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจะมียารับประทานที่เพิ่มมากขึ้นและต้องกินอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังพบว่ายังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติได้ ยกตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"ตอนนี้ก็กินยาอย่างเดียว บางทีก็ความดันขึ้นเวียนหัว ไปวัดดูที่ोनามัย สูงตั้ง 170 หมอก็ให้กินยาเพิ่มขึ้นอีก" (สวัสดี)

"ตอนนี้กินยาตลอด เมื่อก่อนกินครึ่งเม็ด ไปหาหมอครั้งที่แล้วความดันมันขึ้น หมอเลยให้กินยาเพิ่ม เป็นกินเม็ดหนึ่ง" (ประมวล)

"ช่วงนี้หมอเพิ่มยาให้ อีกตัวหนึ่ง ความดันมันขึ้น เอาไม่ลง" (ยุพา)

ประเด็นที่ 3 ไม่เคยมีกิจกรรมเรื่องความดันโลหิตสูงให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

จากการทำสนทนากลุ่มยังพบว่า ในชุมชนยังไม่เคยมีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้แก่ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกที่มาช่วยสนับสนุนในเรื่องการรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งมีกิจกรรมกลุ่มเกิดขึ้นในชมรมผู้สูงอายุ แต่จะเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทั่วไป เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น แต่ยังไม่เคยมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในเรื่องรูปแบบหรือกลวิธีตามหลักการแพทย์ทางเลือกชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการและสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์ทางเลือก สามารถยกตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"ไม่เห็นมีกิจกรรมอะไรนะเกี่ยวกับความดัน มีแต่ชมรมผู้สูงอายุทำบุญตักบาตร งานวันสงกรานต์อะไรพวกเนี่ย" (วันเพ็ญ)

"มาอยู่หลายปีแล้วก็ไม่เห็นเขาเคยจัดกิจกรรมอะไรให้คนที่มีความดันสูงเลยนะ" (ไพจิตร)

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้นได้เนื่องจากติดภารกิจส่วนตัว เช่น การทำงาน การดูแลบุตรหลาน เป็นต้น ทำให้ไม่สะดวกต่อการไปเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น ยกตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"ก็เห็นมีแต่กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุทั่วไป แต่ก็ไม่ค่อยได้เข้าไปร่วมงานกะเขา ต้องไปไร่แต่เช้ากลับมืด" (สุนทร)

"เวลาเขามีกิจกรรมอะไรก็ไม่ค่อยได้ไปหรอกเพราะว่าต้องเลี้ยงหลาน หลานยังเล็กยังไม่เข้าโรงเรียน" (วันดี)

ประเด็นที่ 4 ความต้องการของผู้สูงอายุคือการรักษาด้วยวิธีการอื่น

ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายพบว่าต้องการให้มีการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากการรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกเบื่อหน่ายการรับประทานยาและไม่สามารถควบคุมได้จริง แม้ว่าในขณะนี้ผู้เข้าร่วมยังไม่ทราบถึงการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกแต่ผู้ให้ข้อมูลยังคงมีความต้องการหยุดยารับประทานลง หรือสามารถเลิกรับประทานได้ ยกตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"มันมีวิธีอื่นไหมที่จะช่วยลดความดันนอกจากกินยา กินมาหลายปีบางทีมันก็หนักเบื่อ" (จันทร์)

"ก็อยากจะรู้ว่ามันมีวิธีอื่นอีกไหมที่จะช่วยลดความดันจะได้ไม่ต้องกินยาหรือกินให้มันน้อยลงหน่อย"(สนอง)

"ถ้ามีวิธีอื่นที่ช่วยลดความดันโดยไม่ต้องกินยา ก็อยากจะลองทำดูบ้าง" (สิน)

จากผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 สามารถสรุปได้ว่าสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) วิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย เป็นการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น 2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะต้องรับยาและรับประทานเพิ่ม 3) ไม่เคยมีการกิจกรรมเรื่องความดันโลหิตสูงให้กับผู้สูงอายุในชุมชนมาก่อน และพบว่าความต้องการของผู้สูงอายุคือ ต้องการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่นอกเหนือจากการรับประทานยาตามการรักษาการแพทย์ปัจจุบัน จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้มีการวางแผนเรื่องการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกที่ช่วยสนับสนุนการรักษาความดันโลหิตสูงให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบ รวมถึงมีความต้องการทางเลือกอื่นในการรักษา จึงทำให้เป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการยอมรับการทำการกิจกรรมขั้นตอนถัดไป

ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม

ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยผู้ช่วยนักวิจัยที่เข้าประชุม จำนวน 11 คน ได้แก่ คือ ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ อายุ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 1 คน ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 ขั้นระดมสมอง

ผู้วิจัยได้ระดมสมองกับผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิ ลงความเห็นว่าการแพทย์แผนทางเลือกใดบ้างที่เหมาะสมกับการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอการแพทย์แผนทางเลือกนั้นแก่บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ มีการวางแผนโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่

2.2 ขั้นสร้างความตระหนัก

โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขึ้น ณ วันที่ 13 ตุลาคม 2559 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน และผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้นำในชุมชน จำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ อายุ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 1 คน ประชุมเป็นเวลา 1 วัน รวมทั้งหมด 41

คน มีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดกิจกรรมโดยใช้กิจกรรมการสร้างความตระหนักในศักยภาพของตนเองให้แก่ตัวแทนอาสาสมัครจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสร้างการยอมรับศักยภาพในการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมแจกบัตรคำเพื่อการสร้างความตระหนัก

วัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาความรู้เบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง

วิธีการ คือ นำบัตรคำที่มีการเขียนข้อความ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อน อาหารเค็ม ไตวาย ขนมอบเคี้ยว การวัดความดันโลหิต การปฏิบัติตน เป็นต้น ผู้วิจัยเปิดเพลงและให้ส่งต่อลูกโป่ง เพลงหยุดสิ้นสุดที่กลุ่มเป้าหมายคนใด ให้ออกมาเลือกบัตรคำแล้วอธิบายเกี่ยวกับบัตรคำที่ตนเองมีอยู่ให้กับทุกคนภายในกลุ่มฟัง โดยให้อธิบายมากที่สุดเท่าที่ตนเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับบัตรคำนั้น หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้บุคคลอื่นในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมอธิบายเพิ่มเติม และสรุปโดยผู้วิจัยอธิบายตามองค์ความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมในแต่ละบัตรคำเพิ่มเติม

จากการสังเกตผู้วิจัย พบว่า กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถอธิบายบัตรคำได้ถูกต้อง และสามารถอธิบายความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้อยู่ก่อนแล้ว และจากการสัมภาษณ์ พบว่า ความรู้ที่ได้รับนั้นเกิดจากการอธิบายจากแพทย์ที่ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการอธิบายถึงการปฏิบัติตน และความเสี่ยงจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของการเพิ่มของความดันโลหิต แต่อย่างไรก็ตามในกิจกรรมดังกล่าวกลุ่มเป้าหมายมีการสะท้อนความรู้ออกมาไม่มาก เนื่องจากเป็นกิจกรรมแรก และยังคงมีความเขินอายต่อการพูดกับผู้อื่นที่เป็นไปในลักษณะกลุ่มใหญ่

วิธีการต่อมาให้จับคู่กันในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อดูแลช่วยเหลือกันเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง และเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านตามกำหนด โดยกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้เลือกบัตรคำและให้คู่ของตนเองบรรยายตามความเข้าใจ หรือความรู้เดิมของแต่ละบุคคล อธิบายตามบัตรคำที่ได้รับ หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายตามองค์ความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมในแต่ละบัตรคำเพิ่มเติม

จากการสังเกตผู้วิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีการอธิบายได้มากขึ้นกว่าเดิม รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคู่ของตนเอง มีการสอนเทคนิคของการดูแลตนเองที่บ้านให้กันและกันฟัง เมื่อผู้วิจัยได้ขอสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มเป้าหมายทุกคนรู้วิธีการปฏิบัติตน แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงเนื่องจากมีภารกิจอื่นๆ ในแต่ละวัน ทำให้ไม่มีเวลาว่างสำหรับการดูแลตนเอง รวมถึงมีความเข้าใจว่าการออกกำลังกายที่ช่วยลดความดันโลหิตได้นั้น เกิดจากการทำงาน มีการขยับร่างกายในแต่ละวัน ทำให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการในขั้นถัดไป

หลังจากการดำเนินการดังกล่าวผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันวางแผนเขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ รวบรวมประเด็นกิจกรรม จัดลำดับความสำคัญ ระบุชุดกิจกรรม จำนวน 2 กิจกรรม และเข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติการต่อไป

การเลือกหลักการแพทย์ทางเลือกที่จะนำมาพัฒนาเป็นชุดกิจกรรม

ผู้ช่วยนักวิจัยทั้งหมดประชุมกันอย่างต่อเนื่อง ณ วันที่ 13 ตุลาคม 2559 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ช่วยกันเสนอกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกที่จะนำมาพัฒนาเป็นชุดกิจกรรม ผู้ช่วยนักวิจัยได้เสนอกิจกรรมไว้หลายกิจกรรม ได้แก่ การล้างพิษ การนวดแผนไทย โยคะ ผีกลสมาธิ การกดจุด ดนตรีบำบัด พลังกายทิพย์เพื่อสุขภาพ เป็นต้น จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยได้ลงมติเลือกกิจกรรมมา 2 กิจกรรม เพื่อใช้สอนในชั่วโมงการอบรมและได้เลือกกิจกรรม โดยผู้ช่วยนักวิจัยเลือกการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อนเท้า เพราะเป็นกิจกรรมที่มีชื่อเสียงตามหลักการแพทย์ทางเลือก ในการลดความดันโลหิตสูง และเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากในการเตรียมอุปกรณ์ ในส่วนของการฝึกสมาธิ SKT ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ ส่วนการกดจุดสะท้อนเท้า ใช้เพียงโลชั่นบำรุงผิวปกติ สำหรับทาผิวหน้าก่อน ตรงบริเวณที่จะต้องนวดกดจุด อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ในทุกที่ทุกเวลา ไม่มีข้อจำกัดทางด้านสถานที่และเวลา การฝึกทักษะค่อนข้างง่าย เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไป

2.3 ขั้นสร้างชุดกิจกรรม

ในขั้นนี้ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้นำในชุมชน จำนวน 11 คน ได้แก่ คือ ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ อายุ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 1 คน รวมทั้งตัวแทนจากทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มละ จำนวน 5 คน โดยได้นำแผนที่ได้จากขั้นตอนการวางแผนร่วมกันเขียนโครงการ รวบรวมประเด็นกิจกรรมจากการระดมสมอง สร้างแผนการสอนที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ จำนวน 2 กิจกรรม ระบุกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ให้เกิดความชัดเจนและประชุมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละคนในการดำเนินกิจกรรม ในขั้นตอนของการวางแผนนี้ ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้รู้สึกว่าเป็นกิจกรรมของตนเอง ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยได้ร่วมกันสร้างชุดกิจกรรม

การสร้างชุดกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 ขั้นสร้างชุดกิจกรรมมี 4 ระยะ ดังนี้ ได้แก่ 1) กำหนดโครงสร้างของชุดกิจกรรมเบื้องต้น
 2) ถอดความรู้ 3) วิพากษ์โครงสร้างชุดกิจกรรม 4) จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อ และเครื่องมือวัดผล

1. กำหนดโครงสร้างของชุดกิจกรรมเบื้องต้น

ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ช่วยนักวิจัย มาประชุม เพื่อสร้างชุดกิจกรรมในวันที่ 17 ธันวาคม 2559 เวลา 09.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี การประชุมในวันนี้ มีการกำหนดโครงสร้างเนื้อหาชุดกิจกรรมเบื้องต้น และกำหนดผู้รับผิดชอบในการทำเอกสารชุดกิจกรรม โดยผู้ช่วยนักวิจัย ได้เสนอชื่อบุคคลที่เห็นว่า มีความรู้ความสามารถเหมาะสมในการสร้างชุดกิจกรรม ซึ่งผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้รับผิดชอบ ดังนี้ ชุดกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อนเท้า ผู้รับผิดชอบเขียนชุดกิจกรรมทั้ง 2 ชุดกิจกรรม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.เจ้าพระยา ยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ ทั้ง 2 คน

หลังจากนั้น ผู้ช่วยนักวิจัย ได้อภิปรายเกี่ยวกับชุดกิจกรรมที่จะสร้างว่า ควรจะเป็นชุดกิจกรรมลักษณะใด ซึ่งได้ข้อสรุปว่า ควรเป็นชุดกิจกรรมที่มีทั้งการสอนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับหลักการแพทย์ทางเลือก ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อนเท้า และการฝึกปฏิบัติ และดำเนินการให้มีการจัดการฝึกอบรมกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้ช่วยนักวิจัย ได้ช่วยกันเสนอเค้าโครงเนื้อหาเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

ตาราง 7 โครงร่างเนื้อหาชุดกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT

หน่วยที่	ชื่อหน่วย	จำนวนชั่วโมงเรียน
1	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	1
2	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับหลักการแพทย์ทางเลือก	1
3	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฝึกสมาธิ SKT - ประวัติความเป็นมาของการฝึกสมาธิ SKT - แนวคิดและทฤษฎีการเยียวยาองค์รวม - กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปฏิบัติสมาธิ - การประยุกต์เทคนิคสมาธิ SKT	2
3	การฝึกทักษะการปฏิบัติสมาธิ SKT	3
4	ทบทวน และทดสอบความรู้โดยวิทยากรผู้สอน	1
รวม		8

ตาราง 8 โครงร่างเนื้อหาชุดกิจกรรมการกดจุดสะท้อนเท้า

หน่วยที่	ชื่อหน่วย	จำนวนชั่วโมงเรียน
1	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า - ประวัติความเป็นมาของการนวดกดจุดสะท้อนเท้า - สรีระและโครงสร้างของเท้า - ประโยชน์ของการนวดกดจุดสะท้อนเท้า - ข้อควรระวังและข้อห้ามในการนวด - จรรยาบรรณของผู้นวด - มารยาทในการนวด	2
2	ความรู้เกี่ยวกับการนวด - การหาตำแหน่งของจุดสะท้อนเท้า - ความสัมพันธ์ของจุดสะท้อนเท้าและอวัยวะต่างๆ - การเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการนวด	2
3	ฝึกปฏิบัติการนวดกดจุดสะท้อนเท้า	3
4	ทบทวน และทดสอบความรู้โดยวิทยากรผู้สอน	1
รวม		8

2. ถอดความรู้เรื่องการฝึกสมาธิ SKT และการกตจุตสะท้อนเท้า

ในขั้นนี้ ผู้ช่วยนักวิจัย ที่รับผิดชอบสร้างชุดกิจกรรม ได้ถอดความรู้เรื่องการฝึกสมาธิ SKT และการกตจุตสะท้อนเท้า จากผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลมาประกอบการสร้างชุดกิจกรรมและการทำแผนการจัดการเรียนรู้ เนื่องจากผู้ช่วยนักวิจัยที่รับผิดชอบสร้างชุดกิจกรรม ยังไม่เข้าใจในขั้นตอนต่างๆ ของการฝึกสมาธิ SKT และการกตจุตสะท้อนเท้า จึงไม่แน่ใจว่าจะเขียนเป็นเอกสารชุดกิจกรรมได้ดีเพียงใด ผู้ช่วยนักวิจัย จึงได้มีมติให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่รับผิดชอบทำชุดกิจกรรมไปถอดความรู้จากผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ ก่อนการถอดความรู้ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นำมาปรับปรุงโครงสร้างชุดกิจกรรมอีกครั้ง

3. วิพากษ์โครงสร้างชุดกิจกรรม

หลังจากผู้ช่วยนักวิจัย ได้จัดทำโครงสร้างชุดกิจกรรมเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้นัดผู้ช่วยนักวิจัย มาร่วมวิพากษ์โครงสร้างชุดกิจกรรมในวันที่ 20 มกราคม 2560 เวลา 09.00-12.00 น. โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างชุดกิจกรรมท้องถิ่น การพัฒนาชุมชน เป็นรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพิหารแดง ทั้ง 2 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในเรื่องการสร้างชุดกิจกรรมท้องถิ่น และเป็นผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน มาเป็นผู้ให้วิพากษ์ชุดกิจกรรมร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นปราชญ์ชาวบ้าน ครูผู้เกษียณอายุราชการแล้ว ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะในหลายเรื่อง เช่น ให้ปรับโครงสร้างเนื้อหาการฝึกสมาธิ SKT ให้ฝึกปฏิบัติอย่างครบถ้วนทุกท่า แม้จะไม่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต แต่มีประโยชน์ในระบบอื่นๆ ของร่างกายผู้สูงอายุ และการกตจุตสะท้อนเท้า เนื่องจากมีจำนวนจุดทั้งหมดตามชุดกิจกรรมปกติ 62 จุด ซึ่งเป็นจำนวนมากเกินไป ให้ปรับชุดกิจกรรมเหลือเฉพาะเพียงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ส่วนผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ อายุราชการ ได้อภิปรายถึงความเหมาะสมในเรื่องของเวลาเรียน เนื่องจากเห็นว่าเวลาอบรมหากจัดจำนวนหลายวัน อาจมีปัญหาผู้เข้ามาร่วมอบรมน้อยเพราะติดภารกิจส่วนตัว หรือผู้ช่วยนักวิจัย ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เห็นว่า โครงสร้างเนื้อหาการใช้ภาษาควรปรับปรุงให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้เพียงระดับชั้นประถม ควรใช้คำพูดที่สามารถสื่อความเข้าใจให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

4. จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อ และเครื่องมือวัดผล

หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ช่วยนักวิจัยได้วิพากษ์โครงสร้างเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ช่วยนักวิจัย มาปรึกษาหารือกันในวันที่ 21 มกราคม 2560 เวลา 09.00-12.00 น. เรื่องที่ปรึกษากัน ได้แก่ แนวทาง ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ การจัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อการเรียน เครื่องมือวัดผล และผู้สอน ผลการปรึกษาหารือกันสรุปได้ดังนี้

4.1 แนวการจัดการเรียนรู้ ผู้ช่วยนักวิจัยเสนอว่าให้สอนภาคเนื้อหาก่อน โดยสอนพร้อมกัน แล้วจึงสอนการฝึกภาคปฏิบัติ

4.2 การจัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ ผู้ช่วยนักวิจัยมีมติมอบหมาย ผู้รับผิดชอบพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.เจ้าพระยาบรมราชจักรีวงศ์สุพรรณบุรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง จังหวัดสุพรรณบุรี ไปทำแผนการจัดการเรียนรู้ เนื้อหาชุดกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT และเนื้อหาชุดกิจกรรมการกดจุดสะท้อนเท้า

4.3 สื่อการเรียนรู้ สื่อวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ต้องใช้ในการฝึกปฏิบัติ มอบหมายให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุราชการแล้ว ไปจัดเตรียม ได้แก่ ผ้าเช็ดเท้า โลชั่นที่ใช้ในการกดจุดสะท้อนเท้า ส่วนสื่อที่ใช้สอนในชั้นเรียน เช่น คู่มือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผ่นพับ แบบฝึกหัด ใบงานต่างๆ มอบหมายให้ผู้ที่ทำแผนการจัดการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับแผนการจัดการเรียนรู้

4.4 ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย ตกลงกันในเบื้องต้นว่าให้พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.เจ้าพระยาบรมราชจักรีวงศ์สุพรรณบุรี สอนภาคเนื้อหา ส่วนผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุราชการ สอนภาคปฏิบัติ แต่ในการสอนภาคปฏิบัติ อาจเชิญผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมาร่วมจัดกิจกรรมเป็นครั้งคราว แล้วแต่การออกแบบแผนการจัดการเรียนรู้

4.5 เครื่องมือวัดผล ผู้ช่วยนักวิจัยได้มีมติว่า การวัดผลมี 3 ส่วน ได้แก่ วัดจากการทำกิจกรรมในระหว่างอบรม วัดจากการฝึกปฏิบัติ และการทดสอบหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมในการอบรมให้เก็บคะแนนจากกิจกรรมต่างๆ ที่วิทยากรผู้สอนมอบหมายให้ทำ การฝึกปฏิบัติให้ประเมินทักษะการปฏิบัติ โดยให้วิทยากรผู้สอน และผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุราชการแล้ว เป็นผู้ทำแบบสังเกตพฤติกรรม ส่วนการทดสอบภาคเนื้อหา ให้วิทยากรผู้สอนในแต่ละเนื้อหาไปทำแบบทดสอบ สรุปการมอบหมายงานในขั้นนี้ได้ดังต่อไปนี้

ตาราง 9 ตารางการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบแผนการจัดการเรียนรู้

กิจกรรม	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้	ตามโครงสร้างเนื้อหาชุดกิจกรรม	- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.เจ้าพระยาบรมราชจักรีวงศ์สุพรรณบุรี - นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี - ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง จ.สุพรรณบุรี
จัดทำสื่อการเรียนรู้	สื่อที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ สื่อที่ใช้สอนในการอบรม	- ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ - ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ
วัสดุอุปกรณ์	วัสดุอุปกรณ์	
ผู้สอน	ภาคเนื้อหา ภาคปฏิบัติ	- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.เจ้าพระยาบรมราชจักรีวงศ์สุพรรณบุรี - ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ - ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ
เครื่องมือวัดผล	สร้างเครื่องมือวัดผล	- อสม. ประธาน อสม. หมู่ 1 - อสม. ประธาน อสม. หมู่ 5 - อสม. ประธาน อสม. หมู่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นที่นักวิจัยได้นำชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการเลือกของคนในชุมชน มาทดลองใช้ โดยกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จะเป็นผู้ทดลองใช้เพื่อค้นหาข้อบกพร่องของชุดกิจกรรมนี้ มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ขั้นการจัดฝึกอบรม

โดยมีการจัดอบรมกับทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มละ จำนวน 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน เป็นเวลา 2 วัน

3.2 ขั้นการสังเกต

ในระหว่างการทำกิจกรรมผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกครั้งกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยผู้วิจัยมีการบันทึกการดำเนินกิจกรรม

ของแต่ละบุคคล รวมถึงเหตุการณ์ที่สำคัญ การสะท้อนผลกลับในขณะที่ทำกิจกรรม มีการตรวจสอบ หรือสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลง มากน้อยเพียงใดและเป็นไปในทิศทางใด โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

วิพากษ์ชุดกิจกรรม

ผู้วิจัยนัดหมายผู้ช่วยนักวิจัย นำงานที่ได้รับมอบหมายมาพิจารณาร่วมกัน ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2560 ผู้ช่วยนักวิจัยได้ช่วยกันวิพากษ์งานต่างๆ ที่ได้แบ่งกันไปทำ แต่พบว่า ผู้ช่วยนักวิจัย ยังทำงานบางอย่างไม่เสร็จ ได้แก่ แบบทดสอบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องช่วยเหลือ โดยนัดหมาย ผู้ช่วยนักวิจัย ที่เป็นครูทำแบบทดสอบ ส่วนแผนการจัดการเรียนรู้ นั้น ผู้ช่วยนักวิจัย ทำเสร็จแล้ว ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้วิจัยได้ร่วมกันพิจารณาแผนต่างๆ ผู้ช่วยนักวิจัย เห็นว่าแผนการจัดการเรียนรู้ยังมีข้อบกพร่องอยู่ในบางเรื่อง ดังคำวิจารณ์ต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ไม่สามารถทำชุดฝึกสมาธิ SKT ได้บางท่า เนื่องจากในการนอนราบนั้น ต้องการอุปกรณ์เพิ่ม ไม่สามารถนอนราบกับพื้นได้ ดังนั้นเมื่อถึงท่าที่ต้องมีการนอนราบกับพื้น อาจจะใช้วิธีการพองวิทยากรเพียงเท่านั้น ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคในระหว่างการทำสมาธิบำบัดได้

“ท่าบางท่า มันไม่ค่อยสะดวก มีนอนราบกะพื้นเลย เราอาจจะต้องเตรียมอุปกรณ์อะไรเพิ่มไหม” (สุเทศน์)

“เราจะใช้อธิบายให้เขาฟังเฉยๆ ไม่ต้องฝึก หรือไม่ก็ต้องหาอุปกรณ์เพิ่ม มาปูที่พื้นไม่งั้นมันจะนอนราบไม่ได้” (ทะเปียน)

ประเด็นที่ 2 ระยะเวลายาวนานเกินไป เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายต้องมีการกิจอื่นทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดการดำเนินการ บางครั้งไม่สามารถมาได้ตามนัดหมาย ดังนั้นทำให้ผู้วิจัยเกิดความลังเลในเรื่องการสอนและการนำไปปฏิบัติจริง จึงได้มีการวางแผนปรับเวลาในรอบถัดไปว่าควรมีการกำหนดการเตือนเรื่องเวลาเป็นช่วงเมื่อใกล้หมดเวลา

“เวลาสอนให้ฝึกปฏิบัติ เราจะสอนกันแต่ละท่านานไหม เพราะเห็นจุดจุดมีหลายจุดมาก เวลาจะพอไหม” (กำไล)

ประเด็นที่ 3 อุปสรรคในการจับเท้าของผู้อื่น ในกิจกรรมกดจุดสะท้อนเท้า

นอกจากนี้ยังพบว่าบางท่าที่ผู้เข้าร่วมต้องจับคู่กันจับเท้า ซึ่งทำให้เกิดความลำบากใจในการจับเท้าซึ่งกันและกัน จนกลายเป็นอุปสรรคของการทำกิจกรรม

“การฝึกจะจับเป็นคู่ หรือฝึกเดี่ยวด้วยตนเอง เพราะอาจจะเกิดปัญหาไม่สะดวกใจในการนวดเท้าให้คนอื่น” (สมหมาย: อสม.)

