



การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็น
โรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม
ในภาคใต้ของไทย



วิไล อุดมพิทยาสรรพ์ จงกรม ทองจันทร์ นุศรา ดาวโรจน์ นูรฮาอีดา เจ๊ะมามะ
นฤมล โต๊ะหลัง ปรีนา ณ พัทลุง วรรัตน์ สุขคุ้ม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา และเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุภาพใต้ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม ในภาคใต้ของไทย

Development of health management model for Thai-Melayu elderly with hypertension
based on community participation in Southern Thai culture

วิไล อุดมพิทยาสรรพ์¹, จงกรม ทองจันทร์¹, นุศรา ดาวโรจน์¹, นุรชาฮิดา เจ๊ะมามะ¹,

นฤมล โต๊ะหลัง², ปรินา ณ พัทลุง³, วรรัตน์ สุขคุ้ม⁴

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

³อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ตรัง ⁴อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research: PAR) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความต้องการ เพื่อพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายู ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนรวม 149 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุไทยมลายูที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 33 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 33 คน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขจากองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 3 คน สมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 3 คน ผู้นำศาสนา 20 คน ผู้นำชุมชน 10 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำนวน 45 คน ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ (1) ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน (2) การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจกันในชุมชนซึ่งเป็นวิถีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา สำหรับคนที่ป่วยหนัก จะเชิญโต๊ะอิหม่ามไปอ่านอัลกุรอาน แนะนำการปฏิบัติตัว การไปหาหมอที่ดีที่สุดเพื่อรักษา (3) การให้ความรู้แก่ชุมชนในการลดอาหารหวาน มัน เค็ม (4) จัดให้มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย โดยมีผู้นำกลุ่มในการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ (5) มีระบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ โดย อสม. และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบชุมชนร่วมกัน (6) มีผู้นำเพื่อดำเนินการในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการพัฒนาจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ มีค่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $X = 3.87$ $S.D = 1.21$ ในขณะที่การจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ มีค่าคะแนนโดยรวมเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด $X = 4.30$ $S.D = 1.08$ แต่อย่างไรก็ตามค่าคะแนนรายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

การจัดการสุขภาพ ได้แก่ การลดอาหารมัน อาหารทอด หรือผัด $X = 2.4$ $S.D = 1.29$, $X = 3.26$ $S.D = 1.46$ ตามลำดับ

ผลของการทดลองใช้รูปแบบจัดการตนเองของผู้สูงอายุในวิถีวัฒนธรรม ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure (SBP) หลังการทดลองใช้รูปแบบในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ น้อยกว่า ก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ และ และ Diastolic blood pressure (DBP) หลังการทดลองใช้รูปแบบในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ น้อยกว่า ก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ในขณะที่ น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลัง ไม่มีความแตกต่างกัน

Development of health management model for Thai-Melayu elderly with hypertension based on community participation in Southern Thai culture

Wilai Udompittayason¹, Jongkrom Thongjan¹, Nutsara Dowrote¹, Nursaheeda Chamama ,

Naremol Tholung², Parina Na Phatthalung³, Worarat sukum⁴

¹Lecturer of Boromarajonani College of Nursing, Yala, Thailand, ² Health Promotion Hospital, ² Lecturer of Sirindhorn College of Public Health, Trang, Thailand, ³ Lecturer of Boromarajonani College of Nursing, Trang, Thailand,

Health Systems Research Institute (HSRI.) providing the grant for studying.

Corresponding Author¹: wilai-udompittayason@hotmail.com

Abstract

This research and development aims to study current situations and associated factors of health management and needs for model development in health management among the Thai-Melayu elderly living in the South of Thailand. The participation action research (PAR) was conducted using qualitative and quantitative research. The sample of 149 participants recruited into the study were 33 elderly people being diagnosed with hypertension, 33 care givers of those elderly, and those who involved in the care for those elderly including 2 health public officers taking care of the patients with hypertension, 3 health public offices working for the Sub-district Administration Organization (SAO), 3 political members of SAO, 20 religious leaders, 10 village leaders, and 45 village health volunteers. The interviews and focus groups were used for collecting. The content analysis was used to analyze the qualitative data.

Finding revealed that the needs and community participation in health management in Thai-Melayu elderly with hypertension included; 1) religious leaders providing health education for the elderly people, 2) visiting home by the religious leaders to encourage the elderly patients, 3) health education for the community to reduce sweet, salty, and fatty foods 4) providing the place for exercise, 5) setting-up the home visit system by village health volunteers , and 6) having a village leader to carry-on the activities for elderly in the community.

Based on the qualitative data, the researchers developed the guideline to promote health management among the elderly having hypertension and found that post intervention, the average score of health management, at higher level, ($X = 4.30$ S.D = 1.08) was higher than that of pre-intervention ($X = 3.87$ S.D = 1.21), at the same higher level. However, it also discovered that the lowest average scores were found in the following dimensions: reducing high fat diet, and deep-fried foods or stir-fried meals $X = 2.4$ S.D = 1.29, $X = 3.26$ S.D = 1.46, respectively.

The results showed that after receiving health management the systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) were also significant lower than pre-receiving the health management at the level of $P < 0.001$ and $P < 0.05$ respectively but there was no significant difference in body weight, waistline, and body mass index (BMI).

Keywords: Thai-Melayu elderly, Hypertension in elderly, Culture and health

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งให้กำลังใจในการทำงานในชุมชนเสมอมา ของของผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการวิจัย ผศ.ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และ อาจารย์นิมิตศุฑรา แว ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ที่เป็นทั้งผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และเสริมสร้างพลังกำลังใจในการทำงาน ในขณะเดียวกันก็เสียสละเวลาในการลงไปเพื่อพบปะและให้ความรู้กับผู้สูงอายุในชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ตั้งแต่เริ่มต้นการดำเนินโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการ

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่อบรมสั่งสอนให้เป็นคนอดทน เพียรพยายาม และครอบครัวที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมเสมอมา ขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

วิไล อุดมพิทยาสรณ์ และคณะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(2)
Abstract	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญ	(6)
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์การวิจัย	4
2 บรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	5
วิถีวัฒนธรรมและสุขภาพ	9
วิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยมลายู	12
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR)	15
3 วิธีการวิจัย	
ระเบียบวิธีการวิจัย	19
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	22
เครื่องมือในการวิจัย	22
การวิเคราะห์ข้อมูล	23
การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย	23
หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์	24
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	24
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	25
ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	32
กิจกรรมการดำเนินงานภาคสนามในชุมชน	41
ผลการวิจัยหลังดำเนินการ	55
การอภิปรายผลการวิจัย	62

5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย	65
ข้อเสนอแนะ	67
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	72
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย	73
ภาคผนวก ข คู่มือสองภาษาไทย- มลายู การจัดการสุขภาพของตนเอง ของผู้สูงอายุไทยมลายู	91
ภาคผนวก ค แนวทางปฏิบัติในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ	109
ภาคผนวก ง ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	118
ภาคผนวก จ ภาพการดำเนินงานภาคสนาม	121
ภาคผนวก ฉ ประวัตินักวิจัย	128

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง	32
2	จำนวนร้อยละ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพ ของตนเองของผู้สูงอายุ	33
3	การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง ของผู้สูงอายุ	33
4	ร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและ การจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	35
5	การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	38
6	การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	56
7	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	57
8	การเปรียบเทียบ ค่าความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว และ ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ ก่อน และหลัง การเข้าร่วมโครงการ	59
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ที่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล อสม และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน	60

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003; WHO, 2009) ได้ประมาณการว่าร้อยละ 60-70 ของผู้สูงอายุทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเป็น 5 อันดับแรกของโรคที่เป็นสาเหตุการตายของประชากรโลก เช่นเดียวกับผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจของกรมอนามัย (2556) พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 41.4 ถึงแม้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าวจะได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ร้อยละ 97 แต่ยังพบว่า ร้อยละ 43 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคไต ร้อยละ 6 โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4 โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นเพศฆาตเงียบเพราะจะไม่แสดงอาการ จนกระทั่งเข้าสู่ภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญที่ส่งผลต่อชีวิต (Servellow, 1999).

การจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมนับเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดโรคแทรกซ้อนได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO, 2002) กลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนับเป็นสิ่งสำคัญมากในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การลดน้ำหนัก จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ และ จำกัดเกลือ (Gibson, & Kachur, 2009; Olihara, & Rakuj, 2005; Servello, 1999) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัญหาที่สำคัญในของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การหยดยาเองร้อยละ 46 เพราะคิดว่าหายเมื่อไม่มีอาการของโรค (Borzecki, Oliveria, and Berlowitz, 2005) สอดคล้องกับ เสาวภาคย์ (Sowapak, 2006) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย พบว่า ร้อยละ 66 ของผู้สูงอายุ หยดยาเอง หลังจากที่ไม่มีอาการของโรค เพราะเชื่อว่าหายแล้ว เช่นเดียวกับ สำราญบัว (Samranbua, 2011) ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในชนบทแห่งหนึ่งในภาคเหนือของไทย พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพดี เพราะไม่มีอาการของโรค ไม่ตระหนักในการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในภาคใต้ของไทย พบว่า ร้อยละ 59.9 ก็ยังไม่ตระหนักในการรักษาต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Parapakham, Pataraachachai and Aekplakorn, 2008) จากงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ยังไม่ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการรักษาโรคในระยะแรก หยดยาเองเมื่อไม่มีอาการ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีอาการ

ในระยะแรก แต่จะเริ่มมีอาการที่ปรากฏชัดแจ้ง หรือรุนแรงก็ต่อเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหลอดเลือด หัวใจ หรือ หลอดเลือดสมอง

คนไทยมลายู (Thai-Melayu) เป็นคำที่ใช้เรียกคนไทยที่มีเชื้อสายมลายู ซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม อาศัยอยู่ในพื้นที่ในจังหวัดภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และจังหวัดสตูล ซึ่งยังคงมีวิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเชื่อ ที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทย เช่น ภาษาที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวัน ยังคงใช้ภาษามลายู อาหาร การแต่งกาย (Sugunnasil, 2005; Yosuf, 2008) ผู้สูงอายุไทยมลายู จะให้อึดมั่นในหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติความเชื่อตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัดและถือเป็นแนวทางของวิถีในการดำเนินชีวิตโดยมีความเชื่อว่าชีวิตที่เปรียบเสมือนของขวัญจากพระเจ้า สุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่เป็นบททดสอบของพระเจ้า แต่อย่างไรก็ตามการแสวงหาหนทางทางการดูแลรักษาก็เป็นหน้าที่ของทุกคนในการหาหนทางรักษาตนเองให้ดีที่สุด (Wehbe-Alamah, 2008; Yosuf, 2008)

จากการศึกษา การใช้ชีวิตกับโรคความดันโลหิตสูงการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาของผู้สูงอายุไทยมลายู ในหมู่บ้านหนึ่ง ของตำบลบ้านควน จังหวัดสตูล ของ วิไล, อุมาพร และประณีต (2558) พบว่า การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในการรับรู้การเจ็บป่วย ภายใต้วัฒนธรรมความเชื่อใน 3 มิติ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเป็นเพียงอาการเจ็บป่วยธรรมดา รับรู้ว่าการความดันโลหิตสูงเป็นโรคอันตรายก็ต่อเมื่อมีอาการที่รุนแรงให้เห็นชัดเจน เช่น มีอาการชาหรือแขนขาอ่อนแรง และเชื่อว่าสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากเลือดลมไหลเวียนไม่ดี จากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมความเชื่อดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะให้ความสำคัญกับการรักษาต่อเนื่องก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าการความดันโลหิตสูงเมื่อมีอาการที่รุนแรงให้เห็นชัดเจนที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรค และมีการจัดการสุขภาพของตนเองโดยมุ่งเน้นการแก้ไข อาการผิดปกติของเลือดลม เช่น อาการปวดหัว เวียนหัว โดยมีการผสมผสานในการรักษาทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาแบบพื้นบ้าน พบว่า 4 ใน 11 คนของกลุ่มตัวอย่างจะหยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจในขณะที่ 3 ใน 11 คนมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ในงานวิจัยดังกล่าว พบว่า ใช้ชีวิตของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อมโยงกับวิถีการดำเนินชีวิตสังคมวัฒนธรรม ที่หล่อหลอมสืบทอดจนกลายเป็นความคิด ความเชื่อ ค่านิยมและการปฏิบัติ เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้สูงอายุก็ปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อคงไว้ ซึ่งการทำหน้าที่ทางสังคม โดยเฉพาะการยึดมั่นในประเพณี เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและงานประเพณีถือเป็นหน้าที่สำคัญของผู้สูงอายุไทยมลายูทุกคนที่จะต้องมียุทธศาสตร์สำคัญในการเข้าร่วมงานของชุมชนที่มีการจัดงานตลอดทั้งปี ซึ่งแต่ละครอบครัวก็จะหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ เช่น งานเมาลิด หรือ การทำบุญในเดือนเกิดของพระนาบีมุฮัมมัด งานพิธีเข้าสู่สูนัสของเด็กลูกชาย งานแต่งงาน งานทำบุญให้ญาติที่เสียชีวิต และ งานวันฮารีรายอ เป็นต้น ซึ่งทุกงานประเพณีดังกล่าวผู้สูงอายุชายจะมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการประกอบพิธีทางศาสนาและงานประเพณีของชุมชน ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงจะมีหน้าที่เป็นแม่ครัวใหญ่ ในการประกอบ

อาหารพื้นบ้านตามประเพณี โดยมีสมาชิกของชุมชนมาเป็นลูกมือ ซึ่งในงานประเพณีของชุมชนดังกล่าวทุกงานจะให้ความสำคัญในการร่วมรับประทานอาหารร่วมกันเรียกว่า “งานกินนูหรี่” ซึ่งอาหารในงานประเพณีส่วนใหญ่จะเป็นที่เป็นอาหารหวาน อาหารมันเป็นหลัก เช่น แกงกะทิเนื้อ ขนมหวาน ซึ่งจะรับประทานกับ น้ำชาหวาน เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญทางสังคมวัฒนธรรมที่ผลต่อการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

วัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบหรือรากฐานสำคัญของ ความคิด ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติของผู้คนในแต่ละสังคมในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันของผู้คนในแต่ละพื้นที่ มีการสั่งสมสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น (Fettrman, 1998; Leininger, 1994; Leininger, 2002) ในขณะเดียวกันวัฒนธรรมก็มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของผู้คนในแต่ละสังคม โดยเฉพาะในการรับรู้สุขภาพและการเจ็บป่วย (Perceptions of health and illness) จะอยู่ภายใต้ความเชื่อทางวัฒนธรรม (Cultural beliefs or worldviews) ได้แก่ (1) ความเชื่อของการเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ (The magico-religious paradigm) (2) ความเชื่อตามหลักทางวิทยาศาสตร์ (Scientific paradigm) (3) สุขภาพคือความสมดุลของชีวิตและจักรวาล (Balancing or Harmony) (Andrews, 2012) จากการรับรู้สุขภาพและการเจ็บป่วยในวิถีวัฒนธรรมที่แตกต่างของแต่ละพื้นที่ นับเป็นปัจจัยหลักสำคัญต่อการจัดการสุขภาพ ทั้งในภาวะสุขภาพดีและเมื่อเจ็บป่วย แม้ว่าในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการเข้าถึงประชาชนอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่การจัดระบบบริการส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพในมุมมองของทีมสุขภาพเป็นหลักโดยมีมาตรฐานเดียวกันทั่วทุกพื้นที่ ในขณะที่การจัดบริการสุขภาพที่เฉพาะตามมุมมองในเชิงวัฒนธรรมของพื้นที่ยังมีน้อย ทำให้เกิดช่องว่างของการรับรู้ในเรื่องสุขภาพและการจัดการสุขภาพระหว่างทีมสุขภาพกับผู้รับบริการที่แตกต่างกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง นับเป็นความท้าทายต่อบทบาทของพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวอันตรายของโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาอย่างต่อเนื่องการเข้าใจและให้การยอมรับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมความเชื่อของผู้สูงอายุไทยมลายู นับเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อลดการการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความต้องการ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูในวิถีแห่งวัฒนธรรม ของชุมชนคนไทยมลายูในจังหวัดสตูล

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาจากผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 4 ตำบลบ้านควน อ.เมือง จังหวัดสตูล ผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ที่มีหน้าที่ในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม 2559 – 15 กรกฎาคม 2560 ซึ่งหมู่บ้านแห่งนี้เป็นหมู่บ้านชายแดนภาคใต้ของไทยที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกับชายแดนไทย มาเลเซีย ที่มีบริบทและวิถีชีวิตวัฒนธรรมดั้งเดิม เช่น ภาษามลายูถิ่นสตูล ที่ใช้ในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ประชาชนของทั้งสองประเทศสามารถไปมาหาสู่กันได้ มีตลาดนัดชายแดนไทย-มาเลเซีย ประชากรทั้งหมด ที่อาศัยในอยู่หมู่บ้านแห่งนี้ เป็นคนไทยเชื้อสายมลายูที่นับถือศาสนาอิสลาม

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม หมายถึงวิธีการในการดูแลและรักษาสุขภาพของของผู้สูงอายุไทยมลายู ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรักษาโดยการใช้จ่าย และ พฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ทีมสุขภาพในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ผู้นำศาสนา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ วิถีวัฒนธรรมและสุขภาพ วิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยมลายู และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR)

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดแดงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แรงดันโลหิตที่วัดได้มี 2 ค่าคือ แรงดันโลหิตค่าสูงสุด (Systolic pressure) จะตรงกับขณะที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดเข้ามาในหลอดเลือดแดง และแรงดันโลหิตค่าต่ำสุด (Diastolic pressure) จะตรงกับระยะที่หัวใจคลายตัว การรายงานค่าความดันโลหิตนิยมเขียนเป็นค่าความดัน Systolic / Diastolic มีหน่วยเป็น mmHg (มิลลิเมตรปรอท) โดยในภาวะปกติความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงเวลาของ วัน อายุ เพศรูปร่าง และสภาวะของร่างกาย ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติในขณะพักและความดันโลหิตสูงคงที่อยู่ตลอดเวลา โดยมีระดับแรงดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

ระดับความดันโลหิต	ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)
Optimal	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80
Normal	120-129	80/84
High normal	130-139	85-89
ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงอย่างอ่อน	140-159	90-99
ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงปานกลาง	160-179	100-109
ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงรุนแรง	มากกว่าหรือเท่ากับ 180 ขึ้นไป	มากกว่าหรือเท่ากับ 110 ขึ้นไป
ความดันโลหิตสูงเฉพาะตัวบน	มากกว่าหรือเท่ากับ 140 ขึ้นไป	น้อยกว่า 90

หมายเหตุ : หาก SBP และ DBP ของผู้ป่วยอยู่คนละระดับ ให้ยึดถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์

การจัดการโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

เป้าหมายในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease: CVD) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVA) ในกลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ 40-70 ปี แนวทางในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง มี 2 แนวทางได้แก่ การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle modification) (Chobanian et al., 2013)

การใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คณะกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับนานาชาติปี 2013 (The Eight Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JNC 8) (Mahvan & Mlodinow, 2014) ได้กำหนดแนวทางการใช้ยาในการรักษาผู้สูงอายุไว้ดังนี้ ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure ≥ 150 mmHg และ diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg ยาที่ใช้ประกอบด้วย thiazide diuretics, angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE), angiotensin-receptor blockers (ARBs), and calcium channel blockers (CCBs)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle modification) นับเป็นปัจจัยหลักสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตสูง (Chobanian et al., 2013; Mahvan & Mlodinow, 2014) มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ 5 ประการได้แก่

1. การควบคุมน้ำหนัก (Weight reduction to maintain a normal body weight: BMI 18.5-24.9)
2. ควบคุมอาหาร (The adoption of Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH) เน้นการรับประทานผัก ผลไม้ อาหารไขมันต่ำ
3. การจำกัดโซเดียม (Reducing dietary sodium intake) จำกัดโซเดียมไม่เกิน 2400 mg / วัน
4. การออกกำลังกาย (Physical activity) ออกกำลังกาย 3-4 วัน ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 40 นาที / วัน
5. การจำกัดในการดื่มแอลกอฮอล์ (Limiting alcohol consumption) ไม่เกิน 1 ครั้ง / วัน แอลกอฮอล์ ไม่เกิน 30 ml (1 oz) เพียร์ 24 oz วิสกี้ 3 oz

อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารเค็มร้อยละ 61.73 ชอบรับประทานอาหารทอดร้อยละ 53.09 และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 49.38 รวมทั้งยังชอบรับประทานอาหารหรือขนมที่ใส่กะทิร้อยละ 35.80 (สุธีรา, และวิไลพรรณ, 2555) ดังนั้นอาหารจึงมีความสำคัญต่อการการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง บทบาทของอาหารต่อความดันโลหิต ที่เรียกว่า "The Approaches Dietary Stop Hypertension" เป็นการศึกษาแผนการ

รับประทานอาหารร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ซึ่งให้ผลดีต่อการรักษาความดันโลหิตสูง และยังป้องกันความดันโลหิตได้เป็นอย่างดีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารตามแนวทางแดชไดเอต (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ซึ่งเน้นการบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยผัก ผลไม้ อาหารที่มีไขมันต่ำ ลดอาหารที่มีโซเดียม ลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียม แมกนีเซียมและโพแทสเซียมสูง (Appel, Brands, Daniels, Karanja, Elmer, & Sacks, 2006 อ้างตาม ปิยพรรณ, ภรณ์, และวราภรณ์, 2559)

อาหารที่ควรระวังสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จากรายงานทางระบาดวิทยา พบว่าผู้ที่กินเกลือมากกว่าวันละ 1.8 ช้อนชา /วัน หรือเท่ากับน้ำปลา 7 ช้อนชา. จะมีความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่กินเกลือน้อยกว่า 1 ช้อนชา/วัน หรือน้ำปลา 3 ช้อนชา /วัน เนื่องจากในอาหารธรรมชาติมีโซเดียมอยู่บ้างแล้ว และการกินอาหารที่มีไขมันจากสัตว์มาก ก็จะทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง และความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงควรระวังอาหารต่อไปนี้ (เรียวพลอย, และชนิดา, 2555)

1. อาหารที่มีโซเดียม (sodium) สูง ปริมาณครึ่งหนึ่งของโซเดียม ส่วนใหญ่ได้จากเกลือแกง การได้รับโซเดียมในปริมาณมากจะทำให้ความดันโลหิตสูง อาหารที่มีโซเดียมสูงได้แก่

1.1 อาหารที่มีเกลือมาก เช่น ซอส น้ำปลา กะปิ เต้าเจี้ยว อาหารหมักดอง ฯลฯ

1.2 อาหารพวกผงชูรส หรือผงปรุงรสต่างๆ ได้แก่ ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด

1.3 ขนมกรุบกรอบที่มีเกลืออยู่เป็นจำนวนมาก

1.4 อาหารแปรรูป ได้แก่ ไส้กรอก กุนเชียง แหนม อาหารทะเลทำเค็ม ฯลฯ

1.5 สารกันบูด หลายชนิดมีโซเดียมประกอบอยู่ เช่นโซเดียมเบนโซเอต และโซเดียมโปรนิโอเนตใช้ป้องกันเชื้อราในขนมปังปอนด์

2. ไขมัน (lipid) การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว มีรายงานว่าปริมาณไขมันและชนิดของไขมันอิ่มตัวมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ดังนั้น จึงควรควบคุมปริมาณไขมันและน้ำหนักตัวรวมทั้งการเลือกชนิดของไขมันที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และควรงดไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ และคอเลสเตอรอล

3. โปรตีน (Protein) มีวิจัยรายงานว่า การได้รับโปรตีนสูงมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ปริมาณโปรตีนที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน ประมาณ 0.8 - 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และควรกินเนื้อสัตว์ไม่ติดหนังไม่ติดมัน

4. คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำตาล ไม่พบว่ามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตในมนุษย์ แต่มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตในหนูทดลอง

5. แอลกอฮอล์ (Alcohol) เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความดันโลหิต เนื่องจากมีส่วนกระตุ้นให้หัวใจสูบฉีดแรงขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัญหาที่สำคัญในของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การหยุดยาเองร้อยละ 46 เพราะคิดว่าหายเมื่อไม่มีอาการของโรค (Borzecki, Oliveria, and Berlowitz, 2005) สอดคล้องกับ เสาวภาคย์ (Sowapak, 2006) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย พบว่า ร้อยละ 66 ของผู้สูงอายุ หยุดยาเอง หลังจากที่ไม่มีอาการของโรค เพราะเชื่อว่าหายแล้ว เช่นเดียวกับ สำราญบัว (Samranbua, 2011) ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในชนบทแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือของไทย พบว่า ผู้สูงอายู้รับรู้ว่าตนเองสุขภาพดี เพราะไม่มีอาการของโรค ไม่ตระหนักในการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในภาคใต้ของไทย พบว่า ร้อยละ 59.9 ก็ยังไม่ตระหนักในการรักษาต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Parapakham, Pataraachachai and Aekplakorn, 2008)

กนกพรและคณะ (2556) ศึกษามูลค่ายาและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการหาสาเหตุพร้อมทั้งแนวทางแก้ปัญหาหาเหลือในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา ชุมชนบ้านมะกอก อ. กันทรวิชัย จ. มหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยมียาเหลือใช้ 127 คน (ร้อยละ 27.4) สาเหตุของยาเหลือใช้เนื่องจากรับประทานไม่ครบตามแพทย์สั่ง การลืมรับประทาน และสาเหตุของยาเหลือใช้จากระดับหน่วยงาน ได้แก่ สถานพยาบาลจ่ายยาให้ผู้ป่วยเกินวันนัด สอดคล้องกับ สุภัญญา และคณะ (2556) การศึกษาแบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรงพยาบาลทางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคต่างกันตามประสบการณ์การเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเองรวมถึงคนในครอบครัวที่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่นเส้นเลือดในสมองแตก ซึ่งคนเหล่านี้ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาและการดูแลตนเองตามคำแนะนำมากกว่าคนที่ไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาที่แพทย์สั่งรวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่นการใช้สมุนไพรพื้นบ้านหรือสมุนไพรสำเร็จรูป รวมทั้งรูปแบบที่ผสมในเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ สิ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคืออาการไม่แสดงออกของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองหายจากโรคแล้วหรือการตรวจวัดความดันโลหิตได้ค่าปกติทั้งที่ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความเชื่อและประสบการณ์ด้านโรคความดันโลหิตสูงมาจากตนเอง บุคคลใกล้ชิดและผู้ป่วยอื่น โดยรับรู้ถึงความรุนแรงที่เกิดและแสวงหาการรักษาแบบอื่นตามที่รับรู้มา

จะเห็นได้ว่า การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในมุมมองของทีมสุขภาพจะมุ่งเน้นการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐานทางการแพทย์เป็นแนวทางหลักแต่อย่างไรก็ตามยังมีมิติด้านสังคมวัฒนธรรมที่เป็นรากฐานความคิดความเชื่อที่แตกต่างกันของกลุ่มคนในแต่ละสังคมที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและสุขภาพ

วิถีวัฒนธรรมและสุขภาพ

วัฒนธรรม เป็นวิถีชีวิตของกลุ่มคน หรือชุมชน ที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 2 ประการได้แก่ รูปแบบของการปฏิบัติ หรือ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในสังคม (materialist perspective) และรูปแบบความคิดความเชื่อ ความรู้ (ideational perspective) สามารถแลกเปลี่ยน ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนกันของกลุ่มคน หรือชุมชน กลายเป็นวัฒนธรรมของชุมชน (Feterman, 1998; Leininger, 1994; Leininger, 2002) ยศ (2556) ได้สรุปหลักพื้นฐานที่สำคัญของวัฒนธรรมไว้ 6 ประการ ได้แก่

1. วัฒนธรรมเป็นความคิดร่วม และค่านิยมทางสังคม (Shared ideas) ซึ่งเป็นตัวกำหนดแนวทาง ในการแสดงออกของพฤติกรรม หรือแนวทางปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันของคนในสังคม ที่ทุกคนรับรู้และ เข้าใจตรงกัน เช่น ค่านิยมในการเคารพผู้ใหญ่ของคนในสังคมไทย เมื่อเจอกันก็จะทักทายด้วยการไหว้
2. วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ (Culture is learned) ถือเป็นมรดกทางสังคม ที่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น โดยกระบวนการถ่ายทอดหรือการเรียนรู้ทางวัฒนธรรม (Enculturation) ผ่านการอบรมสั่งสอน จากครอบครัว พ่อแม่ ครูอาจารย์ ตลอดจนประสบการณ์ในการเรียนรู้ของตนเองในการอยู่ร่วมในสังคม
3. วัฒนธรรมมีการใช้สัญลักษณ์เพื่อสื่อสารกันในสังคม (Symbol) ในชีวิตประจำวันของบุคคลล้วนแล้วแต่เกี่ยวข้องกับสัญลักษณ์ที่รับรู้ร่วมกันในการสื่อสาร หรือแนวปฏิบัติต่างๆ เช่น สัญลักษณ์ไฟจราจร หรือสัญลักษณ์ทางศาสนา ภาษาที่ใช้สื่อสารถึงกันที่สามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น
4. วัฒนธรรมเป็นองค์รวมทางความรู้และภูมิปัญญา เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของแต่ละท้องถิ่น ภูมิปัญญาในเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ ตลอดจน ภูมิปัญญาในการประดิษฐ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน
5. วัฒนธรรมเป็นพื้นฐานสำคัญของการกำหนดค่านิยม หรือความหมายของชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว เป็นแนวความคิด ความเชื่อของบุคคล เช่น ความเชื่อทางศาสนา นำมาสู่แนวคิดที่เป็นพื้นฐานของระบบการเมือง ระบบการปกครองของสังคม
6. วัฒนธรรมไม่หยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic) โดยมีสาเหตุมาจาก การแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (Diffusion) เช่น ความคิดและค่านิยมจากวัฒนธรรมอื่นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับของสังคม

สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม หรือวิถีชีวิตของบุคคลของ มีผลต่อการกำหนดรูปแบบความคิด ความเชื่อ การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Helman, 2007) สอดคล้องกับไลนิงเจอร์ (Leininger, 2002) นักทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรม กล่าวว่า กลุ่มบุคคลมีรูปแบบของพฤติกรรม ในการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพภายใต้วิถีแห่งวัฒนธรรม โดยมีเหตุผลดังต่อไปนี้

1. วัฒนธรรม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มคนในแต่ละสังคม ด้านความคิด ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติ เป็นแนวทางในการกำหนดความคิด รูปแบบปฏิบัติ และการกำหนดอัตลักษณ์เฉพาะเชิงวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนหรือสังคม เช่น รูปแบบการแต่งกาย อาหาร ประเพณีท้องถิ่น
 2. วัฒนธรรม เป็นสิ่งกำหนดบรรทัดฐานทางสังคม (Norms) ในการประพฤติปฏิบัติ ที่แฝงไว้ด้วยความคิด ความเชื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของบุคคล เช่น การทักทายกันเมื่อเจอกันด้วยการสวัสดี
 3. การแสดงออกทางวัฒนธรรม สามารถสะท้อนถึง ความหมายในสิ่งที่แสดงออกในเชิงวัฒนธรรมผ่านสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น การแต่งกายในชุดเครื่องแบบนักเรียนในประเทศไทย แสดงว่าผู้สวมใส่เป็นนักเรียน หรือ การแต่งกายของพยาบาล หรือแพทย์ในโรงพยาบาล ในขณะที่วัฒนธรรมก็เป็นส่วนของความคิด ความเชื่อ คุณค่าทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งกำหนดแนวทางในการดำเนินชีวิตรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และด้านที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในเวลาเดียวกัน
 4. วัฒนธรรม จะมีรูปแบบประเพณีและวิถีปฏิบัติตามวิถีวัฒนธรรมของกลุ่มคนที่แตกต่างกันไป ซึ่งจะมีผลดี หรือเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลได้ในเวลาเดียวกัน เช่น งานประเพณีการกินนุหรี่ ของชาวไทยมลายู เป็นประเพณีงานบุญของคนในชุมชนที่มีตลอดทั้งปี ที่ทุกคนชุมชนจะไปช่วยเหลือกันในงานประเพณีดังกล่าว โดยเจ้าภาพจะจัดเตรียมอาหารไว้เลี้ยงต้อนรับเพื่อนบ้าน ซึ่งอาหารก็จะเป็นอาหารพื้นบ้านของชุมชนที่มีการช่วยกันทำอย่างพิถีพิถัน ช่วยกันปรุงให้ดีที่สุด อร่อยที่สุดเพื่อจัดเลี้ยงในงาน เป็นอาหารมัน หวานน่าเป็นหลัก ซึ่งมักจะเป็นอาหารที่ควรลดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (วิล, 2558)
 5. องค์ความรู้เชิงวัฒนธรรม มีผลต่อความคิด ความเชื่อ หรือมุมมองส่วนบุคคล (insider's view) ซึ่งมักจะเป็นเรื่องที่ไม่เปิดเผย ทีมสุขภาพจะรู้ได้ก็ต่อเมื่อได้รับการยอมรับ หรือการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มคน หรือการเข้าถึง และเข้าใจกลุ่มบุคคลอย่างแท้จริง
- บุญเลิศ (2553) กล่าวว่า อิทธิพลของวัฒนธรรมประเพณีด้านการบริโภคต่อสุขภาพ (Food habits) สามารถแยกย่อยตามประโยชน์และโทษต่อสุขภาพ ได้แก่
1. วัฒนธรรมประเพณีที่ส่งเสริมสุขภาพ (Beneficial customs) เช่น มารดาหลังคลอดควรให้บุตรดื่มนมแม่นานถึง 1 ปี ครึ่ง- 2 ปี
 2. วัฒนธรรมประเพณีที่ไม่แน่ใจว่าให้คุณหรือโทษ (Customs of uncertain effectiveness)
 3. วัฒนธรรมประเพณีที่ให้โทษต่อสุขภาพ (Harmful customs) เช่น ข้อห้ามในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเพราะความมีความเชื่อที่ไม่เหมาะสม เช่น ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 1 ขวบรับประทานไข่แดง เป็นต้น

อาหารตามลักษณะของวัฒนธรรมมี 4 กลุ่ม ได้แก่

1. อาหารหลักตามประเพณี (Cultural super-food) เช่น ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย คนยุโรปมีข้าวสาลีเป็นอาหารหลัก
2. อาหารแห่งเกียรติยศ (Prestige food or status food) เป็นอาหารตามวัฒนธรรมประเพณีของแต่ละสังคม เป็นอาหารเฉพาะพิธีการสำคัญตามประเพณี เทศกาลสำคัญๆ เท่านั้น จึงมักเป็นอาหารดีราคาสูงกว่าที่รับประทานกันเป็นประจำ
3. อาหารที่แบ่งตามแนวคิดเกี่ยวกับร่างกาย (Body-image foods) เป็นอาหารตามแนวความคิดความเชื่อของแต่ละสังคม เช่น ตามหลักการแพทย์ไทยเชื่อว่าร่างกายของคนประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ การเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย ดังนั้นการรับประทานอาหารตามธาตุ เพื่อปรับสมดุลของร่างกาย

4. อาหารที่แบ่งตามสภาวะร่างกายและสังคม (Physiological group foods) อาหารบางอย่างถูกจำกัดเฉพาะคนบางกลุ่ม เช่น อาหารหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

รูปแบบความคิดความเชื่อสาเหตุของการเจ็บป่วยของบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคล หรือกลุ่มคน แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. การเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ (The magico-religious paradigm) เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ที่ไม่สามารถควบคุมได้
2. หลักวิทยาศาสตร์ (Science paradigm) หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน การเจ็บป่วยเกิดจากร่างกาย และกระบวนการทางเคมีของร่างกายเปลี่ยนแปลง (physical and biochemical process)
3. หลักสุขภาพแบบองค์รวม (The holistic health paradigm) เน้นที่ความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และ จักรวาล

ระบบในการเยียวยาหรือการจัดการสุขภาพของบุคคลมี 3 กลุ่ม (Andrew, 2012; Leininger, 2002) ได้แก่

1. การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นการดูแลตนเองในระดับครอบครัว ที่มีการถ่ายทอดส่งต่อในเรื่องการดูแลสุขภาพจากรุ่นสู่รุ่น
2. การดูแลสุขภาพโดยทีมสุขภาพ (Professional care) เป็นการดูแลที่อยู่ในระบบสุขภาพโดยทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ
3. การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Folk care) เป็นระบบการดูแลในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ผ่านหมอพื้นบ้านในชุมชน

จากระบบการเยียวยาหรือการจัดการสุขภาพของบุคคลที่มีความหลากหลายภายใต้วิถีวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน ซึ่งมีภูมิหลังด้านความคิด ความเชื่อที่แตกต่างกัน นำมาสู่การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไปทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ

แนวคิดทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ (Medical anthropology) เชื่อว่าในแต่ละสังคมประกอบด้วยระบบการแพทย์สองประการได้แก่ (Foster and Anderson, 1978 อ้างตาม โกมาตร, 2550)

1. ระบบทฤษฎีโรค (Disease theory system) เป็นแนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์ที่อธิบายถึงสาเหตุการเกิดโรค การดำเนินโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนถึงวิธีการรักษาทางการแพทย์ กำหนดรูปแบบการรักษาและดูแลสุขภาพ
2. ระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) เป็นระบบที่สังคมจัดขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันไป ประกอบด้วยผู้ให้การรักษา ผู้รับการดูแล สถานที่ อุปกรณ์ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของสังคม

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยมลายู

สตูล เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ตอนล่างของไทย ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 นับถือศาสนาอิสลาม และ ร้อยละ 25.8 นับถือศาสนาพุทธ (จังหวัดสตูล , 2556) คนไทยมุสลิมในจังหวัดสตูลมี สองกลุ่ม กลุ่มแรกร้อยละ 90 เป็นชาวมลายูสยาม หรือเรียกว่า ชัม-ชัม เป็นชาวมลายูดั้งเดิมที่ผู้รับนับถือศาสนาอิสลาม แต่ยังคงวิถีชีวิตด้านวัฒนธรรมและสังคมแบบไทย พูดภาษาไทยในชีวิตประจำวัน และกลุ่มที่สองคนไทยที่มีเชื้อสายมลายูที่นับถือศาสนาอิสลาม ที่ยังคงความเป็นเอกลักษณ์ของการพูดภาษามลายูกกลางในชีวิตประจำวัน ตลอดจนมีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับชายแดนไทย มาเลเซีย ได้แก่ ตำบลเจ๊ะบิลัน ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล (กอบแก้ว, 2550; Sugunnasil, 2005; Yusuf, 2006)

จากการศึกษาการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล ของวิไล (2558) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมลายู เป็นคนที่มีความโอบอ้อมอารี ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นมิตรจะมีการทักทายเมื่อพบหน้ากัน ไม่ว่าจะเป็นคนในท้องถิ่น หรือต่างถิ่น ด้วยคำถามว่าไปไหนมา ภาษาที่ใช้สื่อสารกันในครอบครัว และในชุมชนคือภาษามลายูถิ่นสตูล ซึ่งจะมีสำเนียงการพูดเหมือนกับภาษามาเลย์ การแต่งกายผู้หญิงจะนิยมนุ่งผ้าใส่รองปาเต๊ะ ใส่เสื้อแขนยาว มีผ้าคลุมผมมิดชิด ในขณะที่ผู้ชายจะนุ่งผ้าใส่รอง เสื้อแขนยาว