โดยภายหลังผู้ช่วยนักวิจัย ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ให้ผู้อบรมฝึกด้วยตนเอง แค่เพียงสังเกต พฤติกรรมคู่ของตนเองว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่ เพียงไร ในประเด็นนี้ผู้ช่วยนักวิจัย ส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า ให้ปรับเนื้อหาชุดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้มีการสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเริ่มมีการแบ่งหน้าที่และกำหนดหน้าที่ให้กับตนเองและผู้อื่น ยกตัวอย่างคำพูด

“แล้วผม และครูสุเทศน์ จะต้องมาสอนวันไหนบ้าง” (ทะเบียณ)

3.3 ขั้นตอนการสะท้อน

ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำชุดกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้การนำชุดกิจกรรมไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วันที่ 15-16 เมษายน 2560 เวลา 09.00-16.00 น. ตรวจสอบหรือสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลง มากน้อยเพียงใดและเป็นไปในทางใด วิพากษ์โครงสร้างชุดกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อ และเครื่องมือวัดผล ทดลองใช้และปรับปรุงชุดกิจกรรม โดยใช้เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) เป็นเครื่องมือหรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ การทบทวนและวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ หรือหลังทำกิจกรรม โดยการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป โดยมีขั้นตอนในการทำ AAR ดังต่อไปนี้

1. นัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน
2. แนะนำกฎกติกาการยาท
3. ทบทวนเหตุการณ์การกระทำที่เกิดขึ้น
4. เล่าสั้นๆ ถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นซึ่งต้องการมาทบทวน
5. สรุปเหตุการณ์สำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้น สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสรุป
6. มีการตั้งผู้แทนหรือผู้ปฏิบัติงานให้มาเล่าถึงกิจกรรมของตน
7. อย่าสร้างบรรยากาศของการตำหนิตีเดียวิพากษ์วิจารณ์หรือบรรยายสั่งสอน
8. ถามคำถามให้ผู้ปฏิบัติเล่าว่าทำไมจึงได้ทำอย่างนั้นในเหตุการณ์นั้น ๆ
9. ถามผู้ปฏิบัติว่าได้กระทำการใดลงไปในการการณ์นั้น ๆ

หลังการอบรม สะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) เพื่อปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนไปใช้ รวบรวมข้อบกพร่องเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม ในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 เป็นขั้นที่นักวิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ชุดกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การประเมินผลลัพธ์จะกระทำหลังจากจบขั้นตอนที่ 3 แล้ว

4.1 ขั้นการประเมิน

ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มเป้าหมาย ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

- การเข้าร่วมกิจกรรม/การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
- การเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติต่อโรค/และเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก
- พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต/การสนับสนุนทางสังคม
- ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม

จุดมุ่งหมายในชุดกิจกรรม การจัดการศึกษาอบรมตามชุดกิจกรรมนี้ มุ่งปลูกฝังให้ผู้อบรมมีคุณลักษณะดังนี้

1. ตระหนักและเห็นคุณค่าของการฝึกสมาธิ SKT และการกตัญญูสะท้อนเท่า
2. สามารถฝึกทักษะการปฏิบัติ การฝึกสมาธิ SKT และการกตัญญูสะท้อนเท่า ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. สามารถนำความรู้การฝึกสมาธิ SKT และการกตัญญูสะท้อนเท่าไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
4. มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป

การวัดและประเมินผล มีกระบวนการวัดผลประเมินผลดังนี้

1. การวัดผลประเมินผลเพื่อปรับปรุงการเรียนการสอน เป็นการวัดความรู้เดิม ความก้าวหน้าในการอบรมและความสามารถในการสร้างองค์ความรู้ของผู้เข้ารับการอบรมด้วยการวัดหลายวิธี ได้แก่ การสอบถาม สัมภาษณ์ การสังเกตความสนใจ การตรวจผลงาน การทำใบงาน แบบทดสอบ โดยผู้ช่วยนักวิจัย ที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้วัดประเมินผลตามที่ได้กำหนดไว้ในแผนการจัดการเรียนรู้

2. การวัดผลประเมินผลเพื่อตัดสินผลการอบรม การวัดผลประเมินผล เพื่อตัดสินผลการเรียน ประเมินจาก 1) เกณฑ์คะแนนจากการทำกิจกรรมในระหว่างอบรม 2) การฝึกปฏิบัติให้ประเมินทักษะการปฏิบัติ และ 3) การทดสอบหลังการอบรม

แบบวัดและประเมินผลการเรียนตามชุดกิจกรรม

การวัดผลสัมฤทธิ์ของการอบรมตามชุดกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT และการกตัญญูสะท้อนเท่า สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. เกณฑ์คะแนนจากการทำกิจกรรมในระหว่างอบรม โดยวิทยากรผู้สอนเป็นผู้รวบรวมคะแนนจากแบบฝึกหัด ใบงาน หรือกิจกรรมต่างๆ ที่วิทยากรผู้สอนมอบหมายให้ทำ

2. การฝึกปฏิบัติให้ประเมินทักษะการปฏิบัติ โดยให้วิทยากรผู้สอน และผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุราชการแล้ว เป็นผู้ทำแบบสังเกตพฤติกรรม เป็นผู้ประเมิน

3. ทดสอบความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่อบรม ให้วิทยากรผู้สอนในแต่ละเนื้อหาไปทำแบบทดสอบ เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบ โดยทดสอบหลังเรียน

หลังจากที่ได้ศึกษาผลลัพธ์แล้วอาจไม่เป็นที่ต้องการหรือมีปัญหาที่ต้องแก้ไข ก็ต้องดำเนินการแก้ไขตามที่จำเป็น หลังจากนั้นสรุปเป็นบทเรียนและพยากรณ์เพื่อเป็นพื้นฐานในการคิดหาวิธีการใหม่ๆ ต่อไปแล้วค่อยลงมือปฏิบัติ

4.2 ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข

ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรมเพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในขั้นนี้ เมื่อผู้ช่วยนักวิจัย ได้นำชุดกิจกรรมไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ในขั้นตอนก่อนหน้านี้ และใช้เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) ที่ได้จากครั้งแรก พบข้อบกพร่องของแผนการจัดการเรียนรู้ เมื่อเข้าสู่ครั้งต่อไป ผู้ช่วยนักวิจัยจึงดำเนินการปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไขในหลายๆ ด้าน

จากการสังเกตการสอนของผู้ช่วยนักวิจัย พบว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สามารถดำเนินการได้ตามแผน ผู้เข้ารับการอบรมทำกิจกรรมตามแผนการจัดการเรียนรู้ได้ การทำกิจกรรมการเรียนรู้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเนื้อหาความรู้จากการศึกษาใบงาน การทำแบบฝึกหัด หรือกิจกรรมตามใบงาน ข้อมูลที่ได้จากการสอนส่วนใหญ่จึงเป็นเกี่ยวกับความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของสื่อการเรียนการสอนต่างๆ ข้อบกพร่องที่พบจากการสอน ได้แก่ ในบางแผน ใบความรู้มีปริมาณมากเกินไป บางคนอ่านไม่จบ แต่บางแผนมีเนื้อหาน้อยเกินไป พบว่าบางกิจกรรมไม่สามารถทำกิจกรรมเสร็จตามเวลาที่กำหนด เพราะต้องเสียเวลากับการอ่านพอสมควร บางแผนผู้อบรมไม่เข้าใจเนื้อหา เช่น คำศัพท์เฉพาะบางคำเกี่ยวกับหลักการแพทย์ทางเลือก แบบฝึกหัดหรือกิจกรรมบางแผนน้อยเกินไป แบบประเมินผลงาน ชิ้นงาน และ/หรือกิจกรรมบางแผนยังไม่สอดคล้องกับงานหรือกิจกรรมที่ให้ทำคำสั่งในใบความรู้ไม่ชัดเจน จึงสับสนในการทำแบบประเมินกิจกรรมบางข้อ จากนั้นให้ผู้ช่วยนักวิจัยนำข้อบกพร่องที่พบไปปรับปรุงแก้ไข อีกทั้งเมื่อดำเนินการไปในครั้งแรก ผู้ที่เข้ารับการอบรมไม่สามารถจดจำการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อนเท้า ได้ครบถ้วน ผู้ช่วยนักวิจัย จึงมีมติร่วมกันให้ปรับกระบวนการเพิ่มเติมในครั้งต่อไป โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัย ร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมีการติดตามกำกับ สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่สามารถใช้ทักษะได้อย่างถูกต้อง ให้ดำเนินการทบทวนการฝึกปฏิบัตินั้นๆ เป็นรายบุคคล นอกจากนี้ มีผู้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเรื่องกิจกรรม รูปแบบของชุดกิจกรรมนั้นไม่ควรเป็นการเรียนรู้แบบการจัดการเรียนการสอนแบบเป็นแบบแผนในห้องเรียน ควรมีการจัดการเรียนรู้ในลักษณะให้เกิดความ

กระตือรือร้นและได้มีกิจกรรมร่วมกันและมีความสนุกสนาน การใช้แรงจูงใจในการเรียนรู้ด้วยการแข่งขันระหว่างเพื่อน ระหว่างกลุ่มด้วยผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และการจัดกิจกรรมนั้นควรมีการสอดแทรกกิจกรรมเกมส์เสริมทักษะต่างๆ จะเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และการให้รางวัลก็เป็นสิ่งที่จะเป็นตัวร่วมกระตุ้นการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ให้สมาชิกของทีมผู้ช่วยนักวิจัย มีส่วนร่วมในการทำอุปกรณ์ประกอบกิจกรรมที่เสริมขึ้นมาเพิ่มเติมในชุดกิจกรรมนั้นๆ และจากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ามีผู้ที่ไม่ได้มาเข้าร่วมตามนัด 11 คน ด้วยมติของกลุ่มได้ขอให้ทางผู้วิจัย และผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ติดตามไปเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งดำเนินการฝึกสอนด้านทักษะตามชุดกิจกรรมเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นนัดหมายมาเข้าร่วมโครงการที่ปรับปรุงแผนเรียบร้อยแล้วในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป โดยสรุปผู้ช่วยนักวิจัย เห็นควรมีการปรับปรุงแผนการจัดการเรียนรู้ต่างๆ ดังนี้

1. ปรับเนื้อหาใบความรู้ เนื่องจากปริมาณใบความรู้ที่จะนำมาให้นักเรียนอ่านบางแผนใช้คำไม่เหมาะสม เข้าใจยาก
2. ปรับรูปแบบประเมินผลงาน หรือกิจกรรม เพราะแบบประเมินบางแบบมีเกณฑ์การประเมินที่ไม่เหมาะสม
3. ปรับกิจกรรมบางแผนที่ไม่ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการอบรมสร้างความรู้ใหม่ ซึ่งไม่เป็นไปตามหลักการสอน
4. ปรับเวลาบางแผนการสอนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น บางแผนที่ต้องใช้เวลาทำกิจกรรมมาก ผู้ช่วยนักวิจัยได้เพิ่มเวลาอบรมมากขึ้น เช่น การฝึกทักษะ
5. ปรับกิจกรรมที่คำชี้แจงไม่ชัดเจน คำตอบกำกวม และแบบฝึกหัดบางแผนง่ายเกินไปไม่ส่งเสริมการสร้างความรู้ใหม่
6. การจัดกิจกรรมนั้นจัดให้มีการสอดแทรกกิจกรรมเกมส์เสริมทักษะต่างๆ
7. ผู้ที่ไม่ได้มาเข้าร่วมตามนัด 11 คน ขอให้ทางผู้วิจัย และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ติดตามไปเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งดำเนินการฝึกสอนด้านทักษะตามชุดกิจกรรมเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นนัดหมายมาเข้าร่วมโครงการที่ปรับปรุงแผนเรียบร้อยแล้ว
8. ให้ผู้ช่วยนักวิจัย ร่วมกับผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีการติดตามกำกับ สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากไม่สามารถใช้ทักษะได้อย่างถูกต้อง ให้ดำเนินการทบทวนการฝึกปฏิบัตินั้นๆ เป็นรายบุคคล

ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไขกิจกรรม ต่อมาผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนได้ดำเนินการตามชุดกิจกรรม เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต แล้วนำชุดกิจกรรมไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน อีกครั้ง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วันที่ 11-12 พฤษภาคม 2560 เวลา 09.00-16.00 น. ซึ่งในครั้งนี้มาครบตามจำนวนที่รับสมัครไว้ โดยผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยวางแผนปรับปรุงการจัดการเรียนรู้ และ

ร่วมกันตั้งเป้าหมาย โดยใช้เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) นำไปสู่การจัดทำรายละเอียดโครงการหรือกิจกรรมเพิ่มเติมในส่วนที่บริบทแตกต่างกัน ทบทวนวางแผนปรับเนื้อหารายละเอียดชุดกิจกรรมให้มีความสมบูรณ์ตามมติของผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย

ตาราง 10 การปรับปรุงเนื้อหาชุดกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT

ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียด กิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	เวลา
1	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	1.เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง 2.เพื่อให้ได้รับองค์ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	1.ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต 2.ให้คำแนะนำรายบุคคลถึงประโยชน์ในการจัดการสุขภาพตนเอง 3.วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 4.คำถาม/ให้รางวัล	- การสร้าง ความตระหนัก - การรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะ แทรกซ้อน ของโรค	- เครื่องวัด ความดัน - เครื่องชั่ง น้ำหนัก - เอกสารแผ่น พับ - Slide - ของรางวัล	30 นาที
2	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับหลักการแพทย์ทางเลือก	1.เพื่อสร้างความตระหนักในดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก 2.เพื่อให้ได้รับองค์ความรู้เรื่องหลักการแพทย์ทางเลือก 3. เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อน	1.แบ่งกลุ่มในการเข้ารับการเรียนรู้เป็นฐานจากวิทยากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง 2.จัดฐานการเรียนรู้ 2 ฐานคือ -การฝึกสมาธิ SKT -การนวดกดจุดสะท้อนเท้า	- การสร้าง ความตระหนัก - แนวคิดเรื่อง หลักการแพทย์ ทางเลือก - แนวคิด การ ปฏิบัติเพื่อการ ควบคุมโรค	- เอกสารแผ่น พับ - Slide - แบบ ประเมิน ความรู้เรื่อง หลักการ แพทย์ ทางเลือก	30 นาที

ตาราง 10 (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียด กิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด	สื่อ อุปกรณ์	เวลา
3	ความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับการฝึก สมาธิ SKT -ประวัติความเป็นมาของการฝึก สมาธิ SKT -แนวคิดและทฤษฎี การเฝ้าระวังองค์รวม -กิจกรรมการ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การ ปฏิบัติสมาธิ -การประยุกต์เทคนิค สมาธิ SKT	1.เพื่อให้ได้รับ องค์ความรู้เรื่อง การฝึกสมาธิ SKT	1.วิทยากรบรรยาย เกี่ยวกับการฝึก สมาธิ SKT	- แนวคิด การ ปฏิบัติเพื่อการ ควบคุมโรค	- เอกสารแผ่น พับ - Slide - แบบ ประเมิน ความรู้	1 ชม.
4	การตั้งเป้าหมาย และพันธสัญญา ในการปฏิบัติ รายบุคคล	1. เพื่อการ ตั้งเป้าหมายและ พันธสัญญาใน การปฏิบัติ รายบุคคลและให้ สมาชิกกลุ่มร่วม รับรู้ร่วมกัน	- แบ่งกลุ่มให้ร่วมกัน กำหนดเป้าหมายของ ตนเองและเป้าหมาย ของแต่ละกลุ่ม ออกมานำเสนอมติ - กำหนดรางวัล สำหรับบุคคลที่ทำได้ ตามเป้าหมาย	- แนวคิดการ กำหนดจุดมุ่ง หมายที่เป็นจริง	- กระดาน ฟลิปชาร์ต - ปากกา - กระดาษ A4	30 นาที
5	การฝึกทักษะการ ปฏิบัติสมาธิ SKT	1. เพื่อพัฒนา พฤติกรรม ควบคุมความดัน โลหิต	- วิทยากร ผู้ช่วย นักวิจัย และผู้สูงอายุ ร่วมกันสาธิต - สังเกตการฝึก ทักษะรายบุคคล	- การรับรู้ความ สามารถตนเอง - แนวคิด การ ปฏิบัติเพื่อการ ควบคุมโรค	-	5 ชม.
6	ทบทวน และ ทดสอบความรู้โดย วิทยากรผู้สอน	1.เพื่อประเมินผล	- ผู้ช่วยนักวิจัย และ ผู้สูงอายุความดัน โลหิตสูงร่วมกัน ทบทวน - ทดสอบความรู้		- แบบ ประเมิน ความรู้	1 ชม.

ตาราง 11 การปรับปรุงเนื้อหาชุดกิจกรรมการกวดจุดสะท้อนเท้า

ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียด		สื่อ อุปกรณ์	เวลา
			กิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด		
1	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการนวดกวดจุดสะท้อนเท้า -ประวัติความเป็นมาของการนวดกวดจุดสะท้อนเท้า -สรีระและโครงสร้างของเท้า -ประโยชน์ของการนวดกวดจุดสะท้อนเท้า -ข้อควรระวังและข้อห้ามในการนวด จรรยาบรรณ ผู้นวด - มารยาทในการนวด	1.เพื่อสร้าง ความตระหนัก ในด้านการดูแล สุขภาพตนเอง 2.เพื่อให้ได้รับ องค์ความรู้เรื่อง การนวดกวดจุด สะท้อนเท้า	1.วิทยากร บรรยายความรู้ ทั่วไปเกี่ยวกับ การนวดกวดจุด สะท้อนเท้า 2.ถามคำถามให้ รางวัล	- การสร้าง ความตระหนัก - แนวคิด การ ปฏิบัติเพื่อการ ควบคุมโรค	- เอกสารแผ่น พับ - Slide - ของรางวัล	30 นาที
2	ความรู้เกี่ยวกับการนวด -การหาตำแหน่งของจุดสะท้อนเท้า -ความสัมพันธ์ของจุดสะท้อนเท้าและอวัยวะต่างๆ - การเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการนวด	1.เพื่อสร้าง ความตระหนัก ในด้านการดูแล สุขภาพตนเอง 2.เพื่อให้ได้รับ องค์ความรู้เรื่อง เกี่ยวกับการ นวด 3. เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1.แบ่งกลุ่มในการ เข้ารับการเรียนรู้ เป็น 2 กลุ่ม ตาม วิทยากร เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและ ผู้สูงอายุความดัน โลหิตสูง	- การสร้าง ความตระหนัก - แนวคิดการ ปฏิบัติเพื่อการ ควบคุมโรค	- เอกสารแผ่น พับ - Slide	30 นาที

ตาราง 11 (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียด		สื่อ อุปกรณ์	เวลา
			กิจกรรมพอสังเขป	แนวคิด		
3	การตั้งเป้าหมายและพันธสัญญาในการปฏิบัติรายบุคคล	1. เพื่อการตั้งเป้าหมายและพันธสัญญาในการปฏิบัติรายบุคคลและให้สมาชิกกลุ่มร่วมรับรู้ร่วมกัน	- แบ่งกลุ่มให้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายของตนเองและเป้าหมายของแต่ละกลุ่ม ออกมานำเสนอมติ - กำหนดรางวัลสำหรับบุคคลที่ทำได้ตามเป้าหมาย	- แนวคิด การกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นจริง (Realistic Personal Goal Setting)	- กระดานฟลิปชาร์ต - ปากกา - กระดาษ A4	30 นาที
4	การฝึกทักษะปฏิบัติการหนดจุดสะท้อนเท่า	1. เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต	- วิทยากร ผู้ช่วย นักวิจัย และผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงร่วมกันสาธิต - สังเกตการฝึกทักษะรายบุคคล	- การรับรู้ความสามารถตนเอง - แนวคิด การปฏิบัติเพื่อการควบคุมโรค	-	5 ชม.
5	ทบทวน และทดสอบความรู้โดยวิทยากรผู้สอน	1. เพื่อประเมินผล	- วิทยากร ผู้ช่วย นักวิจัย และผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงร่วมกันทบทวน - ทดสอบความรู้	-	- แบบประเมินความรู้	1 ชม.

ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นที่นำชุดกิจกรรมที่ผ่านการปรับปรุงมาใช้จริง มีขั้นตอนดังนี้

5.1 ขั้นการนำกิจกรรมไปใช้จริง

มีผู้ช่วยนักวิจัย/ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมตามแผน เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โดยให้กลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีบทบาทหน้าที่เป็นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กำกับดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยกันเองในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง/สัปดาห์ (สัดส่วน แกนนำ: ผู้สูงอายุ = 1:1)

5.2 ขั้นการสังเกตและตรวจสอบ

ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบ ซึ่งเป็นการสังเกตพฤติกรรมเป้าหมายโดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถทำได้ การสังเกตกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนว่ามีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งสังเกตการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการแสดงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การสร้างรูปแบบต่อไป

5.3 ขั้นการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ

โดยใช้เทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After Action Review: AAR) เป็นเครื่องมือหรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ การทบทวนและวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ หรือหลังทำกิจกรรม โดยการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป โดยมีขั้นตอนในการทำ AAR ดังต่อไปนี้

หลังการอบรม สะท้อนผลหลังการปฏิบัติ Feedback เพื่อปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำกิจกรรมและเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนไปใช้ รวบรวมข้อบกพร่องเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม ในครั้งต่อไป ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นภาระที่หนักเกินไปสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เนื่องจากส่วนใหญ่จะติดภารกิจส่วนตัวและไม่สะดวกในการติดตามเยี่ยมที่บ่อยเกินไป จึงร่วมกันกำหนดเป้าหมายใหม่ ให้ลดลงโดยติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/สัปดาห์

ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการอบรมไปใช้รวบรวมข้อบกพร่อง เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงในครั้งต่อไป หากหลังจากที่ได้ศึกษาผลลัพธ์แล้ว ไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ

หรือมีปัญหาที่ต้องแก้ไข ก็ต้องดำเนินการแก้ไขตามที่จำเป็นอีกในครั้งถัดไป จะต้องดำเนินการ ทบทวนแผนการโดยเริ่มต้นใหม่ แม้จะกำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัยไว้ 2 ครั้ง แต่หากยังไม่บรรลุ เป้าหมายจะเริ่มต้นใหม่ ก็จะทำซ้ำต่อไปเรื่อยๆ จะทำให้เกิดการปรับปรุงงานและระดับผลลัพธ์ที่สูงขึ้น เรื่อยๆ หลังจากนั้นสรุปเป็นบทเรียนและพยากรณ์เพื่อเป็นพื้นฐานในการคิดหาวิธีการใหม่ๆ ต่อไป ค่อยลงมือปฏิบัติ

ในขั้นนี้ เมื่อผู้ช่วยนักวิจัย ได้นำชุดกิจกรรมไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงทั้งหมด พบประเด็นสำคัญของแผนการจัดการเรียนรู้ในหลายๆ ด้าน จากการสังเกตการสอนของผู้ช่วยนักวิจัย พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สามารถดำเนินการได้ตามแผน ผู้เข้ารับการอบรมทำกิจกรรมตาม แผนการจัดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น เพราะเริ่มมีความคุ้นเคยในการทำกิจกรรมการเรียนรู้ส่วนใหญ่ ซึ่งเป็น การศึกษาเนื้อหาความรู้จากครั้งแรก การศึกษาไปงาน การทำแบบฝึกหัด หรือกิจกรรมตามไปงานที่ ปรับปรุงมาแล้ว พบว่าผู้ร่วมกิจกรรมสามารถทำกิจกรรมเสร็จตามเวลาที่กำหนด การเสียเวลากับการ อ่านน้อยลง คำศัพท์เข้าใจง่ายขึ้น รวมทั้งคำสั่งในใบความรู้ชัดเจน และเมื่อดำเนินการไปในการ ดำเนินการวิจัยครั้งที่ 2 ผู้ที่เข้ารับการอบรม สามารถจดจำการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อน เท้า ได้ครบถ้วน เพราะมีเวลาในการฝึกทักษะเพิ่มมากขึ้น มีเวลาทบทวนเพิ่มมากขึ้น และจากที่ผู้ช่วย นักวิจัย มีมติร่วมกันให้ปรับกระบวนการเพิ่มเติมในการดำเนินการวิจัยครั้งที่ 2 โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัย ร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมีการติดตามกำกับ สังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง หากไม่สามารถใช้ทักษะได้อย่างถูกต้อง ให้ดำเนินการทบทวนการฝึกปฏิบัตินั้นๆ เป็น รายบุคคล นอกจากนี้การจัดการเรียนรู้ในลักษณะให้เกิดความกระตือรือร้นและได้มีกิจกรรมร่วมกัน และมีความสนุกสนาน การใช้แรงจูงใจในการเรียนรู้ด้วยการแข่งขันระหว่างเพื่อน ระหว่างกลุ่ม และ การสอดแทรกกิจกรรมเกมส์เสริมทักษะต่างๆ ทำให้กระตุ้นการเข้าร่วมกิจกรรมได้ดี และจากการ ดำเนินการวิจัยครั้งที่ 2 นี้ การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นภาระที่หนักเกินไปสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เนื่องจากส่วนใหญ่จะติดภารกิจ ส่วนตัวและไม่สะดวกในการติดตามเยี่ยมที่บ่อยเกินไป จึงร่วมกันกำหนดเป้าหมายใหม่ให้ลดลงโดย ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง/สัปดาห์ สามารถทำการเยี่ยมบ้านได้ครบถ้วน และกลุ่มคิดว่าเป็นความ เหมาะสมแล้วกับบริบทชุมชนของตนเอง

โดยสรุปผู้ช่วยนักวิจัย และผู้วิจัยเห็นควรว่าการปรับปรุงแผนการจัดการเรียนรู้ต่างๆ จาก ครั้งแรกที่ ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรม และเครื่องมือวัดและ ประเมินผลการอบรมที่ปรับปรุงนั้น หลังจากที่ได้ศึกษาผลลัพธ์แล้ว ผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ตามที่ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยต้องการ

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับประเด็นความต้องการของประชาชน ในตำบล พินารแดง พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ตระหนักถึงความสำคัญในการ ดูแลสุขภาพโดยใช้หลักการแพทย์ทางเลือก มีความต้องการให้จัดรูปแบบกิจกรรมตามหลักการ แพทย์ทางเลือกเพิ่มเติม รวมทั้งเสนอให้จัดกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เพิ่มเติมด้วยเพื่อเป็นการดูแล

สุขภาพให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งบุคคลที่มีส่วนรับผิดชอบต่อความต้องการนี้ คือ กลุ่มผู้นำชุมชน ตำบลพินนาแดง จึงได้ปรึกษากับผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ในการต่อยอดโครงการนี้ไปใช้กับชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด โดยสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดในตำบลพินนาแดง จำนวนทั้งสิ้น 317 คน ซึ่งจะจัดประชุมชี้แจงในวันที่ 31 กรกฎาคม 2560 นั้น จะขอใช้แผนการจัดการเรียนรู้ตามที่นำมาใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งที่ 2 แต่จะขอปรับเปลี่ยนขั้นตอนในการที่จะดูแลกำกับติดตามที่บ้านนั้น จะขอใช้บุคคลในครอบครัว เช่น พี่น้อง บุตรหลาน ซึ่งอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน หรือใกล้เคียงกันแทนเพื่อความสะดวก และการกำกับจะสามารถทำได้บ่อยครั้งมากขึ้น โดยอาจจะจัดแบ่งเป็นหลายรุ่นเพราะจำนวนคนมีเป็นจำนวนมาก และเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมกลุ่มได้ดี ควรจัดแต่ละรุ่นไม่เกิน 70 คนต่อรุ่น และทยอยจัดเดือนละ 1 รุ่น ไปจนกว่าจะครบทั้งชมรม

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล

ขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นตอนที่ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้วิจัยร่วมกันรวบรวมประเมินผลด้วยเครื่องมือวัดแบบต่างๆ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน และวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งสองส่วนควบคู่กันไป โดยรายงานทั้งก่อน และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ เพื่อให้สามารถมองเห็นภาพอย่างชัดเจนเป็นองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สามารถรายงานผลการนำเสนอการประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ นับถือศาสนา โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิต และก่อนหน้าที่จะดำเนินโครงการนี้ ท่านดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยหรือไม่

ตาราง 12 ค่าความถี่และร้อยละของผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน		กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	
	n = 30		n = 30	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	20.00	6	20.00
หญิง	24	80.00	24	80.00
อายุ				
ผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี	28	93.30	14	46.70
ผู้สูงอายุตอนกลาง 70-79 ปี	2	6.70	15	50.00
ผู้สูงอายุตอนปลาย ตั้งแต่อายุ 80 ปีขึ้นไป	0	0.00	1	3.30
สถานภาพสมรส				
โสด	2	6.70	0	0.00
สมรส	23	76.70	20	66.70
หม้าย/หย่า/แยก	5	16.7	10	33.30
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00	1	3.30
จบชั้นประถมศึกษา	28	93.30	29	96.70
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	2	6.70	0	0.00
อาชีพ				
ทำสวน/ ทำนา/ ทำไร่/ เลี้ยงสัตว์	20	66.70	15	50.00
รับจ้างทั่วไป	4	13.30	3	10.00
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	6.70	0	0.00
ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	1	3.30	0	0.00
ค้าขาย/ ทำธุรกิจส่วนตัว	2	6.70	1	3.30
ทำงานบ้าน / แม่บ้าน/พ่อบ้าน	1	3.30	3	10.00
ไม่มีงานทำ/ว่างงาน	0	0.00	8	26.70

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อน n = 30		กลุ่มผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง n = 30	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้				
รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	15	50.00	19	63.30
รายได้ 2,001-4,000 บาทต่อเดือน	12	40.00	10	33.30
รายได้ 4,001-6,000 บาทต่อเดือน	1	3.30	0	0.00
รายได้ 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป	2	6.70	1	3.30
นับถือศาสนา				
พุทธ	30	100	29	96.70
คริสต์	0	0.00	1	3.30
โรคประจำตัว				
มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง อย่างเดียว	28	93.30	28	93.30
มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค	2	6.70	2	6.70
ระดับความดันโลหิต				
ช่วง BP < 130/90 มม.ปรอท	11	36.70	2	6.70
ช่วง BP > 130/90 -150/90 มม.ปรอท	11	36.70	15	50.00
ช่วง BP > 150/90 มม.ปรอทขึ้นไป	8	26.70	13	43.30
ก่อนหน้าที่จะดำเนินโครงการนี้ ท่านดูแลสุขภาพ ด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยหรือไม่				
ไม่ใช่	23	76.70	24	80.00
ใช่	7	23.30	6	20.00

จากตาราง 12 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ นับถือศาสนา โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิต และก่อนหน้าที่จะดำเนินโครงการนี้ ท่านดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยหรือไม่ พบว่า

1. เพศ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

2. อายุ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 และเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30

3. สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 และเป็นโสด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 และเป็นหม้าย/หย่า/แยก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30

4. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.70 และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.30

5. อาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่ทำสวน/ทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 รองลงมา คือรับจ้างทั่วไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 และทำงานบ้าน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ทำสวน/ทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ ไม่มีงานทำ/ว่างงาน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 รับจ้างทั่วไป จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ทำงานบ้าน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30

6. รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ มีรายได้ 2,001-4,000 บาทต่อเดือน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีรายได้ 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 และมีรายได้ 4,001-6,000 บาทต่อเดือน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 รองลงมาคือ มีรายได้ 2,001-4,000 บาทต่อเดือน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และรายได้ 6,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30

7. นับถือศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่นับถือ

ศาสนาพุทธ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.70 และนับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30

8. โรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง อย่างเดียว จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 และมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงอย่างเดียว จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 และมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70

9. ระดับความดันโลหิต พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตช่วง BP < 130/90 มม.ปรอท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 และช่วง BP > 130/90 - 150/90 มม.ปรอท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 และช่วง BP > 150/90 มม.ปรอทขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตช่วง BP > 130/90 - 150/90 มม.ปรอท จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือช่วง BP > 150/90 มม.ปรอทขึ้นไป จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 และช่วง BP < 130/90 มม.ปรอท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70

10. ก่อนหน้าที่จะดำเนินโครงการนี้ ท่านดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยหรือไม่ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 และดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.30 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

6.2 สถานการณ์ เจ็บไข ปัญหา ความต้องการด้านหลักการแพทย์ทางเลือก

ในช่วงแรกสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลพิหารแดง ยังคงใช้การแพทย์แผนปัจจุบันที่มุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาทางกายหรือรักษาโรคเป็นสำคัญ แต่ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกของคนในชุมชนตำบลพิหารแดง เปลี่ยนไปมีความสนใจ และมีความกระตือรือร้น ที่จะปฏิบัติตามกลวิธี กิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพราะเมื่อปฏิบัติแล้วทำให้ตนเอง และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม สามารถสร้างความผ่อนคลาย รวมทั้งบางคนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้นได้จริง ภายหลังการปฏิบัติ จากผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการเปลี่ยนแปลงในหลายประเด็น ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์แยกประเด็นออกมาได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การเปลี่ยนแปลงความสนใจ

จากเดิมจะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยได้ให้ความสนใจกับการทำภารกิจของตนเอง ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้นเนื่องจากไม่ตรงกับความสนใจ กิจกรรมที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษาโรคความดันโลหิต และไม่มีเวลาไปเข้าร่วม แต่เมื่อเข้าสู่กระบวนการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้มีการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาการจัดกิจกรรมเป็น วันหยุด เสาร์หรืออาทิตย์ เนื่องจากเมื่อเป็นวันหยุดก็จะสามารถให้บุตรดูแลแทนได้ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถมาทำกิจกรรมได้ ซึ่งผลการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมได้มีการสะท้อนให้เห็นว่ามีความสนใจเพิ่มมากขึ้น แม้จะยังทำได้ไม่เต็มที่แต่ยังมีความสนใจจะเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ มีความชอบในกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้จัดทำให้เนื่องจากช่วยให้ผ่อนคลาย และกลับได้สนิทมากขึ้น ประกอบกับความดันโลหิตเริ่มคงที่ไม่สูงมากขึ้น จึงต้องการที่จะทำอย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“เวลาไปตามนัดที่บ้าน เขาก็ดูสนใจทำดี ทำถูก ถ้าไม่ครบทุกท่าบ้างก็พาเขาทำ พอทำไปทุกสองอาทิตย์ อสม.เขามาวัดความดันให้ที่บ้านมันลงกว่าเดิม เขาก็ชอบกัน” (ปราณี: สมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง)

“เวลาทำมันก็ช่วยผ่อนคลายนะ ช่วงนี้นอนหลับดี ความดันป้าไม่ค่อยสูงหรอก แต่ป้าก็ชอบทำทุกวันตอนนี่” (ชั้นทอง: สมาชิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง)

“แฟนป้าเขาเดินไม่ได้ ต้องคอยหาข้าวให้กิน ต้องรอลูกมาเสาร์อาทิตย์ ถึงจะมีเวลาไปไหนมาไหนได้บ้าง ถ้าจัดอบรมตรงเสาร์อาทิตย์ได้ก็ดี ป้าก็อยากจะไปด้วย” (ทองแท้)

“ป้าต้องเลี้ยงหลานคงไม่ได้ไป แต่ถ้าตรงเสาร์อาทิตย์ ลูกอยู่บ้านก็ไปได้” (จันทร์)

ประเด็นที่ 2 การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้

เนื่องจากในระยะแรกผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนให้เห็นว่าไม่เคยทราบเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากการรับประทานยา และต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นหากไม่สามารถควบคุมความดันให้เป็นปกติได้ แต่เมื่อผู้เข้าร่วมได้เข้ารับการอบรม และทำกิจกรรมต่างๆ แล้ว ได้มีการสะท้อนผลว่ามีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ในหัวข้อ 1) ความหมายของการแพทย์ทางเลือก 2) วิธีการหรือรูปแบบของการแพทย์ทางเลือก 3) ตัวอย่างการใช้การแพทย์ทางเลือกที่ถูกต้อง ซึ่งผู้เข้าร่วมได้มีการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะถึงรูปแบบที่ตนเองมีความสนใจ อยากนำมาประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมความดันโลหิต ซึ่งทำให้ผู้ช่วยนักวิจัยคนอื่นได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น พร้อมกับการอำนวยความสะดวกจากทีมผู้ช่วยนักวิจัย ทำให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น ยกตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ฝึกสมาธิกับจุดนี้ มีคนที่เขาไม่ได้มาอบรม เขาก็ชอบ แล้วก็อยากจะมานะ แต่เขาไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง น่าจะทำอีกรอบให้ผู้สูงอายุทุกคนเข้าได้” (นิคม)

“ผู้ใหญ่น่าจะจัดอบรมแบบเอาวิธีอื่นของแพทย์ทางเลือกเนี่ยมาสอนหลายๆอย่าง มันก็ดีต่อสุขภาพทั้งนั้นแหละ พวกเรื่องสมุนไพร นวดประคบ รำมวยจีน” (สังวน)

ประเด็นที่ 3 การเปลี่ยนแปลงการสนับสนุนจากเครือข่าย

พบว่าภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ ผู้เข้าร่วมได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพโดยใช้หลักการแพทย์ทางเลือก จึงมีความต้องการให้จัดรูปแบบกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพิ่มเติม รวมทั้งเสนอให้จัดกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยข้อค้นพบที่สำคัญคือ การที่หน่วยงานชุมชนได้มีการสนับสนุนเรื่องการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ เช่น การจัดรถรับส่งให้ผู้สูงอายุ การขยายกลุ่มการเข้าร่วมกิจกรรม การเพิ่มกิจกรรมให้เกิดความหลากหลาย เป็นต้น ซึ่งเป็นการผลักดันจากกลุ่มผู้นำชุมชนตำบลพิหารแดง รวมทั้งหน่วยงานองค์กรบริหารส่วนตำบล ผู้เข้าร่วมโครงการอยากให้สนับสนุนการพัฒนาด้านการแพทย์ทางเลือกให้มากขึ้น โดยต้องการให้สนับสนุนงบประมาณ จัดหาวิทยากร และสนับสนุนเกี่ยวกับการเดินทาง เช่นบริการรถรับส่ง เพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม ยกตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“บ้านป้าอยู่ไกล มาลำบาก ถ้า อบต.เขามีรถรับส่งก็ดี คนบ้านไกลๆ จะได้สะดวกเดินทางเวลาไปอบรม” (พิมพ์ภา)

“ฝึกสมาธิกับกดจุดนี้ มีคนที่เขาไม่ได้มาอบรม เขาก็ชอบ แล้วก็อยากจะมานะ แต่เขาไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง น่าจะทำอีกรอบให้ผู้สูงอายุทุกคนเข้าได้” (นิคม)

“ผู้ใหญ่น่าจะจัดอบรมแบบเอาวิธีอื่นของแพทย์ทางเลือกเนี่ยมาสอนหลายๆอย่าง มันก็ดีต่อสุขภาพทั้งนั้นแหละ พวกเรื่องสมุนไพร นวดประคบ รำมวยจีน” (สังวน)

6.3 ด้านเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

เจตคติเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้เข้าร่วม โดยผลจากการสะท้อนพบว่าผู้เข้าร่วมในช่วงก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีเจตคติดังนี้

ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

1. องค์ประกอบด้านความรู้คิดเชิงประเมินค่า (Cognitive component)

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการสะท้อนความคิดในลักษณะของการประเมินค่าความสำคัญของการใช้การแพทย์ทางเลือกมาช่วยในการสนับสนุนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เช่น การสะท้อนถึงความรู้สึกว่าการแพทย์ทางเลือกสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้จริง การแพทย์ทางเลือกช่วยให้เกิดความสนใจต่อการดูแลสุขภาพหรือรักษาโรคของตนเองเพราะมีความหลากหลายรูปแบบ ตนเองสามารถเลือกวิธีการรักษาได้ด้วยตนเอง เป็นต้น ซึ่งการสะท้อน

ดังกล่าวทำให้เกิดการแสดงออกถึงการค้นคว้าหาความรู้ เช่น การหาความรู้จากสื่อต่างๆ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนหัวข้อการรักษาแพทย์ทางเลือกร่วมกับเพื่อนบ้าน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ความดันตอนนี้ก็ยังสูงอยู่ 150 บ้าง 160 บ้าง ถ้ามันมีสมุนไพร รึพวกνωดกจุดที่ว่า มันจะลดความดันได้จริง ป้าก็อยากจะลองดู”

“ข้างบ้านป้าเนี่ย เขาไปอบรมสมาธิ แล้วเขว่ามันดี ไม่เครียด ความดันเลยไม่ขึ้น แต่ ป้าต้องเลี้ยงหลาน เดือนหน้าหลานเข้าโรงเรียน ป้าก็ว่าจะไปทำกะเขา” (วิเชียร)

“เคยเห็นในทีวี เราก็อ่าดีแหละที่เขาสอน พอทำไปสักพักมันก็ขึ้นก็เกียจ ก็เลยทำมั่งไม่ทำมั่ง” (ลำไย)

“ถ้าความดันสูงอยู่บ่อยๆ มันก็จะเป็นลมเวียนหัว ถ้าไอ้ที่จะจัดอบรมเนี่ยมันทำให้ลดได้ ป้าก็จะให้ลูกไปส่งที่อนามัย” (พิมพ์ภา)

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component)

ผลการศึกษาพบว่าในด้านอารมณ์ ความรู้สึก ผู้สัมภาษณ์ทั้งหมดมีความรู้สึกเป็นไปในทางบวก แต่เนื่องจากในชุมชนยังไม่เคยจัดอบรมในลักษณะใช้หลักการแพทย์ทางเลือก จึงเป็นเพียงความรู้สึกชอบ ฟังพอใจ แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง หรือการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ดังคำพูด

“ถ้ามันมีอบรมเรื่องพวกนี้ ป้าก็ชอบนะอยากจะไปทำด้วย แต่ไม่รู้ที่ไหน ทำแล้วมันจะได้ผล” (วัน)

“ป้าชอบนะไอ้พวกทำสมาธิเนี่ย มันสบายใจดี คิดว่าช่วยทำให้ไม่เครียด พอไม่เครียด ความดันมันก็จะดีจากไม่เครียดนี้แหละ” (เนเลีย)

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component)

ผลการศึกษาในช่วงก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับของความดันโลหิตของให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคงที่ ด้วยการเลือกใช้หลักการแพทย์ทางเลือกไปด้วย เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า เป็นต้น แล้วแต่จะมีการจัดกิจกรรมให้ แต่พบว่าบางส่วนมีความลังเลเนื่องจากวิถีชีวิตรายบุคคล มีความรับผิดชอบต้องดูแลหลานซึ่งเป็นเด็กเล็ก ดูแลมารดาที่ชราภาพมาก หรือดูแลสามีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง ดังคำพูด

“ถ้าหลานไปโรงเรียนแล้ว ป้าคงไปอบรมได้อยู่ ก็อยากจะให้ความดันมันลด ตอนนี้นั้นมันสูงอยู่ จะได้เอามาสอนพี่สาวทำด้วย เขาก็เป็นความดันเหมือนกัน” (บังอร)

“ป้าอยากไปร่วม ถ้าจัดวันหยุดก็ไปได้นะ เพราะลูกสาวจะกลับบ้าน ก็ให้ลูกดูยายแทน แต่วันธรรมดาคงจะไปยาก” (จันทร์)

ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ข้อที่	ข้อความ	M	SD	แปลผล
องค์ประกอบด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่า (Cognitive component)				
1	ถ้าท่านปล่อยให้ความดันโลหิตของท่านสูงอยู่บ่อยๆ โดยไม่ใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตท่านได้	4.62	.49	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	ท่านเพียงแคร์รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง โดยไม่ต้องใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย ก็สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้	4.18	.68	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หากใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย จะเป็นโทษมากกว่าที่จะเป็นประโยชน์	1.53	.30	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	การปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นแนวทางที่ไม่น่าเชื่อถือ เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ	1.38	.28	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5	การที่ท่านเรียนรู้หลักการแพทย์ทางเลือกผ่านทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือและอื่นๆ เช่น การนวด โยคะ ฤาษี ดัดตน การกดจุด ฯลฯ จะช่วยทำให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้	4.15	.61	เห็นด้วย
6	หลักการแพทย์ทางเลือก ที่กลุ่มสมาชิกร่วมกันคัดเลือก เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ จะช่วยทำให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้	4.60	.49	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ภาพรวมองค์ประกอบที่ 1		3.51	.48	เห็นด้วย

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	M	SD	แปลผล
องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component)				
7	ท่านพอใจกับวิธีการดูแลสุขภาพ โดยปฏิบัติตาม หลักการแพทย์ทางเลือก เพราะเชื่อว่าจะช่วยให้ ท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และ สุขภาพของท่านจะดีขึ้น	4.73	.45	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8.	ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เมื่อใช้ การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับ กลวิธีของการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมระดับ ความดันโลหิต เช่น วิธีการฝึกสมาธิ SKT การกด จุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ	4.43	.49	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9	ท่านพอใจกับการควบคุมระดับของความดันโลหิต ของท่านที่ได้ทำตามเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้ด้วย กลวิธีของหลักการแพทย์ทางเลือกที่ท่านปฏิบัติอยู่	4.63	.49	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10	ท่านเบื่อหน่ายที่จะปฏิบัติตามหลักการแพทย์ ทางเลือกเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1.62	.29	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11	ท่านไม่ชอบกลวิธีของหลักการแพทย์ทางเลือก เพราะไม่เชื่อว่าจะสามารถทำให้ท่านควบคุมระดับ ของความดันโลหิตได้จริง	2.18	.38	ไม่เห็นด้วย
12	ท่านคิดว่าเป็นการเสียเวลา ในการที่จะปฏิบัติตาม หลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดัน โลหิต เพราะไม่เกิดประโยชน์	1.53	.25	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ภาพรวมองค์ประกอบที่ 2		3.19	.48	ไม่แน่ใจ

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	M	SD	แปลผล
องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component)				
13	ท่านพร้อมที่จะปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	4.38	.58	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
14	ท่านยินดีที่จะควบคุมระดับของความดันโลหิตของท่านให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคงที่ ด้วยการเลือกใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ	4.60	.49	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
15	ท่านพร้อมที่จะปฏิบัติตามกิจกรรม หรือกลวิธีตามหลักการแพทย์ทางเลือก เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะฯ ในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างต่อเนื่อง	4.73	.45	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ภาพรวมองค์ประกอบที่ 3		4.57	.51	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ภาพรวมทั้ง 3 องค์ประกอบ		3.76	.49	เห็นด้วย

จากตาราง 13 สรุปได้ว่า โดยภาพรวมทั้ง 3 องค์ประกอบของเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับเห็นด้วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.49

เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับเห็นด้วย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับไม่แน่ใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 และองค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51

ตาราง 14 สรุปผลในภาพรวมของเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่ม	เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง		
	M	SD	แปลผล
กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	4.46	.27	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	4.52	.27	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
รวม	4.49	.27	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

จากตาราง 14 จะเห็นได้ว่า โดยสรุปรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .27 เมื่อพิจารณาแยกเป็นกลุ่ม โดยกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .27 และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .27

6.4 สภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก

ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การประเมินการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคล หรือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เกิดความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อจัดการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค ใน 4 องค์ประกอบ คือ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 3) การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต และ 4) การติดตามประเมินผล

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เกิดขึ้นจากการให้การสนับสนุนทางสังคมจากผู้อื่น เช่น กระบวนการให้ความรู้ด้านกลไกการเกิดโรค การป้องกันโรค ทักษะการดูแลตนเอง เรื่องการออกกำลังกาย อาหาร สภาวะทางจิตใจ รับประทานยา และมีการเสริมสร้างเจตคติในการควบคุมโรค ให้สภาวะร่างกายอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และมีแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยผสมผสานการใช้กิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ในลักษณะวิถีทางธรรมชาติ หรือธรรมชาติบำบัด ที่เกิดจากภูมิปัญญา เพื่อการดูแลสุขภาพแบบกว้างๆ ซึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบแผนเดิมของประเทศไทย และไม่ได้รวมอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพกระแสหลัก อาทิเช่น สมุนไพร การนวด การฝึกสมาธิ SKT โยคะ การกดจุดสะท้อนเท้า รำมวยจีน ชีวจิต พลังจักรวาล ผังเข็ม ดนตรีบำบัด การสวดมนต์ อบสมุนไพร อาหารปลอด เป็นต้น

สภาพการณ์ในปัจจุบันของการเกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้การแพทย์ทางเลือกมีน้อยมาก การรับทราบข้อมูลข่าวสารกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกจากสื่อสามารถกระตุ้นความสนใจได้เป็นช่วงๆ หรือเมื่อเห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะฯ แล้วสามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มีความชอบและสนใจที่จะปฏิบัติตามได้เป็นช่วงๆ ขาดความสม่ำเสมอต่อเนื่อง

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การประเมินการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคล หรือผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่องานในการที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จาก 4 องค์ประกอบดังนี้

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้การแพทย์ทางเลือก

ข้อที่	ข้อความ	M	SD	แปลผล
(1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง				
1	ท่านตั้งเป้าหมายที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นโดยการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่านก่อนการเข้าร่วมโครงการ	4.37	.49	มากที่สุด

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	M	SD	แปลผล
(1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง				
2	ท่านกำหนดเป้าหมายความสำเร็จ ภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกแล้ว ท่านจะควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้	4.48	.50	มากที่สุด
3	ท่านวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกในการดำเนินชีวิตของท่าน เพื่อควบคุมระดับของความดันโลหิตของท่านให้ได้ตามเป้าหมาย	4.48	.50	มากที่สุด
4	ท่านตั้งเป้าหมายที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตของท่าน ภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกแล้ว ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ สำหรับผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่านก่อนการเข้าร่วมโครงการ	4.67	.48	มากที่สุด
5	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกตามที่กลุ่มสมาชิกเสนอ โดยไม่คาดหวังว่าจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้สำเร็จ	4.27	.45	มากที่สุด
ภาพรวมองค์ประกอบที่ 1		4.45	.48	มากที่สุด
(2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค				
6	ท่านรับประทานยาแผนปัจจุบันตามที่แพทย์สั่ง ท่านก็ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยไม่ต้องปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก	1.30	.26	น้อยที่สุด
7	ท่านปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	4.60	.53	มากที่สุด
8	ท่านใช้วิธีการดูแลสุขภาพ โดยปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ที่ได้ผลดีกับตัวของท่านเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่าน	4.58	.49	มากที่สุด

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	M	SD	แปลผล
(2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค				
9	ท่านหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะกังวลว่าจะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต	1.21	.22	น้อยที่สุด
10	ท่านเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตโดยไม่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกเลย	1.32	.25	น้อยที่สุด
11	ท่านปฏิบัติตามเมื่อเห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ แล้ว จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้	4.28	.52	มากที่สุด
12	ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกที่กลุ่มสมาชิกร่วมกันคัดเลือก เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	4.47	.57	มากที่สุด
ภาพรวมองค์ประกอบที่ 2		3.11	0.41	ปานกลาง
(3) การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต				
13	ท่านปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองโดยปฏิบัติกิจกรรม ตามหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมกับกลุ่มสมาชิกเพื่อ ทำให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้	4.65	.52	มากที่สุด
14	ท่านปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น การสละเวลาเพียงเล็กน้อย ท่านได้ประโยชน์คุ้มค่ามากกว่า	4.55	.53	มากที่สุด
15	ท่านไม่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเองโดยปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเลย เพราะท่านควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีอยู่แล้ว	1.22	.25	น้อยที่สุด

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	M	SD	แปลผล
(3) การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต				
16	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรม ตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เฉพาะเวลาที่ท่านอยากจะทำเท่านั้น โดยไม่สนใจหลักเกณฑ์ใดๆ	1.53	.30	น้อยที่สุด
ภาพรวมองค์ประกอบที่ 3		3.23	0.40	ปานกลาง
(4) การติดตามประเมินผล				
17	ท่านติดตามผลการปฏิบัติตน ภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ สำหรับผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่านก่อนการเข้าร่วมโครงการ	4.47	.54	มากที่สุด
18	ท่านมีการวัดและบันทึกระดับความดันโลหิตของท่านอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกตามโครงการนี้แล้ว	4.58	.53	มากที่สุด
19	ท่านสังเกตอาการผิดปกติในชีวิตประจำวันของตนเอง อยู่เสมอ ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น มึนงง เวียนศีรษะ ตาพร่า ฯ เกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือไม่ ภายหลังจากที่ท่านเข้าร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก	4.68	.50	มากที่สุด
20	ท่านไม่เคยสังเกต ว่าขณะที่ท่านกำลังปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกนั้น มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้งหรือไม่	1.38	.28	น้อยที่สุด
21	ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการนี้แล้ว ท่านยังคงปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านอย่างสม่ำเสมอต่อไป	4.47	.54	มากที่สุด
ภาพรวมองค์ประกอบที่ 4		3.92	0.48	มาก
ภาพรวมทั้ง 4 องค์ประกอบ		3.68	0.57	มาก

จากตาราง 15 สรุปได้ว่า โดยภาพรวมของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57

เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 องค์ประกอบที่ 2 มีการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.41 องค์ประกอบที่ 3 มีการปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 และองค์ประกอบที่ 4 มีการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48

ตาราง 16 สรุปผลในภาพรวมของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก

กลุ่ม	พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก		
	M	SD	แปลผล
กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	4.38	.26	มากที่สุด
กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	4.50	.30	มากที่สุด
รวม	4.44	.25	มากที่สุด

จากตาราง 16 จะเห็นได้ว่า โดยสรุปรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก อยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .25

เมื่อพิจารณาแยกเป็นกลุ่ม โดยกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก อยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.50 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .30 และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก อยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .26

การรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก มีพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 2 กลุ่ม ร่วมกันตั้งเป้าหมายที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น โดยการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่านก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ในการดำเนินชีวิตของท่าน เพื่อควบคุมระดับของความดันโลหิตของท่านให้ได้ตามเป้าหมาย ไม่ให้เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของตนเองก่อนการเข้าร่วมโครงการ โดยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค ได้ปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก ด้วยวิธีการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อนเท้า เพราะเป็นกิจกรรมที่มีชื่อเสียงตามหลักการแพทย์ทางเลือกในการลดความดันโลหิตสูง

จากการสังเกตพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติกิจกรรมครบถ้วนด้วยความกระตือรือร้นมุ่งมั่น เนื่องจากมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรม ติดตามกำกับที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในลักษณะเป็นพี่เลี้ยง ชวนกันทำกิจกรรม ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เกิดความเบื่อหน่าย สอดคล้องกับคำพูด ดังนี้

“จริง ๆ ความดันปาก็ไม่สูงเท่าไรนะ แต่ก็อยากให้มันต่ำลงกว่าเดิม เพราะบางทีถึงไม่สูงมากก็ยังมีความเวียนหัวมึนงง” (บงอร)

“บำทำทุกวันนะ ถึงแก่นำพี่เลี้ยงไม่มาวันนั้น ปาก็ทำแต่บางที่มันจำได้ไม่ครบ ก็เอาเท่าที่จำได้ แต่ถ้าเขามาทำด้วยกันก็ช่วยกันนี่” (สวัสดี)

“ถ้ามีเพื่อนรีแกนนำพี่เลี้ยงมาทำด้วยกันมันจะดีกว่าทำคนเดียว ตอนนี้ก็สอนแม่บ้านทำไปด้วยกันเลยทุกวัน” (โยธิน)

การปรับพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จากการที่ไม่เคยออกกำลังกายเลย อาศัยเพียงการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อนเท้า บางท่านแม้จะมีข้อกำหนดร่วมกันเพียงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ส่วนใหญ่มักปฏิบัติกิจกรรมนี้ทุกวัน ซึ่งบางท่านอาจจะทำได้ไม่ครบถ้วนเท่ากับเมื่อมีพี่เลี้ยงกลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมาเป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรม ส่วนการติดตามผลการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองนั้น ในช่วงดำเนินกิจกรรมตามโครงการวิจัยในวงครั้งที่ 1 กำหนดให้ กลุ่มผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ดำเนินการวัดความดันโลหิตทุก 2 สัปดาห์ แต่เนื่องจากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตมากนัก อีกทั้งมีปัญหาในการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตซึ่งมีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอ จึงปรับแนวทางในครั้งที่ 2 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้านซึ่งมีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้วัดความดันโลหิตแทนกลุ่ม

ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง และปรับเวลาการวัดเป็นทุก 1 เดือน และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังจากเสร็จสิ้นจากกิจกรรมโครงการ ยังมีความตั้งใจจะไปวัดความดันโลหิตของตนเองอย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นประจำทุกเดือน

พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ประสบความสำเร็จ เกิดจากความตระหนักรู้ซึ่งถือเป็นขั้นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรม เมื่อกลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักรู้ คือมีความรู้ความเข้าใจ มีอารมณ์ความรู้สึก เป็นความรู้สึกด้านทัศนคติค่านิยมที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วย่อมทำให้เกิดความสนใจ ใส่ใจ และมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้น ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เมื่อตระหนักรู้ต่อการควบคุมค่าความดันโลหิตแล้ว ย่อมมีความสนใจ ใส่ใจที่จะเปิดรับข้อมูล ข่าวสารในการดูแล และควบคุมค่าความดันโลหิต และทำให้เกิดพฤติกรรม หรือแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำ ปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจยิ่ง สอดคล้องกับคำพูด ดังนี้

“ถ้าความดันสูงมากๆ ปากก็จะเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต กลัวจะเป็นภาระลูกหลานมันจะลำบาก ที่เขาสอนไปนี่ ปากก็ตั้งใจจะกลับไปทำทุกวัน ความดันมันจะได้ไม่สูง” (เพ็ญ)

“ถ้าความดันสูงมากๆ เส้นเลือดในสมองแตกแล้ว ตายไปยังพอว่า กลัวจะเป็นอัมพาตนะสิ ใครแนะนำอะไรที่ดี ก็จะทำหมดแหละ ความดันมันจะได้ไม่สูง” (สุนทร)

นอกจากนี้เมื่อประยุกต์แนวคิดการสร้างความตระหนัก ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เข้าด้วยกันในการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน เมื่อกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และความรู้สึกว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรค หรือมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ การก่อให้เกิดพิการ เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต เสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ เป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อแสดงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตโดยบุคคลยอมรับว่าการปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรคสามารถควบคุมโรค รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เป็นความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจถึงอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และคนในครอบครัว การกิจในชีวิตประจำวัน เป็นต้น สอดคล้องกับคำพูด ดังนี้

“ปากกลัวว่าความดันมันสูงมากๆ จะเป็นอัมพาต เลยตั้งใจทำทุกวันไม่เคยขาด ถึงแกนน่าน้ำเลี้ยงไม่ได้มาปากก็ทำนะ ทุกวันนี้ปากความดันแค่ 120 เองนะ เมื่อก่อนสูง 170” (สุวิมล)

“ป่าต้องไปนาแต่มีดทุกวัน กลับก็ค่ำ ไม่มีเวลา แต่ป่าก็กลัวถ้าความดันสูงมากเส้นเลือดในสมองแตกขึ้นมาก็คงตายเร็วแน่ เลยกลับมาทำตามท่าที่สอนตอนก่อนนอน ทำคู่กะพี่สาวที่บ้าน เป็นความดันเหมือนกัน สองเดือนนี้ความดันดี 110-120 ไม่ขึ้นเลย” (สุวิมล)