ผู้สูงอายุจะยึดมั่นในหลักปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด และทำตนเป็นแบบอย่างให้กับคนในชุมชน เป็นที่ยอมรับนับถือ ในขณะเดียวกันก็ศึกษาเรียนรู้หลักศาสนาอย่างต่อเนื่องพร้อมๆ กับการปฏิบัติในการถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชน ผู้สูงอายุจะมีบทบาทที่สำคัญในครอบครัวและชุมชน ให้เป็นผู้นำทางศาสนาและผู้นำทางสังคมในการสืบทอดศาสนาและประเพณีท้องถิ่นที่สำคัญของชุมชน โดยมีสมาชิกของชุมชนทุกคนมีหน้าที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมงานประเพณีทั้งในระดับครอบครัว และประเพณีส่วนรวมของชุมชน โดยประเพณีของชุมชนจะยึดโยงเชื่อมประสานกับความเชื่อและหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม เป็นเครื่องหล่อหลอมยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้คนให้เป็นหนึ่งเดียว ทำให้เกิดพลังอันยิ่งใหญ่ในการ

สร้างการมีส่วนร่วมและจิตสำนึกของผู้คนในการทำหน้าที่ร่วมกันของชุมชน ไม่ว่าจะเป็งานประเพณีใดๆ เช่น งานแต่งงาน งานสวดสรรเสริญพระนาบี งานขึ้นเปลเด็กเกิดใหม่ เป็นต้น ผู้ที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจของชุมชน จะเป็นแกนนำในการสืบสานประเพณี และเอื้อให้ผู้ทีเศรษฐกิจที่ด้อยกว่าเข้ามามีส่วนร่วมในงานบุญต่างๆ ของชุมชน ถือเป็นหน้าที่ของทุกคนที่ต้องปฏิบัติในการร่วมแรงรวมใจ บริจาคสิ่งของ หรือทรัพย์ ตามกำลัง แต่ถ้าไม่มีเงินก็ต้องลงแรงเพื่อช่วยเหลืองานของชุมชน

ผู้สูงอายุไทยมลายู มีหลักศาสนาอิสลามเป็นหลักพื้นฐานสำคัญในการดำเนินชีวิต หลักศาสนามีพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการคือ หลักศรัทธา 6 ประการ และหลักปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่ (มัสลัน, 2551; ยูซุฟ และ สุภัทร, 2551; ฮัยหมัด สมบูรณ์, 2548;)

1. หลักศรัทธา 6 ประการ เป็นข้อกำหนดที่สำคัญที่มุสลิมทุกคนต้องเชื่อมั่นและศรัทธาด้วยความบริสุทธิ์ใจ ได้แก่

1.1 ศรัทธาในอัลลอฮ.หรือพระผู้เป็นเจ้า

มุสลิมต้องศรัทธาในพระเจ้าองค์เดียวซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่สุด เป็นรากฐานของอิสลาม และพลังแห่งที่มาของอิสลาม ความเชื่อ และกฎหมายอิสลาม

1.2 ศรัทธาต่อบรรดามะลาอิกะฮ.

มลาอิกะฮ. เป็นสิ่งที่อัลลอฮ. ทรงสร้างมนุษย์ไม่สามารถเห็นรูปร่าง หรือตัวตนของ มลาอิกะฮ. ได้ ทำหน้าที่โดยเฉพาะ เช่น บันทึกบาปบุญของบุคคลแต่ละคน บางท่านทำหน้าที่ปลิดวิญญาณของมนุษย์เมื่อสิ้นอายุขัย

1.3 ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์

คัมภีร์อัล-กุรอาน เป็นคัมภีร์ฉบับสุดท้ายที่พระองค์อัลลอฮ. ประทานมายังมนุษยชาติ ผ่านมาทางท่านศาสดามูฮัมหมัด เมื่อประมาณกว่า 1400 ปี เป็นภาษาอาหรับ ซึ่งมุสลิมทั่วโลกยึดถือเป็นหลักธรรมนำชีวิตมาจนถึงปัจจุบัน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขสิ่งใดๆ จนถึงปัจจุบัน

1.4 ศรัทธาต่อบรรดาศาสนทูต

มุสลิมศรัทธาต่อบรรดาศาสนทูตของพระผู้เป็นเจ้า คือยอมรับว่า อัลลอฮ. ได้ทรงแต่งตั้งมนุษย์จำนวนหนึ่งเป็นศาสนทูต เพื่อทำหน้าที่เผยแผร์ เชิญชวนมนุษย์ทั้งหลายในยุคต่างๆ สู่การยอมรับในหลักคำสอน และเคารพภักดีต่อพระองค์ เป็นผู้แจ้งข่าวดี รางวัล สำหรับคนทำความดี และลงโทษหรือนรก สำหรับคนทำความชั่ว ศาสดามูฮัมหมัด คือศาสดาคนสุดท้าย จะไม่มีศาสดาเกิดขึ้นอีกจนกระทั่งวันสิ้นโลก ทุกคนจะต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามโดยไม่มีการยกเว้น หากผู้ใดเชื่อฟังก็จะได้ไปสวรรค์ หากผู้ใดปฏิเสธก็จะไปสู่สุญนรก

1.5 ศรัทธาต่อวันอาคิเราะฮ. หรือวันพิพากษา

มุสลิมต้องศรัทธา ในชีวิตหลังความตาย และศรัทธาในวันตัดสิน ยอมรับว่า ชีวิตหลังความตาย เป็นชีวิตที่เที่ยงแท้จริง หรือเป็นโลกนิรันดร์ หลังจากการตายจากโลกนี้ของมนุษย์ ทุกคนจะถูกให้ฟื้นขึ้นมา

ในวันสอบสวน (กียามะฮฺ) เพื่อตอบแทนผลกรรมที่ทำไว้ ดังนั้นผู้ใดที่ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนทูต ย่อมได้ไปสวรรค์ ส่วนผู้ที่ฝ่าฝืนจะไปนรก

1.6 ศรัทธาในกฎสภาพการณ์

กฎสภาพการณ์ คือระเบียบอันรัดกุมที่พระเจ้าได้ทรงกำหนดไว้แก่มนุษยชาติ และจักรวาล ทุกสิ่งทุกประการล้วนเป็นไปตามพระประสงค์และความต้องการของพระองค์ ทรงกำหนดการเป็น การตาย พระองค์คือผู้ทรงสร้างสรรค์สิ่งทั้งมวล

2. หลักปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่

2.1 การปฏิญาณตน (ชาฮาดะฮฺ)

คำปฏิญาณตนมีเจตจำนง เพื่อให้มุสลิมยึดมั่นในอัลลอฮฺ. องค์เดียวเท่านั้นเป็นพระเจ้า ห้ามกราบไหว้ บูชาสิ่งอื่นใด

2.2 การละหมาด

การละหมาด คือการปฏิบัติศาสนกิจที่แสดงความเคารพต่อองค์อัลลอฮฺ. ทั้งร่างกาย จิตใจ เป็นสิ่งที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติตั้งแต่บรรลุนิติภาวะ คือ ผู้หญิงตั้งแต่มีรอบเดือน และชายเมื่อเข้าสู่ความเป็นหนุ่ม จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต การละหมาดฟัรฎุ (ภาคบังคับ) วันละ 5 เวลา ได้แก่ เวลารุ่งอรุณ เวลาบ่าย เวลาเย็น เวลาพลบค่ำ และเวลากลางคืน

2.3 การถือศีลอด เป็นบทบังคับสำหรับมุสลิมทุกคนที่บรรลุนิติภาวะ และสภาพร่างกายพร้อมที่จะถือศีลอดได้ ระยะเวลา 1 เดือน คือเดือนที่ 9 ของจิบเราะห์ศักราช ซึ่งเรียกว่าเดือน “รอมฎอน” ตามปฏิทินอิสลาม ซึ่งนับตามจันทรคติ ในช่วงเวลาดังกล่าว ทุกคนต้อง งดกิน ดื่ม เพศสัมพันธ์ และการสำราญตนในการทำมาค้าขายเป็นพิเศษในแต่ละวัน ตั้งแต่ปรากฏแสงตะวันจนตะวันลับขอบฟ้า บุคคลที่ได้รับการยกเว้น ได้แก่ เด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ คนขาดสติสัมปชัญญะ คนชรา ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการไม่ปกติ ถ้าถือศีลอดแล้วอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร หญิงขณะมีประจำเดือน อยู่ระหว่างการเดินทางมีความยากลำบาก และบุคคลที่ทำงานหนัก บุคคลเหล่านี้ เมื่อพ้นจากความจำเป็นต่างๆ ให้ถือศีลอดชดเชยตามจำนวนวันที่ขาดในช่วงระยะเวลา 11 เดือน ก่อนที่รอมฎอนปีใหม่จะมาถึง

2.4 การจ่ายซากาต

การจ่ายซากาต คือ การบริจาคทานแก่ คนยากจน คนขัดสน คนที่รับอิสลามใหม่ คนที่มีหนี้สินล้นพ้นตัว เป็นต้น

2.5 การประกอบพิธีฮัจญ์

เป็นการไปประกอบศาสนพิธี ณ สถานที่อันศักดิ์สิทธิ์ แห่งนครมักกะฮฺ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่มีความสามารถ และมีค่าใช้จ่ายเพียงพอในการเดินทางไปประกอบพิธีอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โดยไม่ต้องมีหนี้สินและสร้างความลำบากให้คนในครอบครัว

หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามดังกล่าว เป็นหลักในการดำเนินชีวิตของมุสลิมทุกคน ซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความเชื่อและการจัดการสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตสังคม (Wehbe-Alamah, 2008; Yosef, 2008) ได้แก่

มุสลิมเชื่อว่า พระผู้เป็นเจ้าเป็นผู้กำหนดชีวิตของคนทุกคน การเจ็บป่วยถือเป็นบททดสอบของพระผู้เป็นเจ้า วิธีการรักษา ยา ก็ถูกกำหนดไว้แล้ว แต่อย่างไรก็ตามทุกคนก็มีหน้าที่ในการรักษาดูแลตนเองให้ดีที่สุด หาหนทางรักษาตนเองให้ดีที่สุด เพื่อจะได้ทำหน้าที่เพื่อรับใช้พระผู้เป็นเจ้า (Wehbe-Alamah, 2008; Yosef, 2008) มุสลิมต้องมีความเข้าใจและยึดถือปฏิบัติตามหลักปฏิบัติและข้อห้ามอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การละหมาด 5 ครั้งในแต่ละวัน ช่วยทำให้จิตใจสงบผ่อนคลาย การบริจาค เป็นการส่งเสริมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนในสังคม สำหรับข้อห้ามดังกล่าวนี้เกี่ยวเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้แก่ ห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ หรือส่วนประกอบของเลือดสัตว์ที่ตาย ซึ่งเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากโรคระบาดของสัตว์สู่คน ห้ามรับประทานเนื้อหมู เพราะอาจเสี่ยงต่อการเป็นพยาธิ และมีไขมันสูง และห้ามดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมีพิษต่อตับ ซึ่งข้อห้ามดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ (Yosef, 2008)

หลักศาสนาอิสลามไม่เป็นเพียงแต่คำสอนหรือบทบัญญัติในการประพฤติปฏิบัติตามเท่านั้นแต่เป็นแนวทางของวิถีชีวิตที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติทางศีลธรรม และทุกการกระทำจะต้องปฏิบัติในฐานะที่เป็นการกระทำการภักดีต่อพระเจ้า มนุษย์ถูกส่งมาใช้ชีวิตอยู่บนโลกใบนี้เป็นการชั่วคราว มีชีวิตแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละคน แต่สิ่งที่มนุษย์ได้รับเหมือนกันคือบททดสอบจากอัลลอฮ์ การทดสอบจะครอบคลุมทั้งความทุกข์ ได้แก่ ความกลัว ความหิว ชีวิต หรือความสุขที่แฝงไว้ด้วย อำนาจ วาสนา บารมี เงินทอง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อกลับไปฟังผลการทดสอบในวันแห่งการตัดสิน (มัสลิน, 2552)

มัสลิน (2552) ได้กล่าวถึง ผู้นำในทรรศนะของอิสลามไว้ 3 ประการ คือ

1. เป็นผู้นำหรือผู้สืบทอดหน้าที่แทนปมูฮัมหมัด ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางโลก รวมทั้งดำเนินการเผยแพร่และคุ้มครองศาสนาอิสลาม
2. เป็นผู้นำหรือผู้สืบทอดหน้าที่ของนบีมูฮัมหมัด เพื่อดำเนินการในเรื่องต่างๆ โดยการปฏิบัติและดำเนินการภายใต้ของเขตกฎเกณฑ์ตามทีอิสลามได้ระบุไว้
3. เป็นต้นแบบหรือแบบอย่างที่ดีของประชาชนทั่วไปในการประพฤติปฏิบัติตามหลักอิสลามที่ระบุไว้ในอัลกุรอานเพื่อความสำเร็จในชีวิตทั้งโลกนี้และโลกหน้า

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งมีความร่วมมือจากผู้วิจัยโดยตรงอย่างเต็มที่ ในทุกระยะของการวิจัย โดยถือว่าผู้ร่วมวิจัยเป็นนักวิจัยร่วม (Co-researcher) (สุพรรณ, 2549) การมีส่วนร่วมจะต้อง

มีตลอดระยะของการวิจัย ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการคิด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้เกิดความรู้ใหม่ที่เกิดจากการค้นพบในสังคม (เพชรน้อย, 2553)

เคมมิส และ แมคทาตากาท (Kemmis & McTaggart, 1988) ได้เสนอวงจรปฏิบัติที่เป็นหลัก พื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ 4 ประการ หรือ เรียกว่าเกลียวการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

1. การวางแผน (Plan) โดยการประสานความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผน ทำความเข้าใจร่วมกันตามสภาพการณ์ปัญหาตามบริบทของพื้นที่ เพื่อวางแผนปฏิบัติร่วมกัน
2. การปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดจากการวางแผนลงสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริงเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนา ซึ่งนักวิจัยต้องมีความยืดหยุ่น (flexible) การประนีประนอม และการเจรจาต่อรอง
3. การสังเกต (Observation) เป็นการติดตามผลของการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะต้องเปิดตา (Open-eyed) เปิดใจ (Open-minded) ยอมรับผลที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ในสิ่งที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่คาดหวัง (Unexpected)
4. การสะท้อนคิด (Reflection) เป็นการสะท้อนคิดจากการปฏิบัติของผู้ที่มีส่วนร่วมเพื่อประเมินผลการดำเนินงานในมุมมองตามบริบทของสังคม

อย่างไรก็ตามหลักพื้นฐานของวงจรปฏิบัติที่เป็นหลักพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะของการยืดหยุ่นและเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนในระหว่างดำเนินการ ขั้นตอนต่างๆ อาจไม่เรียงตามลำดับ และอาจจะมีการปรับเปลี่ยนแผนงานที่กำหนดไว้ตามความเหมาะสม ในกรณีนี้ถือว่าไม่ใช่ความล้มเหลว แต่ถือว่าการได้ปฏิบัติจริงมีคุณค่ายิ่งในการแก้ปัญหา หรือการพัฒนางานในครั้งต่อไป เป็น “พลังของปัญญาที่เกิดจากการปฏิบัติ” (ผ่องพรรณ, 2555)

การออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 3 วิธี (Carr & Kemmis, 1986 อ้างตาม เพชรน้อย, 2553)

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (Technical action research) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยออกแบบโดยใช้หลักพื้นฐานของวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ (Empirical science หรือ natural science) อาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎี แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ร่วมวิจัย ความยั่งยืนของโครงการมีน้อย
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วม (Practical action research หรือ Mutual collaborative approach) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic or interpretive science) เป็นการวิจัยที่อาศัยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและหาวิธีในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มีความยั่งยืนของโครงการ
3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับอิสระ (Enhancement action approach) เน้นการกระบวนกรคิดวิเคราะห์อย่างอิสระของนักวิจัยในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง หรือการพัฒนา ทำให้โครงการมีความยั่งยืนสูงมาก นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยเกิดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอย่างลึกซึ้ง และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการพัฒนาสิ่งใหม่

หลักพื้นฐานของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

นักวิจัยเพื่อการพัฒนาสังคม ได้ให้นิยามของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR ว่าเป็นการวิจัยที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการแก้ไขปัญหของสังคม เรียกว่า critical and spiritual research เป็นการวิจัยเชิงวิพากษ์ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นอิสระ และการปลดปล่อย เพื่อเสริมพลังปัญญา (Empower) ของผู้คนในสังคม (ผ่องพรรณ, 2555) เคมมิส และ วินคินสัน (Kemmis and Wilkinson, 1998 อ้างตาม ผ่องพรรณ, 255) ได้กำหนดคุณลักษณะพื้นฐานของ PAR ไว้ดังนี้

1. เป็นกระบวนการทางสังคม (PAR is a social process) เชื่อว่ากระบวนการพัฒนาบุคคลกับกระบวนการการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต้องเป็นไปอย่างสัมพันธ์กัน
2. กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในกลุ่ม (PAR is participatory) การวิจัยอาจเริ่มต้นจากการจุดประกายจากนักวิจัยภายนอก แต่กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในกลุ่ม เป็นเจ้าของงานวิจัยร่วมกัน การมีส่วนร่วมควรมีในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การตกลงในการทำวิจัย การกำหนดปัญหาในการวิจัย การดำเนินการวิจัย และการการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติร่วมกัน
3. เป็นการวิจัยที่เน้นการปฏิบัติ (PAR is practical) เน้นการปฏิบัติที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจวิธีการและผลการปฏิบัติที่เป็นอยู่
4. เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างอิสรภาพ (PAR is emancipatory) สร้างจิตสำนึกเพื่อให้คนได้ตระหนักถึงแก่นแท้ของปัญหา คลี่คลายและแก้ไขปัญหาด้วยการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์สังคมที่สงบสุข
5. เป็นกระบวนการเชิงวิพากษ์ - สะท้อนตนเอง (PAR is critical) มีการสะท้อนการกระทำของตนเองในทุกขั้นตอนของการวิจัย ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติ
6. เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (PAR is recursive) วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะสะท้อนถึงการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

ลักษณะเด่นของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการวิจัยซึ่งเชื่อมโยงการปฏิบัติและการสะท้อนคิดเข้าด้วยกันโดยการเรียนรู้ร่วมกัน (ผ่องพรรณ, 2555) มีลักษณะเด่นของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังนี้ (Beadbury & Reason, 2001 ; พันธุ์ทิพย์, 2540 อ้างตาม เพชรน้อย, 2553)

1. เป็นการสร้างความรู้ (Produce knowledge) เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน (Co-generative learning) ผสมผสานความรู้ทางวิชาการกับความรู้พื้นบ้าน เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ
2. เป็นกระบวนการวิจัยที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic process) เนื่องจากสังคมของมนุษย์ไม่หยุดนิ่ง วงจรสภาพปัญหาของสังคมมีการเปลี่ยนแปลงตามกระแสทางสังคมวัฒนธรรมไม่หยุดนิ่ง ดังนั้นนักวิจัยแบบมีส่วนร่วมจึงมีความยืดหยุ่นและไวต่อการปรับตัว (Flexible and adaptive) ไม่ยึดติดกับกรอบเวลา

3. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมต้องเริ่มด้วยความไวของการคิด (Think) ในเชิงระบบสังคม และทำความเข้าใจ (Understanding) นำไปสู่การปฏิบัติ (Action) ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง (Transformation) ที่ครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งด้านปัญญา จิตใจ จิตวิญญาณ ดังนั้น ความรู้ที่ได้จาก PAR จึงเป็นลักษณะปฏิสัมพันธ์ (Interaction) และสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ไม่ใช่จากการเรียนแต่จากการปฏิบัติ

4. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจ แล้วลงมือกระทำให้ความเข้าใจนั้นออกมาเป็นรูปธรรม เป็นความจริง (Act to transform reality) จังหวะของ PAR จึงเป็นการสะท้อนความคิดลงมือปฏิบัติ (Reflection- Action- Reflection-Action...) จึงเท่ากับทบทวนความคิด หรือสะท้อนความคิดของตนเอง แล้วนำไปลงปฏิบัติ (Direct act)

5. การใช้ความรู้สู่การปฏิบัติ (Practical) เน้นการแก้ไขปัญหาที่สำคัญและเป็นจริงของท้องถิ่น เป็นการให้การศึกษาแก่ผู้ใหญ่ในท้องถิ่น โจนวิธีการเรียนไม่เน้นทฤษฎีแต่เน้นการวิเคราะห์วิจารณ์ PAR เป็นองค์กรพื้นฐานระดับติดดิน (Grass root) ให้โอกาสแก่คนชายขอบในการพัฒนาเพื่อให้อำนาจดำรงอยู่และพัฒนาบทบาทของตนเองได้

6. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเบ็ดเสร็จ (Inclusive) ที่ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เปิดโอกาสให้ทุกคนได้เรียนรู้ (Learning for all) ปัญหาอาจแก้ไม่ได้ แต่ทำลดลงได้ ในทุกระบบของสังคมควรมีจิตสำนึกในความยึดเหนี่ยวผูกพันกัน (Achievement of coherence) มีความยึดเหนี่ยวภายในตัวเอง (Coherence) เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้โดยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนอย่างดีและเกื้อกูลกัน เชื่อว่าโลกนี้มีความหมายที่สามารถเข้าใจได้ จัดการได้ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ และไม่ขัดต่อวัฒนธรรมหรือกฎเกณฑ์ทางสังคม มีจิตสำนึกต่อชุมชน (Sense of community) และกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจเพื่อทำประโยชน์ต่อสังคม

7. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมจะช่วยสร้างสังคมนิเวศน์ (Ecological society) ที่คนในชุมชนมีการพึ่งพาอาศัยกัน ล้มเลิกระบบเจ้านาย เป็นสังคมประชาธิปไตยที่เท่าเทียมกัน สร้างความผสมผสานระหว่างมนุษยชาติกับธรรมชาติ

8. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นการมองอนาคต (Future oriented) นักวิจัย PAR จะต้องเรียนรู้วิธีการสร้างฉากสำหรับการเรียนรู้ในชุมชน การจัดการที่ไม่มีการจัดทำโปรแกรมล่วงหน้าสำเร็จรูปหรือตายตัว การทำให้เกิดการช่วยตนเองของชุมชน การสร้างแนวทางปฏิบัติที่ไม่เคยมีอยู่ก่อน การทบทวนการปรับเปลี่ยน การปรับปรุงระบบในชุมชนตามฝันที่อยากจะเป็น

9. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นการมองโลกในแง่ดี (Optimistic) ตามหลักแนวคิดการปลดปล่อยที่เชื่อว่าทุกคนสามารถจัดการเรื่องต่างๆ ได้ เป็นการมุ่งส่งเสริมศักยภาพของบุคคล

10. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเชื่อว่า อิสระภาพของมนุษย์สำคัญที่สุด และมนุษย์มีสิทธิที่จะแสวงหาอิสระภาพแก่ตนเองด้วยการปลดปล่อยตนเอง (Self-emancipation) ด้วยการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างสังคมใหม่ที่ทุกคนต้องการ

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research or PAR) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ผลการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ โดยการทวนเอกสารรายงานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ทั้งหมด การสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความต้องการ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูในวิถีแห่งวัฒนธรรม โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้เกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้แก่ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอื่นๆ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)และการจัดกลุ่มของข้อมูล (Thematic analysis)เพื่อกำหนดกำหนดเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 จัดประชุมทีมนักวิจัย และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง จำนวน 22 คน ได้แก่ แกนนำอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน จำนวน 12 คน คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิจัยหลัก 5 คน นักวิจัยจากเครือข่าย 2 คน โดย เพื่อเตรียมความพร้อมของนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิให้ความรู้ทีมงานนักวิจัย และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เรื่อง การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีแห่งวัฒนธรรม และการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

1.2 ประชุมทีมนักวิจัยเพื่อวางแผนในการดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยภาคสนาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวทางการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1.3 สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ทีมสุขภาพ อสม.และผู้เกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายู ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นอุปสรรค และปัจจัย

แห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูในวิถีแห่งวัฒนธรรมจำนวน 45 คน โดยแบ่งการสนทนาออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน

1.4 สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และองค์กรท้องถิ่น เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการจัดการระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายู ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูในวิถีแห่งวัฒนธรรมจำนวน 45 คน ประกอบไปด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต สูงจำนวน 10 คน ผู้นำศาสนา 20 คน ผู้นำชุมชน 10 คน สมาชิก อบต. 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก อบต. 3 คน โดยแบ่งการสนทนาออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน

1.5 เก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 33 ราย และผู้ดูแลหลักจำนวน 33 ราย

1.6 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อจัดกลุ่มของข้อมูล (Thematic analysis)

1.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัย (Trustworthiness) โดยใช้แนวคิดของ ลินคอร์น และ กูบาร์ (Lincoln & Guba, 1985) โดยมีขั้นตอนในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัย ดังนี้

1.7.1 มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ระหว่างนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลนักวิจัยจะต้องลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจจากชุมชน ก่อนลงเก็บข้อมูลจริง มีการใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และนักวิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบ ข้อความ หรือความหมาย ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (Emic view)

1.7.2 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยนำข้อค้นพบไปตรวจสอบและยืนยันข้อมูลตามการรับรู้ของบุคคลภายนอกกลุ่มอื่นที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา (Transferability)

1.7.3 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Dependability) โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เพื่อสร้างความเชื่อถือได้ของข้อค้นพบจากงานวิจัย การนำเสนอผลการวิจัย และเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกมาวิพากษ์ข้อค้นพบของงานวิจัยที่เป็นมุมมองจากภายนอก (Etic view)

1.7.4 การยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยนักวิจัยมีแนวทางในเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกัน (Conformability)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการนำผลการศึกษจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบของการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.1 จัดทำแนวทางการจัดการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในวิถีแห่งวัฒนธรรม / ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2.2 นำเสนอรูปแบบการจัดการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในวิถีแห่งวัฒนธรรม / ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในวิถีวัฒนธรรม

3.1 ประชุมชี้แจงผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการทดลองใช้รูปแบบจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในวิถีวัฒนธรรม

3.2 ทดลองใช้แนวทางทางการจัดการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในวิถีแห่งวัฒนธรรม

3.3 เก็บรวบรวมผลการดำเนินงานก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพดังกล่าวทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิก และการติดตามเยี่ยมบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีวิธีการ ดังต่อไปนี้

3.1.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพในวิถีแห่งวัฒนธรรม ได้แก่ ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว รอบเอว และดัชนีมวลกาย

3.1.2. ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นทีมสุขภาพในคลินิกและในชุมชน บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและในชุมชนตำบลบ้านควน หลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพในวิถีแห่งวัฒนธรรม ได้แก่ ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว การมาตรวจตามนัด อาการไม่สบายต่างๆ ของผู้สูงอายุไทยมลายู

3.1.3 ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและ หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพ

3.1.4. ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล อสม และทีมสุขภาพ ต่อรูปแบบการจัดการสุขภาพที่เน้นบริบทวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทยมลายู

3.5. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล อสม. และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ต่อการใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ โดยการนำผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เน้นบริบทวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการจัดการสุขภาพที่เน้นผสมผสานวิถีชีวิตและวัฒนธรรมสุขภาพของชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ ทีมสุขภาพ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านควน อำเภอเมืองจังหวัดสตูล

กลุ่มตัวอย่าง

ในการการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบไปด้วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชน รวม 149 คน ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุไทยมลายูที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 ตำบลบ้านควน อำเภอเมือง จังหวัดสตูลที่สมัครใจและมีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 33 ราย
2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่
 - 2.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 33 คน
 - 2.3 พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน
 - 2.4 เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขจากองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 3 คน
 - 2.5 สมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน
 - 2.5 ผู้นำศาสนา 20 คน
 - 2.6 ผู้นำชุมชน 10 คน
 - 2.7 อาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำนวน 45 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group)
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูในวิถีแห่งวัฒนธรรม ความต้องการการจัดการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. คู่มือการบันทึกการจัดการสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก การตรวจตามนัด และการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนและ หลังการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ
3. มีการประยุกต์เครื่องมือของ ปัญญาวัชร และคณะ 2558 ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การจัดการสุขภาพของตนเอง มีการทดสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาค มีค่า Reliability .77 ในส่วน

เครื่องมือการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการทดสอบความเที่ยงโดยใช้ KR 20 มีค่า Reliability = .88

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม และผู้เกี่ยวข้อง ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาสภาพการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นอุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูในวิถีแห่งวัฒนธรรม นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อกำหนดกำหนดเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายู โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ก่อนและ หลัง การใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายู

4. หาความถี่ ร้อยละของการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อน และหลัง การใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายู

5. หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

การใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความตระหนักในการการดูแลและการจัดการสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมชุมชน

2. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

3. สถานบริการสาธารณสุขจัดระบบบริการในการดูแลและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

4. สร้างกระแสความตื่นตัวของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนโดยชุมชนเอง

หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ครอบครัวและชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมภายใต้วิถีวัฒนธรรมของชุมชน
2. กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น
3. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และทุกภาคส่วน ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น
4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปกำหนดเป็นนโยบายทางด้านสุขภาพในการจัดการและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น
5. เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ทางด้านสุขภาพที่ผสมผสานวิถีวัฒนธรรม ของนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัช และนักวิชาการสาธารณสุข

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ประจำปี 2559 สำหรับขั้นตอนในการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำทีมงานวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย ประโยชน์ของโครงการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในโครงการของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ข้อมูลที่รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะนำเสนอในภาพรวม เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลและภาพถ่ายซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการถ่ายภาพทุกครั้งเพื่อจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการและการพัฒนาระบบสุขภาพเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research or PAR) ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 149 คน โดยมีผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมหรือจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรม ได้แก่





1.1 วัฒนธรรมการกินหนุหรี (จัดงานเลี้ยง งานบุญตามประเพณี) ของหมู่บ้าน ซึ่งจะมีตลอดปี เมนูอาหารส่วนใหญ่ จะเป็นอาหาร หวาน มัน เค็ม และเป็นหน้าที่สำคัญของคนในชุมชนที่จะต้องไปมีส่วนร่วมในงานดังกล่าว โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งจะต้องไปเป็นผู้นำในงานประเพณีของชุมชนทุกงาน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“ทุกงานในงานเลี้ยงจะมีอาหารจำพวก หวาน มัน เค็ม แกงมัสมั่น แกงกะทิ รวมทั้งน้ำอวดลมที่เป็น เครื่องดื่มในงานของทุกงาน ผู้ที่ไปร่วมงานก็จะรับประทานกันอย่างเต็มที่ และมีทัศนคติว่า ถ้าบ้านไหนจัดงานเลี้ยงแล้วอาหารน้อยๆ จะถูกเพื่อนบ้านนินทา (Focus group)”

“เมื่อไปงานบุญ หรืองานหนุหรีต่างๆ มีการทำอาหารที่มันๆ เช่นแกงเนื้อ แกงไก่ ของหวาน พายม ยามปฏิบัติตามที่หมอบอก แต่บางทีก็บังคับตัวเองไม่ได้” (Focus group)”

สาเหตุของการกินน้ำอวดลม เหมือนกับท่าน อสม. อดีตผู้ช่วย พู่ว่าตรงประเด็นใส่ถึงกินน้ำอวดลม มีงานเลี้ยง งาน แต่งงาน งานอะไรก็แล้วแต่ ก็ยิบยกเรื่องน้ำอวดลม เมื่อก่อนละลายน้ำหวานหรือ กินของหวานอย่างอื่นสมัยก่อน พอมายุคนี้สมัยนี้ความสะดวก ความจัดหา สรรหามันง่าย ๆ มาก พี่น้องมาหาน้ำคนละแก้ว น้ำอื่นก็ได้ น้ำกระเจียบ เพื่อความสะดวกคนละแก้ว (Focus group)”

“ด้านสิ่งแวดล้อมที่ผลต่อโรค คือ เมื่อชาวบ้านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอาหารจำพวก หวาน มัน เค็ม ต่างๆมากกว่า ถึงแม้ว่าบางบ้านจะมีการปลูกพืช ผักสมุนไพรรับประทานเองแต่ก็มีส่วนน้อย”

1. 2 กินเกินพอดี ตามหลักศาสนาอิสลามในการรับประทานอาหารให้แบ่งกระเพาะอาหารออกเป็น 3 ส่วน ให้รับประทานอาหาร 1 ส่วน น้ำ 1 ส่วน เหลือกระเพาะอาหารว่างไว้ 1 ส่วน แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถบังคับใจตนเองเพื่อควบคุมการรับประทานอาหารได้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่และวิถีชีวิตที่ห้อมล้อมไปด้วยอาหาร หวาน มัน เค็ม ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“ถามผู้นำอิสลามว่า อิสลามดูแลสุขภาพกันอย่างไร ไช้ที่ไม่มีใครป่วยเลย นี่นะถ้าเราปฏิบัติตามที่นาบีปฏิบัติ หมายความว่า เรากินอาหาร 1 ส่วน แล้วกินน้ำ 1 ส่วน พอแหล่งแบบนี้บีบไว้กระเพาะว่าง 1 ส่วน เพื่อ...เป็นวิถีของชาวอิสลาม ปฏิบัติแบบนี้ก็ไม่มีใครป่วย ทีนี้แพทย์คนนี้จะละนั้นแกก็ บอกว่าขอแลกกลับ ว่าไม่มีใครป่วย แต่พื้นที่บ้านเราโรคบ้านเราเต็มหมดโรค.....กินเนื้อ 1 มื้อ หยุดไป 3 วัน ค่อยกินได้หรรว แต่พอเรากินเนื้อเราก็กินนอน..... นาบีไม่ชอบกินเนื้อ แล้วนอน การกินที่ให้เกิดประโยชน์”

“ที่ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะยังไม่สามารถที่จะบังคับใจตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหาร และการปฏิบัติตัวอื่นๆได้”

“ด้านสิ่งแวดล้อมที่ผลต่อโรค คือ เมื่อชาวบ้านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอาหารจำพวก หวาน มัน เค็ม ต่างๆมากกว่า ถึงแม้ว่าบางบ้านจะมีการปลูกพืช ผักสมุนไพรรับประทานเองแต่ก็มีส่วนน้อย”

1.3 ไม่ได้ออกกำลังกาย นอกจากการทำงานในชีวิตประจำวัน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกาย บางครั้งอิสลามออกไปออกกำลังกายไม่ได้ โดยเฉพาะผู้หญิงห้ามออกไปให้ผู้อื่นเห็น”

“หลังละหมาดตอนเช้าออกไปเดินกัน 3-4 คน ผู้หญิงก็เดินกันแต่ผู้หญิง ผู้ชายก็แยกไปเดินในกลุ่มผู้ชาย”

1.4 จะเริ่มตระหนักในการรักษาตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองก็ต่อเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“มีอาการหนักจนต้องนอนโรงพยาบาลหลังจากนั้นจึงเริ่มที่จะปรับเปลี่ยนตัวเองเพราะรู้ถึงผลของโรค จึงเกิดความกลัวตามมา”

“ที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลตัวเองเนื่องจาก เมื่อรู้ว่าภาวะแทรกซ้อนต่อไปที่จะเกิดขึ้นเป็นอย่างไร ทำให้เกิดความกลัว และบางคนเกิดอาการแล้วจนถึงต้องนอนรพ. หลังจากนั้นจึงมีการตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เพราะเมื่อรู้ถึงผลเสียก็จะเกิดความกลัวตามมา”

“มีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้นหลังจากเป็นโรคแล้ว และมีอาการหนัก”

1.5. หยุดยาเอง จากการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อติดตามการจัดการตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุ 2 ราย หยุดกินยาเอง เนื่องจากไม่มีอาการของโรค และคิดว่า สบายดี ในขณะระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติในระดับอันตราย ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“ป๊ะรู้สึกสบายดี ไม่เห็นมีอาการอะไรก็เลยไม่กินยา”



2. ความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ มีประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน ได้แก่



2.1 ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน เนื่องจากผู้นำศาสนาเป็นศูนย์รวมใจของผู้สูงอายุในชุมชนทั้งผู้หญิงและชาย มีบทบาทเป็นผู้นำทางสังคมและทางจิตวิญญาณที่เป็นที่ยอมรับนับถือของคนชุมชน ถือเป็นหน้าที่ของผู้สูงอายุในชุมชนทุกคนที่จะต้องมาประกอบพิธีทางศาสนาด้วยกันทุกอาทิตย์ ผู้ชายก็จะไปมัสยิดทุกวันศุกร์เพื่อละหมาดร่วมกัน พร้อมๆกับการไปเรียนรู้หลักคำสอนศาสนาจากผู้นำศาสนาด้วยกัน ส่วนผู้หญิงก็จะสถานที่ในหมู่บ้านที่ไปพบปะกันทุกอาทิตย์อย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งเพื่อเรียนศาสนา

“คนอิสลามทุกคนต้องเรียนศาสนา เพราะอัลเลาะห์เขาบังคับ มีะสอนให้คนมาเรียนวันอังคาร กับวันอาทิตย์ มาเรียนก็คนก็ได้ ไม่จำกัดอายุ สอนอัลกุรอาน เป็นภาษาอาหรับ ภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์เพื่อคนอื่น”

“การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจกันในชุมชนซึ่งเป็นวิถีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา สำหรับคนที่ป่วยหนัก จะเชิญโต๊ะอิหม่ามไปอ่านอาฏารุอาน แนะนำการปฏิบัติตัว การไปหาหมอที่ดีที่สุดเพื่อรักษา”

“มัสยิดจะกระจายข่าวเวลามีคนป่วยแล้วจะไปเยี่ยมให้กำลังใจกันผู้นำศาสนาจะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข่าวสารแก่คนป่วยในหมู่บ้านและสำหรับคนที่มีความอาการหนักมากจะเชิญโต๊ะอิหม่ามไปอ่านหนังสือให้แก่ผู้ป่วยและช่วยกันแนะนำให้ไปหาหมอที่ดีที่สุด และช่วยกันให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว นายก อบต.ให้รางวัลแก่คนที่หยุดบุหรีได้”

2.2 การให้ความรู้แก่ชุมชนในการ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม โดยเน้นการปรับเปลี่ยนเมนูอาหารตามวัฒนธรรมชุมชนในการทำนุหรี เน้นเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ

“สำหรับผมผมเป็นนักบรรยายธรรม ผมจะแหลงเรื่องนี้ เรื่องของมันเป็นอยู่แล้ว คนอิสลามจะอยู่แบบไหนที่จะไม่ให้มันเป็นโรค ถูกหลักอนามัยเพื่อจะหาทางออกแบบนั้น บางคนอายุเป็น 100 มากกว่าคนก็ 100 เหลือ 80 ก็มี เรื่องสาธารณสุขแม้จะพูดจะไม่พูดเรื่องเดียว แม้กระทั่งเรื่องไข้เลือดออกผมก็จะแหลงหมด ให้พี่น้องจัดการกับความสะอาดข้างๆ บ้าน”

“ปรับเปลี่ยนความเชื่อของชาวบ้านว่าเวลาทำนุหรีเปลี่ยนให้ทำอาหารเพื่อสุขภาพ ไม่ใช่เน้นอาหารจำพวกแกงกะทิ และน้ำอืดลม”



2.3 จัดให้มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย โดยมีผู้นำกลุ่มในการรวมกลุ่มเพื่อการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนา

“ด้านสิ่งสนับสนุน คือมีสถานที่ที่ให้ออกกำลังกาย แต่ไม่มีผู้นำที่จะมากระตุ้นหรือมาเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย หรือกิจกรรมอื่นๆที่ส่งเสริมสุขภาพ”

2.4 มีระบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ โดย อสม. และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบชุมชน
ร่วมกัน

“ในฐานะว่าเป็นผู้นำ ที่ว่าที่เราเข้าไปถามความทุกข์ความสุขของเขา และขาดตกบกพร่องใน
ครัวเรือน บางทีผมก็มี ดูแลคนติดเตียง ผมก็ดูแลคนติดเตียง ว่าผมถามปัญหาในลูกหลานของ
ต้น ลูกหลานของต้นเขาคิดฝันหรือ เขา ทอดทิ้งต้นไหม้ เขาบอกว่าก้ไหม้ ก็จะช่วยเหลือกันมั้ง
ว่าพอยังชั่วสักฮิด มาได้พูดคุยกับลูกกับหลาน มาให้ความ คิดเห็นลูกหลานก็ปฏิบัติตาม แก่ก็มี
กำลังใจมาก และเดี๋ยวนี้ช่วงเช้าช่วงบ่าย แก่ก็เดินประมาณ 1 กิโลเมตรได้ จาก คราวนั้นนอนติด
เตียงอยู่นั้น แก่ก็ลุกขึ้นเดิน แก่ก็เดินทุกวัน ออกกำลังกาย แก่ก็ได้เดิน”

“ผมประสบกับผู้เป็นโรคความดันส่วนใหญ่แล้วก็มาจากส่วนหนึ่งก็คือมาจากสิ่งแวดล้อมหรือว่าถ้า
จุดใหญ่ๆ ใน ด้านครอบครัว เมื่อหนึ่งเมื่อใดทำให้ความดันมันไม่มี คือคนในครอบครัวกำลังใจ
แล้วต้องไม่เครียด ผู้คอยติดตาม อยู่บ่อยๆ ซึ่งถามเมื่อหนึ่งเมื่อใดผู้สูงอายุได้รับการดูแลให้
กำลังใจแน่นอนทำให้หายจาก เพราะว่าส่วนใหญ่ผู้ที่ผู้สูงอายุต้องการกำลังใจมากที่สุด”

“ให้มีระบบติดตามผู้ป่วย ติดตามเป็นระยะๆ ไม่เพียงแต่ให้อสม.มาประเมินและติดตาม เพราะอ
สม.ก็เป็นชาวบ้าน ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาติดตามด้วยตนเอง”

2.5 จัดให้มีผู้นำเพื่อดำเนินการในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุแบบครบวงจร

“ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุ แต่ขาดคนเข้าร่วมกิจกรรม เพราะไม่มีคนที่เป็นผู้นำมาดำเนินการ จึง
ต้องการให้สนับสนุนบุคคลที่คอยเป็นผู้ดำเนินการของชมรม”

“ให้มีการศึกษาดูงานปีละ 2 ครั้ง และให้คนที่ไปดูงานกลับมาเผยแพร่ความรู้ที่ได้มาจากการดูงาน
และมาช่วยเหลือปรับใช้ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้ประโยชน์ เพราะที่ผ่านมาก็แค่ไปดูงานแต่ไม่มี
การนำผลมาปรับใช้ในชุมชน”

“ต้องการให้มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของคนในชุมชน จะ
ได้เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร”

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 33 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.72 ระยะเวลาในการเป็นโรค 1-5 ร้อยละ 54.55 สถานภาพสมรส หม้าย ร้อยละ 63.64 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 และอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ร้อยละ 27.27 มีโรคแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.12 และโรคไตวาย ร้อยละ 3.03

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (n= 33)	ร้อยละ
น้ำหนักน้อย (BMI น้อยกว่า 18.5)	1	3.03
น้ำหนักปกติ (BMI 18.5-22.9)	6	18.1
น้ำหนักเกิน (BMI 23-24.9)	3	9.09
อ้วน (BMI 25-29.9)	13	39.39
อ้วนมากและอ้วนอันตราย (BMI มากกว่า 30)	10	30.30
รวม	33	100.0

จากตารางที่ 1 จากการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 39.39 อ้วน (BMI= 25-29.9) รองลงมาคือ อ้วนมากและอ้วนอันตราย ร้อยละ 30.30 (BMI มากกว่า 30)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เป้าหมาย	จำนวน (n= 33)	ร้อยละ
ไม่ลืมกินยา	2	5.3
เพิ่มน้ำหนักร่างกาย	2	5.3
ให้สุขภาพแข็งแรง	5	13.2
ความดันลดลง	11	28.9
ลดน้ำหนัก ลดรอบเอว	12	31.6
ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม	16	42.1
ออกกำลังกาย	19	50

จากตารางที่ 2 ความต้องการของการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังจากประเมินภาวะสุขภาพตนเอง และการกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง พบว่า ต้องการออกกำลังกายมากที่สุดร้อยละ 50 รองลงมา ต้องการลดอาหาร หวาน มัน เค็ม ร้อยละ 42.1

ตารางที่ 3 ร้อยละการรับรู้การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=33)

รายการ	ร้อยละ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
การรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
1. ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก จะทำให้ภาวะสุขภาพเลวลงซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานาน	90.30	9.70	
2. โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน	87.10	9.70	3.20
3. การเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดยควบคุมไม่ได้จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น	96.80	3.20	-

รายการ	ร้อยละ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ไม่มีความสุข	90.30	3.20	6.50
5. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	9.70	90.30	-
6. ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นานๆ อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย	51.60	12.90	35.50
7. โรคความดันโลหิตสูงอาจจะเป็นทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พูดตะกุกตะกัก สับสน ตาพร่า เหนื่อย เป็นอันตรายถึงตายได้	93.56	3.22	3.22
8. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ	80.60	9.70	9.70
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
9. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ	83.90	3.20	12.90
10.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	96.80	3.20	-
11.ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ประสาทตาเสื่อมได้	61.30	16.1 0	22.60
12.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ	83.90	16.1 0	
13.ความอ้วนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคความดันโลหิตสูง	93.56	3.22	3.22
14.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ มากกว่าปกติ	93.50	6.50	-
15.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนทั่วไป	80.60	19.4 0	
16.การดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	80.65	3.22	16.13
การรับรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			
17.การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้อง จะทำให้ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นรุนแรงลดลง	100.0 0		
18.การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง	100.0 0		

รายการ	ร้อยละ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
19.การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน	87.10	6.45	6.45
20.การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้	93.56	3.22	3.22
21.การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แม้ไม่มีอาการผิดปกติ	93.56	3.22	3.22
22.การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนต้องทำ	61.30	6.50	32.30
23.เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที	100.00		
24.เมื่อพบเห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ปวดศีรษะรุนแรง ให้โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล 1669	93.56	3.22	3.22

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลต่อน้อยที่สุด ร้อยละ 51.60 เช่นเดียวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดไตวาย ร้อยละ 51.60 และการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยร้อยละ อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 61.3

ตารางที่ 4 ร้อยละการรับรู้การเตือนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=33)

รายการ	ร้อยละ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
การรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
1. ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก จะทำให้ภาวะสุขภาพเลวลงซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานาน	87.90	3.00	9.10
2. โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน	81.80	9.10	9.10

รายการ	ร้อยละ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
3. การเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดยควบคุมไม่ได้จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น	97.00	3.00	
4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ไม่มีความสุข	72.70	15.20	12.10
5. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	9.10	84.80	6.10
6. ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นานๆ อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย	54.50	6.10	39.40
7. โรคความดันโลหิตสูงอาจจะทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พุดตะกุดะกัก สับสน ตาพร่า เหนื่อย เป็นอันตรายถึงตายได้	97.00	3.00	
8. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ	81.80	9.10	9.10
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
9. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ	78.79	6.06	15.15
10.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	90.90	9.10	
11.ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ประสาทตาเสื่อมได้	63.63	12.13	24.24
12.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ	63.60	9.10	27.30
13.ความอ้วนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคความดันโลหิตสูง	97.00	3.00	
14.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ	100.00		
15.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนทั่วไป	87.90	3.00	9.10
16.การดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	81.80	3.00	15.20
การรับรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			

รายการ	ร้อยละ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
17.การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้อง จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นรุนแรงลดลง	97.00	3.00	
18.การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง	100.00		
19.การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้	94.00	3.00	3.00
20.การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้	90.90	3.00	6.10
21.การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แม้ไม่มีอาการผิดปกติ	90.90	3.00	6.10
22.การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนต้องทำ	75.75	9.09	15.16
23.เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที	100.00		
24.เมื่อพบเห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ปวดศีรษะรุนแรง ให้โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล 1669	97.00	3.00	

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลสูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลต่อไตน้อยที่สุด ร้อยละ 54.50 เช่นเดียวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดไตวาย ร้อยละ 63.60 และการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยร้อยละ อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 75.75

ตารางที่ 5 การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (N=33)

รายการ	ระดับการปฏิบัติตัว	
	X	SD
1. ฉันทกินอาหารรสจัดทุกชนิด	3.63	1.04
2. ฉันทกินอาหารตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำโดยเคร่งครัด	3.97	1.03
3. ฉันทลดอาหารมัน อาหารประเภททอดหรือผัดที่ใช้ไขมันมาก	2.41	1.29
4. ฉันทกินอาหารประเภทหมักดองหรือตากแห้ง	3.56	1.22
5. ฉันทปรับการกินประเภทต้ม นึ่ง อย่าง	4.16	1.05
6. ฉันทปรับการกินอาหารเพื่อให้ความดันโลหิตลดลงตามเป้าหมายที่ต้องการ	4.00	1.05
7. หากไม่มีอาการผิดปกติ ฉันทออกกำลังกายตามแพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่ออย่างน้อยวันละ 30 นาที	3.63	1.18
8. ขณะออกกำลังกายฉันทคอยสังเกตความผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันที เช่น ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยมาก	3.50	1.55
9. ฉันทพยายามหากิจกรรมทำเพื่อให้ได้เหงื่อในแต่ละวัน	4.06	1.11
10. ฉันทตั้งเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90	4.03	1.00
11. ฉันทคอยติดตามค่าความดันโลหิตว่าสูงเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่	3.81	1.09
12. ฉันทสอบถามค่าความดันโลหิตจากแพทย์/พยาบาลเพื่อปรับการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้น	3.59	1.34
13. ฉันทคอยระวังความดันโลหิตและไขมันในเลือดไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่แพทย์/พยาบาลบอก	4.06	1.13
14. ฉันทกียาลดความดันโลหิตครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง	4.69	0.69
15. ฉันทคอยระวังตนเองไม่ให้เครียดหรือหงุดหงิด	4.31	1.00
16. ฉันทหาวิธีคลายเครียดเมื่อรู้สึกหงุดหงิด ฉุนเฉียว หรือกังวล	4.25	0.98
17. ฉันทคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการไม่ดีขึ้น ฉันทจะรีบไปพบแพทย์	4.13	1.13
รวม	3.87	1.21

จากตารางที่ 5 พบว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพมีค่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $X = 3.87$ $S.D = 1.21$ แต่อย่างไรก็ตามค่าคะแนนรายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การลดอาหารมัน อาหารทอด หรือผัด $X = 2.4$ $S.D = 1.29$

จากการผลการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดของรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายู โดยผู้วิจัยมีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจากงานวิจัยของ วิไล (2558) มาต่อยอดตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ในขณะเดียวกันก็มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม ดังรายละเอียดของรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม และนำมาสู่แนวทางในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 6 องค์ประกอบได้แก่ การจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัวมีส่วนร่วม วิถีชีวิตวัฒนธรรม ทีมสุขภาพ ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม



กิจกรรมการดำเนินงานภาคสนามในชุมชน

ระหว่าง วันที่ 25 พฤษภาคม 2559- 30 มิถุนายน 2560

การดำเนินงานวิจัยในระยะที่ 1 ร่วมคิดร่วมวางแผน ค้นหาปัญหา และแนวทางการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมของทีมงานวิจัย และเตรียมความพร้อมของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ก่อนดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. จัดประชุมนักวิจัย และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เปิดการประชุมและบรรยายพิเศษ โดยนางสาวนิมิตตรา แว ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีละลา และเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผศ.ดร. อุมพร ปุณณโสพรรณ มาเป็นวิทยากรในการให้ความรู้เรื่อง การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (31 พฤษภาคม -1 มิถุนายน 2559)





2. ลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อจัดสนทนากลุ่ม เพื่อจัดสนทนากลุ่ม โดยใช้วิธีสนทนาริสนทนา ในกลุ่ม อสม.
และผู้เกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (24-25
มิถุนายน 2559)



3. ลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อจัดสนทนากลุ่ม โดยใช้วิธีสนทนายสนทนา ในกลุ่มผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (15-16 กรกฎาคม 2559)



การดำเนินงานวิจัยในระยะที่ 2

1. เก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยทีมนักวิจัยมีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในประเด็นของการจัดการสุขภาพของตนเอง และความต้องการในการจัดการสุขภาพที่ต้องการ (1 สิงหาคม- 30 พฤศจิกายน 2559)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2559- มกราคม 2560
3. พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพ และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการนำเสนอรูปแบบแก่ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน
4. นำเสนอรูปแบบการจัดการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และ อสม. ที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 4 จำนวน 76 คน ในวันที่ 31 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ ระยะ เวลา 2 วัน ซึ่งในการนำเสนอรูปแบบจะมีกิจกรรมการให้ความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกราย โดยการตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ดูแล อสม. ผู้รับผิดชอบ ตลอดจนการติดตามประเมินผลร่วมกัน ในส่วนของการมีส่วนร่วมตามวิถีวัฒนธรรมโดย ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน อาสาจะเป็นสื่อกลางในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป ที่มีสยิด สุहर่า ซึ่งเป็นมีศูนย์รวมในการพบปะกันในการประกอบพิธีทางศาสนา ที่มีสยิด สุहर่า ในแต่ละแวกบ้านของตนเอง





3. จัดทำนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหลังนำเสนอรูปแบบการจัดการสุขภาพครั้งที่ 1 (1 กุมภาพันธ์ - เมษายน 2560) ได้แก่

3.1 ปฏิทินเตือนใจให้กินยาของผู้สูงอายุคู่มือการจัดการสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

3.2 จัดทำเป็นคู่มือ สองภาษา ไทยมลายู พร้อมด้วยแบบบันทึกการติดตามผลการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แจกให้กับผู้สูงอายุทุกราย และให้ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน เพื่อเป็นคู่มือในการให้ความรู้แก่ชุมชนต่อไป





การดำเนินงานในระยะที่ 3

มีการติดตามเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 - 30 มิถุนายน 2560





ติดตามเยี่ยมบ้าน







การดำเนินงานระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงาน และนำเสนอรูปแบบหลังการทดลองใช้
วันที่ 30 มิถุนายน 2560 มีการจัดประชุมผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. เพื่อสรุปผลการดำเนินงานวิจัย
ปรับปรุงพัฒนาหลังทดลองใช้ และส่งต่อข้อมูล และรูปแบบในการจัดการสุขภาพให้ชุมชน หมู่ 1 มีผู้เข้าร่วม
ประชุม จำนวน 37 คน หมู่ที่ 4 มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 35 คน รวมจำนวน 72 คน

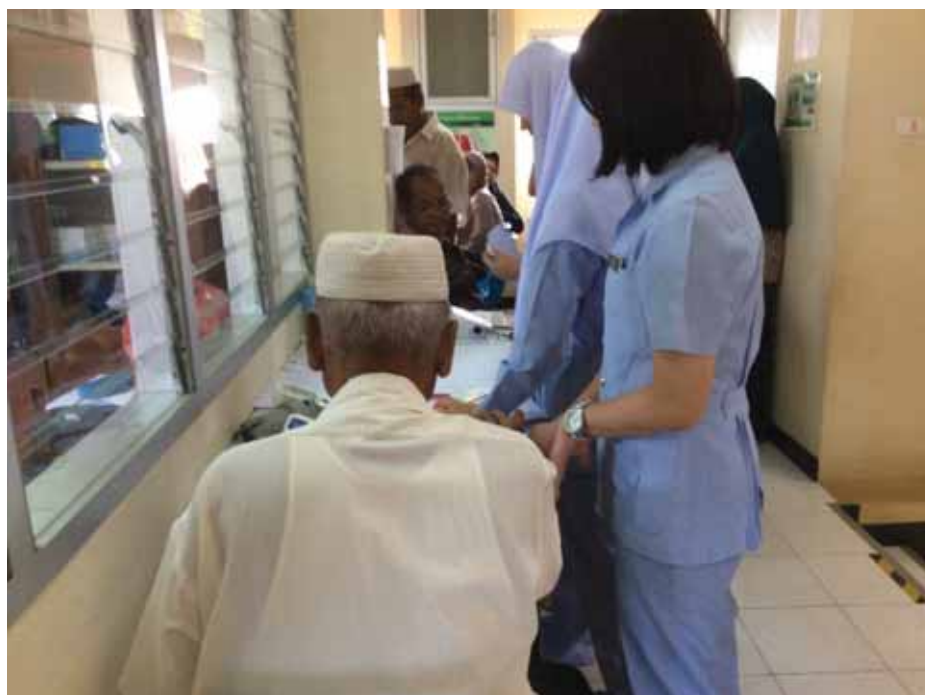








ประเมินผลการจัดการสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยการตรวจสุขภาพ



มีการจัดประชุมผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. เพื่อสรุปผลการดำเนินงานวิจัยปรับปรุงพัฒนาหลังทดลองใช้ และส่งต่อข้อมูล และรูปแบบในการจัดการสุขภาพให้ชุมชน (30 มิถุนายน 2560)



สรุปผลการดำเนินงานวิจัย





สรุปผลการดำเนินงานวิจัย





ประชุมสรุปผลการดำเนินงานวิจัย



ผลการวิจัยหลังการดำเนินการ

หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพของตนเอง มีการติดตามประเมินผล การจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และระดับความพึงพอใจ มีผลการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 6 การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (N=33)

รายการ	ระดับการปฏิบัติตัว	
	X	SD
1. ฉันทกินอาหารรสจัดทุกชนิด	3.97	1.20
2. ฉันทกินอาหารตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำโดยเคร่งครัด	4.39	0.88
3. ฉันทลดอาหารมัน อาหารประเภททอดหรือผัดที่ใช้ไขมันมาก	3.26	1.46
4. ฉันทกินอาหารประเภทหมักดองหรือตากแห้ง	4.32	1.28
5. ฉันทปรับการกินประเภทต้ม นึ่ง ย่าง	4.40	0.97
6. ฉันทปรับการกินอาหารเพื่อให้ความดันโลหิตลดลงตามเป้าหมายที่ต้องการ	4.61	0.80
7. หากไม่มีอาการผิดปกติ ฉันทออกกำลังกายตามแพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่ออย่างน้อยวันละ 30 นาที	4.55	0.77
8. ขณะออกกำลังกายฉันทคอยสังเกตความผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันที เช่น ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยมาก	4.06	1.26
9. ฉันทพยายามหากิจกรรมทำเพื่อให้ได้เหงื่อในแต่ละวัน	4.35	0.84
10. ฉันทตั้งเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90	4.48	0.93
11. ฉันทคอยติดตามค่าความดันโลหิตว่าสูงเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่	3.74	1.46
12. ฉันทสอบถามค่าความดันโลหิตจากแพทย์/พยาบาลเพื่อปรับการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้น	4.10	1.33
13. ฉันทคอยระวังความดันโลหิตและไขมันในเลือดไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่แพทย์/พยาบาลบอก	4.29	0.94
14. ฉันทกียาลดความดันโลหิตครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง	4.58	0.92
15. ฉันทคอยระวังตนเองไม่ให้เครียดหรือหงุดหงิด	4.74	0.58
16. ฉันทหาวิธีคลายเครียดเมื่อรู้สึกหงุดหงิด ฉุนเฉียว หรือกังวล	4.65	0.66
17. ฉันทคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการไม่ดีขึ้น ฉันทจะรีบไปพบแพทย์	4.61	0.72
รวม	4.30	1.08