“เมื่อก่อนก็รู้เหมือนกันว่าจะมีวิธีอื่นใหม่ที่จะลดความดันได้ ก็ได้แต่กินยาไปตามที่หมอสั่ง ไม่อยากให้มันสูงกลัวเดินไม่ได้ ปากเบี้ยว พอเขามาสอนให้ออกกำลังกายแบบนี้ช่วยลดความดันได้ ป่าก็อยากลองทำดูทุกวัน รู้สึกว่าได้ผลนะ มันลดได้จริง” (จันทร์)

จากนั้นจึงนำทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาประยุกต์ใช้ ในกระบวนการการให้ความรู้ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติอย่างชัดเจน จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ ด้วยการสร้างระบบการกระตุ้นเตือนโดยใช้ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรม ติดตามกำกับที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในลักษณะเป็นพี่เลี้ยง ชวนกันทำกิจกรรม และใช้บุคคลภายในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่ค่อนข้างมีปัญหาอุปสรรค ยากต่อการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรม หรือผู้วิจัยเข้าไปวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งปรับแผนการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงสามารถยอมรับได้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับคำพูด ดังนี้

“ป่าทำทุกวันนะ ถึงแกนนำพี่เลี้ยงไม่มาวันนั้น ป่าก็ทำแต่บางที่มันจำได้ไม่ครบ ก็เอาเท่าที่จำได้ แต่ถ้าเขามาทำด้วยกันก็ช่วยกันนึก ความดันดีขึ้นไม่สูงเลยช่วงนี้” (สวัสดิ์)

“ถ้ามีเพื่อนรีแกนนำพี่เลี้ยงมาทำด้วยกันมันจะดีกว่าทำคนเดียว ตอนนั้นก็สอนแม่บ้านทำไปด้วยกัน เลยทุกวัน จะได้ทำเป็นเพื่อนกัน ความดันมันก็ลดนะจากที่เคยสูงมาตลอด” (โยธิน)

“ป่าต้องไปนาแต่มีดทุกวัน กลับก็ค่ำ ไม่มีเวลา เลยต้องกลับมาทำตามท่าที่สอนตอนก่อนนอน ทำคู่กะพี่สาวที่บ้าน เป็นความดันเหมือนกัน ช่วยกันนึกท่า สองเดือนนี้ความดันดี 110-120 ไม่ขึ้นเลย” (สุวิมล)

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้งสองกลุ่มสามารถควบคุมความดันโลหิต โดยใช้การแพทย์ทางเลือกได้ดี เป็นเหตุผลประการสำคัญที่ทำให้กิจกรรมโครงการนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ การควบคุมพฤติกรรมตนเอง การนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 2 กลุ่มสามารถเรียนรู้ได้โดยให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างมีระบบ การทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 2 กลุ่มรับรู้เกี่ยวกับโรค สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคเพื่อการควบคุมโรคได้ อีกทั้งสามารถประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

พฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ประสบความสำเร็จ พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี เนื่องจากสภาวะร่างกาย ความจำ การอ่านหนังสือ จะอยู่ในระดับที่สามารถทำกิจกรรมได้โดยมีปัญหาลดลงน้อยกว่าผู้สูงอายุมากกว่านี้ นอกจากนี้ความแตกต่างจากผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จ คือ ปัญหาและอุปสรรค ที่

เกิดขึ้นขณะเข้าร่วมโครงการที่จะส่งผลต่อความสำเร็จ เช่น การกิจในชีวิตประจำวัน ภาระของครอบครัว การเดินทาง เป็นต้น โดยจะทำให้ยากต่อการการปรับพฤติกรรมหรือ แบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับแนวทางการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงควรปรับแผนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนหรือครอบครัว เช่น การใช้ฟิ��เลียงภายในครอบครัวตนเอง เพื่อให้เกิดความสะดวกในการทราบแบบแผนชีวิตภายในครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยนช่วงเวลาการทำกิจกรรมได้สะดวก และบรรจุเป้าหมาย ดังข้อสรุปที่แสดงในตารางระดับความดันโลหิตจากการประเมินภายหลังการอบรมจำนวน 3 ครั้ง (วัดจากครั้งแรกที่เข้าร่วมกิจกรรม และจากนั้นวัดเดือนละ 1 ครั้ง)

ตาราง 17 สรุปผลในภาพรวมระดับความดันโลหิตจากการประเมินภายหลังการอบรมจำนวน 3 ครั้ง

กลุ่ม	ระดับความดันโลหิต 1		ระดับความดันโลหิต 2		ระดับความดันโลหิต 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	140.57	14.79	135.20	14.40	136.87	14.60
กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	148.60	13.12	133.60	15.72	130.77	13.86
รวม	144.58	14.44	134.40	14.99	133.82	14.44

จากตาราง 17 สรุปโดยภาพรวมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด อายุอยู่ระหว่าง 60 ถึง 85 ปี ระดับความดันโลหิต จากการวัด 3 ครั้ง พบว่า อยู่ในระดับที่ดีขึ้น ดังนี้ วัดครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม วัดครั้งที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นเวลา 1 เดือน วัดครั้งที่ 3 ติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน และเพื่อนช่วยเพื่อน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นเวลา 2 เดือน และระดับความดันโลหิต เท่ากับ 144.58 / 88.98, 134.40 / 86.63 และ 133.82 / 85.60 ลดลงตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ลดลงในแต่ละครั้งที่มีการประเมินผล และเมื่อพิจารณาแยกเป็นกลุ่ม โดยกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตลดลงเรื่อยๆ จากการวัดครั้งที่ 1, 2 และ 3 และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมีระดับความดันโลหิตลดลงจากการวัดครั้งที่ 1 การวัดครั้งที่ 2 แต่มีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในการวัดครั้งที่ 3

6.5 กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่าย

สุขภาพในชุมชน

ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

ในส่วนของการสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า ยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน เนื่องจากวิถีชีวิตของแต่ละครัวเรือนมักมีภาระต้องรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถึงแม้การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้านฯ ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารกับสมาชิกในชุมชนของตนเองอยู่เสมอจะดูเลสมามากเป็นปกติ ก็ยังไม่สามารถสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมได้ในรูปแบบการจัดบริการแบบกลุ่มได้

ในส่วนของการสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้นำชุมชนนั้น พบว่า มีความเข้าใจบริบทและสถานการณ์ของสมาชิกในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี แต่ยอมรับว่าเป็นเรื่องยากที่จะสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเหตุผลที่กล่าวไปแล้วข้างต้น รวมทั้งในบางเรื่อง เช่น หลักการแพทย์ทางเลือกนี้ยังขาดการสนับสนุนในเชิงงบประมาณจากภาครัฐ

ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

ลักษณะของการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ เป็นไปในทางบวก ชุมชนเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามหลักการแพทย์ทางเลือก เครือข่ายสุขภาพในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบล เริ่มเข้ามาดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มาร่วมสังเกตการณ์ในกิจกรรมโครงการที่ดำเนินการไป โดยเข้ามาสอบถามว่าทำอะไรกันบ้าง ผู้ร่วมกิจกรรมโครงการมีความรู้สึก และความคิดเห็นอย่างไร พร้อมทั้งนำข้อมูลจากผู้ร่วมกิจกรรมโครงการไปพัฒนาในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ต่อไปเพื่อให้ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ โดยมีมติร่วมกันในกลุ่มผู้นำชุมชน ในช่วงที่จะมีวาระรับสมัครสมาชิกชมรมผู้สูงอายุประจำปี จะขอให้จัดวิทยากรมาร่วมกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเพื่อดำเนินการสอนกิจกรรมการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อนเท้า ภายในเดือนตุลาคม 2560 และลงความเห็นร่วมกันว่าจะพยายามผลักดันด้านงบประมาณเพื่อนำมาพัฒนาด้านการแพทย์ทางเลือกให้มากขึ้น เพราะสามารถนำไปปฏิบัติและบังเกิดผลสามารถดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้จริง ด้านความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อการบวนการปฏิบัติงาน ของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พบว่า เครือข่ายสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชนเริ่มเข้ามาแสดงบทบาทกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น มีการให้ข้อมูลข่าวสารกับสมาชิกในชุมชนของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และดูเลสมามากเป็นปกติ แต่ในเรื่องการจัดบริการแบบกลุ่มต่อไป คงต้องมีการปรับปรุงด้านงบประมาณและอำนวยความสะดวกเรื่องรถรับส่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุสะดวกในการมาเข้าร่วมกิจกรรม

จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนมีส่วนสำคัญในการพัฒนาเริ่มแต่การค้นหาค้นหา การตัดสินใจแก้ปัญหา รวมทั้งควบคุมดูแลให้เป็นไปตามที่ชุมชนตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมของ ชุมชนจะเกิดได้ในหลายลักษณะ แม้กระทั่งประชาชนไม่ส่วนในการควบคุมหรือตัดสินใจเลย เพียงแต่เป็นผู้รับคำสั่งว่าเจ้าหน้าที่รัฐจะสั่งให้ปฏิบัติอย่างไรในชุมชน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้การมี ส่วนร่วมของชุมชนและประชาชนในพื้นที่ มีส่วนควบคุมเพียงบางส่วน หมายถึง การที่ผู้คนที่ เกี่ยวข้องในชุมชน ตำบลพินนาแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เข้ามาส่วนในการพัฒนา ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ในทุกขั้นตอนในการพัฒนาชุมชนของตนเอง โดยเน้นหนักในเรื่อง พัฒนา ความรู้ ความสามารถของประชาชนทั้งในส่วนอาสาสมัคร และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยมีส่วน ร่วมในการคิดค้นหาค้นหาและศึกษาสาเหตุของปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม มี ส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติ และมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน แต่ทั้งนี้หน่วยงาน ภาครัฐยังคงเข้ามาให้การสนับสนุนด้านข้อมูล การบริหารจัดการบางส่วน เช่น จัดหาวิทยากร การ คัดเลือกอาสาสมัคร เป็นต้น แต่ทั้งนี้เมื่อดำเนินการไปจนสามารถพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนได้มี ประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการได้เองในรุ่นถัดไป ชุมชนนั้นก็จะสามารถบริหารจัดการได้ทั้งหมด การ เสริมสร้างให้ชุมชนมีเป้าหมายร่วมกันและยึดโยงเกาะเกี่ยวกันด้วยประโยชน์สาธารณะและของสมาชิก มีการรวมกลุ่มประสานงานกันในกลุ่มและในชุมชน และได้มีโอกาสเป็นเจ้าของภารกิจต่างๆ ให้มากขึ้น ใช้ทรัพยากรท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมชุมชน การดูแลช่วยเหลือกันในชุมชน และการ พึ่งตนเอง มาปรับประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้เกิดการพัฒนาในรูปแบบบูรณาการและองค์รวมให้ มากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมใน การควบคุมความดันโลหิต ให้ลดระดับความดันโลหิตลงได้

6.6 การประเมินความพึงพอใจด้านกระบวนการ ด้านคณะทำงาน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม และโดยภาพรวมทั้งหมด

ตาราง 18 แสดงความพึงพอใจด้านกระบวนการ ด้านคณะทำงาน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม และโดยภาพรวมทั้งหมด

ข้อความ	M	SD	แปลผล
1. ความพึงพอใจด้านกระบวนการขั้นตอนการจัดกิจกรรม	4.27	.55	มากที่สุด
1.1 มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมอย่างทั่วถึง	4.23	.72	มากที่สุด
1.2 รูปแบบกิจกรรมการจัดกิจกรรม	4.13	.70	มาก
1.3 ลำดับขั้นตอนในการจัดกิจกรรม	4.22	.74	มากที่สุด
ข้อความ	M	SD	แปลผล
1.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม	4.15	.76	มาก
1.5 เอกสารและสื่อประกอบการจัดกิจกรรม	4.37	.69	มาก
1.6 ความเหมาะสมของกิจกรรมที่ได้รับ	4.72	.58	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจด้านคณะทำงาน	4.53	.54	มากที่สุด
2.1 คณะทำงานมีกิริยามารยาทเรียบร้อย	4.35	.63	มากที่สุด
2.2 คณะทำงานมีความรู้และอธิบายให้เกิดความเข้าใจ	4.38	.67	มากที่สุด
2.3 คณะทำงานมีความสามารถในการดูแลและแก้ไขปัญหา	4.47	.65	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.63	.58	มากที่สุด
3.1 สถานที่จัดกิจกรรมเหมาะสม	4.47	.60	มากที่สุด
3.2 มีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม	4.53	.60	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม	4.57	.59	มากที่สุด
4.1 ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างคุ้มค่า	4.33	.54	มากที่สุด
4.2 ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	4.47	.57	มากที่สุด
5. ท่านมีความพึงพอใจโดยภาพรวม	4.58	.50	มากที่สุด

จากตาราง 18 การประเมินความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจด้านกระบวนการขั้นตอนการจัดกิจกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจด้านคณะทำงาน อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด และโดยภาพรวมทั้งหมดท่านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .50

รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสองกลุ่ม เห็นว่า กิจกรรมโครงการมีประโยชน์ประโยชน์มากในการดูแลสุขภาพและสามารถลดความดันโลหิตสูงได้จริง มีความพึงพอใจโครงการ ทั้งในด้านกระบวนการ ขั้นตอนต่างๆ ในการประชาสัมพันธ์ มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขคือ ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด เพราะแม้จะไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่สามารถนำกิจกรรมไปปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุทั่วไปได้ และอาจจะใช้พี่เลี้ยงเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว เพื่อสะดวกในเรื่องช่วงเวลาที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงทำกิจกรรมร่วมกันได้ในทุกวัน

สรุปผลการวิเคราะห์

โดยสรุปการวิจัยรูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน พบผลการวิจัยที่เป็นประเด็นสำคัญดังนี้

1) สถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ยังคงใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อการรักษาโรคเป็นหลัก แต่ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความต้องการจะปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น เพราะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้นได้จริงภายหลังการปฏิบัติตามการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่เกิดจากวิถีชีวิตประจำวันส่วนบุคคล และปัญหาด้านนโยบายภาครัฐที่ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนทำให้การแพทย์ทางเลือกยังไม่ถูกนำมาใช้ขับเคลื่อนในชุมชน ให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแบบผสมผสาน

2) เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมความดันโลหิต ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่า ด้านอารมณ์ ความรู้สึก และด้านความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X}$ เท่ากับ 3.76 S.D. เท่ากับ 0.49 จากคะแนนเต็ม 5)

3) พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 3) การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต และ 4) การติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ เท่ากับ 3.68 และ

S.D. เท่ากับ 0.57 จากคะแนนเต็ม 5) และพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความตั้งใจ ไม่เบื่อหน่ายในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกวัน ด้วยความกระตือรือร้นมุ่งมั่น โดยมีกลุ่มของเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมด้วยกัน ติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ และชักชวนกันปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การพูดคุยให้รับรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างถูกต้อง

4) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม ด้านคณะทำงาน และด้านกระบวนการขั้นตอนการจัดกิจกรรม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ เท่ากับ 4.58 และ S.D.เท่ากับ 0.50 จากคะแนนเต็ม 5)

5) ระดับความดันโลหิต จากการวัด 3 ครั้ง พบว่า อยู่ในระดับที่ดีขึ้น ดังนี้ วัดครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม วัดครั้งที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน และวัดครั้งที่ 3 ติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน และเพื่อนช่วยเพื่อน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน โดยมีระดับความดันโลหิต เท่ากับ 144.58 / 88.98, 134.40 / 86.63 และ 133.82 / 85.60 ลดลงตามลำดับ

จากการนำเสนอผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสร้างรูปแบบเพื่อตอบต่อวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 13

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์และความต้องการ: (แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ)

ใช้แพทย์แผน
ปัจจุบันเท่านั้น

เพิ่มยารับประทาน
เมื่อความดันสูง

ไม่เคยมีกิจกรรมโรค
ความดันในชุมชน

ต้องการวิธีการ
รักษาแบบอื่น

ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม: (แนวคิดการสร้างความตระหนัก เจตคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ)

- 1) กิจกรรมแจกบัตรคำ เน้นสร้างความตระหนักและค้นหาความรู้เบื้องต้น
- 2) เลือกหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อพัฒนาชุดกิจกรรม
- 3) สร้างชุดกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก
 - 1.1 กำหนดโครงสร้างชุดกิจกรรม
 - 1.2 ถอดความรู้เรื่องการฝึกสมาธิ SKT และการกดจุดสะท้อนเท้า
 - 1.3 วิพากษ์โครงสร้างชุดกิจกรรม
 - 1.4 จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้สื่อ, เครื่องมือวัดผล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ฯ

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม: (แนวคิดเจตคติ การสนับสนุนทางสังคม AAR แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ)

จัดฝึกอบรม

สังเกต เกี่ยวกับชุดกิจกรรม ผลการวิพากษ์คือ

1. ไม่สามารถทำ SKT ได้บางท่า
2. ระยะเวลาการทำกิจกรรมยาวนานเกินไป
3. ไม่สะดวกใจในการจับเท้าของผู้อื่น

3) การสะท้อน สะท้อน
ปัญหาของการทำ
กิจกรรม พบว่า รู้สึก
ชอบและสนใจจะทำ
กิจกรรมที่จัดขึ้น

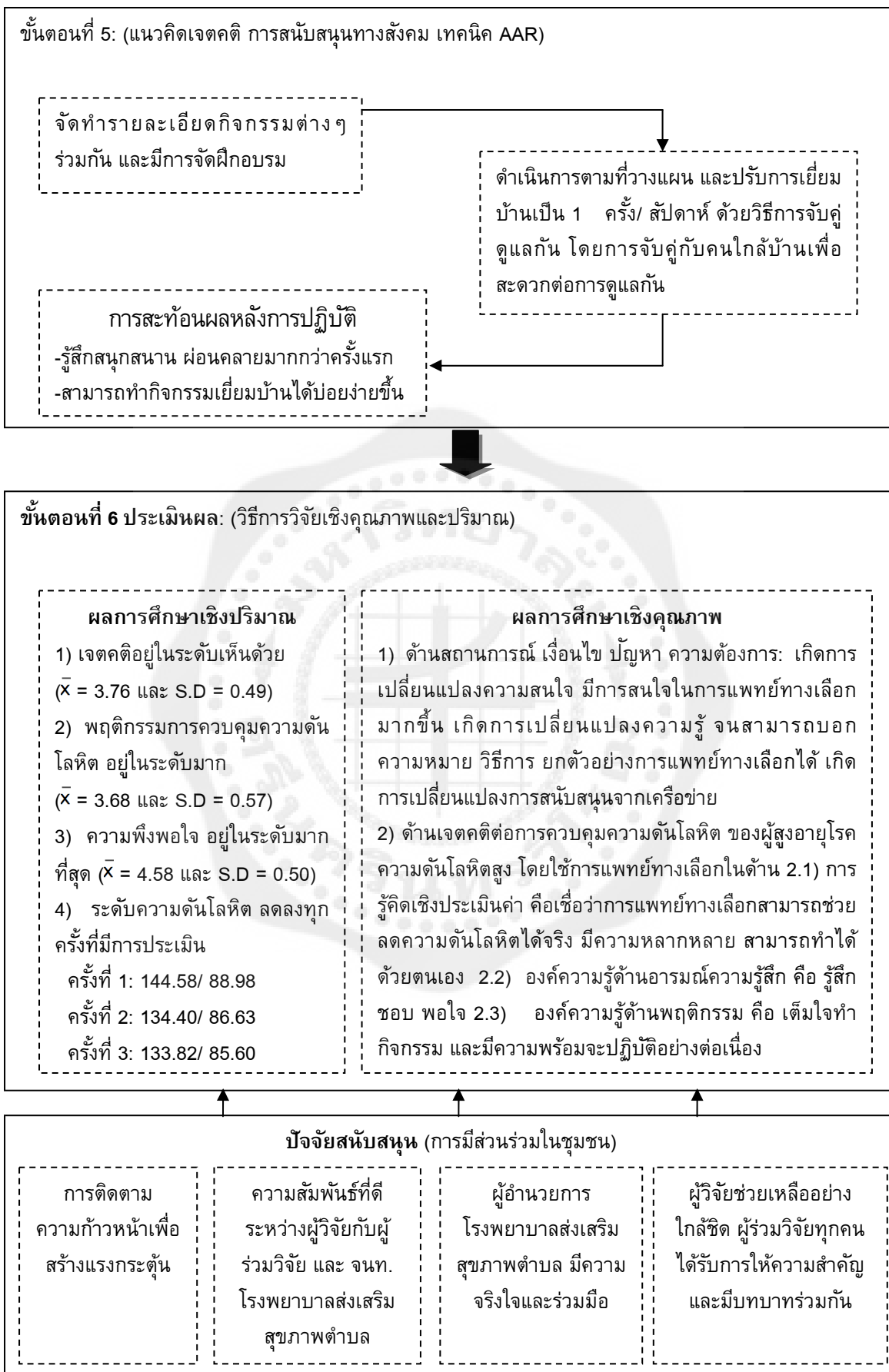
ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม: (แนวคิดเทคนิค AAR)

ผลการติดตาม:

- ในเชิงปริมาณ พบว่า ผู้เข้าร่วมได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ในทุกด้าน
- ในเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถทำตามแผนและกิจกรรมได้ แต่ไม่ครบถ้วน และสะท้อนผลว่า มีการสอนความรู้มากเกินไป แต่มีการอธิบายกิจกรรมน้อยเกินไปทำให้ทำไม่ได้ เพราะไม่เข้าใจ อ่านไม่ทัน ไม่เข้าใจศัพท์เฉพาะ

การปรับปรุงแก้ไข

- 1) ปรับปรุงโดยการเพิ่มผู้ช่วยให้มากำกับติดตามการทำกิจกรรม และช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรม
- 2) ปรับกิจกรรมในรูปแบบการปฏิบัติมากกว่าในรูปแบบการเรียนในห้องเรียน
- 3) เพิ่มแรงจูงใจในการทำกิจกรรม โดยใช้กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และการแจกรางวัล



ภาพประกอบ 14 สรุปผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วม ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) เป็นแนวทางหลักในการศึกษา ซึ่งมีความโดดเด่นในเรื่องของการลงมือปฏิบัติการจริงในชุมชนหรือพื้นที่ที่เป็นแหล่งในการศึกษา และอาศัยความร่วมมือปฏิบัติงานวิจัยของผู้ร่วมวิจัยกับผู้วิจัย ข้อมูลที่จำเป็นต้องนำเสนอจึงมีหลากหลาย มิใช่นำเสนอเพียงข้อมูลที่วัดได้ด้วยการใช้เครื่องมือวัดชนิดต่างๆ เท่านั้น แต่ยังต้องนำเสนอข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจนสำหรับการตอบปัญหาของการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
- 2) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3) เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอไว้ดังนี้

ตอนที่ 1 สรุปวิธีดำเนินการวิจัย

ตอนที่ 2 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ตอนที่ 1 สรุปวิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย

ศึกษาวิจัยพื้นที่ในชุมชน/หมู่บ้าน เขต ต.พิหารแดง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี โดยกลุ่มผู้มีส่วนร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) คือ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน โดยชมรมผู้สูงอายุ มีสมาชิกทั้งหมดในตำบลพิหารแดง จำนวนทั้งหมด 317 คน มีหลักการรับอาสาสมัคร ตามสัดส่วนการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ชุมชน/หมู่บ้าน ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มหลัก ดังต่อไปนี้ 1) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน เป็นสัดส่วนเท่ากับ 1:1 รวมทั้งหมด จำนวน 60 คน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีคุณลักษณะเพิ่มเติม คือ มีความสามารถในการถ่ายทอด เช่น เป็นอดีตครู หรือเคยทำงานด้าน สุขภาพ ฯ และสมัครใจเป็นกลุ่มช่วยเหลือเพื่อน โดยเฉพาะในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 2) กลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน และ 3) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านหลักการแพทย์ทางเลือก จำนวน 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการรักษาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน ผู้วิพากษ์ชุดกิจกรรมการพัฒนาในชุมชน ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวม มี 2 ประเภท คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สำนวนความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม ระดับของความดันโลหิต ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม/การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง รูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต แนวทางการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัญหาอุปสรรค การเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรค/การแพทย์ทางเลือก ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของพื้นที่ที่ทำวิจัย เจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกการแสดงออก และท่าทีของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงใช้เครื่องมือหลายประเภท ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบสังเกต แบบทดสอบ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถาม สัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย และอุปกรณ์ช่วยเสริม ได้แก่ กล้องถ่ายภาพ และเครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น โดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัย และกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง และขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลรอง 2) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาสถานการณ์ระยะการเตรียมชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ให้ข้อมูลด้านนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจคัดเลือกเป็นพื้นที่ทำการวิจัย ร่วมกันทบทวนสถิติข้อมูลด้านสุขภาพในระดับจังหวัด และกำหนดประเด็นสำคัญต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ตามที่ร้องขอ
2. ผู้วิจัยศึกษาทบทวนจากเอกสารเบื้องต้นของพื้นที่ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี และสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจคัดเลือกเป็นพื้นที่ทำการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังที่กล่าวมาแล้ว
3. ผู้วิจัยลงสำรวจพื้นที่และแนะนำตนเองกับชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์และขอสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน เพื่อหาข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในชุมชน ประเมินความเป็นไปได้ของการวิจัย เพื่อพิจารณาว่าเหมาะสมที่จะเลือกเป็นพื้นที่ทำการวิจัยหรือไม่
5. ผู้วิจัยประสานงานสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและประสานขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และให้โอกาสผู้วิจัยได้พบปะชี้แจงทำความเข้าใจกับคณะเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และได้อำนวยความสะดวก ในการประสานงานกับผู้นำชุมชน ให้เข้าร่วมเป็นผู้ช่วยนักวิจัย และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย
6. ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน ร่วมกันคัดเลือกพื้นที่ชุมชน/หมู่บ้าน ในเขตตำบลพิหารแดงเพื่อใช้สำหรับเป็นพื้นที่ทำการวิจัย
7. ผู้วิจัย มีการค้นหาปัญหาและความต้องการภายในกลุ่มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือกในชุมชน เพื่อใช้สำหรับการวางแผนให้ครอบคลุมเหมาะสม หลังจากนั้นได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 2 คน รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน และระดมสมองในกลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย กลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อร่วมกันวางแผนปฏิบัติการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

8. ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ดำเนินการสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 6 คน และเป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 3 คน

สรุปได้ว่าเป้าหมายของการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 คือการเตรียมชุมชน และการสำรวจศึกษาปัญหาด้านบริบทในภาพรวมของชุมชน สถานการณ์ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การขอความร่วมมือจากชุมชน โดยการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนที่คาดว่าจะเป็แกนนำในการผลักดันกระบวนการวิจัย รวมถึงมีการจัดเตรียมทีมผู้ช่วยนักวิจัยในการเข้าสู่ระยะต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 สร้างชุดกิจกรรม เพื่อสร้างชุดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยผู้ช่วยนักวิจัยที่เข้าประชุม จำนวน 11 คน ได้แก่ คือ ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 1 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. **ขั้นระดมสมอง** ผู้วิจัยได้ระดมสมองกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขลงความเห็นว่าการแพทย์แผนทางเลือกใดบ้างที่เหมาะสมกับการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอการแพทย์แผนทางเลือกนั้นแก่บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ มีการวางแผนโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่

2. **ขั้นสร้างความตระหนัก** โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขึ้น ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน และผู้ช่วยนักวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้นำในชุมชน จำนวน 11 คน ได้แก่ คือ ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ครูผู้เกษียณอายุ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 1 คน ประชุมเป็นเวลา 1 วัน รวมทั้งหมด 41 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดกิจกรรมโดยใช้กิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนักในศักยภาพของตนเองให้แก่ตัวแทนอาสาสมัครจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสร้างการยอมรับศักยภาพในการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ขั้นสร้างชุดกิจกรรม ในขั้นนี้ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งตัวแทนจากทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มละ จำนวน 5 คน โดยได้นำแผนที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน ร่วมกันเขียนโครงการ รวบรวมประเด็นกิจกรรมจากการระดมสมอง และกิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนัก สร้างแผนการสอนที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ จำนวน 2 กิจกรรมโครงการ ระบุกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ให้เกิดความชัดเจนและประชุมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละคนในการดำเนินกิจกรรม ในขั้นตอนของการวางแผนนี้ ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะจะทำให้รู้สึกว่าเป็นกิจกรรมของตนเอง ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างชุดกิจกรรมในชุดกิจกรรม มีขั้นตอนดังนี้

- 3.1 ผู้ช่วยนักวิจัย ร่วมกันกำหนดโครงสร้างชุดกิจกรรมเบื้องต้น
- 3.2 ถอดความรู้เรื่องกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก
- 3.3 วิพากษ์โครงสร้างชุดกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยนักวิจัย
- 3.4 จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อ และเครื่องมือวัดผล