จากตารางที่ 6 พบว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ มีค่าคะแนนทั้งรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $X = 4.30$ $S.D = 1.08$

ตารางที่ 7 การรับรู้การเตือนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (N=33)

รายการ	ร้อยละความคิดเห็น		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
การรับรู้การเตือนต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
1. ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก จะทำให้ภาวะสุขภาพเลวลงซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานาน	81.46	6.45	12.90
2. โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน	93.55		6.45
3. การเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดยควบคุมไม่ได้จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น	93.55		6.45
4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ไม่มีความสุข	87.10	6.45	6.45
5. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	38.71	55.38	6.45
6. ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นานๆ อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย	80.65	6.45	12.90
7. โรคความดันโลหิตสูงอาจจะเป็นทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พุดตะกุดะกัก สับสน	87.10	6.45	6.45
ตาพร่า เหนื่อย เป็นอันตรายถึงตายได้			
8. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ	87.10	6.45	6.45
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
9. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ	87.10	9.68	3.22
10.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	93.55		6.45
11.ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ประสาทตาเสื่อมได้	90.33	6.45	3.22
12.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ	93.56	3.22	3.22
13.ความอ้วนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคความดันโลหิตสูง	93.54	6.46	
14.การเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ	96.78	3.22	
15.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนทั่วไป	93.56	3.22	3.22
16.การดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	87.10	6.45	6.45
การรับรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			
17.การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้อง จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นรุนแรงลดลง	100.00		
18.การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง	96.78		3.22
19.การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้	96.78		3.22
20.การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้	96.78		3.22

รายการ	ร้อยละความคิดเห็น		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
21.การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แม้ไม่มีอาการผิดปกติ	100.00		
22.การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทุกคนต้องทำ	87.10	9.68	3.22
23.เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไป โรงพยาบาลทันที	93.55		6.45
24.เมื่อพบเห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ปวด ศีรษะรุนแรง ให้โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล 1669	93.55		6.45

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบ
ใดๆต่อสุขภาพ ร้อยละ 38.71 เช่นเดียวกับการรับรู้การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นานๆ อาจ
ทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ร้อยละ 80.65 และการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิด
อาการบวม ปัสสาวะออกน้อยร้อยละ อยู่ในระบับน้อยร้อยละ 81.46 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบ ค่าความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว และ ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ ก่อน และ หลัง การเข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถิติ Paired t-test (N=33)

รายการประเมิน		Mean	S.D	t	P-value
ระดับความดันโลหิต SBP	ก่อน	151.8485	25.45722	4.148	.000**
	หลัง	136.2727	22.84359		
ระดับความดันโลหิต DBP	ก่อน	82.0606	15.16769	2.669	.012*
	หลัง	75.9818	12.90778		
น้ำหนัก	ก่อน	63.7606	12.54360	1.293	.205
	หลัง	63.0545	12.85229		
รอบเอว	ก่อน	95.4545	12.92549	1.065	.295
	หลัง	94.2121	10.96517		
ดัชนีมวลกาย	ก่อน	27.3333	5.05236	1.213	.234
	หลัง	27.0370	5.23162		

** P< 0.001 * P< 0.05

จากตารางที่ 8 พบว่า ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure (SBP) หลังการทดลองใช้รูปแบบในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ น้อยกว่า ก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ และ Diastolic blood pressure (DBP) หลังการทดลองใช้รูปแบบในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ น้อยกว่า ก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ในขณะที่ น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลัง ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล อสม และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน คณะเนนเต็ม 3 คณะเนน (N=57)

ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม	ระดับความพึงพอใจ	
	X	SD
1.ท่านมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	2.59	0.65
2.ท่านมีส่วนร่วมเสนอแนวทางในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	2.64	0.61
3.ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	2.67	0.58
4.ท่านมีความรู้ความเข้าใจถึงอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	2.55	0.68
5.ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	2.60	0.65
6.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการกินยาจากการใช้ปฏิทินเตือนใจให้กินยา	2.62	0.64
7.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการควบคุมน้ำหนักตัว	2.62	0.59
8.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง	2.62	0.52
9.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการลดอาหารหวาน	2.79	0.41
10.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการลดอาหารมัน	2.79	0.41
11.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการลดอาหารเค็ม	2.79	0.41
12.ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	2.76	0.47
13.ท่านได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการปรับปรุงรูปแบบในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.57	0.57
14.ท่านชักชวนเพื่อนบ้านให้มีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการสุขภาพของตนเอง	2.57	0.60
15.ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการจัดกิจกรรมโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.91	0.28
รวม	2.67	0.55

จากตารางที่ 9 ระดับความพึงพอใจทั้งรายด้านและในภาพรวมต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ $X = 2.68$ จากคณะเนนเต็ม 3 คณะเนน $S.D = 0.55$ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการจัดกิจกรรมโครงการมากที่สุด $X = 2.96$ $S.D = 2.98$ รองลงมาได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองในการ ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม $X = 2.79$ $S.D = 0.41$ ตามลำดับ

ผลการประเมินเชิงคุณภาพ

จากการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการสุขภาพของตนเองในวิถีวัฒนธรรม พบว่า ผู้สูงอายุทุกรายมีการปรับเปลี่ยนในการจัดการสุขภาพของตนเองในด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การหักห้ามใจในการกิน และการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

1. ให้ความสำคัญกับการกินยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 29 ราย ดังตัวอย่างข้อมูลดังต่อไปนี้

“จัดยาใส่ไว้ในตลับอาทิตย์ละครั้ง ใส่หีบไว้ในปฏิทินเตือนใจให้กินยา วางไว้ที่หัวนอน เป็นการช่วยเตือนใจไม่ให้ลืมกินยา”

“กินยาหลังอาหารเช้า เย็น มีอาการตาบวม รักษาที่โรงพยาบาล พอหมอจัดประชุมและบอกว่าโรคนี้อันตราย กลัวตาย กลัวพิการ ลดเค็ม ลดมัน ”

ระหว่างทดลองใช้รูปแบบ มีผู้สูงอายุ 2 รายที่หยุดยาเอง และรับประทานยาไม่ครบ สำหรับ ผู้สูงอายุที่หยุดยา 1 ราย ให้ข้อมูลว่า “ ผมอยู่สบายดี ไม่ได้มีอาการอะไร ก็เลยไม่กินยา ไม่รู้จะกินทำไมในเมื่อสบายดี.”

ผู้สูงอายุ 1 ราย รับประทานยาไม่ครบ ให้ข้อมูลว่า “ช่วงนี้ถือศีลอดเลยกินยา 2 เวลา คือหลังเปิดบวชเช้า และหลังเปิดบวชเย็น ส่วนยามื้อเที่ยงไม่กิน”

หลังจากการเยี่ยมบ้าน ได้สอบถามถึงเหตุผลของการหยุดยาเอง และตรวจวัดความดันโลหิตให้ พบว่า ทั้ง 2 ราย มีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติมากกว่า 180/ 110 mmHg ซึ่งเป็นระดับอันตราย ชี้ให้เห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลเดิม

2. หักห้ามใจในการกิน

“เพราะหมอบอก และเราเองก็อยากมีสุขภาพดี แม้อาหารจะไม่อร่อยเหมือนเดิมก็พยายามลดรสหวาน ให้น้อยลง”

“ เมื่อไปกินงาน หนูหรี เจ้างานจะยกน้ำหวานมาให้ดื่ม แต่ผมจะไม่ดื่ม แอบไปเททิ้ง เปลี่ยนเป็นน้ำเปล่าแทน อาหารก็จะเลือกกิน และลดปริมาณในการกิน จากเดิมเป็นคนอ้วนมาก ตอนนั้นลดได้เป็น 10 กิโล ”

3. ออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน โดยการเดินตอนเช้าหลังละหมาดเช้าเสร็จ ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายของตนเองโดยการเดินหลังละหมาดเสร็จในตอนเช้า และมีการรวมกลุ่มกันเดิน ผลการออกกำลังกาย พบว่า ทำให้รู้สึกเบาสบายตัว

“ ม๊ะเดินทุกวัน หลังละหมาดเสร็จ ประมาณ ครึ่ง ชั่วโมง รู้สึกว่า ตัวเบาสบาย ”

จากการสัมภาษณ์ ทีมสุขภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบล ได้มีการจัดทำประชาคมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง พบว่า ปัญหาเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการหยิบยกขึ้นเป็นปัญหาสุขภาพอันดับที่ 1 ที่จะต้องเร่งแก้ไข นำไปสู่การจัดสรรงบประมาณในการ

แก้ปัญหาของชุมชนโดยชุมชน จำนวน 2 โครงการ โดยมี อสม.ที่เป็นแกนนำของชุมชนผู้รับผิดชอบโครงการได้แก่

1. โครงการห่วงใยใส่ใจสุขภาพผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 บ้านบุโละบาตู ตำบลบ้านควน กิจกรรมโครงการมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ฝึกทักษะ การออกกำลังกายโดยใช้ไม้พลอง ยางยืด
2. โครงการลดน้ำหนัก หมู่ที่ 4 บ้านควน ตำบลบ้านควน เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบ ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 39.39.อ้วน (BMI= 25-29.9) รองลงมาคือ อ้วนมากและอ้วนอันตราย ร้อยละ 30.30 (BMI มากกว่า 30) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีโรคแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.12 และโรคไตวาย ร้อยละ 3.03 ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ในแง่ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีวัฒนธรรมกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า วัฒนธรรมการกินหนุหรี (จัดงานเลี้ยง งานบุญตามประเพณี) ของหมู่บ้าน ซึ่งจะมีตลอดปี และเป็นหน้าที่สำคัญของคนในชุมชนที่จะต้องไปมีส่วนร่วมในงานดังกล่าว โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งจะต้องไปเป็นผู้นำในงานประเพณีของชุมชนทุกงาน และทุกงานในงานเลี้ยงจะมีอาหารจำพวก หวาน มัน เค็ม รวมทั้งน้ำอัดลมที่เป็นเครื่องดื่มในงานของทุกงาน ผู้ที่ไปร่วมงานก็จะรับประทานกันอย่างเต็มที่ และมีทัศนคติว่า ถ้าบ้านไหนจัดงานเลี้ยงแล้วอาหารน้อยๆ จะถูกเพื่อนบ้านนินทา และวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ กินแล้วนอน ไม่ได้ออกกำลังกาย นอกจากการทำงานในชีวิตประจำวัน (Focus group: 16/7/ 59) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่ไม่มีอาการในระยะแรกแต่จะมีอาการก็ต่อเมื่อเข้าสู่ระยะรุนแรงหรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน (Servellow, 1999) จากลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าว จึงทำให้ผู้สูงอายุจะเริ่มตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองก็ต่อเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนของโรค มีอาการหนักจนต้องนอนโรงพยาบาล จึงเกิดความกลัวและเริ่มหันมาใส่ใจในการจัดการสุขภาพของตัวเอง (Focus group: 16/7/ 59) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล, อุมพร และ ประณีต (2558) ศึกษาการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุไทยมลายู พบว่า การรับรู้โรคความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการรับรู้อาการเจ็บป่วย ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเป็นอาการเจ็บป่วยธรรมดา ใครๆ ก็เป็นได้ ความดันโลหิตสูงจะเป็นอันตรายก็ต่อเมื่อมีอาการที่รุนแรงให้เห็นชัดเจน จากการรับรู้ดังกล่าวส่งผลต่อการดูแลและจัดการตนเองในระยะเริ่มต้นของผู้สูงอายุที่ยังไม่รู้ถึงอันตรายของโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากยังไม่มีอาการปรากฏให้เห็น จนกระทั่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย (2556) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคไต ร้อยละ 6 โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลต่อไตน้อยที่สุด ร้อยละ 51.60 เช่นเดียวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดไตวาย ร้อยละ 51.60 และการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยร้อยละ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 61.3 เช่นเดียวกันกับผู้ดูแล พบว่า มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลต่อไตน้อยที่สุด ร้อยละ 54.50 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายที่ถูกต้อง ร้อยละ 63.60 และการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยที่ถูกต้อง อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 75.75 และเพื่อพิจารณาเหตุผลของการหยุดยาเองของผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย จากการเยี่ยมติดตาม พบว่า “เพราะการรับรู้ที่ไม่มีอาการ รู้สึกสบายดี จึงไม่จำเป็นต้องกินยา” สอดคล้องการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัญหาที่สำคัญในของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การหยุดยาเองร้อยละ 46 เพราะคิดว่าหายเมื่อไม่มีอาการของโรค (Borzecki, Oliveria, and Berlowitz, 2005) เช่นเดียวกับ เสาวภาคย์ (Sowapak, 2006) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทย พบว่า ร้อยละ 66 ของผู้สูงอายุ หยุดยาเอง หลังจากที่ไม่มีอาการของโรค เพราะเชื่อว่าหายแล้ว เช่นเดียวกับ สำราญบัว (Samranbua, 2011) ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในชนบทแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือของไทย พบว่า ผู้สูงอายรรู้ว่าตนเองสุขภาพดี เพราะไม่มีอาการของโรค ไม่ตระหนักในการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในภาคใต้ของไทย พบว่า ร้อยละ 59.9 ก็ยังไม่ตระหนักในการรักษาต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Parapakham, Pataraachachai and Aekplakorn, 2008)

การจัดการสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุทั้ง ก่อนและหลัง การทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ พบว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ มีค่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $X = 3.87$ $S.D = 1.21$ ในขณะที่การจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ มีค่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $X = 4.30$ $S.D = 1.08$ แต่อย่างไรก็ตามค่าคะแนนรายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ ได้แก่ การลดอาหารมัน อาหารทอด หรือผัด $X = 2.4$ $S.D = 1.29$, $X = 3.26$ $S.D = 1.46$ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ชุมชนเริ่มตระหนักรู้ตนเองในเรื่องของวัฒนธรรมในการกินหนุหรี (งานเลี้ยง งานบุญตามประเพณีของชุมชน) ซึ่งเป็นวิถีของชุมชนที่ทุกคนจะต้องเข้าร่วมงาน ทุกงานในงานเลี้ยงจะมีอาหารจำพวก หวาน มัน เค็ม รวมทั้งน้ำอัดลมที่เป็นเครื่องดื่มในงานของทุกงาน (Focus group) ซึ่งแนวทางในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ คือ หักห้ามใจไม่กินตามใจตนเอง

ผลของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุในวิถีวัฒนธรรม พบว่า ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure (SBP) หลังการทดลองใช้รูปแบบในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ น้อยกว่า ก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ และ Diastolic blood pressure (DBP) หลังการทดลองใช้รูปแบบ

ในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ น้อยกว่า ก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ในขณะที่ น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลัง ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โครงการทุกราย ได้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และมีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ต้องการลดอาหาร หวาน มัน เค็ม มากที่สุด ร้อยละ 42.2 รองลงมา ต้องการลดน้ำหนัก ร้อยละ 31.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการ ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมการได้รับความรู้และ ประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์ และเลือก เมนูอาหารประจำวัน ค้นหาบุคคลต้นแบบในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การให้ ความรู้ เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง การจัดการเกี่ยวกับ ความเครียดต่างๆ และกิจกรรมออกกำลังกายที่ถูกวิธี ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการลดลง ของค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เน้นการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม โดยทีมนักวิจัยไม่ได้กำหนดโปรแกรมไว้ล่วงหน้าเหมือนงานวิจัยกึ่งทดลอง แต่เรียนรู้จากการลงมือทำเพื่อหาแนวทางปฏิบัติของชุมชนเอง ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้ร่วมกัน ผ่าน กระบวนการสะท้อนคิดจากการปฏิบัติของผู้สูงอายุเอง และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงวิธีปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป การวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการเริ่มต้นในการสร้างการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในวิถีแห่งวัฒนธรรม ที่ยังต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในชุมชน และระยะเวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสานต่อการพัฒนาในการจัดการสุขภาพ ทั้งด้าน การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในทุกช่วงวัย การจัดการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เพื่อการพึ่งพาตนเอง ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนของชุมชนต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research or PAR concept) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหา ความต้องการ เพื่อพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 149 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 33 ราย ผู้ดูแล 33 ราย อสม. 45 ราย ทีมสุขภาพในชุมชน 2 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากองค์การบริหารส่วนตำบล 3 ราย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 3 ราย ผู้นำศาสนา 20 ราย และผู้นำชุมชน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม โดยมีผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมหรือจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรม ได้แก่ 1) วัฒนธรรมการกินหนุหรี่ (จัดงานเลี้ยง งานบุญตามประเพณี) ของหมู่บ้าน ซึ่งจะมีตลอดปี เมนูอาหารส่วนใหญ่ จะเป็นอาหาร หวาน มัน เค็ม 2) กินเกินพอดี 3) ไม่ออกกำลังกาย 4) จะเริ่มตระหนักในการรักษาตนเองก็ต่อเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนของโรค 5) หยาใจตัวเอง

2. ความต้องการและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน 2) การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจกันในชุมชนซึ่งเป็นวิถีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา สำหรับคนที่ป่วยหนัก จะเชิญโต๊ะอิหม่ามไปอ่านอากรอาน แนะนำการปฏิบัติตัว การไปหาหมอที่ดีที่สุดเพื่อรักษา 3) การให้ความรู้แก่ชุมชนในการ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม 4) จัดให้มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย โดยมีผู้นำกลุ่มในการรวมกลุ่มเพื่อการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ 5) มีระบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ โดย อสม. และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบชุมชนร่วมกัน 6) มีผู้นำเพื่อดำเนินการในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการพัฒนาจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การจัดการตนเองของผู้สูงอายุก่อนการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ มีค่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด $X = 3.87$ $S.D = 1.21$ ในขณะที่การจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพ มีค่าคะแนนโดยรวมเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด $X = 4.30$ $S.D = 1.08$ แต่อย่างไรก็ตามค่าคะแนนรายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

การจัดการสุขภาพ ได้แก่ การลดอาหารมัน อาหารทอด หรือผัด $X = 2.4$ $S.D = 1.29$, $X = 3.26$ $S.D = 1.46$ ตามลำดับ

ผลของการทดลองใช้รูปแบบจัดการตนเองของผู้สูงอายุในวิถีวัฒนธรรม ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure (SBP) หลังการทดลองใช้รูปแบบในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ น้อยกว่า ก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ และ Diastolic blood pressure (DBP) หลังการทดลองใช้รูปแบบในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ น้อยกว่า ก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ในขณะที่ น้ำหนัก รอบเอว และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลัง ไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายู เหมือนจะมีคำตอบที่ชัดเจนของปัญหาและแนวทางแก้ไข แต่ในทางปฏิบัติก็ยังเป็นเรื่องยากและท้าทายสำหรับการหาทางออกว่าจะจัดการโรคนี้อย่างไรดีที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำอย่างไรจึงจะสำเร็จและเกิดความยั่งยืน เนื่องจากมุมมองของการเจ็บป่วยและสุขภาพของผู้สูงอายุตามวิถีวัฒนธรรมชุมชน กับระบบบริการสุขภาพอาจจะมองคนละมุม ทำให้สวนทางกันในการเดินไปสู่เป้าหมายเดียวกันในการจัดการสุขภาพ การเจ็บป่วยหรือเป็นโรคในมุมมองของคนไข้ คือ ต้องมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ปวดหัว เป็นไข้ อาเจียน แต่เมื่อไหร่สบายดี ทำงานได้ตามปกติ คือ สุขภาพดี และด้วยธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการจนกว่าจะเข้าสู่ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ หรือมีสัญญาณอันตรายปรากฏให้เห็น นี่คือปัญหาหลักของโรคนี้ จะรู้ก็ต่อเมื่อเริ่มป่วยเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ทุกคนไม่ปฏิเสธการรักษาด้วยยาเมื่อเจ็บป่วย แต่คงดำเนินวิถีชีวิตแบบเดิมไม่เปลี่ยนแปลง และจะหยุดกินยาเมื่อไม่มีอาการปรากฏให้เห็นนี่คืออีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วม ก็เป็นอีกหนทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน สิ่งแรกที่สำคัญที่สุด คือการเข้าใจ การเข้าถึงชุมชน ในทุกมิติทั้งทางด้านสังคมและวัฒนธรรม เพื่อนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนต่อไป จากการได้ดำเนินงานวิจัยนี้ในชุมชนทำให้เรียนรู้ว่า การทำงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในชุมชน จะต้องเริ่มจากการมีเครือข่ายในชุมชนเป็นอันดับแรก เพื่อช่วยเปิดประตูให้นักวิจัยซึ่งเป็นบุคคลจากภายนอกสามารถเข้าถึงชุมชนได้อย่างมั่นใจ เกิดความไว้วางใจของคนในชุมชนเปรียบเสมือนเป็นสมาชิกของชุมชน ที่ทุกคนสามารถพูดคุยบอกกล่าวเรื่องราวของตนเองและชุมชนได้อย่างเปิดเผย คุณสมบัติสำคัญของนักวิจัย คือ เข้าใจวิถีชีวิตวัฒนธรรมของชุมชน มีความจริงใจจริงใจในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ไม่กล่าวโทษกัน ไม่ทำในสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อ หรือขัดต่อหลักวัฒนธรรมชุมชน ใช้หลักของการใช้เหตุผล และข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เข้าใจได้ในการแก้ไขปัญหา ในขณะเดียวกันก็ต้องยึดหยุ่นในการปฏิบัติ ไม่มีสูตรสำเร็จที่ลงตัว พร้อมทั้งจะเรียนรู้จากการปฏิบัติและพัฒนาต่อยอด การเปลี่ยนแปลงไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยการกำหนดของนักวิจัยเอง แต่การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นจากความต้องการของบุคคลและชุมชนเองจึงจะเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นเพียงการเริ่มต้นเล็กๆ ที่ช่วยปลุกกระแสการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชนในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชน ทำให้คนในชุมชนเริ่มตระหนักรู้ และเข้าใจในปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงของตนเองและชุมชนมากขึ้น จะเห็นได้จากหลังจากเริ่มดำเนินโครงการวิจัย ผู้สูงอายุก็เริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการกำหนดเป้าหมายของตนเองในการดูแลสุขภาพตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เช่น การตั้งใจลดน้ำหนัก การหันมาออกกำลังกาย เป็นต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็หันมาให้ความสำคัญโดยมีการจัดทำประชาคมเพื่อหาปัญหาและจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน พบว่า โรคความดันโลหิตสูงได้รับการเสนอจากชุมชนให้เป็นปัญหาอันดับหนึ่งในการเร่งแก้ไขปัญหานี้ นำมาซึ่งโครงการแก้ไขปัญาสุขภาพของชุมชนเอง เช่น โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับคนในชุมชน โครงการลดน้ำหนัก เป็นต้น สำหรับความต่อเนื่องและยั่งยืนขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน ที่จะช่วยผลักดันและสร้างการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะแกนนำทางศาสนา ซึ่งเป็นแกนนำทางวัฒนธรรมประเพณี และจิตวิญญาณของชุมชน เป็นผู้ที่มีความศักยภาพในการชี้นำชุมชน ให้คิดและปฏิบัติในการดำเนินชีวิตรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. จัดตั้งเครือข่ายในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูในชุมชน ร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชน มีทีมแกนนำเครือข่ายในชุมชนประกอบไปด้วย ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำศาสนา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ให้มีความสอดคล้องของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่ยึดโยงเป็นคุณค่า ความเชื่อ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เชื่อมโยงสู่มิติของการดูแลสุขภาพทางกาย ทางด้านจิตใจ และสุขภาวะทางด้านจิตวิญญาณ

2. พัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนในทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้นำศาสนา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อสนับสนุนให้ความรู้แก่สมาชิกของชุมชนตามวิถีวัฒนธรรมของชุมชนที่ทุกคนมีหน้าที่ในการร่วมในงานประเพณีต่างๆ ของชุมชนตลอดทั้งปี โดยสอดแทรกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจเมื่อป่วยหนัก

2. จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ผสมผสานกับวิถีชีวิตประจำวัน โดยใช้สถานที่ที่เป็นแหล่งพบปะกันของผู้สูงอายุ เช่น มัสยิด สุเหร่า เป็นต้น โดยจัดให้มีสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากโดยวิถีวัฒนธรรมของผู้สูงอายุที่ทุกอาทิตย์อย่างน้อย 1-2 ครั้งจะต้องไปพบปะกันเพื่อเรียนรู้ศาสนา กับ โต๊ะอิหม่าม ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ทุกคนได้พบปะสนทนากันสอบถามความเป็นอยู่กันรวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วย

3. ด้านการวิจัยวิจัยและพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญาโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ภายใต้แนวคิดในการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) เพื่อแก้ไขปัญาของชุมชน โดยชุมชนเอง ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อหาแนวทางใหม่ที่ดีกว่าเดิมในการจัดการ

สุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในวัยทำงาน วัยสูงอายุ ควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้
แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิชรินทร์ พี พี.
- กนกพร พาพิทักษ์ และคณะ. (2556). มูลค่ายาและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการหาสาเหตุพร้อมทั้งแนวทาง
แก้ปัญหายาเหลือในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา ชุมชนบ้านมะกอก อ.กันทร
วิชัย จ. มหาสารคาม.การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานระดับชาติ ครั้งที่ 5 คณะเภสัช
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กิริณา อรุณแสงสด และคณะ. (2557). ผลของโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่อง
สม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*,
28:129-144
- โกมาตร จึงเสถียรรัตน์. (2550). *สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
- บุญเลิศ สดสุขชาติ. (2553). *มานุษยวิทยาสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมพลังสื่
ขั้นตอนต่อการบริโภคอาหารด้านความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ชมรม
ผู้สูงอายุบ้านท่าทอง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 30(1), 87-102.
- ผ่องพรรณ ตรัยมงคลกุล (2555). จากสังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์สู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: 283-306. ใน ผ่อง
พรรณ ตรัยมงคลกุล และ สุภาพ ฉัตรภรณ์. (บรรณาธิการ). *การออกแบบการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2553). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางพยาบาลและสุขภาพ*. (พิมพ์
ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มัสลัน มาหะมะ. (2552). *อิสลาม วิถีแห่งชีวิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์(สวรส.ภาคใต้มือ.)
- ยศ สันติสมบัติ. (2556). *มนุษย์กับวัฒนธรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เรียวพลอย ภาคพร้อม, และชนิดา โพธิ์การ. (2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูง
ด้วยตนเอง*: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 103-112.
- วีไล อุดมพิทยาสรณ์ , อุมพร ปุญญโสพรรณ,และ ประณีต ส่งวัฒนา. (2558). การรับรู้โรคความดันโลหิต
สูงของผู้สูงอายุไทยมลายูในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ของไทย: การวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณนา. *วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์*, 35 (2), 45-60.
- วีไล อุดมพิทยาสรณ์. (2558). *การใช้ชีวิตกับโรคความดันโลหิตสูง: การวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณนาของ
ผู้สูงอายุไทยมลายูในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ของไทย*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎี
บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์และคณะ. (2556).การศึกษาแบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 8:66-77

สุมาลี วังธนากรและคณะ.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2551;26:539-547

สุนันทา ศรีศิริ. (2555).ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพลศึกษา* , 15 (ฉบับพิเศษ), 71-78.

สุมาลี วังธนากร และคณะ.(2551).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26, 539-547

สุธีรา ชื่นตระกูล,และวิไลพรรณ สมบุญตนนท. (2555). การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 13(3), 38-46.

สุพล (ชาการีน) บุญมาเลิศ. (2549). *วิถีชีวิตมุสลิม*. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์ประสานมิตร จำกัด.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป* กรุงเทพฯ.

Andrews, M. M. (2012). The influence of cultural and health belief systems on health care practices. In M. M. Andrews & J. S. Boyle (Eds.), *Transcultural concepts in nursing Care* (6th ed., pp.73-88). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Appel, L.J., Brands,M. W., Daniels, S. R., Karanja, N., Elmer, P. J., & Sacks, F. M. (2006). Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertention A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertention*, 47, 296-308.

Borzecki, A. M., Oliveria, S. A., & Berlowitz, D. R. (2005). Barriers to hypertension control. *American Heart Journal*, 149, 785-794.

Fetterman, D. M. (1998). *Ethnography step by step* (2nd ed.). California: Sage.

Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.).Victoria: Deakin University Press.

Leininger, M. M. (1994). *Nursing and anthropology: Two worlds to blend*. Ohio: Greyden Press.

Leininger, M. M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. California: Jones and Bartlett.

Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing concept, theory, research, practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage Publications.
- Ogihara, T., & Rakugi, H. (2005). Hypertension in the elderly: A Japanese perspective. *Drugs Aging*, 22(4), 297-314.
- Porapakkham, Y., Pattaraarchachai, J., & Aekplakorn, W. (2008). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension and diabetes mellitus among the elderly: the 2004 National Health Examination Survey III, Thailand. *Singapore Medicine Journal*, 49(11), 868-873.
- Samranbua, A (2011). *The lived experience of rural Thai adults with poorly controlled hypertension* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertation and thesis database.
- Servello, D. L. (1999). Blood pressure regulation. In N. Jairath (Ed.), *Coronary heart disease and risk factor management: A nursing perspective* (pp.100-110). Philadelphia: W.B Saunders company.
- Sowapak, P. (2006). *Factors related to drug adherence among elders with hypertension*. Thesis of master of nursing Sciences in Adult Nursing at Prince of Songkla University.
- Sugunnasil, W. (2005). *Dynamic diversity in Southern Thailand*. Bangkok Thailand: Printing house.
- Wehbe-Alamah, H. (2008). Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. *Contemporary Nurse*, 28, 83-97.
- WHO, (2003). *Aging and health: A health promotion approach for developing countries*. Switzerland: WHO.
- WHO, (2008). *2008-2013 Action plan for the Global Strategy for the prevention and control of non-communicable diseases*. Switzerland: WHO.
- WHO, (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Switzerland: WHO.
- Yosef, A. R. O. (2008). Health beliefs, practices, and priorities for health care for Arab Muslim in United States: Implication for nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 284-291.
- Yusuf, I. (2006). *The Southern Thailand conflict and the Muslim World*. Retrieved February 12, 2013, from [http:// www. Wikipedia. com](http://www.Wikipedia.com).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือในการวิจัย

แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยใช้วิธีการสนทริยสนทนา
สำหรับผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ
โครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม ในภาคใต้ของไทย

16 กรกฎาคม 2559

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อให้เกิดความสำเร็จ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
3. เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาระบบ หรือแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 45 คน

ขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม

1. หัวหน้าโครงการวิจัย แนะนำทีมงานวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ
2. ผู้ร่วมสนทนาแนะนำตัวเอง
3. แบ่งกลุ่มสนทนาเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน หมู่ 1 และหมู่ 2 และกลุ่มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยแต่ละกลุ่มมีการเลือกประธาน และเลขากลุ่ม
4. ก่อนการสนทนากลุ่ม หัวหน้าโครงการวิจัย ชี้แจงข้อตกลงในการสนทนากลุ่ม โดยในการสนทนาจะใช้วิธีสนทริยสนทนา โดยให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสพูดแสดงความคิดเห็นของตนเอง หรือเขียนแสดงความคิดเห็นของตนเอง โดยสมาชิกในกลุ่มต้องฟังอย่างลึกซึ้ง ห้ามโต้แย้งขณะที่สมาชิกพูด และไม่ตัดสินข้อคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม โดยเลขากลุ่มจะมีหน้าที่บันทึกข้อคิดเห็นของสมาชิกทุกคน เพื่อนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่ม
5. หลังทุกกลุ่มนำเสนอเสร็จ ให้แต่ละคนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือ แนวทางที่ต้องการพัฒนาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการพูด หรือเขียนในสิ่งที่ต้องการพัฒนา
6. หัวหน้าโครงการสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของผู้ร่วมสนทนา

แนวคำถามสำหรับผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน

1. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนของท่าน และเมื่อเป็นโรคนี้แล้วทำให้เกิดปัญหาอะไรบ้าง
2. ที่ผ่านมามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างไรบ้าง
3. มีปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (ด้านสิ่งสนับสนุน สิ่งแวดล้อม ข้อมูล การบริการ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ)
4. มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ด้านสิ่งสนับสนุน สิ่งแวดล้อม ข้อมูล การบริการ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ)
5. ท่านคิดว่าแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ท่านต้องการควรเป็นอย่างไร (โดยให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม และให้ชุมชนมีส่วนร่วม)
6. ท่านคิดว่าจะมีส่วนร่วม และมีบทบาทอย่างไรบ้างในการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของท่านที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชน

แนวคำถามสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อเป็นโรคนี้แล้วทำให้เกิดปัญหาอะไรตามมาบ้าง
2. ที่ผ่านมามีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไรบ้างเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การเลิกบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด
3. การดูแลตนเองของท่านประสบผลสำเร็จหรือไม่ เพราะเหตุใด
4. ท่านมีการประเมิน อากา และภาวะสุขภาพของตนเองอย่างไร
5. มีปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของท่านเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ด้านสิ่งสนับสนุน สิ่งแวดล้อม ข้อมูล การบริการ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ)
6. มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ด้านสิ่งสนับสนุน สิ่งแวดล้อม ข้อมูล การบริการ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ)
7. ท่านทราบไหมว่า โรคความดันโลหิตสูงจะมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง มีอาการเป็นอย่างไร
8. ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ท่านจะดูแลตนเองอย่างไร
9. ท่านคิดว่าแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ท่านต้องการควรเป็นอย่างไร (โดยให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม และให้ชุมชนมีส่วนร่วม)
6. ท่านต้องการสิ่งสนับสนุนอะไรบ้างในชุมชน เพื่อที่จะช่วยสนับสนุนในเรื่องของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชน

รหัส.....

วันที่สัมภาษณ์.....

แบบภาษณ์ผู้สูงอายุ

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม ในภาคใต้ของไทย

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ใช้เก็บข้อมูล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความต้องการ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการสุขภาพของท่าน ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชนต่อไป คำตอบที่ได้ไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด และจำนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ.....ปี ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....
3. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษา	☐ 2. มัธยมศึกษา
☐ 3. อนุปริญญา	☐ 4. ปริญญาตรีขึ้นไป
☐ 5. อื่นๆ(ระบุ).....	
4. สถานภาพการสมรส

☐ 1. โสด	☐ 2. สมรส
☐ 3. หม้าย	☐ 4. หย่า
☐ 5. แยกกันอยู่	
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....
6. บทบาทในครอบครัว.....
7. ใครเป็นผู้ดูแล.....
7. อาชีพ

☐ 1. เกษตรกรรม	☐ 2. ค้าขาย
☐ 3. รับจ้าง	☐ 4. แม่บ้าน/พ่อบ้าน
☐ 5. พนักงานบริษัท	☐ 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

☐ 1. ไม่มีรายได้	☐ 2. น้อยกว่า 5,000 บาท
☐ 3. 5,001 – 10,000 บาท	☐ 4. 10,001 – 15,000 บาท

☐ 5. มากกว่า 15,000 บาท

9. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

10 ส่วนสูง.....เซนติเมตร

11. ระดับความดันโลหิต.....มิลิเมตรปรอท

13. ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

14. ประวัติการรักษาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

.....

16. มีโรคประจำตัวอื่นๆ หรืออาการป่วยอื่นๆ อะไรบ้าง

.....

17. การสูบบุหรี่ ☐ สูบ ☐ ไม่สูบ

18. การออกกำลังกาย ☐ ออกกำลังกายทุกวัน ☐ ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ ☐ ไม่ออกกำลังกาย

19. การไปตรวจตามนัด ☐ ทุกครั้ง ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆ ครั้ง โปรดระบุเหตุผล

.....

20. การเดินทางไปตรวจตามนัด ☐ ด้วยตัวเอง ☐ ลูกหลานพาไป ☐ เพื่อนบ้านพาไป

☐ สามเษภ/ภรรยา พาไป ☐ มีรถรับ-ส่ง ของหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การจัดการสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

1. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อเป็นโรคนี้แล้วทำให้เกิดปัญหาอะไรตามมาบ้าง
2. ที่ผ่านมามีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไรบ้างเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การเลิกบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด
3. การดูแลตนเองของท่านประสบความสำเร็จหรือไม่ เพราะเหตุใด
4. ท่านมีการประเมิน อาการ และภาวะสุขภาพของตนเองอย่างไร
5. มีปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของท่านเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ด้านสิ่งสนับสนุน สิ่งแวดล้อม ข้อมูล การบริการ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ)
6. มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ด้านสิ่งสนับสนุน สิ่งแวดล้อม ข้อมูล การบริการ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ)
7. ท่านทราบไหมว่า โรคความดันโลหิตสูงจะมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง มีอาการเป็นอย่างไร

8. ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ท่านจะดูแลตนเองอย่างไร
9. ท่านคิดว่าแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ท่านต้องการควรเป็นอย่างไร (โดยให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม และให้ชุมชนมีส่วนร่วม)
10. ท่านต้องการสิ่งสนับสนุนอะไรบ้างในชุมชน เพื่อที่จะช่วยสนับสนุนในเรื่องของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชน

แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

6. ที่ผ่านมามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างไรบ้าง
.....
.....
7. ปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ด้านสิ่งสนับสนุน สิ่งแวดล้อม ข้อมูล การบริการ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ)
.....
.....
8. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ด้านสิ่งสนับสนุน สิ่งแวดล้อม ข้อมูล การบริการ วิถีวัฒนธรรม ความเชื่อ)
.....
.....
9. ท่านคิดว่าแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านต้องการควรเป็นอย่างไร (โดยให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม และให้ชุมชนมีส่วนร่วม)
.....
.....