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ชุดกิจกรรม เป็นขั้นที่นักวิจัยได้นำชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้นจากการเลือกของคนในชุมชน มาทดลองใช้ โดยทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จะเป็นผู้ทดลองใช้เพื่อค้นหาข้อบกพร่องและข้อจำกัดของชุดกิจกรรมนี้ มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นการจัดฝึกอบรม โดยมีการจัดอบรมกับทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มละ จำนวน 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน เป็นเวลา 2 วัน

2. ขั้นการสังเกต ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกครั้งที่กับทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยผู้วิจัยมีการบันทึกการดำเนินกิจกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงเหตุการณ์ที่สำคัญ การสะท้อนผลกลับในขณะที่ทำกิจกรรม มีการตรวจสอบหรือสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใดและเป็นไปในทิศทางใด และมีการตรวจสอบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มากน้อยเพียงใด การตรวจสอบดังกล่าวผู้วิจัยได้นำผลการสังเกตมาเปรียบเทียบกับทฤษฎี ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้น นั่นคือพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต หากยังไม่ถึงเป้าหมายผู้วิจัยจะยังคงสังเกตต่อไปเพื่อค้นหาสาเหตุและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับแผนการวิจัยเพื่อไปสู่ผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นถัดไป

3. ขั้นการสะท้อน ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำชุดกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ไปใช้ร่วมกับการวิพากษ์โครงสร้างชุดกิจกรรมโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย จัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ สื่อ และเครื่องมือวัดผล ทดลองใช้และปรับปรุงชุดกิจกรรม โดยใช้เทคนิคกระบวนการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) เป็นเครื่องมือถอดบทเรียน หรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ การทบทวนและวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ หรือหลังทำกิจกรรม โดยการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในครั้งต่อไป โดยมีขั้นตอนในการทำ AAR ดังต่อไปนี้

- 3.1 นัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน
- 3.2 แนะนำกฎกติกาการยาท
- 3.3 ทบทวนเหตุการณ์การกระทำที่เกิดขึ้น
- 3.4 เล่าสั้นๆ ถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นซึ่งต้องการมาทบทวน
- 3.5 สรุปเหตุการณ์สำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้น สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการสรุป
- 3.6 มีการตั้งผู้แทนหรือผู้ปฏิบัติงานให้มาเล่าถึงกิจกรรมของตน
- 3.7 อย่างสร้างบรรยากาศของการดำเนินคดีนิเวศวิพากษ์วิจารณ์หรือบรรยายสั่งสอน
- 3.8 ถามคำถามให้ผู้ปฏิบัติเล่าว่าทำไมจึงได้ทำอย่างนั้นในเหตุการณ์นั้นๆ
- 3.9 ถามผู้ปฏิบัติว่าได้กระทำการใดลงไป สถานการณ์นั้นๆ

หลังการอบรมถอดประสบการณ์ และสะท้อนผลกลับมาแล้ว ผู้วิจัยจะวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกัน สะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนไปใช้ รวบรวมข้อบกพร่องเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรม ในการดำเนินการรอบถัดไป

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงชุดกิจกรรม เป็นขั้นที่นักวิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ชุดกิจกรรมในทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการประเมินผลลัพธ์จะกระทำหลังจากจบขั้นตอนที่ 3 แล้ว

1. **ขั้นการประเมิน** ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มเป้าหมาย ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้
 - 1.1 การเข้าร่วมกิจกรรม/ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติต่อโรค/ และเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก
 - 1.3 พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต/ การสนับสนุนทางสังคม
 - 1.4 ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม

หลังจากที่ได้ศึกษาผลลัพธ์แล้ว ผู้วิจัยได้ค้นหาสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยระบุปัญหาที่ต้องแก้ไขและวิธีการปรับเปลี่ยนกระบวนการวิจัยตามความจำเป็น หลังจากนั้นสรุปเป็นบทเรียนและพยากรณ์เพื่อเป็นพื้นฐานในการคิดหาวิธีการใหม่ๆ ต่อไปแล้วค่อยลงมือปฏิบัติ

2. ขั้นการปรับปรุงแก้ไข ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไขวางแผนปรับปรุงกิจกรรมเพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไขกิจกรรม ต่อมากลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ดำเนินการตามชุดกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีผู้เข้าร่วม คือทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน ได้ดำเนินการวางแผน โดยผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยวางแผนปรับปรุงการจัดชุดกิจกรรมการเรียนรู้ และร่วมกันตั้งเป้าหมาย โดยใช้เทคนิคกระบวนการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) จากนั้นจึงจัดทำรายละเอียดกิจกรรมเพิ่มเติมในส่วนที่บริบทแตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5 นำไปใช้จริง เป็นขั้นที่นำชุดกิจกรรมที่ผ่านการวางแผนการปรับปรุงมาใช้จริง มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นการนำกิจกรรมไปใช้จริง ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการนำชุดกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้วจัดกิจกรรมอบรมเพิ่มเติมตามแผน เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดอบรมกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 30 คน รวมทั้งหมดจำนวน 60 คน และผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 11 คน เป็นเวลา 2 วัน นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง/สัปดาห์ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน

2. ขั้นการสังเกตและตรวจสอบ ในระหว่างการทำกิจกรรมผู้วิจัยสังเกตและตรวจสอบ ซึ่งเป็นการสังเกตพฤติกรรมเป้าหมายโดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถทำได้ การสังเกตกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนว่ามีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งสังเกตการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการแสดงพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การสร้างรูปแบบในระยะถัดไป

3. ขั้นการถอดบทเรียน ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันสะท้อนโดยใช้เทคนิคกระบวนการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) เป็นเครื่องมือถอดบทเรียนหรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ การทบทวนและวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ หรือหลังทำกิจกรรม โดยการทำ AAR มีเป้าหมายที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อให้สามารถทำได้ดีขึ้นในรอบต่อไป

หลังการอบรมถอดประสบการณ์ Feedback เพื่อปรับปรุง/เพิ่มเติมแก้ไข ปรับปรุงกิจกรรมผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำกิจกรรม และเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนไปใช้ รวบรวมข้อบกพร่องเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไขปรับปรุงกิจกรรม หากหลังจากที่ได้ศึกษาผลลัพธ์แล้ว ไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ไม่เป็นไป

ตามที่ต้องการ หรือมีปัญหาที่ต้องแก้ไข ก็ต้องดำเนินการแก้ไขตามที่จำเป็นอีกครั้งถัดไป จะต้องดำเนินการทบทวนแผนการโดยเริ่มต้นใหม่

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล เป็นขั้นที่ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้วิจัยร่วมกันรวบรวมประเมินผลด้วยเครื่องมือวัดแบบต่างๆ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน และข้อที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีประเด็นการประเมินผล ดังต่อไปนี้

การประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

- การเข้าร่วมกิจกรรม/ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
- การเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติต่อโรค/ และเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก
- พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต/ การสนับสนุนทางสังคม
- ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม
- ระดับของความดันโลหิต

โดยสรุปการวิจัยรูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน พบผลการวิจัยที่เป็นประเด็นสำคัญดังนี้

1) สถานการณ์ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ยังคงใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อการรักษาโรคเป็นหลัก แต่ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความต้องการจะปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น เพราะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้นได้จริงภายหลังการปฏิบัติตามการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่เกิดจากวิถีชีวิตประจำวันส่วนบุคคล และปัญหาด้านนโยบายภาครัฐที่ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนทำให้การแพทย์ทางเลือกยังไม่ถูกนำมาใช้ขับเคลื่อนในชุมชน ให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแบบผสมผสาน

2) เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมความดันโลหิต ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่า ด้านอารมณ์ ความรู้สึก และด้านความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X}$ เท่ากับ 3.76 S.D. เท่ากับ 0.49 จากคะแนนเต็ม 5)

3) พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 3) การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต และ 4) การติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมาก

($\bar{X}$ เท่ากับ 3.68 และ S.D. เท่ากับ 0.57 จากคะแนนเต็ม 5) และพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความตั้งใจ ไม่เบื่อหน่ายในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกวัน ด้วยความกระตือรือร้นมุ่งมั่น โดยมีกลุ่มของเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมด้วยกัน ติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ และชักชวนกันปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การพูดคุยให้รับรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างถูกต้อง

4) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม ด้านคณะทำงาน และด้านกระบวนการขั้นตอนการจัดกิจกรรม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ เท่ากับ 4.58 และ S.D. เท่ากับ 0.50 จากคะแนนเต็ม 5)

5) ระดับความดันโลหิต จากการวัด 3 ครั้ง พบว่า อยู่ในระดับที่ดีขึ้น ดังนี้ วัดครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม วัดครั้งที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน และวัดครั้งที่ 3 ติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน และเพื่อนช่วยเพื่อน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน โดยมีระดับความดันโลหิตเท่ากับ 144.58 / 88.98, 134.40 / 86.63 และ 133.82 / 85.60 ลดลงตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวม มี 2 ประเภท คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สำนวความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม ระดับของความดันโลหิต ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม/การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง รูปแบบพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางการควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค การเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรค/การแพทย์ทางเลือก ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของพื้นที่ที่ทำวิจัย เจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกการแสดงออก และท่าทีของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงใช้เครื่องมือหลายอย่าง ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบสังเกต แบบทดสอบ และใช้อุปกรณ์ เช่น กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น โดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัย และกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกความดันโลหิต เป็นต้น

1.2 วิธีการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้วางแผนในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดังข้างต้นให้ผู้ช่วยนักวิจัย จากนั้นจึงนำกิจกรรมมาพิจารณาร่วมกันว่า จะสามารถวัดสิ่งที่กล่าวมาได้อย่างไร สรุปได้ว่าการวัดแบบไหน อย่างไร เมื่อไร

1.2.1 กิจกรรมในการอบรม ให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนการทำกิจกรรมของผู้เข้าร่วมอบรม คือ กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากแผนการเรียนรู้ต่างๆ ซึ่งได้แก่ คะแนนการทำไปงานต่างๆ

1.2.2 กิจกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกการทำกิจกรรม ของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.2.3 แบบสอบถามเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.2.4 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.2.5 แบบประเมินความพึงพอใจ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บ ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น สังเกตพฤติกรรมขณะทำกิจกรรมการอบรมทั้งในและนอกห้องประชุม พฤติกรรมการฝึกทักษะ และขณะร่วมกิจกรรมในโครงการต่างๆ สังเกตพฤติกรรมของผู้ช่วยนักวิจัย การมีส่วนร่วมเจตคติ ความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ เป็นต้น แนวทางการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ประสบความสำเร็จ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และปัญหาอุปสรรค การเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรค/การแพทย์ทางเลือก แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของพื้นที่ที่ทำวิจัย แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบบบันทึกสมุดสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นหลัก

จากเป้าหมายดังกล่าวข้างต้น ภายหลังการสิ้นสุดกิจกรรมโครงการ พบว่าสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลพิหารแดง แม้จะยังใช้การแพทย์แผนปัจจุบันที่มุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาทางกายหรือรักษาโรคเป็นสำคัญ แต่ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ พฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกของคนในชุมชนตำบลพิหารแดงเปลี่ยนไปมีความสนใจ และมีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพราะเมื่อปฏิบัติแล้วทำให้ตนเอง และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม สามารถสร้างความผ่อนคลาย รวมทั้งบางคนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้นได้จริง ภายหลังการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบกับการสังเกตการณ์อย่างใกล้ชิดที่ทำให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ซึ่งจะนำเสนอผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ที่ 2 ต่อไป

2. ความต้องการ จากการระดมสมองของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงดังนั้นมีความต้องการหลักๆ คือการควบคุมความดันโลหิตได้โดยไม่ต้องใช้ยา ต้องการวิธีการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันได้ สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 ความต้องการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยไม่ต้องใช้ยารับประทาน จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นหลังจาก พบว่าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนให้ต่ำลงได้ เมื่อไปพบแพทย์จึงต้องรับประทาน หรือรับประทานเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำให้เป็นภาระทั้งต่อการดำเนินชีวิตและการมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหากผู้ร่วมวิจัยมีทางเลือกอื่นที่ไม่ต้องรับประทานยา สามารถหยุดยารับประทาน หรือทานน้อยลงได้ ย่อมเป็นสิ่งที่ดี ดังนั้นจึงนำมาสู่การสร้างทางเลือกเพื่อสนับสนุนความต้องการดังกล่าวโดยการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้พูดคุย รับฟังถึงแนวทางการแพทย์ทางเลือกร่วมกัน

2.2 ความต้องการเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเพื่อใช้ควบคุมความดันโลหิตที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันเนื่องจากปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ส่วนใหญ่ปัญหาเกิดจากวิถีชีวิตส่วนบุคคลอันเนื่องมาจากมีภาระรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือต้องดูแลหลานซึ่งยังอายุน้อย เป็นเงื่อนไขสำคัญในวิถีชีวิตของสมาชิกชุมชนส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงนำมาสู่การวางแผนในการวิจัยครั้งนี้ที่มุ่งจัดกิจกรรมในช่วงวันหยุด เสาร์หรืออาทิตย์ เนื่องจากเมื่อเป็นวันหยุดจะสามารถให้บุตรดูแลแทนได้

จากความต้องการดังกล่าว การดำเนินการวิจัยจึงเลือกใช้แนวทางการแพทย์ทางเลือกเข้ามาแก้ไขปัญหทั้งในด้านการสร้างความสนใจในแนวทางการแพทย์ทางเลือกให้กับผู้เข้าร่วม สร้างความตระหนักถึงการควบคุมความดันโลหิตสูง โน้มน้าวให้เห็นถึงประโยชน์พร้อมทั้งใช้เทคนิคและทฤษฎีในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมให้มีพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตนำไปสู่การสร้างรูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุด้วยการใช้การแพทย์ทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากผลการศึกษา พบว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบใน 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความตระหนัก ในเรื่องของการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง และการใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นแนวทางสนับสนุนในการดูแลตนเอง โดยภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพโดยใช้หลักการแพทย์ทางเลือก ดังจะเห็นได้จากที่ผู้เข้าร่วมมีความต้องการให้จัดรูปแบบกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพิ่มเติม รวมทั้งเสนอให้จัดกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เพิ่มเติม เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตในขณะที่สร้างความผ่อนคลาย จึงต้องการให้มีการขยายผลสู่การดูแลสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมายอื่น หรือผู้ที่เป็โรคอื่นที่ใช้การแพทย์ทางเลือกสนับสนุนได้ เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จากผลการสะท้อนดังกล่าวจึงนำไปสู่การสนับสนุนจากกลุ่มผู้นำชุมชนตำบลพิหารแดง รวมทั้งหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบล ในด้านการแพทย์ทางเลือกให้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการที่กลุ่มผู้นำชุมชนได้เพิ่มบทบาทตนเองโดยให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ จัดหาวิทยากร และสนับสนุนเกี่ยวกับการเดินทาง เช่น บริการรถรับส่ง เพื่อความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น

ดังจะเห็นได้ว่าการที่ผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นส่งผลให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองเพราะถือว่าเป็นปัญหาระดับชุมชน ไม่ใช่ของใครคนหนึ่งทำให้คนในชุมชนเห็นและตระหนักร่วมกัน จึงเกิดการระดมสมองและวางแผน แบ่งหน้าที่กันเอง ซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นจึงมีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาของชุมชนเพราะเป็นการวางแผนจากคนในชุมชนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาในปัจจุบันที่เน้นการพัฒนาที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered development) เป็นรูปแบบการวิจัยที่เกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการพัฒนาที่ไม่ประสบความสำเร็จ กล่าวคือ การพัฒนาชุมชนต่างๆ ที่ผ่านมา ส่วนมากมักเป็นการพัฒนาที่บุคคลภายนอกชุมชนไปเสนอโครงการแก้ปัญหาต่างๆ ให้กับชุมชน โดยที่ชุมชนเองอาจจะมองว่าเป็นหรือไม่เป็นปัญหาสำหรับพวกเขา และชุมชนก็ไม่ได้มีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาต่างๆ ผลจึงปรากฏว่า ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจก่อให้เกิดปัญหาใหม่ขึ้นมา และผลการพัฒนาไม่มีความยั่งยืน การวิจัยปฏิบัติการแบบเทคนิคจึงได้รับการพัฒนาขึ้นมา เพื่อแก้จุดอ่อนของการวิจัยแบบเดิมๆ สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร (2545) และการให้ความรู้ (Education) การให้ความรู้เป็นคุณลักษณะสำคัญของการดูแลตนเอง เนื่องจากการให้ความรู้เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ นำไปสู่การดูแลตนเองที่ดี ทั้งนี้ควรจะให้ความสำคัญทั้งความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์ การทำงานของบุคลากรสุขภาพและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยการให้ความรู้แตกต่างจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในอดีต Bodenheimer;

et al (2002) การให้ความรู้ผู้ป่วยจะอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการให้ความรู้เฉพาะโรคแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเน้นการเปลี่ยนกระบวนกรมากกว่าผลลัพธ์ ในขณะที่การให้ความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตนั้นจะมุ่งให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนชีวิตเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เป้าหมายของการให้ความรู้ผู้ป่วยควรสามารถยืดหยุ่นได้ในขณะที่เป้าหมายของการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเป็นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. ด้านเจตคติ ผู้วิจัยได้จัดทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาเจตคติให้กับผู้ร่วมวิจัย โดยสนับสนุนทั้ง 3 องค์ประกอบของเจตคติ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความคิดความเข้าใจ (Cognitive component) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) และองค์ประกอบด้านแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral component) ผลการศึกษาในเชิงปริมาณ พบว่า องค์ประกอบที่ 3 องค์ประกอบด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง และเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมความดันโลหิต ภาพรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับเห็นด้วย

นอกจากนี้ข้อมูลในเชิงคุณภาพที่สำคัญพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการแพทย์ทางเลือก มีการปรับเปลี่ยนความคิดจากความยุ่งยากในการทำกิจกรรม หรือความเข้าใจว่าการทำงานในชีวิตประจำวันคือการออกกำลังกาย ไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้องมีการสะท้อนถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตว่าทำไปด้วยความผ่อนคลาย สามารถเลือกได้ว่าต้องการจะควบคุมด้วยแนวทางใดที่เหมาะสมกับตนเอง ประกอบกับมีความรู้เพิ่มขึ้นในความหมายของแพทย์ทางเลือก วิธีการ หรือรูปแบบของแพทย์ทางเลือก สามารถอธิบายและยกตัวอย่างได้อย่างถูกต้อง และเสนอแนะกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพิ่มเติม ซึ่งในขั้นตอนเหล่านี้ยังได้รับการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม การได้รับความชื่นชม การเห็นผลจากการไปพบแพทย์และไม่ต้องรับประทานยาเพิ่ม เป็นต้น ซึ่งการเห็นผลดีเหล่านี้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติให้มีแนวโน้มการทำพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตจนนำไปสู่ตัดสินใจมาเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอนี้ทำให้ช่วงลดความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตน ทองสวัสดิ์ และคณะ (2541) และมุกดา สอนประเทศ (2554) ที่พบว่า ความรู้เจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อันเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีความรู้และมีการปฏิบัติตนเองในด้านการดูแลตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังจะเห็นได้ว่าเจตคติในด้านองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจนั้นส่งผลต่อพฤติกรรม รวมถึง ปฐญาภรณ์ ลาลูน นภาพร มัชฌิมามกุล และอนันต์ มลารัตน์ (2554) และ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ที่ได้ศึกษาและพบว่าความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การมีเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกันกับ ญัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย ของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผน

ไทยของ บุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองด้วย การแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ส่งเสริมปัจจัยต่างๆ ด้าน ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือก ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การจัดกิจกรรมจึงเน้นการสนับสนุนในทุกๆ ด้าน โดยคาดว่าจะสามารถสนับสนุนให้การดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์ทางเลือกนั้น ให้บังเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

3. ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน เนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมกันควบคุมความดันโลหิตสูงเนื่องจากพบว่าสภาพปัญหาที่ผ่านมามีสถิติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอันดับต้นของจังหวัด ซึ่งจากการระดมสมองผู้วิจัยยังได้พยายามโน้มน้าวผู้เข้าร่วมวิจัยให้เห็นว่าการแก้ปัญหาั้นไม่เพียงเป็นระดับของบุคคลเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขสภาพแวดล้อมอื่นๆ ดังนั้นผู้เข้าร่วมทุกคนจึงเห็นว่ากระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความสำคัญ ถึงแม้การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะดูแลสมาชิกเป็นอย่างดี แต่การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวเปรียบเสมือนเป็นการกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนได้คิดทบทวนและคำนึงถึงปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

จากการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมนั้น ได้นำหลัก 4M LPK มาประยุกต์ใช้นั้นคือ มีทีมงานจิตอาสาที่ทำงานร่วมกัน มีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการที่ดี มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ผู้นำมีวิสัยทัศน์/รับฟังความเห็นของผู้อื่น การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายต่างๆ และที่สำคัญคือ มีการพัฒนาศักยภาพตนเองอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับ จำรูญ มีชนอน และคณะ (2555) พบว่า ปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขที่จำเป็นที่จะทำให้มีการมีส่วนร่วมกับชุมชน คือ การที่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีเจตคติที่เห็นคุณค่า เห็นความสำคัญของการเรียนรู้ที่เกิดจากการร่วมมือกัน มีเจตคติที่เคารพและเชื่อมั่นในศักยภาพการพัฒนาตนเองของกันและกัน โดยเฉพาะในเรื่องของความรู้ และการยอมรับความหลากหลาย (อุทัย ดุลยเกษม และอรศรี งามวิทยาพงศ์. 2540)

นอกจากนี้ยังพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ อยู่ในระดับ 7 ประชาชนมีส่วนควบคุมบางส่วน หมายถึง การที่ผู้คนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เข้ามามีส่วนในการพัฒนาร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ในทุกขั้นตอนในการพัฒนาชุมชนของตนเอง โดยเน้นหนักในเรื่อง พัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชนทั้งในส่วนอาสาสมัคร และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยมีส่วนร่วมในการคิดค้นหาปัญหาและศึกษาสาเหตุของ

ปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติ และมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐได้ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น เช่น จัดหาวิทยากร การคัดเลือกอาสาสมัคร เป็นต้น แต่ทั้งนี้เมื่อดำเนินการไปจนสามารถพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนได้มีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการได้เองในรุ่นถัดไป ชุมชนนั้นก็จะสามารถบริหารจัดการได้ทั้งหมด จนถึงระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมคือ ระดับที่ 8 ซึ่งในกระบวนการศึกษานี้ผู้วิจัยได้พยายามผลักดันให้เกิดการสนับสนุนความช่วยเหลือและการสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกให้กับชุมชน โดยผู้วิจัยได้ทำบันทึกสรุปผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อผลักดันให้เกิดการสนับสนุนภารกิจการจัดรูปแบบกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกในชุมชนให้ครอบคลุม

จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายเพิ่มเติมด้วยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ทั้งในเรื่อง 1) การรับรู้เกี่ยวกับความน่ากลัวของโรคหรือภาวะคุกคามของโรค และ 2) การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำหรือการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ อันนำไปสู่การแนวโน้มการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค/ ส่งเสริม ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวของผู้เข้าร่วมในครั้งนี้สามารถอธิบายด้วยศาสตร์ของพฤติกรรมได้ว่า มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของการตระหนักรู้ปัญหาของตนเองว่าเป็นเรื่องที่อันตราย เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ตามมาหาไม่มีการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง เช่น การเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด การรับประทานยาที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย เป็นต้น จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือการรับรู้ความรุนแรงดังกล่าว โดยธรรมชาติของบุคคลแล้วจะมีการรับรู้ต่อภาวะความเสี่ยงไม่เท่ากันแต่เมื่อมีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมแล้วทำให้เกิดบรรยากาศของกลุ่มที่เห็นไปในแนวทางเดียวกัน และเห็นปัญหาร่วมกัน ประกอบกับกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้วทำให้เกิดการกระตุ้นด้วยความกลัว (Roger. 1975) จนเกิดความตระหนักและรับรู้ความน่ากลัวของภาวะคุกคามของโรคได้มากขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการแสดงออกของพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตนั้นมีทั้งเกิดจากความตระหนักจากภายในตนเอง นั่นคือองค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factor) ที่ประกอบไปด้วย ความเชื่อ การรับรู้ เจตคติ ความคาดหวัง เป็นต้น และเกิดจากสภาพแวดล้อมนั่นคือการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน จนเกิดการเห็นพ้องต้องกันถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหากไม่มีการควบคุมความดันโลหิตร่วมกัน หรือไม่ช่วยเหลือกัน

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 นี้พบการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความตระหนักต่อการควบคุมความดันโลหิตของตนเอง และการใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นแนวทางสนับสนุนในการดูแลตนเอง 2) ด้านเจตคติทั้ง 3 องค์ประกอบ และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตตามหลักการแพทย์ทางเลือกและแนวทางการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยภาพรวมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง องค์ประกอบที่ 2 มีการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค องค์ประกอบที่ 3 มีการปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต องค์ประกอบที่ 4 มีการติดตามประเมินผลภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร่วมกับการกระตุ้นการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค สร้างการรับรู้

เกี่ยวกับความน่ากลัวของโรคหรือภาวะคุกคามของโรค โดยมีสิ่งกระตุ้นจากการดำเนินกิจกรรม และการสนับสนุนทางสังคม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ในที่นี้คือพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตต่อไป

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยที่ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์จากกระบวนการดำเนินการวิจัยที่ผ่านมา โดยกระบวนการ ขั้นตอน และ องค์ประกอบต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาของ ผู้วิจัยอิงอยู่บนหลักการ แนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รูปแบบในความหมาย ของกระบวนการหรือขั้นตอนที่พัฒนามาจากประสบการณ์การเรียนรู้เฉพาะ ซึ่งรูปแบบการพัฒนา พฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและ การมีส่วนร่วมของชุมชน เนื้อหาสาระในตอนนี้จะเป็นประมวลขั้นตอนในกระบวนการพัฒนา พฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและ การมีส่วนร่วมของชุมชน และโครงสร้างชุดกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง ขั้นตอนในกระบวนการพัฒนารูปแบบพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงที่มีต่อพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต ตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง 2) สร้างชุดกิจกรรม มีการระดมสมอง สร้างความตระหนัก และสร้างชุดกิจกรรม 3) ทดลองใช้ชุดกิจกรรม 4) ปรับปรุงชุดกิจกรรม 5) นำไปใช้จริง และ 6) ประเมินผล

ลักษณะของชุดกิจกรรมท้องถิ่นที่ผู้ร่วมวิจัยได้สร้างขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตาม แนวคิดการสร้างชุดกิจกรรมโดยการเข้าเป็นแนวร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับ ชุมชน ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างชุดกิจกรรมประกอบไปด้วยผู้แทนคนบุดลากร และผู้แทนคนที่อยู่ ในชุมชน โดยมีผู้วิจัยเป็นนักวิชาการภายนอกที่มาร่วมกันสร้างชุดกิจกรรมที่สอดคล้องกับ ความ ต้องการ วิถีชีวิตและสนองต่อความต้องการของชุมชน เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกการพัฒนาชุดกิจกรรม ตามแนวคิดนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เพราะมีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้ที่ใช้ชุมชน เป็นฐาน เพราะการสร้างชุดกิจกรรมที่คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้าง กำหนดเป้าหมาย ตลอดจน กำหนดวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน จะทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของชุดกิจกรรมนั้น มีความรู้สึกว่าชุดกิจกรรมนั้นมีความสัมพันธ์ต่อวิถีชีวิตของชาวบ้าน สร้างขึ้นโดยชาวบ้าน เช่นเดียวกับ ลำลี ทองธิว มานพ จินะนา และ พยุง ไชยวงศ์. (2544) ฉะนั้นเมื่อนำชุดกิจกรรมไป ใช้จริงในการจัดการเรียนรู้ ย่อมมีโอกาสได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนมากกว่า ชุดกิจกรรมที่

คนในชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการสร้าง ซึ่งสอดคล้องกับ Green & Kreuter (2005) ที่เน้นหลักการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชน และร่วมรับผลที่เกิดขึ้นมาด้วย เช่นเดียวกับ สมใจ วินิจกุล (2550) จึงได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาจากการถอดบทเรียนการดูแลตนเอง

การอภิปรายผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 นี้ พบว่า จากผลการศึกษาถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่ปรากฏใน 6 ขั้นตอนแล้ว ยังพบว่าปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมนี้ คือ ความร่วมมือกันของผู้ร่วมวิจัย โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่ประสานงาน อำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลือแต่ไม่ได้ชี้แนะ ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจดำเนินการเอง ดังนั้นรูปแบบของการดำเนินการวิจัยหรือพัฒนา จึงมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการพัฒนาชุดกิจกรรมท้องถิ่น อย่างไรก็ตามแม้ผู้เข้าร่วมจะเป็นผู้คิดรูปแบบกันเอง แต่ผู้วิจัยควรดำเนินการสนับสนุนเรื่องการประสานงาน สนับสนุน หรือบางครั้งต้องให้ความช่วยเหลือผู้ร่วมวิจัย ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้ร่วมวิจัย เพราะผู้ร่วมวิจัยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการเพิ่มภาระ และแสดงถึงความตั้งใจจริงที่จะทำการวิจัยของผู้วิจัย ไม่เหมือนการดำเนินโครงการวิจัยต่างๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้ลงมาดำเนินการวิจัยอย่างจริงจังอยู่ในพื้นที่ จึงปล่อยให้ภาระของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในที่สุดการวิจัยก็ไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่งการทำให้เกิดความสำเร็จดังกล่าว มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรค ดังนี้

ปัจจัยสนับสนุน

1. การมีแรงกระตุ้นจากผู้วิจัยที่คอยติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนที่ได้ตกลงกันไว้ ผู้วิจัยได้ติดตามการดำเนินการของผู้ร่วมวิจัยโดยเฉพาะผู้ร่วมวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ ซึ่งมีหน้าที่หลักในการเขียนชุดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ การเขียนแผนการจัดการเรียนรู้ และสร้างเครื่องมือวัดประเมินผลการเรียน ผู้วิจัยได้สอบถามความก้าวหน้าว่าทำงานที่ตกลงกันไว้ไปได้แค่ไหน มีปัญหา อุปสรรคอะไร ต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลืออย่างไร และพยายามสนับสนุน แก้ไขปัญหาให้ลุล่วงจนสามารถดำเนินการจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

2. การเตรียมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมการวิจัยโดยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับคณะผู้ร่วมวิจัยตำบลพิหารแดงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ตัดสินใจเลือกเป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัย เช่น เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลืองานตามที่ขอร้อง เช่น ช่วยจัดหาเอกสารบางอย่างที่ต้องการ การจัดหาตัวอย่างโครงการประจำปีมาให้ ผู้วิจัยก็หมั่นแวะเวียนไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหมู่บ้าน เช่น ร่วมงานศพ แวะเวียนไปสอบถามข่าวคราวผู้ร่วมวิจัยอย่างสม่ำเสมอ บางครั้งก็หาของไปฝากด้วย และให้ความเห็นหรือให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ

3. ผู้บริหารผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความจริงใจและให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยดี ผู้วิจัยพบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความ

ช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างมากในการวิจัยครั้งนี้ โดยคอยอำนวยความสะดวก และสอบถามปัญหาและความต้องการต่างๆ และให้โอกาสผู้วิจัยได้ปรึกษาอย่างเป็นกันเอง เมื่อผู้วิจัยมีปัญหามาปรึกษา ก็ช่วยหาทางแก้ไขปัญหาก็ และยินดีให้ความร่วมมือทำกิจกรรมตามที่ผู้วิจัยขอร้อง เช่น ให้โอกาสผู้วิจัยได้พบปะกับประธานผู้สูงอายุ หรือชาวบ้านที่มาประชุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย ยินดีไปพบปะกับชาวบ้านพร้อมกับผู้วิจัยในวันที่ชาวบ้านจัดกิจกรรมประชาคมที่ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน สนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น โครงการทัศนศึกษาดูงาน จัดเตรียมอาหารกลางวันสำหรับผู้ร่วมวิจัย เป็นต้น นอกจากนี้การที่ผู้บริหารมีภาวะผู้นำสูง และมีอิทธิพลต่อคนในหมู่บ้าน ทำให้ได้รับความร่วมมือด้วยดีจากผู้ร่วมวิจัย เช่น ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะผู้ร่วมวิจัย และขอร้องให้ผู้ร่วมวิจัยให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย

4. การมีผู้วิจัยมาช่วยเหลือให้คำแนะนำ การที่ผู้วิจัยลงไปทำงานร่วมกับผู้ร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด และให้คำแนะนำ คำปรึกษา ช่วยเหลือด้วยความจริงใจ มีท่าทีที่ไม่แข็งกร้าว ยึดหยุ่นตามสถานการณ์ และคุณสมบัติส่วนตัวของผู้วิจัยที่มีอยู่ก่อน โดยเฉพาะความเป็นผู้นำทางวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข และการเป็นนักศึกษาระดับปริญญาเอก ทำให้ได้รับการยอมรับจากคณะผู้ร่วมวิจัยเป็นอย่างดี

5. ชาวบ้านตำบลพิหารแดงมีความสัมพันธ์ที่ดีกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยพบว่า คนในหมู่บ้านตำบลพิหารแดงให้ความร่วมมือด้วยดีกับทางโรงเรียนในทุกๆ เรื่อง และแทบไม่มีปัญหาหรือความขัดแย้งระหว่างหมู่บ้านกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อมีปัญหากระทบกระทั่งกัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะรีบหาทางแก้ไขไม่ปล่อยให้ปัญหาเรื้อรัง ฉะนั้นจึงพบว่า เมื่อใดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขอร้องหรือต้องการความช่วยเหลือจากทางหมู่บ้าน ชาวบ้านจะยินดีให้ความช่วยเหลือเสมอ การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยก็ได้ใช้ช่องทางการสื่อสารจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านไปยังหมู่บ้าน โดยอาศัยภาวะผู้นำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีอิทธิพลต่อชาวบ้านในพื้นที่ ทำให้ได้รับความร่วมมือด้วยดี

6. การให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ร่วมวิจัยทุกๆ คนอย่างเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้ร่วมวิจัยให้เข้าใจว่า ทุกคนมีความสำคัญในการวิจัยครั้งนี้เท่าเทียมกัน ไม่มีใครที่เก่งหรือโง่ไปทุกๆ เรื่อง ในการวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จไม่ได้ถ้าหากทุกคนไม่ร่วมมือกัน และผลที่ได้จากการวิจัยก็จะเป็นประโยชน์คนในตำบลพิหารแดงต่อไป

ปัญหาอุปสรรค

1. ความล่าช้าของการดำเนินการ โดยผู้วิจัยมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นทำให้กระบวนการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นไปด้วยความล่าช้าคือ การขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการ ซึ่งสาเหตุเกิดจากผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้แทนการพัฒนาโครงสร้างชุดกิจกรรมไม่ได้ปฏิบัติ

ตามกำหนดเวลาที่ตกลงกันไว้ เมื่อผู้วิจัยทวงถามความคืบหน้าก็ได้แต่รับทราบถึง เนื่องจากแต่ละคนติดงานภารกิจประจำวันที่ได้รับผิดชอบเต็มเวลาอยู่ จนกระทั่งผู้วิจัยได้ปรึกษาขอคำแนะนำจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เชิญคณะผู้ร่วมวิจัยมาปรึกษาหารือกัน และขอร้องให้ผู้ร่วมวิจัย ให้ความร่วมมือดำเนินการต่างๆ ร่วมกับผู้ร่วมวิจัยตามกำหนดการที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ด้วย หากมีปัญหายุ่งยากอุปสรรคในการดำเนินการเรื่องใดๆ ให้ปรึกษาผู้วิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนการเชิญผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้แทนคนในชุมชนก็มีปัญหาว่า ผู้ร่วมวิจัยบางคนไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมได้ทุกครั้ง เพราะติดภารกิจ ซึ่งผู้วิจัยก็ยอมรับได้ถ้าเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญมากนัก และมีผู้ร่วมวิจัยคนอื่นๆ สามารถทำหน้าที่แทนกันได้ แต่ถ้าเป็นกิจกรรมที่สำคัญและต้องการข้อมูลหรือความคิดเห็นจากผู้ร่วมวิจัยเป็นจำนวนมาก เช่น การพิจารณาโครงสร้างชุดกิจกรรม การวิพากษ์ชุดกิจกรรม เป็นต้น ผู้วิจัยก็จะใช้วิธีการเลื่อนประชุม จนกว่าจะได้นั้น เวลาที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมประชุมได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยจะคำนึงถึงผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้นำและมีบทบาทสำคัญเป็นหลักก่อน เช่น ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.เจ้าพระยาบรมราชจักรีวงศ์สุพรรณบุรี เป็นต้น

2. อุปสรรคเกี่ยวกับการขาดพื้นฐานความเข้าใจและขาดทักษะการจัดทำชุดกิจกรรม ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุไม่ได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาชุดกิจกรรมและการสร้างชุดกิจกรรมท้องถิ่นอย่างจริงจังและชัดเจนมาก่อน แม้ผู้วิจัยจะได้จัดประชุมเตรียมความพร้อมให้แล้ว แต่ก็เป็นการเตรียมในระยะเวลานั้นๆ ทำให้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ทำถูกต้องหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยก็ได้ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำว่า ชุดกิจกรรมเป็นชุดกิจกรรมที่ผู้ใช้ชุดกิจกรรมเป็นผู้สร้างเอง ใช้อย่างนั้น จะผิดหรือถูกย่อมขึ้นอยู่กับความพอใจของตนเอง ถ้าใช้แล้วไม่พึงพอใจก็สามารถปรับปรุงได้เรื่อยๆ

3. ความไม่กล้าในการนำเสนอความคิดเห็น เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน บางส่วนเป็นชาวบ้านที่ไม่ได้จบการศึกษาระดับสูงทำให้รู้สึกเขินอาย ไม่มั่นใจในการนำเสนอโครงสร้างชุดกิจกรรมของผู้ร่วมวิจัยต่อที่ประชุม ทำให้ในช่วงแรกของการดำเนินโครงการจึงมีความคล้อยตามกับกลุ่มผู้นำหรือกลุ่มครูเกษียณ เพราะดูแล้วมีความน่าเชื่อถือมากกว่า ดังปรากฏคำพูดว่า “แล้วแต่ครูเลย” อยู่เสมอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงอาศัยการกระตุ้น ใช้วิธีการแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อใช้การสนับสนุนทางสังคมในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีส่วนร่วมด้วยชุมชน และสร้างบรรยากาศที่ช่วยส่งเสริมความภาคภูมิใจและกล้านำเสนอความคิดเห็นของตนเองต่อไป

4. ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นครูผู้เกษียณอายุไม่มีเวลาไปหาเอกสารประกอบการเขียนชุดกิจกรรมและการจัดทำแผนการเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ช่วยเหลือ โดยให้ช่วยเป็นธุระไปหาเอกสารตามที่ครูต้องการมาให้

5. การนำแผนการจัดการเรียนรู้ไปทดลองใช้ไม่เป็นไปตามกำหนด เพราะผู้ช่วยนักวิจัยติดภารกิจส่วนตัวอื่นๆ ผู้วิจัยให้กลุ่มผู้ช่วยนักวิจัย ช่วยกันแก้ปัญหา โดยบางครั้งผู้ช่วยนักวิจัย ต้องทำการสลับตัวบุคคลไปดำเนินการกิจกรรมแทน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จัดขึ้นแล้วผู้สูงอายุมีความตระหนักและรับรู้ปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ซึ่งในเบื้องต้นผู้สูงอายุเข้าใจว่าเป็นเรื่องของบุคคล แต่เมื่อในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ตั้งให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและได้แสดงบทบาทที่ชัดเจนในการสนับสนุนเรื่องการแก้ปัญหาโดยใช้การแพทย์ทางเลือก ทำให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นถึงความสำคัญ ยกย่องปัญหาให้เป็นเรื่องที่ต้องช่วยกันแก้ปัญหา และถือว่าตนเองเป็นสมาชิกที่ได้รับความสนใจจากผู้นำชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยเสนอแนะให้ชุมชนมีการส่งเสริมแนวทางการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานในสถานบริการของรัฐ ควรนำความเป็นองค์กรร่วมซึ่งเป็นจุดแข็งของการแพทย์แผนไทยและทางเลือกมาเติมเต็มสิ่งที่จุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบัน ควรเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษาและมีรูปแบบที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน รวมถึงนโยบายการสนับสนุนการบริการการแพทย์ทางเลือก เช่น การจัดจรรยาบรรณ การจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอย่างต่อเนื่องโดยจัดในช่วงวันหยุด วันเสาร์-อาทิตย์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถมาเข้าร่วมได้

2. สนับสนุนให้กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทและความเข้มแข็ง จุดเน้นให้บริการทางวิชาการเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาได้ เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม รวมทั้งสร้างจิตสำนึกและความผูกพันของคนในสังคม โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อ สร้างชุมชนให้เข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งสนับสนุนการฝึกอบรมความรู้และทักษะ และสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ให้แก่ญาติและบุคลากรกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น อาสาสมัคร สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. จากผลการศึกษาพบว่าความสำเร็จส่วนหนึ่งของการทำกิจกรรมคือการที่กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมีโอกาสได้ตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษาได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยเสนอให้ชุมชน มีการจัดกิจกรรมหมุนเวียนเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความหลากหลาย โดยเริ่มจากการรวมกลุ่มหรือเริ่มจากชมรมผู้สูงอายุที่สร้างกิจกรรมแบบหมุนเวียน โดยการสนับสนุนด้านความรู้ วิทยากร สถานที่ งบประมาณ ให้กับผู้สูงอายุ มีการเชิญชวนให้ชุมชนอื่นเข้ามาศึกษาดูงาน ซึ่งจะทำให้เกิดระบบที่เข้มแข็งในชุมชนมากขึ้น ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจต่อการเป็นวิทยากร หรือเป็นอาสาสมัครให้กับชุมชนอื่น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องต่อผลการศึกษาที่ผู้สูงอายุสะท้อนถึงความสำเร็จของโครงการนั้นคือหลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้วความดันลดลง ไม่ต้องรับประทานยาเพิ่ม จึงอยากให้ขยายไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่น หรือพื้นที่อื่นต่อไป

4. การส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทให้มากขึ้น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานตามแผนเพื่อให้สัมฤทธิ์ผล โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและยาวนานที่สุด เป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนในลักษณะการพึ่งพาตนเอง เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอระดับปฏิบัติ

1. จากผลการศึกษาพบว่าปัญหาของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนคือ แม้ว่ากลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี แต่ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต เช่น การทำงาน คือ การออกกำลังกาย การรักษาความดันโลหิตสูง ต้องไปพบแพทย์เพราะเป็นโรคทางกาย เป็นต้น สาเหตุหนึ่งของการเข้าใจผิดดังกล่าวคือขาดความตระหนักในการศึกษาหาแนวทางเลือกอื่นที่นอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน ดังนั้นผู้วิจัยเสนอให้กลุ่มเป้าหมายมีการศึกษาหาความรู้ตามที่ตนเองสนใจ เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ที่ตรงกับความต้องการและศักยภาพของตนเองทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. จากผลการศึกษา พบว่า นอกเหนือจากความตระหนักของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตของตนเองแล้ว ยังพบว่าครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของการแพทย์ทางเลือกได้ ดังนั้นในช่วงวันหยุดหรือวันเสาร์อาทิตย์ ครอบครัวควรให้การสนับสนุนเช่นพาผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก หรือเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเพื่อนกับผู้สูงอายุ ย่อมทำให้บรรยากาศเกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียดหรือความกังวลใจ เพราะเกรงใจลูกหลานที่ตนเองต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมลงได้

ข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติจริงกับในชุมชน ที่คัดเลือกจากชุมชนที่มีสถิติปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก ซึ่งการเก็บข้อมูลมีทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตยังมีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันออกไปตามแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยเสนอให้มีการศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบกรณีศึกษา (Case study) จากผู้สูงอายุที่เคยรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต จนมาสู่การทำกิจกรรมเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกแล้วสามารถหยุดรับประทานยาได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการลดค่าใช้จ่ายรับประทานให้กับผู้อื่นได้ในอนาคต



บรรณานุกรม

- เกษม จันทรแก้ว. (2547). *วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ: อักษรสยามการพิมพ์.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ; และคณะ. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. ปีที่ 23 ฉบับที่ 2.
- กิตติพร ปัญญาภิญโญผล. (2549). *วิจัยเชิงปฏิบัติการแนวทางสำหรับครู*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินต์ติ้ง.
- กุลวดี ราชภักดี. (2545). ความตระหนักและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ของนักศึกษาในหอพักสถาบันอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
- . (2550). ความตระหนักและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ของนักศึกษาในหอพักสถาบันอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก. (2550). คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับการจัดทำข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้บริโภค ในการใช้บริการการแพทย์แผนเดิม การแพทย์เสริม และการแพทย์ทางเลือกอย่างเหมาะสม. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. (2555.). คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: สำนักงานการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. (2558.). คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการแพทย์ผสมผสาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- จตุรงค์ ประดิษฐ์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. ถ่ายเอกสาร.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2546). *กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จำรูญ มีนออน; และคณะ. (2555). รายงานการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน การดำเนินงานของสมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2547). *ศาสตร์และศิลป์ แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชวลีกร ยิ้มสุด. 2552. การพัฒนาการคิดไตร่ตรองและพฤติกรรมการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญของ
ครูประถมศึกษาโดยใช้เทคนิคการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารพฤติกรรม
ศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชดช้อย วัฒนะ (2006). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้เกี่ยวกับ
โรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จิตติพัฒน์ พิษณุธาดาพงศ์. (2548) การพัฒนาระบบสมรรถนะของกรมการแพทย์กระทรวง
สาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ. ปูนซิเมนต์ไทย (มหาชน).
- ณัฐพร อยู่ปาน; พัทธี ดวงจันทร์; และพนิดา แจ่มผล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน
ทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และ
วิทยาการสุขภาพ. 10(1): 10-18.
- ณัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วย
การแพทย์แผนไทยของบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา สถาบันวิจัยและพัฒนา.
- ณัฐศักดิ์ จันท์ผล. (2552). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ที่เน้น
การกระจายอำนาจ. ปรินญาณิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม.
- ดุษฎี พงศ์อุดม. (2549). ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียด
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่. สารนิพนธ์
สศ.ม. (สาธารณสุข). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ทิตนา แหมมณี. (2550). ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มี
ประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม.
ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.
- นฤมล ท้าวทอง; และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงชุมชน.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 35(3): 15-34.
- นฤมล รื่นไวย์. (2554). An After Action Review เรียนรู้จากบทเรียนร่วมกัน. *KM Lite*. 4 (3):
14-16.
- นิตยา เพ็ญศิริธินา. (2542). การสร้างพลัง. สารานุกรมศึกษาศาสตร์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ.
กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- นิพนธ์ แจ้งเยี่ยม. (2544). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: เอกมัยการพิมพ์.
- บังอร ฉางทรัพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บัณฑิต จุฬาศัย. (2528, มิถุนายน-กรกฎาคม). เยาวชนผู้กำหนดสภาวะแวดล้อมในทศวรรษหน้า. *จุลสารสภาวะแวดล้อม*. 3: 3-13.
- บุรชัย ศิริมหาสาร; และพัชรา กวางทอง. (2552). เรื่องเล่าเจ้าพลังในชุมชนนักปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: แสงดาว.
- ปฐญาภรณ์ ลาลูน, นภาพร มัชฌิมการ; และอนันต์ มาลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 18(3): 160-169.
- ประพนธ์ ผาสุขยัต. (2556). AAR เทคนิคการพูดจาย่างสร้างสรรค์. [online]. Available : <http://www.kmi.or.th/kmi-articles.html>. [25 มีนาคม 2556].
- ประภาส จิบสमानบุญ; และอุบล สุทธิเนียม. (2556). สมาริบำบัด SKT2 ต่อระดับความดันโลหิตและตัวบ่งชี้ ทางเคมี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี* 29(2): 122-133.
- ปราณี จงสมจิตร. (2551). ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีระ การผ่อนคลาย และความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง. *ปริญญานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)*. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณี ทองคำ. (2539). เครื่องมือวัดทางการศึกษา. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ไพบรมา กลิ่นนิรญ. (2558). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 3(2): 213-230.
- พระมหาชนะ ชยธมโม (ชนะชัย). (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการเรียนรู้แบบยืดหยุ่นเป็นฐานในโรงเรียนพระปริยัติธรรมปัจฉิมศึกษายี่น. *ปริญญานิพนธ์ ศษ.ด. (การบริหารการศึกษา)*. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมกุฏราชวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พาพร วิมุกตะลพ. (2551). ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *ปริญญานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิภพ ชังเงิน. (2547). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.
- พรรณรัตน์ เก้าธรรมสาร. (2533, กุมภาพันธ์). การเรียนแบบทำงานรับผิดชอบร่วมกัน. *สารพัฒนาหลักสูตร*. 95: 35-37.

- พรทิพย์ ศิริชูทรัพย์. 2542. ทำการศึกษาเรื่อง การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วม ต่อปัญหาสังคมของกลุ่มผู้ใช้สื่ออินเทอร์เน็ต. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (นิเทศศาสตร์ พัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- มุกดา สอนประเทศ. (2554). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของสถานเอนามัยก้าวหน้า ต.กุดกู่ อ.โนน จ.หนองบัวลำภู. ม.ป.ท.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537, มิถุนายน - กันยายน). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 17: 11 - 15.
- . (2552). การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน. ใน เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ รูปแบบเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน ระหว่างวันที่ 26-28 กันยายน 2552. ขอนแก่น : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. 2548. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- รัตนา ทองสวัสดิ์; และคณะ. (2541). การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาร. 5(21): 11-18.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2545). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2557). คู่มือภาคประชาชนสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม เรื่อง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน. กรุงเทพฯ: นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- ลลนา เลิศพฤกษ์ . (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ ทัศนคติต่ออาชีพและความสำเร็จในอาชีพ ของผู้แทนขายสินค้าอุตสาหกรรม. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
- ละอองดาว ชุ่มธิ. (2554). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการลดระดับความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิเชียร วิทยอุดม. 2547. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ: ธีระฟิล์ม และไซเท็กซ์.
- วิชาดา สินประจักษ์ผล. (2536). การจัดการห้องเรียนเพื่อการอ่านที่มีประสิทธิภาพ. สารพัฒนาหลักสูตร. 12(114): 23-28.
- วิไล พิพัฒน์มงคลพร. (2535). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาษาไทยของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ระหว่างการสอนโดยวิธีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนกับการสอนแบบปกติ. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ภาษาไทย). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

- วิโรจน์ สารรัตน์. (2558). การวิจัยทางการบริหารการศึกษา: แนวคิด แนวปฏิบัติ และกรณีศึกษา พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ.
- ศิริพร ปาระมะ. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริมา มิตรเกษม. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ; และชเนตติ มลิินทางกูร. (2551). การเปลี่ยนแปลงในขนาดและสัดส่วนของ "ผู้สูงอายุ", from http://www.cps.chula.ac.th/research_division/article_ageing/ageing_001.html
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2552). รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2557 - 2559. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบัน/ศูนย์พรหมวชิรญาณ คลินิกแพทย์แผนไทย-จีน. (2560). การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า Reflexology. [online]. Available : สืบค้นเมื่อ 18 ตุลาคม 2559, จาก <http://www.promwachirayan.org/th/%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%94%E0%B8%88%E0%B8%B8%E0%B8%94%E0%B8%AA%E0%B8%B0%E0%B8%97%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%9D%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B9%89%E0%B8%B2.html>.
- สิทธิโชค วรรณสันติกุล. 2547. จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: เม็ดทรายปรินต์.
- สนธยา พลศรี. (2545). ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สมใจ วินิจกุล. (2550). อนามัยชุมชน กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พันนี้พับลิชิ่ง.
- สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2554). สมานิบำบัดแบบ SKT รักษาสารพัดโรคได้ด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.
- สมพร เจือจันทิก. (2552). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.

- สมรัตน์ ขำมาก. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 3(3): 153-169.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension. ฉบับปรับปรุง 2558. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- สร้อยตระกูล (ติวานนท์) อรรถมานะ. (2542). พฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สารภี แสงเดช; และเพชรไสว ลัมตระกูล. (2555). แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 35(1): 39-47.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2547). จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: เม็ดทรายปรินติ้ง.
- สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร. (2545). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: แนวคิดและแนวปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสนับสนุนกองทุนการวิจัย. สืบค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2559, จาก <http://203.157.71.148/Information/center/research-55>
- สิริรัตน์ วิภาสศิลป์. (2548). การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยและสถิติประยุกต์ทางนิเทศศาสตร์. หน้า 150-162. นนทบุรี: สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2538) ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุชาพร รัชส์เกริกก้อง. (2543). ผลของบุคลิกภาพ เจตคติต่องาน และอัตราการขาดงานในอดีตที่มีต่ออัตราการขาดงานของพนักงาน: ศึกษาเฉพาะกรณีบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุทัศน์ ดวงดีเด่น. (2552). ถอดบทเรียนหลังทำกิจกรรม (After Action Review : AAR). *Productivity World*. 14 (82): 73 – 76.
- สุภาพร แนวนุตร; สุภาพร แนวนุตร . (2558). ผลของการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้เทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT-2 ในชุมชน. กรุงเทพฯ: ฐานข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานภาครัฐด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.

- สุรัชย์ ชูตินธรรารักษ์. (2553). ผลการประยุกต์ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. ปรินญาณิพนธ์ สศ.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ). มหาสารคาม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิทย์ บุญช่วย; และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยเจตคติของครู ผู้ปกครอง และนักเรียนต่อโครงการขยายโอกาสทางการศึกษาใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2551). การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน .กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสนีย์ นันทยานนท์. (2543). ความพึงพอใจในการทำงานของพนักงานธนาคารนครหลวงไทยจำกัด [มหาชน] ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สมนึก ปฏิปทานนท์. (2550). การพัฒนาวิชาชีพครูสังคมศึกษาโดยการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน. วารสารพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต, 1 (2) , หน้า 57.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค Annual Report 2015. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก. (2557). จากรายงานสำรวจความต้องการ และอัตราการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แบบผสมผสานของประชาชนในภาพรวมของโลก. กรุงเทพฯ: สำนักงานการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- สำนักงานการแพทย์ทางเลือก. (2558). สถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2569, จาก http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=115
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- . (2557). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ). กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สำลี ทองธิว; มานพ จินะนา; และ พยุง ไชยวงศ์. (2544). โครงการพัฒนาหลักสูตรมัธยมศึกษาตอน
งานไม้แกะสลักและงานไม้สำหรับหมู่บ้านหัตถกรรมไม้แกะสลักบ้านถวายเป็น
กรณีศึกษาโรงเรียนบ้านต้นแก้วชุมชนบ้านถวายเป็น อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.
กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- อภิสิทธิ์ มะโน; และคณะ. (2555). ประสิทธิภาพ ของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการ
ป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูง ในชายวัย
กลางคน เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. 28(1): 1-16.
- อัมพร วงศ์ดีป; นงเยาว์ อุดมวงศ์; และรังสิยา นารินทร์. (2558). การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. พยาบาลสาร.
42(4): 12-24.
- อุทัย ดุลยเกษม; และอรศรี งามวิทยาพงศ์. (2540). ระบบการศึกษากับชุมชน. กรุงเทพฯ:
แปลนพับลิชชิง.
- อุทัย เพชรช่วย. (2528). การให้นักเรียนสอนกันเอง. ประชากรศึกษา. 35(11): 27-30.
- Akrani, G. (2010). *Decision making process in management – Problem solving*. Retrieved
August 1, 2017, from [http://kalyan-city.blogspot.com/2010/06/decision-making-
process-in-management.html](http://kalyan-city.blogspot.com/2010/06/decision-making-process-in-management.html)
- Allport, G.W. (1935). "Attitude" in *Handbook of Social Psychology*. Worcester Mass: Clark
University Press.
- Anderson CS, Heeley E, Huang Y; et al. (1995). INTERACT 2 investigators. *Rapid blood-
pressure lowering in patients with acute intracerebral hemorrhage*. N Engl J Med
2013; 368: 2355-2365.
- Andersson OK, Lingman M, Himmelmann A, Sivertsson R, Widgren B.R. (2004). Prediction
of future hypertension by casual blood pressure or invasive hemodynamics? A 30-
year follow-up study". *Blood Press*. 13 (6): 250–254.
- Aronow WS; et al. (2011). "ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension
in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task
Force on Clinical Expert Consensus documents. *Journal of the American College
of Cardiology*. 57 (20): 2037–2114.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education
Monographs*. 2(a): 409-417.
- Becker, M.H.; & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with
Health Medical Care Recommendation. *Medical Care*. 13(1): 12: 3-24.

- Breckler. S.W. (1986). *Attitude Structure and Function*. Hillsdale. NJ: L. Erlbaum Association
- Blumenthal Ja, Babyak ma, Hinderliter a, Watkins II, Craighead I, Lin PH, Caccia C, Johnson J, Waugh R, Sherwood a. (2010). Effects of the dash diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Arch intern med*. 2010;170(2):126-35.
- Bock, G.W.; & Kim, Y.G. (2004). Breaking the myths of rewards: An exploratory study of attitudes about knowledge sharing. *Information Resources Management Journal*, 15(2): 14-21.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002 Oct 16;288(15):1909-14.
- Bootsri, S.; Nakornkate, K.; & Sukonthasab, S. (2017). A Contribution of PAR for the Prevention and Control of Hypertension and Diabetes among the Elderly in Thailand. *Global Journal of Health Science*. 9(6): 76-87.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health* New York. Behavioral Publications
- Cardno, C. (2003). *Action research: A developmental approach*. Wellington: NZCER.
- Carr, W.; & Kemmis, S. (1986). *Becoming critical: Education, knowledge and action research*. Lewes, East Sussex: The Falmer Press.
- Carretero OA, Oparil S (2000). "Essential hypertension. Part I: definition and etiology". *Circulation*. 101 (3): 329–335.
- Caplan, C. (1997). *Food health and identity*. London: Routledge.
- Chobanian AV (August 2007). "Clinical practice. Isolated systolic hypertension in the elderly". *N. Engl. J. Med*. 357 (8): 789–796.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al; (2003) National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*; 289:206-52
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38: 300-314.

- Conway, J. (1984. April). Hemodynamic aspects of essential hypertension in humans. *Physiol. Rev.* 64 (2): 617–660.
- Collison, C.; & Parcell, G. (2004). Learning to fly: practical knowledge management from some of the world's leading learning organizations (Updated edition). Oxford: Capstone.
- Crane, P.R. (2014). Technical action research. In *The SAGE encyclopedia of action research*. Edited by D. Coghlan; & M. Brydon-Miller. London: SAGE.
- Creer, L.T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Printrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp.601-629). California: Academic.
- Dick, B. (2000) *A beginner's guide to action research* [On line]. Available at http://www.uq.net.au/action_research/arp/guide.html.
- Dick, W., Carey, L.; & Carey, J. O. The Systematic Design of Instruction.(5th ed.). New York: Addison-Wesley, Longman.2001.
- Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, et al., J Hypertens, 2006; 24:215–233.
- Dickinson H.O., Nicolson D.J., Campbell F., Beyer F.R.; & Mason J. (2006). Potassium supplementation for the management of primary hypertension in adults. *Cochrane database Syst Rev.* 2006;(3): CD004641.
- Dluhy R.G.; & Williams G.H. (1998). Endocrine hypertension. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders. 729-749.
- Ehret GB, Munroe PB, Rice KM; et al. (October 2011). "Genetic variants in novel pathways influence blood pressure and cardiovascular disease risk". *Nature*. 478(7367): 103–109.
- Elliot, J. (2005). Becoming critical: the failure to connect. *Educational Action Research*, 13(3), 359-374.
- Esler M, Lambert E, Schlaich M (December 2010). "Point: Chronic activation of the sympathetic nervous system is the dominant contributor to systemic hypertension". *J. Appl. Physiol.* 109 (6): 1996–8; discussion 2016.
- Fishbein, M.; & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fisher ND, Williams GH (2005). "Hypertensive vascular disease". In Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al.. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill.1463-81.

- Folkow, B. (1982, April). Physiological aspects of primary hypertension. *Physiol. Rev.* 62(2): 347–504. PMID.
- Franklin, S.S.; Wilkinson, I.B.; & McEniery, C.M. (2012, February). "Unusual hypertensive phenotypes: what is their significance?. *Hypertension.* 59(2): 173–178.
- Good, Carter V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill.
- Green, L. W.; & Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach*. New York: Quebecor World Fairfield.
- Greenberg, J. (2006). Are blood pressure predictors of cardiovascular disease mortality different for prehypertensive than for hypertensive. *American Journal Hypertension.* 19: 454-461.
- Greenhalgh J, Dickson R, Dunder Y. (2009). The effects of biofeedback for the treatment of essential hypertension: A systematic review. *Health Technol Assess.* 13: 1-104.
- Grossman E; & Messerli, F.H. (2012, January). "Drug-induced Hypertension: An Unappreciated Cause of Secondary Hypertension. *Am. J. Med.* 125(1): 14–22.
- Grundy, S. (1982). Three modes of action research. *Curriculum Perspectives.* 2(3): 23-34.
- Haslam D.W.; & James W.P. (2005). "Obesity". *Lancet.* 366 (9492): 1197–209.
- He F.J., MacGregor G.A.; J Hum Hypertens. (2009). *A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes.* 23(6): 363-384. doi:10.1038/jhh.2008.144. Epub 2008 Dec 25.
- He, F.J.; & MacGregor, G.A. (2004). Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. In MacGregor, Graham A. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3): CD004937.
- International Association for Public Participation. (2007). IAP2 Spectrum of Public Participation. Retrieved December 1, 2013, from <http://www.iap2.org/associations/4748/files/spectrum.pdf>
- Johnson, C.S; & Kromann-Kelly, I. (1995). Using Action Research to Assess Instruction. *Reading Horizons.* 35(3): 199-208.
- Katz, Daniel, (1960). The "Functional Approach to Study of Attitude." *Public Opinion Quarterly.*
- Keeves P.J. (1988). *Educational research, methodology and measurement: An international handbook*. Oxford: Pergamon Press
- Keeves, J.P. (1997). Models and model building. In Keeves, J.P. (ed.). *Educational research, methodology and measurement: An International Handbook*. 2nd ed., Oxford: Pergamon Press.

- Krech, D., Crutchfield, R.S.; & Ballachey, E.L. 1962. *Individual in Society*. New York: McGraw-Hill Book.
- Langlie, J.K. (1977). Social network, health beliefs and preventive health behavior. *Journal Health Social Behavior*, 23, 145–159.
- Lawlor, D.A.; & Smith, G.D. (2005, May). Early life determinants of adult blood pressure. *Current opinion in nephrology and hypertension* 14 (3): 259–264.
- Lewin, K. (1946) *Action research and minority problems*. in G.W. Lewin (Ed.) *Resolving Social Conflicts*. New York: Harper & Row (1948).
- Lifton, R.P.; Gharavi, A.G.; & Geller, D.S. (2001-02-23). Molecular mechanisms of human hypertension. *Cell*. 104(4): 545–556.
- Lorig, K.R.; & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *The Society of Behavioral Medicine*. 26(1): 1-7.
- Maindal HT, Bonde A.; & Aagaard-Hansen J. (2014). Action Research Led to a Feasible Lifestyle Intervention in General Practice for People With Prediabetes.
- Maiman, Lois A., (1974). The health belief Model: Origin and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*. 2: 337-353.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. (2007). ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J. Hypertens*. 25: 1751-62.
- Marshall, I., Wolfe, C.; & McKevitt, C. (2012). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: Systemic review of qualitative research. *British Medical Journal*. (online), 345, doi: 10.1136/bmj.e3953.
- Maville, J.A.; & Huerta, C.G. (2002). *Health Promotion in Nursing*. USA: Delmar.
- McKernan, J., (1991). *Curriculum Action Research. A Handbook of Methods and Resources for the Reflective Practitioner*. London: Kogan Page
- Mesas A.E., Leon-Muñoz L.M., Rodriguez-Artalejo F.; & Lopez-Garcia E. (2011). The effect of coffee on blood pressure and cardiovascular disease in hypertensive individuals: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 94: 1113–26.
- Musini, V.M.; Tejani, A.M.; Bassett, K.; & Wright, J.M. (2009, October). *Pharmacotherapy for hypertension in the elderly*. *The Cochrane database of systematic reviews*. 4: CD000028.

- National Clinical Guideline Centre (2011, August). 7 Diagnosis of Hypertension, 7.5 Link from evidence to recommendations. *Hypertension (NICE CG 127)*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 28 June 2006.
- Navar, L.G. (2010, December). Counterpoint: Activation of the intrarenal renin-angiotensin system is the dominant contributor to systemic hypertension. *J. Appl. Physiol.* 109(6): 1998–2000; discussion 2015.
- Newcomb, Theodore M., Ralph H. Turner, and Philip E. Converse. 1965. *Social psychology: the study of human interaction*.
- North of England Hypertension Guideline Development Group (2011, August). "Frequency of measurements. *Essential hypertension (NICE CG18)*. National Institute for Health and Clinical Excellence. 53.
- Palatini P, Julius S (2009, June). The role of cardiac autonomic function in hypertension and cardiovascular disease. *Curr. Hypertens. Rep.* 11(3): 199–205.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Connecticut: Appleton & Lange.
- Perry, C.; & Zuber-Skerritt, O. (1992). Action research in graduate management research programmes. *Higher Education*. 23: 195-208.
- Reece, B. L.; & Brandt, R. (1999). *Effective Human Relations in Organizations*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*. 91, 93-114.
- (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press.
- Safar M.E.; & London G.M. (1987, August). Arterial and venous compliance in sustained essential hypertension. *Hypertension*. 10(2): 133–139.
- Schiffirin E.L. (1992, February). Reactivity of small blood vessels in hypertension: relation with structural changes. State of the art lecture. *Hypertension*. 19(2 Suppl): II1–9.
- Sharon, S. B & Saul, M. K. (1996). *Social psychology*. 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin
- Smith, C.M.; & Maurer, F.A. (2000). *Community health nursing: Theory and practice*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunder.

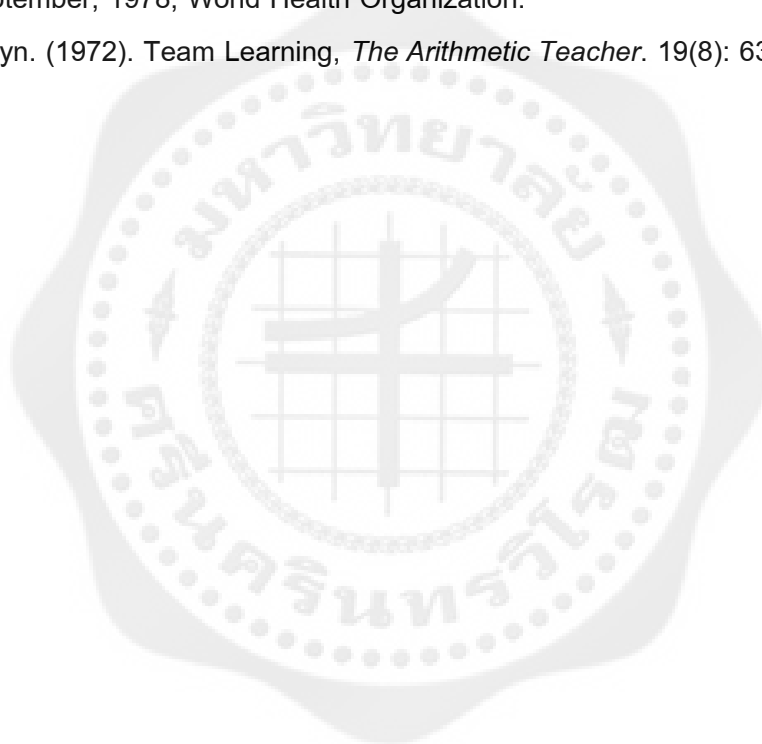
- Sorensen, R.K. (2012). *Mental health consumer participation: A technical action research project*. Doctoral's Dissertation (Health Science). Auckland: Graduate School, Auckland University of Technology
- Sorof J, Daniels S (October 2002). Obesity hypertension in children: a problem of epidemic proportions. *Hypertension*. 40(4): 441–447.
- Steers, R.M. & Porter, L.W. (1991). *Motivation & work behavior*. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
- Totikidis V. (2013). Applying the nominal group technique (NGT) in community based action research for health promotion and disease prevention. *The Australian Community Psychologist*.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and Change*. New York: Wiley.
- U.S. Agency for International Development (USAID). (2011). *USAID Policy Framework 2011 – 2015*. Pennsylvania Avenue, NW Washington, USA.
- United Nations. (2012). *2012 World Population Prospects: The 2010 Revision*.
- Vasan, R.S.; Beiser, A., Seshadri, S., Larson, M.G., Kannel, W.B., D'Agostino, R.B.; & Levy, (2002). "Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study". *JAMA: the Journal of the American Medical Association*. 287(8): 1003–10.
- Versari D., Daghini E., Virdis A., Ghiadoni .L; & Taddei S. (2009, June). *Endothelium-dependent contractions and endothelial dysfunction in human hypertension*. *Br. J. Pharmacol*. 157(4): 527–536.
- Wallerstein. (1992). Powerlessness, Empowerment, and Health: Implication for health promotion program. *American Journal of Health Promotion*. 6(3): 197-205.
- Whelton PK; et al. (1998). Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons. A randomised controlled trial of nonpharmacological interventions in the elderly (TONE). *JAMA*, 279: 839-846.
- Whelton PK; et al. (2002). Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*, 288 (15): 1882–1888.
- Whelton S.P., Chin A., Xin X.; & He J. (2002). Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Int Med*. 136: 493-503.

Williams, B.; Poulter, N.R., Brown, M.J., Davis, M., McInnes, G.T., Potter, J.F., Sever, P.S., McG Thom, S, British Hypertension, Society. (2004, Mar). Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. *Journal of Human Hypertension*. 18(3): 139–185.

Wong T.; & Mitchell P. (2007). *Lancet* 369 (9559): 425-435. PMID 17276782.
doi:10.1016/S0140-6736 (07) 60198-6

World Health Organization. (1978). Primary Health Care. Geneva: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September; 1978, World Health Organization.

Young, Caralyn. (1972). Team Learning, *The Arithmetic Teacher*. 19(8): 630 – 634.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- | | |
|---|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พลเทพ พูนพล | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม | อาจารย์ประจำสำนักทดสอบทางการศึกษา
และจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 5. ดร.ฐิติมา เวชพงศ์ | อาจารย์ประจำคณะวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยศิลปากร |



ภาคผนวก ข

เครื่องมือวิจัย

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- แบบสอบถามเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
- แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก
- แบบประเมินความพึงพอใจ
- แบบสังเกตพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้วิจัย และแกนนำผู้สูงอายุ
- แบบถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review : AAR)
- ใบประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการ
- สมุดประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการวิจัย ซึ่งผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปพัฒนาโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน และเป็นแนวทางในการทำให้ชุมชน มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ ประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป ในการนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 4 ตอน จึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณา ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกตอนและครบทุกข้อตามความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุด โดย ข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบแต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ทุกท่านเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

นางสาวลภัสสรดา สระดอกบัว

นิสิตปริญญาเอก สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง
ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี (ครบบริบูรณ์)
3. สถานภาพสมรส ☐ 1.โสด ☐ 2.สมรส ☐ 3.หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ	☐ 2.ประถมศึกษา
☐ 3.มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ 5.ปวช./ปวส./อนุปริญญา	☐ 6.ปริญญาตรี
☐ 7.สูงกว่าปริญญาตรี	
5. อาชีพหลัก

☐ 1.ทำสวน/ ทำนา/ ทำไร่/ เลี้ยงสัตว์	☐ 2.รับจ้างทั่วไป
☐ 3.รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	☐ 4.ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน
☐ 5.ค้าขาย/ ทำธุรกิจส่วนตัว	☐ 6.ทำงานบ้าน / แม่บ้าน/พ่อบ้าน
☐ 7.ไม่มีงานทำ/ว่างงาน	☐ 8.อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ประจำโดยเฉลี่ย.....บาทต่อเดือน
7. นับถือศาสนา

☐ 1.พุทธ	☐ 2.คริสต์
☐ 3.อิสลาม	☐ 4.อื่น ๆ โปรดระบุ.....
8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ 1.ไม่มี
☐ 2.มีโรคประจำตัว โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ).....
9. ปัจจุบันท่านมีความสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม
10. ก่อนหน้าการดำเนินโครงการนี้ท่านดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยหรือไม่ และด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่ใช่
☐ ใช่ โปรดระบุวิธี (เช่น นวดประคบ โยคะ กวดจุด สมุนไพรบำบัด ฯลฯ).....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตอนที่ 2 เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย และโปรดทำครบถ้วนในทุกข้อ

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	<u>ด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่า</u> ถ้าท่านปล่อยให้ความดันโลหิตของท่าน อยู่ในระดับสูงอยู่บ่อยๆ โดยไม่ใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตท่านได้					
2	ท่านเพียงแคร์รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง โดยไม่ต้องใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย ก็สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้					
3	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หากใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย จะเป็นโทษมากกว่าที่จะเป็นประโยชน์					
4	การปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นแนวทางที่ไม่น่าเชื่อถือ เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ					
5	การที่ท่านเรียนรู้หลักการแพทย์ทางเลือก ผ่านทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือและอื่นๆ เช่น การนวด โยคะ ฤาษีจัดด้น การกดจุด ฯลฯ จะช่วยให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้					
6	หลักการแพทย์ทางเลือก ที่กลุ่มสมาชิกร่วมกันคัดเลือก เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ จะช่วยให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้					

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7	<u>ด้านอารมณ์และความรู้สึก</u> ท่านพอใจกับวิธีการดูแลสุขภาพ โดยปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพราะเชื่อว่าจะช่วยทำให้ท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และสุขภาพของท่านจะดีขึ้น					
8	ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เมื่อใช้การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับกับกลวิธีการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น วิธีการฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ					
9	ท่านพอใจกับการควบคุมระดับของความดันโลหิตของท่าน ที่ทำได้ตามเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้ ด้วยกลวิธีการทางการแพทย์ทางเลือกที่ท่านปฏิบัติอยู่					
10	ท่านเป้าหมายที่จะปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
11	ท่านไม่ชอบกลวิธีการทางการแพทย์ทางเลือก เพราะไม่เชื่อว่าจะสามารถทำให้ท่านควบคุมระดับของความดันโลหิตได้จริง					
12	ท่านคิดว่าเป็นการเสียเวลา ในการที่จะปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะไม่เกิดประโยชน์					
13	<u>ด้านพฤติกรรมหรือความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม</u> ท่านพร้อมที่จะปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
14	ท่านยินดีที่จะควบคุมระดับของความดันโลหิตของท่านให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคงที่ ด้วยการเลือกใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ					
15	ท่านพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรม หรือกลวิธีการทางการแพทย์ทางเลือก เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะฯ ในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างต่อเนื่อง					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางเลือก

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย และโปรดทำครบถ้วนในทุกข้อ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ในระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติสิ่งนั้นๆ ในระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติสิ่งนั้นๆ ในระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติสิ่งนั้นๆ ในระดับน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติสิ่งนั้นๆ ในระดับน้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	<u>พฤติกรรมการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง</u> ท่านตั้งเป้าหมายที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น โดยการปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่านก่อนการเข้าร่วมโครงการ					
2	ท่านกำหนดเป้าหมายความสำเร็จ ภายหลังจากปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกแล้ว ท่านจะควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้					
3	ท่านวางแผนการปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกในการดำเนินชีวิตของท่าน เพื่อควบคุมระดับของความดันโลหิตของท่านให้ได้ตามเป้าหมาย					
4	ท่านตั้งเป้าหมายที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตของท่าน ภายหลังจากปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกแล้ว ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ สำหรับผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่านก่อนการเข้าร่วมโครงการ					
5	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกตามที่กลุ่มสมาชิกเสนอ โดยไม่คาดหวังว่าจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้สำเร็จ					

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6	<u>พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค</u> ท่านรับประทานยาแผนปัจจุบันตามที่แพทย์สั่ง ท่านก็ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยไม่ต้องปฏิบัติกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก					
7	ท่านปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
8	ท่านใช้วิธีการดูแลสุขภาพ โดยปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก ที่ได้ผลดีกับตัวของท่านเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่านก่อนการเข้าร่วมโครงการ					
9	ท่านหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะกังวลว่าจะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต					
10	ท่านเลือกปฏิบัติตามกิจกรรมตามรูปแบบการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกเลย					
11	ท่านปฏิบัติตามเมื่อเห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ แล้ว จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้					
12	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือก ที่กลุ่มสมาชิกร่วมกันคัดเลือก เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
13	<u>การปรับพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต</u> ท่านปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยปฏิบัติตามกิจกรรม ตามหลักการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับกลุ่มสมาชิก เพื่อให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้					
14	ท่านปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก ในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น การใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ท่านได้ประโยชน์คุ้มค่ามากกว่า					

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
15	ท่านไม่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกเลย เพราะ ท่านควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีอยู่แล้ว					
16	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรม ตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุม ระดับความดันโลหิต เฉพาะเวลาที่ท่านอยากจะทำเท่านั้น โดยไม่สนใจหลักเกณฑ์ใดๆ					
17	ท่านปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก ในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯลฯ เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
18	พฤติกรรมตามติดตามประเมินผล ท่านติดตามผลการปฏิบัติตน ภายหลังจากปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือก เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ สำหรับผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลงจากระดับความดันโลหิตของท่านก่อนการเข้าร่วมโครงการ					
19	ท่านมีการวัดและบันทึกที่ระดับความดันโลหิตของท่านอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกตามโครงการนี้แล้ว					
20	ท่านสังเกตอาการผิดปกติในชีวิตประจำวันของตนเองอยู่เสมอ ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น มึนงง เวียนศีรษะ ตาพร่า ฯ เกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือไม่ ภายหลังจากที่ท่านเข้าร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือก					
21	ท่านไม่เคยสังเกต ว่าขณะที่ท่านกำลังปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือกนั้น มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้งหรือไม่					
22	ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการนี้แล้ว ท่านยังคงปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามหลักการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของท่านอย่างสม่ำเสมอต่อไป					

แบบประเมินความพึงพอใจ

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 เครื่องหมาย โปรดทำครบถ้วนในทุกข้อ

รายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ความพึงพอใจด้านกระบวนการ ขั้นตอนการจัดกิจกรรม					
1.1 มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมอย่างทั่วถึง					
1.2 รูปแบบกิจกรรมการจัดกิจกรรม					
1.3 ลำดับขั้นตอนในการจัดกิจกรรม					
1.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม					
1.5 เอกสารและสื่อประกอบการจัดกิจกรรม					
1.6 ความเหมาะสมของกิจกรรมที่ได้รับ					
2. ความพึงพอใจด้านคณะทำงาน					
2.1 คณะทำงานมีกิริยามารยาทเรียบร้อย					
2.2 คณะทำงานมีความรู้และอธิบายให้เกิดความเข้าใจ					
2.3 คณะทำงานมีความสามารถในการดูแลและแก้ไขปัญหา					
3. ความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
3.1 สถานที่จัดกิจกรรมเหมาะสม					
3.2 มีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม					
4. ความพึงพอใจด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม					
4.1 ท่านได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างคุ้มค่า					
4.2 ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน					
5. โดยภาพรวมทั้งหมดท่านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ					

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

**แบบสังเกตพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
โดยใช้การแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้วิจัย**

ครั้งที่

ชื่อ-สกุล ผู้ถูกสังเกต.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

สถานที่สังเกต.....

กิจกรรม

วัตถุประสงค์การสังเกต

1.

2.

พฤติกรรมที่แสดงออก

.....
.....
.....

การตีความหมายของพฤติกรรม

.....
.....
.....

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของผู้สังเกต

.....
.....
.....

สรุปผลการสังเกต

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้สังเกต

(.....)

...../...../.....

**แบบสังเกตพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
โดยใช้การแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน**

ครั้งที่

ชื่อ-สกุล ผู้ถูกสังเกต.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

สถานที่สังเกต.....

กิจกรรม...การปฏิบัติตามหลักการแพทย์ทางเลือก โดยใช้วิธี สมานิบำบัด “SKT” และ
หมวดกดจุดสะท้อนเท้า

วัตถุประสงค์การสังเกต

1. สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตาม
2. สังเกตความสม่ำเสมอ ถูกต้อง ครบถ้วน ในการปฏิบัติ

พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| () ปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ | () ปฏิบัติกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ |
| () กระตือรือร้น มุ่งมั่น | () เบื่อหน่าย |
| () ปฏิบัติกิจกรรมครบถ้วน | () ปฏิบัติกิจกรรมไม่ครบถ้วน |
| () พฤติกรรมอื่นๆ | |

ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของผู้สังเกตเพิ่มเติม

สรุปผลการสังเกตโดยผู้ช่วยนักวิจัย

ลงชื่อ.....ผู้สังเกต

(.....)

แกนนำผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

...../...../.....

แบบถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review : AAR)

ครั้งที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

สถานที่.....

กิจกรรม

1) ทบทวนเหตุการณ์ในการกระทำกิจกรรมที่เกิดขึ้น

.....
.....
.....

2) สิ่งที่ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

.....
.....
.....

3) สิ่งที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

.....
.....
.....

4) ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข

.....
.....
.....

5) สรุปผลถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ถอดบทเรียน

(.....)

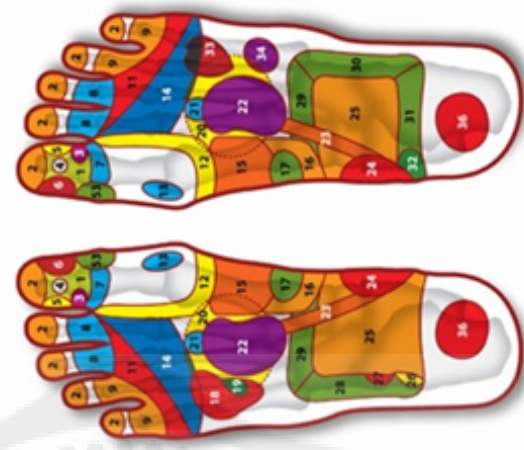
โครงการวิจัย รูปแบบการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน

แกนนำผู้สูงอายุ ➡ **การดูแลตนเอง** ➡ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ณ ห้องประชุม รพ.สต.ตำบลพินาแดง

วันที่ 15-16 เมษายน 2560

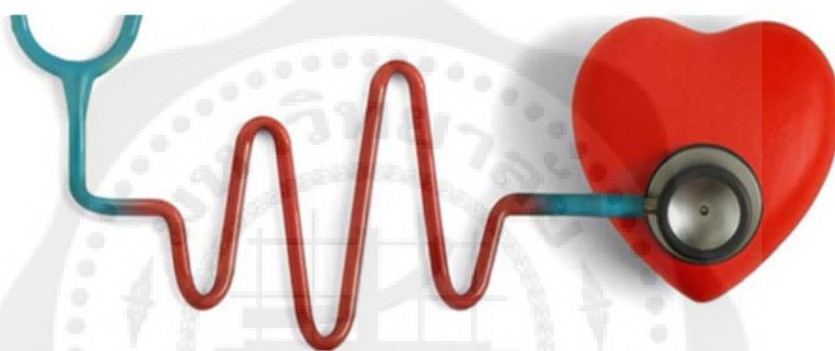
เวลา 9.00 น.- 16.00 น.



กดจุดสะท้อนเท้า

สมุดประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ชื่อ-สกุล.....



ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องรูปแบบการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง
อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-สกุล.....

อายุ.....ปี

ที่อยู่ : บ้านเลขที่.....หมู่.....ต.พิหารแดง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี

เบอร์โทรศัพท์.....

อาชีพ.....สิทธิการรักษา.....

โรคประจำตัว 1.....ระยะเวลาการป่วย.....ปี

2.....ระยะเวลาการป่วย.....ปี

3.....ระยะเวลาการป่วย.....ปี

ยาที่ใช้เป็นประจำ.....

.....

.....

.....

ญาติที่สามารถติดต่อได้ชื่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อ อสม.ที่เยี่ยมบ้าน.....



ความรู้และการปฏิบัติตัว เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

มารู้จักโรคความดันโลหิตสูงกันเถอะ

ความดันโลหิต เป็นแรงดันเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย จะมี 2 ค่าคือ

ค่าความดันตัวบน หมายถึง ค่าของแรงดันเลือดขณะหัวใจห้องซ้ายบีบตัว

ค่าความดันตัวล่าง หมายถึง ค่าของแรงดันเลือดขณะหัวใจห้องซ้ายคลายตัว

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต โรคไตวาย หรือตาบอดได้

สำหรับในประเทศไทย ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง พบมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

ระดับความดันโลหิตควรเป็นอย่างไร

เป้าหมาย	ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)
ผู้ป่วยทั่วไป	น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท
ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 -80 ปี	น้อยกว่า 140-150/90 มม.ปรอท
ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี	น้อยกว่า 150/90 มม.ปรอท
ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี	น้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท

ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนี้

1. อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิตเท่ากับ 120/70 มม.ปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิตอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 แต่ก็ไม่ได้เป็นกฏตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/70 เท่าเดิมก็เป็นได้
2. เวลา ความดันโลหิตจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน เช่น ตอนเช้าความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) อาจจะวัดได้ 130 มม.ปรอท ขณะที่ ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มม.ปรอท เป็นต้น
3. จิตใจและอารมณ์ พบว่ามีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน
4. เพศ พบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง
5. พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ที่เคร่งเครียด ก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันสูงขึ้นด้วยเช่นกัน
6. สภาพภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท
7. เชื้อชาติ พบว่า ชาวแอฟริกันอเมริกันมีความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว
8. เกลือ ผู้ที่กินเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่กินเกลือน้อย

ระดับความรุนแรง

- **ระดับที่ 1** ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก
ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140-159/90-99 มม.ปรอท
- **ระดับที่ 2** ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง
ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 160-179/100-109 มม.ปรอท
- **ระดับที่ 3** ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง
ค่าความดันโลหิต มากกว่า 180/110 มม.ปรอทขึ้นไป

★ การวัดความดันโลหิตควรจะวัดขณะนั่งพัก วัดด้วยเทคนิคที่ ถูกต้อง
ควรวัดซ้ำ 2-3 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงๆ

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใดๆ เลย หรืออาจจะพบว่า มีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และเหนื่อยง่ายผิดปกติ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกันคือ

- กรณีที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย หรือหลอดเลือดในสมองแตก
- กรณีที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ หลอดเลือดสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้

อันตรายและความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อน “มาตรการเจียบ”

มอง

เป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก มีเลือดออกในเนื้อสมองส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต อาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมง คือ

- ปากเบี้ยว
- พูดไม่ชัด
- แขนขาอ่อนแรง

มีฉะนั้น อาจทำให้เสียชีวิตฉับพลัน หรือทำให้เลือดออกสมองรุนแรง

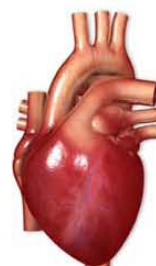


หัวใจ

- ทำให้หัวใจโต
- หลอดเลือดหัวใจหนาตัวและแข็งตัว

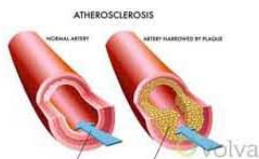
สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้เกิดอาการ

- เจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจล้มเหลว
- มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้
- หัวใจเต้นผิดปกติ ทำให้มีอาการใจสั่น
- เสียชีวิตฉับพลัน



หากมีอาการดังกล่าว นั้งพัก 3-5 นาที อาการยังไม่ดีขึ้นต้องรีบมาโรงพยาบาล

๑๓



ความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั้งร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง อาจเกิดการฉีกขาด เจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง หรือเสียชีวิตเฉียบพลันได้ หรือทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณแขนขาและอวัยวะภายในลดลง ผู้ป่วยเดินไม่ได้ไกล เพราะปวดขาจากการขาดเลือด ต้องนั่งพักจึงจะหาย และเดินต่อไปได้

๑๔

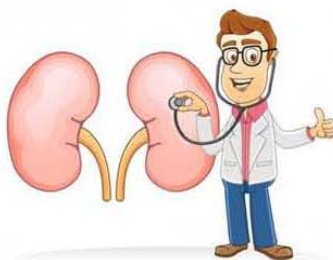
- เลือดออกที่จอประสาทตา
- หลอดเลือดเล็กๆที่จอประสาทตาอุดตัน
- จอประสาทตาหลุดลอกออกได้ ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใดๆ หรืออาจมีอาการตามัวจนถึงตาบอดได้

๑๕

ความดันโลหิตสูง มีผลต่อหลอดเลือดที่ไต ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพ อาจทำให้เกิดไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเริ่มแรกของภาวะไตวายเรื้อรัง คือ

- ปัสสาวะบ่อย ตอนกลางคืน มากกว่า 3 ครั้งต่อคืน
- ขาบวมตอนเช้าหลังตื่นนอน
- มีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรงจากภาวะซีด มักพบในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ปัสสาวะมีสีขุ่นและเป็นฟองมาก

จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุไว้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ ไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตกร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังร้อยละ 5-10



ทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพโดยวิธีธรรมชาติ

วิธีธรรมชาติบำบัดโรค
เริ่มต้นจากตัวเราและคนรอบข้าง

สมาธิบำบัด SKT

สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้



นวดกดจุดสะท้อนเท้า(Foot Reflexology)

สามารถบำบัดและบรรเทาการเจ็บป่วยได้จริงหรือ ???



7 เทคนิค พัฒนาร่างกายให้แข็งแรงตนเอง

สมาธิบำบัด “SKT”

สมาธิบำบัด “SKT” เกิดจากอะไร

เกิดจากการนำหลักประสาทวิทยาศาสตร์มาผสมผสานกับการปฏิบัติสมาธิ เกิดเป็นสมาธิเพื่อการบำบัดในรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า “สมาธิบำบัด SKT”

สมาธิบำบัด “SKT” มีประโยชน์อย่างไร

หากคุณป่วยเป็นโรคเหล่านี้ เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิต โรคกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะ ไมเกรน เอดส์หมดทางรักษา สิ่งนี้อาจเปลี่ยนชีวิตคุณได้ สมาธิบำบัด SKT ทางเลือกใหม่ไร้โรค

เป็นระยะเวลากว่า 20 ปี ที่ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี อาจารย์ประจำภาควิชาอาชีว อนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้คิดค้นสมาธิบำบัด SKT เพื่อบำบัด และเยียวยาผู้ป่วยโรคต่างๆ โดยผ่านการทดลองทั้งกับตัวเอง คนไข้ ใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ เข้าห้องแล็บจนพัฒนารูปแบบสมาธิบำบัดออกมาได้ 7 เทคนิค สามารถบำบัดโรคเบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง และ เอดส์ได้

การแบ่งระดับของการดูแลสุขภาพและการบำบัด

ตามแนวปฏิบัติ “สมาธิบำบัด “SKT”

สมาธิบำบัด “SKT”	ประโยชน์
ท่าที่ 1 – ท่าที่ 2	สำหรับผู้ที่ยังไม่ป่วย ใช้เสริมสร้างสุขภาพ ป้องกัน ลดอาการต่าง ๆ
ท่าที่ 3 – ท่าที่ 4 – ท่าที่ 5	สำหรับผู้ที่ยังป่วยแล้วใช้ปรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปแล้วให้กลับมาสู่สภาพที่เป็นปกติ
ท่าที่ 6 - ท่าที่ 7	สำหรับผู้ที่ยังป่วยหนักฟื้นฟูสภาพร่างกาย

สมาธิบำบัด SKT

ช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย ลดความดันโลหิต และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

SKT

สมาธิบำบัด

ท่าที่ 1

ผู้ที่เริ่มต้นฝึก
สูดลมหายใจเข้า-ออก
20 รอบ
ลมหายใจ

ผู้ที่ฝึกชำนาญแล้ว
สูดลมหายใจเข้า-ออก
30-40 รอบ
ลมหายใจ

หลับตา หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ
กลืนลมหายใจไว้นับ 1-3
แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ



ประโยชน์ของท่านี้
จับจะโยงออกจากร่างกาย ลดความดันโลหิต
และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

SKT 2 ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

ช่วยลดความดันโลหิต และลดน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

SKT

สมาธิบำบัด

ท่าที่ 2

ผู้ที่เริ่มต้นฝึก
สูดลมหายใจเข้า-ออก
20 รอบ
ลมหายใจ

ผู้ที่ฝึกชำนาญแล้ว
สูดลมหายใจเข้า-ออก
30-40 รอบ
ลมหายใจ

ชูมือ 2 ข้างขึ้นประกบกัน ให้ต้นแขนแนบหู
สูดลมหายใจตามรอบ
แล้วปล่อยมือลงช้าๆ นับ 1-30



ประโยชน์ของท่านี้
ลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน
หมายเหตุ ผู้สูงอายุสามารถฝึกท่า SKT 2 ในท่านอนได้

SKT 3 นั้งยืน-เหยียดพ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

แก้อาการปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก

SKT

สมาธิบำบัด

ท่าที่ 3

นั่งเหยียดเท้าราบไปกับพื้น มือวางบนเข่า สูดลมหายใจเข้าลึกๆ
พร้อมกับโน้มตัวมาข้างหน้า เหยียดแขนถึง 2 ข้างจนแขนตึง
ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ
พร้อมกับเอนตัวไปด้านหลังให้มากที่สุด
ทำ **30 รอบ** ลมหายใจ



ประโยชน์ของท่านี้

แก้ปวดหลัง ปวดเข่า ท้องผูก

หมายเหตุ ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า สามารถนั่งท่าบนเก้าอี้ได้

SKT 4 ก้าวอย่างไทย เหยียวากาย ประสานจิต

ช่วยบำบัดผู้ป่วยโรคทางพันธุกรรม เบาหวานและโรคเกี่ยวกับไขกระดูก

SKT

สมาธิบำบัด

ท่าที่ 4

ยืนตรงเอามือไว้หลัง
สูดลมหายใจเข้า พร้อมยกขาก้าวไปข้างหน้า
จากนั้นผ่อนลมหายใจออก
พร้อมวางเท้าลง ทำสลับข้างไปเรื่อยๆ

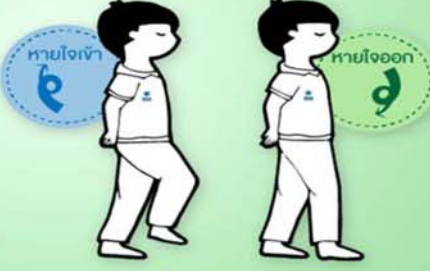
โดยสูดลมหายใจเข้า-ออก

90-120 รอบ

ลมหายใจ

ใช้เวลาประมาณ

45-60 นาที



ประโยชน์ของท่านี้

บำบัดผู้ป่วยโรคทางพันธุกรรม เบาหวาน และโรคเกี่ยวกับไขกระดูก

SKT 5 ยืนเหยียดอย่างไทย เหยียดกาย ประสานจิต

แก้อาการปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดเข่า

SKT

สมาธิบำบัด

ท่าที่ 5

ขั้นที่ 1



ขั้นที่ 2



ขั้นที่ 3



ขั้นที่ 1 ชูมือ 2 ข้างขึ้นประกบกัน ให้ต้นแขนแนบหู สูดลมหายใจเข้าลึกๆ ผ่อนลมหายใจออกยาว ค่อยๆ ก้มตัวและลดแขนลงช้าๆ นับเป็น 1 รอบลมหายใจ ทำ 30 รอบลมหายใจ

ขั้นที่ 2 ค้างอยู่ที่พื้น 10 รอบลมหายใจ

ขั้นที่ 3 จากนั้นค่อยๆ ยกตัวขึ้นอีก 30 รอบลมหายใจ กลับไปยืนท่าเดิม

ประโยชน์ของท่านี้

แก้ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดเข่า

SKT 6 เทคนิคการฝึกสมาธิ การเหยียดไทยจินตภาพ

ใช้บำบัดผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยอัมพาต

SKT

สมาธิบำบัด

ท่าที่ 6

กำหนดอวัยวะละ

5 รอบ

ลมหายใจ

เท่ากับ

1 ครั้ง

ทำทั้งหมด

25 ครั้ง

ใช้เวลา

45 นาที

ผู้ป่วยนอนราบกับพื้น กำหนดลมหายใจเข้าออก

ให้ญาติผู้ป่วยช่วยกำหนดความรู้สึก

ไปตามอวัยวะต่างๆ กว้างตัว

เช่น หน้าผาก แขน หน้าท้อง ฯลฯ

โดยพูดว่า “(อวัยวะ) เราเริ่มผ่อนคลาย

ผ่อนคลายลงไปเรื่อยๆ”



ใช้กับ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยอัมพาต

SKT 7 เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหว ไทยซิ่ง

ใช้บำบัดผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย



ข้อควรระวัง

1. ขณะฝึกปฏิบัติ ควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม่รัดตึง
2. อุณหภูมิของสถานที่ฝึก ต้องไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป
3. ไม่ควรฝึกขณะหิว หรืออึดเกินไป
4. จิตจะต้องเป็นสมาธิ ไม่ไหวตามสิ่งเร้ารอบข้าง เช่น เสียง กลิ่น การพูดคุยของคนอื่นที่อยู่ข้างๆ เป็นต้น
5. ควรควบคุมอารมณ์และความคิดให้นิ่ง ไม่คิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้นให้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออก
6. ระวังการถูกรบกวนทันที ต้องควบคุมจิตใจให้เป็นสมาธิอย่างแน่วแน่
7. ขณะฝึกอาจมีอาการง่วงนอน ห้ามฝึกขณะขับถ่ายยานพาหนะ
8. หากมีอาการแน่นอึดอัดหรือหน้ามืด ให้หยุดฝึกและลงนั่งหรือนอนพักทันที
9. ผู้ที่เป็นเบาหวาน ควรพกกลูโคมติดตัวไว้ด้วย
10. ควรเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ นุ่มนวลระวังการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ได้แก่ หัวใจ ปอด ม้าม ตับ ไต

สุขภาพดีด้วยปลายนิ้ว นวดกดจุดสะท้อนเท้า(Foot Reflexology)



เรารู้จัก....นวดกดจุดสะท้อนเท้ากันเถอะ

ฝ่าเท้าเป็นศูนย์รวมของจุดประสาทที่จะสะท้อนถึงอวัยวะทุกส่วนของร่างกายรวม 62 จุด เช่น สมอง หัวใจ กระเพาะอาหาร ตับ ไต ม้าม ตา หู คอ จมูก อวัยวะ รังไข่ ปลายประสาทของอวัยวะ ส่วนในต่างมีตำแหน่งที่แน่นอนในเท้าและเท้า เรียกว่า จุดสะท้อนกลับ (Reflexology) ถ้าอวัยวะใด บกพร่องก็จะทำให้เลือดหมุนเวียนติดขัดและจะส่งสัญญาณเตือนไปที่จุดสะท้อนที่เท้า ถ้านวดตรงจุด สะท้อนนั้นจะเกิดการเจ็บปวดและเมื่อนวดคลายตรงจุดนั้นได้ก็จะส่งผลให้อวัยวะภายในที่เกี่ยวข้องกลับมาทำงานได้อย่างเป็นปกติ

นวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นศาสตร์ที่ถือกำเนิดมาจากชาวอียิปต์และชาวจีนโบราณมากกว่า 5,000 ปี มาแล้ว และได้แพร่หลายไปยังหลายๆ ประเทศในเวลาต่อมา จนมาถึงประเทศไทยซึ่งเป็นที่ นิยมกันอย่างแพร่หลายภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

ประโยชน์การนวดกดจุดสะท้อนเท้า.... มี 7 ระบบคือ

1. ระบบการขับถ่าย อุจจาระ และปัสสาวะ
2. ระบบสมอง เครียด ความดันสูง นอนไม่หลับ จำดี
3. ระบบฮอร์โมน เช่น วิทยทอง ปวดประจำเดือน
4. ระบบการฟัง การดม เช่น มีปัญหาตา หู จมูก สายตาสั้น นวดจะได้ผล
5. ระบบประสาทไขสันหลัง เช่น เมื่อย-ปวดหลัง อัมพฤกษ์ อัมพาต
6. ระบบต่อมไทรอยด์ เช่น ขู้งัดหายใจ
7. ระบบภูมิคุ้มกัน ถ้าภูมิคุ้มกันต่ำ นวดกดจุดสะท้อน ภูมิคุ้มกันจะสูงขึ้นได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ห้ามนวดตอนอึดอัด หรือหิวจัดหรือมีปัญหาขึ้นไคมา หรือกระดูกเท้าแตก มีหนอง มีความดันสูงมาก หญิงมีครรภ์ นวดได้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ต้องวัน 6 ชั่วโมง นวดแล้วเท้าจะอุ่น อย่าเพิ่งโดนน้ำให้เลือดไหลเวียนเท้ารวมกันจะมีรูปเหมือนคน นิ้วโป้งเป็นแบบไหน สรีระจะเป็นแบบนั้น

ระยะเวลาในการบำบัด

1. สามารถนวดได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ
2. สามารถนวดได้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ต้องวัน 6 ชั่วโมง
3. นวดแล้วเท้าจะอุ่น อย่าเพิ่งโดนน้ำทันที ให้เลือดไหลเวียนก่อนเพราะอุณหภูมิของเท้าปรับไม่ทันอาจจะทำให้เป็นไข้ได้

ข้อควรระวัง

1. ห้ามนวดตอนอึดอัด หรือหิวจัด
2. มีปัญหาขึ้นไคมา
3. กระดูกเท้าแตก มีหนอง
4. มีความดันสูงมาก
5. หญิงมีครรภ์



นวดกดจุดสะท้อนเท้าจุดไหนบ้าง....ช่วยเรื่องควบคุมความดันโลหิตสูง



ศาสตร์การนวดกดจุดบำบัดเข้ามาช่วยสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกับการกดจุดที่ฝ่าเท้าทั้งสิ้น 11 จุด ที่สามารถดูแลหรือกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

จุดที่ 1 จุดศูนย์รวมประสาทและสมอง เป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและสมอง

จุดที่ 33 จุดหัวใจ เป็นการกระตุ้นการทำงานของหัวใจให้ทำงานปกติ

จุดที่ 3 จุดพิทูอิทรี กระตุ้นต่อมพิทูอิทรีให้ทำหน้าที่หลั่งและควบคุมฮอร์โมนในร่างกายพร้อมทั้งเมตาบอริซึม

จุดที่ 4 จุดไฮโปทาลามัส (ต่อมใต้สมอง) เป็นการกระตุ้นต่อมไฮโปทาลามัสให้ทำงานปกติ

จุดที่ 55 จุดกระดูกสันหลัง กระตุ้นการทำงานของไขกระดูกให้ทำงานผลิตเม็ดเลือดและลดอาการปวดตึงกล้ามเนื้อบริเวณหลัง

จุดที่ 7 จุดต้นคอ เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ไหลเวียนได้สะดวกขึ้นลดอาการปวดตึงหัวไหล่

จุดที่ 44 จุดกระบังลม เป็นตัวกระตุ้นการทำงานของกะบังลมช่วยให้ลมภายในร่างกายเดินสะดวกขึ้น

จุดที่ 14 จุดปอด เป็นการกระตุ้นการทำงานของปอดให้เป็นปกติ

จุดที่ 21 จุดต่อมหมวกไต เป็นการกระตุ้นต่อมหมวกไตทำให้กระบวนการเมตาบอริซึมเป็นไปตามปกติ

จุดที่ 31 จุดท่อไต เป็นการกระตุ้นท่อไตให้ทำงานปกติ

จุดที่ 24 จุดกระเพาะปัสสาวะเป็นการกระตุ้นการขับปัสสาวะ

หลักของการนวดทั้ง 11 จุด การนวดทำตามขั้นตอนดังนี้ คือใช้มือนวดโดยใช้เฉพาะนิ้วชี้กับนิ้วหัวแม่มือ กดย้ำตรงจุดดังกล่าวประกอบ จุดละ 10 ครั้ง สามารถพิจารณาตามภาพประกอบ



THE AROKAYA
WWW.THEAROKAYA.COM

ภาพแสดงจุดสะท้อนบริเวณฝ่าเท้า

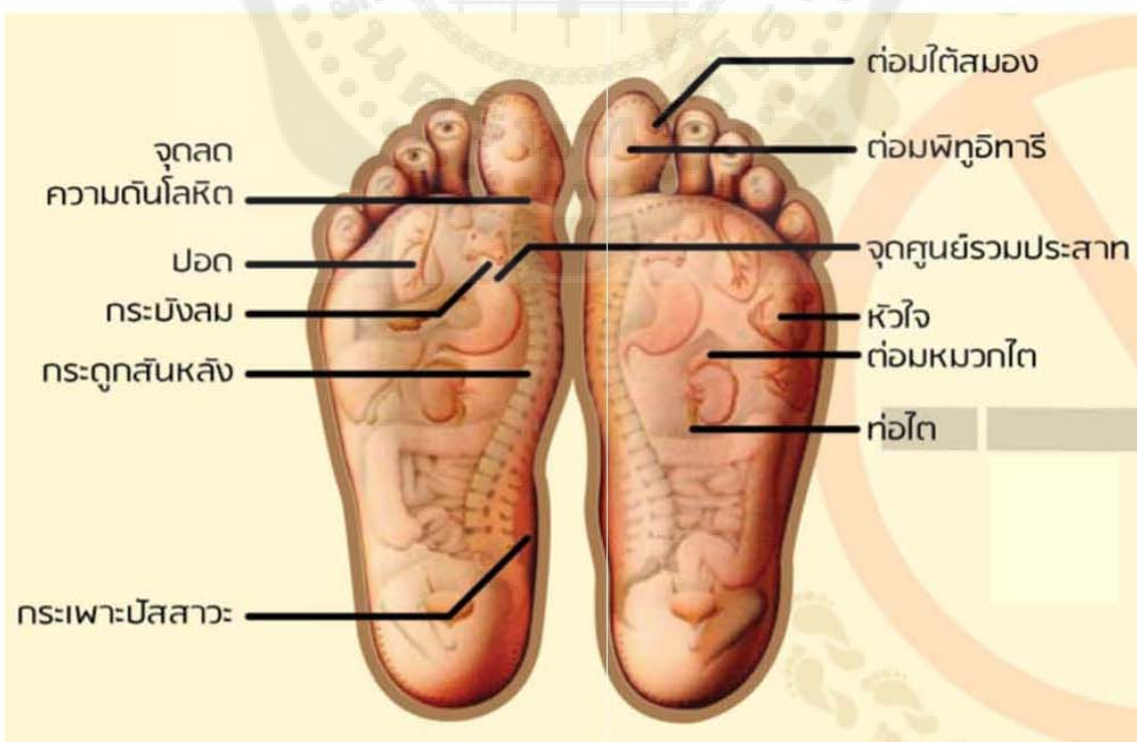
1. สมองส่วนหน้า
2. โพรงอากาศหน้าผาก
3. สมองส่วนหลัง และก้านสมอง
4. ต่อมไทรอยด์
5. ปะสาทะคู่ที่ 5
6. จมูก
7. คอ
8. ตา
9. หู
11. กล้ามเนื้อไหล่
12. ต่อมไทรอยด์
13. พาราไทรอยด์
14. หลอดลม, ปอด
15. กระเพาะอาหาร
16. ลำไส้เล็กตอนต้น
17. ตับอ่อน
18. ตับ



ฝ่าเท้าด้านขวา

ฝ่าเท้าด้านซ้าย

19. ถุงน้ำดี
20. กลุ่มประสาทซอกท้อง
21. ต่อมหมวกไต
22. ไต
23. ท่อไต
24. กระเพาะปัสสาวะ
25. ลำไส้เล็ก
26. ลำไส้
27. ลิ้นปิดเปิด ระหว่างลำไส้
28. ลำไส้ใหญ่ข้างขึ้น
29. ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง
30. ลำไส้ใหญ่ข้างลง
31. ลำไส้ใหญ่ส่วนตรง
32. ทวารหนัก
33. หัวใจ
34. ม้าม
36. อัมพาต, รังไข่
53. กระดูกสันหลังคอ (ก้านคอ)



ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



แบบเอกสารที่ MF 10-5 (ปรับปรุง 1 มี.ค.

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท (แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น) เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอแสดงความเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ ที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน”

ชื่อผู้วิจัย/หัวหน้าโครงการวิจัย.....นางสาว ลภัสรดา สระดอกบัว

สถานที่วิจัย.....พื้นที่ชุมชน/หมู่บ้าน ในตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี.....

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

- หมายเลขโทรศัพท์หัวหน้าโครงการวิจัย : 084-863-0968

- หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงานต้นสังกัดของผู้วิจัย สำนักตรวจและประเมินผล สำนักปลัดกระทรวง

สาธารณสุข : 02-590-1000 ต่อ 1609

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง.....

ระยะเวลาในการวิจัย...ใช้ระยะเวลาในการวิจัยระหว่าง เดือน มิถุนายน 2560 – ธันวาคม 2560.....

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ เงื่อนไข ปัญหา ความต้องการและสภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน 2) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 3) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ ที่มีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน 4) เพื่อพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ

ที่มีต่อพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน ของอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย1) ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ เจ็บป่วย ปัญหา ความต้องการ และสภาพการณ์ เกี่ยวกับเจตคติและพฤติกรรมจัดการตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการทำให้ชุมชน มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ ประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน 2) ได้รูปแบบการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ ที่มีต่อพฤติกรรมจัดการตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน ทั้งนี้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุ จะสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่องต่อไป เมื่อผู้วิจัยได้เสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว 3) ได้แนวทางการปฏิบัติงานในชุมชนที่ผสมผสานระหว่างคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักวิจัย มีการช่วยเหลือกันในลักษณะเครือข่าย เพื่อสร้างพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ภายในชุมชนอย่างยั่งยืน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น ประมาณ 60 คน ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน และ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

- กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะได้รับการวัดความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ หลังจากกิจกรรมอบรม จะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อเป็นพี่เลี้ยงทำกิจกรรมที่ได้รับการอบรมร่วมกัน และได้รับการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อประเมินผลเป็นรายบุคคลตลอดการวิจัย ประมาณ 1-3 ครั้ง และประชุมครั้งสุดท้ายร่วมกันทั้ง 2 กลุ่มเป้าหมาย

- รวมระยะเวลาที่ท่านต้องร่วมอยู่ในโครงการวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2560 จำนวนครั้งที่ท่านนัดหมายเป็นกลุ่ม 2 ครั้ง เวลาที่ใช้ในการนัดหมายแต่ละครั้ง ครั้งละ 1 วัน และรายบุคคลสัปดาห์ละครั้ง เวลาที่ใช้ในการนัดหมายแต่ละครั้ง ประมาณ 30 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การตอบแบบสอบถามจะต้องเสียเวลา โดยแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที และ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน จำนวน 48 ข้อ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านเจตคติต่อโรค/ เจตคติต่อการแพทย์ทางเลือก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต

สูง ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรม ใช้เวลาในการตอบ 30 นาที ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อนหน้าที่การปฏิบัติงานใดๆ ของท่าน หรือส่งผลกระทบต่อการเรียนการสอน การประเมินผลการเรียนของนิสิตแต่อย่างใด

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวลภัสสรดา สระดอกบัว ผู้รับผิดชอบติดต่อเบอร์ 084-863-0968.....และ 02-590-1000 ต่อ 1609

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา คือ.....นางสาวลภัสสรดา สระดอกบัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน ทั้งนี้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุ จะสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่องต่อไป เมื่อผู้วิจัยได้เสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว รวมทั้งได้แนวทางการปฏิบัติงานในชุมชนที่ผสมผสานระหว่างคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักวิจัย มีการช่วยเหลือกันในลักษณะเครือข่าย เพื่อสร้างพฤติกรรมการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือกภายในชุมชนอย่างยั่งยืน

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นราย บุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น และรูปถ่าย รวมทั้งไฟล์บันทึกเสียงนั้น จะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2560

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อนหน้าที่การปฏิบัติงานใดๆ ของท่าน หรือส่งผลกระทบต่อการเรียนการสอน การประเมินผลการเรียนของนิสิต ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ข้าพเจ้าสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบัน

ยุทธศาสตร์ ตึกศาสตราจารย์ ดร.สาโรช บัวศรี ชั้น 20 โทร (02) 649-5000 ต่อ 11015-11018 โทรสาร: (02) 259-1822

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัว หรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการ และการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสียที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว จึงลงมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการ
(.....)

วันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

วันที่.....

ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวลภัสสรดา สระดอกบัว
วันเดือนปีเกิด	25 สิงหาคม 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	44/186 หมู่ 8 ตำบลลาดสวาย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2541	ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
พ.ศ. 2549	ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา จาก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน
พ.ศ. 2560	ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