แบบสัมภาษณ์การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้ใช้เก็บข้อมูล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การจัดการสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชนต่อไป คำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แต่อย่างใด จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

2. แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การจัดการสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

3. โปรดตอบคำถามให้ตรงตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรมต่อไป

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ดร.วิไล อุดมพิทยาสรรพ์ และคณะผู้วิจัย

รหัส..... ชื่อรหัส..... (ใช้ชื่อเล่น หรือนามสมมุติ)
วันที่สัมภาษณ์ครั้งที่ 1.....วันที่สัมภาษณ์ครั้งที่ 2.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และระบุข้อมูล
ในช่องว่าง

- ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี
- ระดับความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุด.....มิลลิเมตรปรอท
- น้ำหนัก.....กิโลกรัม
- ส่วนสูง.....เซนติเมตร
- อายุ.....ปี ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- สถานภาพสมรส ☐ คู่ ☐ โสด ☐ หม้าย
☐ หย่า/แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ
- การศึกษา ☐ ประถม ☐ มัธยม ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้
- รายได้ต่อเดือน
☐ 0-1,000 บาท ☐ 1,001-5,000 บาท ☐ 5,001-10,000 บาท
☐ 10,001-15,000 บาท ☐ 15,001-20,000 บาท ☐ มากกว่า 20,000 ขึ้นไป
- ความพอเพียงของรายได้ต่อการใช้จ่ายรายเดือน
☐ เพียงพอในการใช้จ่าย ☐ ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย
- สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการประจำ
☐ โรงพยาบาลจังหวัด..... ☐ รพ.สต.
☐ คลินิก.....
- ประวัติครอบครัวและญาติสายตรงเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หัวใจ/ไตวาย/
มะเร็ง/อัมพฤกษ์/อัมพาต)
☐ มี ☐ ไม่มี
- โรคร่วมอื่นๆ
☐ ไขมันในเลือดสูง.....ปี ☐ เก๊าท์.....ปี
☐ โรคกระเพาะ.....ปี ☐ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ.....ปี
☐ อื่นๆ ☐ ปฏิเสธการมีโรคร่วม

14. โรคแทรกซ้อน

- ☐ โรคไตวาย.....ปี ☐ หัวใจ.....ปี
☐ โรคหลอดเลือดสมอง.....ปี ☐ อัมพฤกษ์ อัมพาต.....ปี
☐ โรคเบาหวานขึ้นตา.....ปี
☐ โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท.....ปี (ขา ปลายมือ ปลายเท้า)

15. มีการใช้ยา/อาหารเสริม/สมุนไพร/หรือวิธีการอื่นๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ

- ☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี

16. การสูบบุหรี่

- ☐ สูบ ระยะเวลาการสูบ.....ปี จำนวนที่สูบ.....มวนต่อวัน
☐ ไม่สูบ
☐ เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ระยะเวลาการสูบ.....ปี
☐ มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่/หรือต้องอยู่ใกล้กับคนที่สูบบุหรี่

17. พฤติกรรมการกินของท่านในแต่ละวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. กินไม่ครบ 3 มื้อๆ ที่มักไม่ได้กิน คือ ☐ มื้อเช้า ☐ มื้อกลางวัน ☐ มื้อเย็น
☐ 2. ไม่กินผัก
☐ 3. กินจุบจิบ
☐ 4. กินอาหารรสจัด
☐ 5. ดื่มชา/กาแฟ/น้ำอัดลม/เครื่องดื่มที่มีรสหวานมากกว่า 2 แก้ว/วัน
☐ 6. กินอาหารรสหวาน
☐ 7. กินอาหารมัน
☐ 8. กินอาหารเค็ม
☐ 9. ชอบกินอาหาร ทอด ปิ้งย่าง ☐ อาหารอื่นๆ.....

18. ท่านออกกำลังกายหรือไม่

- ☐ 1. ไม่ออกกำลังกาย
☐ 2. ออกกำลังกาย ประเภท.....ครั้งละ.....นาที.....ครั้ง/สัปดาห์

19. ความสามารถในการดูแลตนเองของท่าน

- ☐ ดูแลตนเองได้
☐ ต้องมีคนช่วยดูแลเป็นบางเวลา
☐ ต้องมีคนช่วยดูแลตลอดเวลา

20. บุคคลที่สนิทสนม คอยดูแลช่วยเหลือท่านได้แก่.....(โปรดระบุ)

21. สัมพันธภาพภายในครอบครัว ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ มีปัญหา/ต้องแก้ไข

22. สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ มีปัญหา/ต้องแก้ไข

23. สัมพันธ์ภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ มีปัญหา/ต้องแก้ไข
24. ท่านมีกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ☐ มี.....(โปรดระบุ) ☐ ไม่มี
25. ท่านมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ☐ มี.....(โปรดระบุ) ☐ ไม่มี
26. ท่านมาตรวจตามนัด ☐ ทุกครั้ง ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆ ครั้ง
27. ท่านเดินทางมารับบริการสุขภาพด้วย ☐ ตัวเอง ☐ ลูกหลาน/ญาติ/เพื่อน/คนรู้จักพามา
☐ บริการรับส่งของหน่วยงานต่างๆ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านในการจัดการตนเอง การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามมี 2 ตอน ตอนที่ 1 จำนวน 18 ข้อ ตอนที่ 2 จำนวน 24 ข้อ รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ

โปรดตอบคำถามทุกข้อโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติ/การรับรู้ของท่านมากที่สุด กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ตอนที่ 1 การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6 วัน/ สัปดาห์)	ทำพอกๆ กับไม่ทำ (3-4 วัน/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2 วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคย ทำเลย (0 วัน/ สัปดาห์)
1. ฉันกินอาหารรสจัดทุกชนิด					
2. ฉันกินอาหารตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำ โดยเคร่งครัด					
3. ฉันลดอาหารมัน อาหารประเภททอดหรือ ผัดที่ใช้ไขมันมาก					
4. ฉันกินอาหารหมักดองหรือตากแห้ง					
5. ฉันกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง					
6. ฉันปรับการกินอาหารเพื่อให้ความดันโลหิต ลดลงตามเป้าหมาย ที่ต้องการ					
7. หากไม่มีอาการผิดปกติ ฉันออกกำลังกาย ตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำจนได้เหงื่ออย่าง น้อยวันละ 30 นาที					
8. ขณะออกกำลังกายฉันคอยสังเกตความ ผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันที เช่น ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยมาก					
9. ฉันพยายามหากิจกรรมทำเพื่อให้ได้เหงื่อ ในแต่ละวัน					

ข้อความ	ทำเป็นประจำ (ทุกวัน)	ทำบ่อย (5-6 วัน/ สัปดาห์)	ทำพอๆ กับไม่ทำ (3-4 วัน/ สัปดาห์)	ทำนานๆ ครั้ง (1-2 วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคย ทำเลย (0 วัน/ สัปดาห์)
10. ฉันตั้งเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90					
11. ฉันคอยติดตามค่าความดันโลหิตว่าสูงเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่					
12. ฉันงดเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิดและเครื่องดื่มเกลือแร่					
13. ฉันสอบถามค่าความดันโลหิตจากแพทย์/พยาบาลเพื่อปรับการปฏิบัติตัวให้ดีขึ้น					
14. ฉันคอยระวังความดันโลหิตและไขมันในเลือดไม่ให้สูงกว่าเกณฑ์ที่แพทย์/พยาบาลบอก					
15. ฉันกินยาลดความดันโลหิตครบถ้วนถูกต้องตามแพทย์สั่ง					
16. ฉันคอยระวังตนเองไม่ให้เครียดหรือหงุดหงิด					
17. ฉันหาวิธีคลายเครียดเมื่อรู้สึกหงุดหงิด ฉุนเฉียว หรือกังวล					
18. ฉันคอยสังเกตอาการผิดปกติ หากอาการไม่ดีขึ้น ฉันจะรีบไปพบแพทย์					

ตอนที่ 2 การรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้เป็นการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็น สำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้ไม่เป็นอาการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็น สำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่สามารถบอกได้ว่าข้อความต่อไปนี้ เป็นหรือไม่เป็นอาการเตือน โอกาสเสี่ยง และการจัดการที่จำเป็น สำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
2.1 การรับรู้อาการเตือน ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
1. ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตกจะทำให้ภาวะสุขภาพเลวลงซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานาน			
2. โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน			
3. การเป็นความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดย ควบคุมไม่ได้จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น			
4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ไม่มีความสุข			
5. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ			
6. ถ้าท่านไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นานๆ อาจทำให้เกิดอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย			
7. โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง พูดตะกุกตะกัก สับสน ตาพร่า เดินเซ เป็นอันตรายถึงตายได้			
8. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ			
2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง			
1. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ			
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้			
3. ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานอาจทำให้ประสาทตาเสื่อมได้			
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ			
5. ความอ้วนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคความดันโลหิตสูง			

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
6. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ			
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนทั่วไป			
8. การดื่มเหล้าส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง			
2.3 การรับรู้การจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง			
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้อง จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นมีความรุนแรงลดลง			
2. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มสามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง			
3. การรับประทานยาสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้			
4. การทำจิตใจให้สบาย ไม่หงุดหงิดโมโหง่าย ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้			
5. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ			
6. การหมั่นสังเกตอาการบวม ปัสสาวะออกน้อยเป็นหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนต้องทำ			
7. เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรรีบไปโรงพยาบาลทันที			
8. เมื่อพบเห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มุมปากตก ปวดศีรษะรุนแรง ให้โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล 1669			

**แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการ
จัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม ในภาคใต้ของไทย**

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และระบุข้อมูล
ในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. บทบาทในชุมชน

() ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง () อสม.

() ผู้ดูแล () ผู้นำชุมชน () อื่นๆระบุ.....

ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง			
2. ท่านมีส่วนร่วมเสนอแนวทางในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง			
3. ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง			
4. ท่านมีความรู้ความเข้าใจถึงอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง			
5. ท่านมีความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง			
6. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการกินยาอย่าง จากการใช้ปฏิทินเตือนใจให้กินยา			
7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการควบคุมน้ำหนักตัว			
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการออกกำลังกายอย่าง			

ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม	มาก	ปานกลาง	น้อย
ต่อเนื่อง			
9.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการลดอาหารหวาน			
10.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการลดอาหาร มัน			
11.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการลดอาหาร เค็ม			
12.ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง			
13. ท่านได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการปรับปรุงรูปแบบในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ			
14. ท่านชักชวนเพื่อนบ้านให้มีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการสุขภาพของตนเอง			
15. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการจัดกิจกรรมโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ			

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข
คู่มือในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ



คู่มือสองภาษา ภาษาไทย-มลายู

การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

فندوقان دوي-هاس تهاي-ملايو

فغوروسن كصيحان ديرى باكي وركا امس اورغ تهاي ملايو يڠ مڠهيدف فبايت تكانن داره تيغكي



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการ

สาธารณสุขภาคใต้ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

คอลيج كجوروراواتناروم راجاشوناني يالا دان رڠكين كوليج كجوروراواتن دان كوليجكصيحان عوام سلاتن، اينستيتوت فراباروم راجانوك

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

فجابت ستيا اوسها تتف كمنترين كصيحان

2560/2017

1438 هـ

สนับสนุนงบประมาณโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

سوكون ڪواغن يڠ ديرىكن اوليه اينستيتوت فپليديتكن سيستم كصيحان

คำนำ

คู่มือสองภาษา ภาษาไทย-มลายู การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม ในภาคใต้ของไทย จัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ที่มีภาพประกอบ คำอธิบาย ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และในส่วนท้ายบทจะเป็นแบบบันทึกในการประเมินและติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในครั้งนี้

ดร.วิไล อุดมพิทยาสรรพ์ และคณะ

2560

ความดันโลหิต หมายถึง

แรงดันเลือดที่สูบฉีดไปเลี้ยงร่างกาย ค่าความดันโลหิตมี 2 ค่า คือค่าความดันตัวบนเป็นค่าความดันโลหิตที่หัวใจบีบตัวเพื่อส่งเลือดออกจากหัวใจ และค่าความดันตัวล่างเป็นค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ค่าความดันโลหิต มีหน่วยเป็น มิลลิเมตรปรอท

Tekanan darah adalah

Tekanan mengempam darah ke seluruh badan, kadar tekanan darah ada 2 kadar yaitu tekanan ke atas adalah nilai tekanan darah yang jantung memerah darah keluar dari jantung. Dan tekanan darah rendah adalah nilai tekanan darah ketika jantung melegakan. Tekanan darah diukur dengan unik milimeter merkuri (raksa)

تكانن داره اداله:

تكانن مغفم داره كسلوروه بدان، قدر تكانن داره ادا 2 قدر يلايت تكانن كاتس اداله نيلاي تكانن داره يغ جنتومره داره كلوار دري جنتوخ. دان تكانن داره رنده اداله نيلاي تكانن داره كتيك جنتوملفسكن. تكانن داره داوكور دغ يونيك ميليمتر مركوري (رقسا).

โรคความดันโลหิตสูงหมายถึง

ระดับความดันโลหิตตัวบนที่มีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป หรือตัวล่างมีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปหรือสูง ทั้งตัวบนและตัวล่าง

Tekanan darah tinggi bermaksud.

Kadar tekanan darah bernilai melebihi daripada 140 mm raksa ke atas atau nilai yang lebih rendah daripada 90 mm kebawah,atau kedua-duanya atas dan bawah.

تكانن داره تيغكير مقصود:

قدر تكانن داره برنيلاي ملبيهي درفد 140 ميليمتر رقسا كاتس، اتو نيلاي يغرنده درفد 90 ميليمتر رقسا كباوه، اتو كدوا 2 اتس دان باوه.

ระดับความดันโลหิตปกติ หรือ สูงกว่าปกติ

Tahap Tekanan darah biasa atau melebihi biasa.

تاهف تكانن داره يباس اتو ملبيهي يباس

ระดับของกลุ่มความดันโลหิต	ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)	การรักษา
ความดันโลหิตปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80	ไม่รักษา

ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น	120-139	80-89	ปรับพฤติกรรมสุขภาพ
โรคความดันโลหิตสูง เกรด 1	140-159	90-99	ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการใช้ยา
โรคความดันโลหิตสูง เกรด 2	160 ขึ้นไป	100 ขึ้นไป	ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการใช้ยา

Tahap grup tekanan darah	Tekanan darah tinggi	Tekanan darah rendah	Rawatan
تاھف گروپ تکانن داره	(mm raksa) تکانن داره تیغکی (م.م. رقسا)	(mm raksa) تکانن داره رنده (م.م. رقسا)	راوتن
Tekanan darah biasa	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80	Tidak perlu rawatan
تکانن داره بیاس	کورخ درفد 120	کورخ درفد 80	تیدق فرلو راواتن
Tekanan darah tinggi fasa awal	120-139	80-89	Tukar tindakan tabiat sihat
تکانن داره تیغکی فاسا اول	139-120	89-80	توکر تیندقکن طبیعه صیحه
Tekanan darah tinggi grad 1	140-159	90-99	Tukar tindakan tabiat sihat bersama penggunaan ubat
تکانن داره تیغکی گرید 1	159-140	99-90	توکر تیندقکن طبیعه صیحه برسام فغکونان اوبت
Tekanan darah tinggi grad 2	160 ke atas	100 ke atas	Tukar tindakan tabiat sihat bersama penggunaan ubat
تکانن داره تیغکی گرید 2	160 کائس	100 کائس	توکر تیندقکن طبیعه صیحه برسام فغکونان اوبت

สาเหตุ หรือ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

กินเค็ม

กินมัน

สูบบุหรี่

ไม่ออกกำลังกาย

น้ำหนักเกิน

Punca-punca penyakit tekanan darah tinggi.

makan masin

makan lemak

merokok

Tidak bersenam

berat badan berlebihan

فونجا فباکیت تکانن دارهتیشکی

ماکن ماسین

ماکن لمق

مروکو

تیدق برسنم

برت بدن برلیمین

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบที่ไม่แสดงอาการในระยะแรก จนกระทั่งเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่

หัวใจ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเกิดหัวใจล้มเหลว

สมอง ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ตีบ เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต

ไตวาย

ตา ทำให้เส้นเลือดที่ตาตีบ หรือแตก เกิดเลือดออกในตา มีอาการตามัว ถึงตาบอดได้

Tekanan darah tinggi adalah penyakit senyap yang tidak menunjukkan tanda-tanda pada peringkat awal.sehingga diikuti komplikasi termasuk.

Jantung berlaku infarksi miokardium dan kegagalan jantung

Otak menyebabkan strok,thrombosis, lumpuh, palsy.

kegagalan buah pinggang

Mata menyempitkan saluran darah mata atau pendarahan, gejala mata boleh mengakibatkan mata buta.

تكانن دارهتيگي اداله فبايت سفيغ تيدق منونجوفكن تنداد 2 فد فريشكت اول، سهيگدايكوتي كومفليكاسي ترماسوق:

جنتوغ	برلاكو اينفرقيسي ميوكرديوم دان ككاگالن جنتوغ.
اوتق	ميبكن ستروق، تومبوسيس، لومفوه، فلسيدان ككاگالن بواه فيگك.
مات	مپمفيتكن سالوران داره مات اتو فنداراهن، گجالا مات بوليه ميعافيتكن مات بوتا.

การจัดการสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีหลักที่สำคัญคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ร่วมกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

ควบคุมน้ำหนักตัว ด้วยการลดอาหารหวาน มัน

การจำกัดอาหารที่มีโซเดียม ได้แก่ เกลือ ซีอิ๊ว น้ำปลา ผงชูรส และ เครื่องปรุงรส

การรับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ เป็นหลัก

ออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน

งดสูบบุหรี่

งดดื่มแอลกอฮอล์

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

Pengurusan kesihatan untuk mengawal tekanan darah tinggi. Terdapat carautama ialah Mengubah suai tingkah laku kesihatan diri sendiri, dengan mengambil ubat berterusan termasuk:

mengawal berat badan dengan mengurangkan makanan manis dan lemak

Hadkan makanan yang mengandungi sodium, yaitu garam, kicap, sos ikan, monosodium glutamate (MSG), dan perasa.

Memberi tumpuan kepada makanan lebih sayur-sayuran dan buah-buahan.

Bersenam sekurang-kurangnya 30 minit sehari, seminggu 3 hari.

Berhenti merokok

Menahan diri daripada alkohol

Mengambil ubat berterusan

فغوروسن كهسحاتن اتوق مغاول تكانن دارهتيگي. تردافت چارا اوتام ايله مغويه سواي تيشكه لاکو كهسحاتن ديري سنديري دغن مغميل اوبت برتروسن ترماسوق:

مغالول برت بدان دغن مغورغن مگانن مانيس دان لمق.

حدکن مگاننغ مغندوغي سوديوم. ياپت گارم، کيچف، صوص ايکن، مونوسوديوم گلوتاميت، دان فراسا.

ممبري تومفوان کقد مگانن لبيه سايوران 2، دان بواهن 2.

برسنسکورغن 2 30 مينيت سهاري، سميگکو 3 هاري.

برهنتي مروکو.

مناهن ديري درفد الکحول.

مغمبيل اوبت برتروسن.

พิชิตโรคความดันโลหิตสูงด้วย การลดอาหาร หวาน มัน เค็ม

Mengatasi penyakit Tekanan Darah Tinggi dengan caramengurangkan makanan manis, lemak, masin.

مغاسیفایکیت تکان دارهتیغکی ملالوی دغنجارا مغورغن مکان مانیس لمق دان ماسین.

Mengawal berat badan dengan caramengurangkan makanan manis dan lemak

(Sumber gambar: <https://www.google.co.th/search>)

مغالول برت بدان دغنجارا مغورغن مکان مانیس دان لمق.

(سومبر گمبر: <https://www.google.co.th/search>)



ครีมเทียม krimmer bukan tenusu کریم بوکن تنوسو

เนยเทียม marjerin مرجرین

เนยขาว lelemak للمق



ลดดื่มน้ำหวาน และน้ำอัดลม

Mengurangi minum air manis dan minuman gas

مغور غكثينوم اير مانيس دان مينومن غاس.



ลดผลไม้หวาน

Mengurangkan buahan manis

مٲور غٲنبواهن مانيس.



ลดอาหารมัน

Mengurangi makanan lemak

مغور غنم كان لمق.



จำกัดอาหารเค็ม หรือ อาหารที่มีโซเดียมสูง

จำกัดโซเดียมในอาหารไม่เกินมาตรฐาน (2300 มิลลิกรัม/วัน)

Menghadkan makanan masin atau makanan yang mengandung MSG tinggi

Menghadkan sodium dalam makanan tidak melebihi kadar standat (2300 mg./ 1 hari)

- Garam gulai 1 sudu teh mengandungi sodium 2,000 mg.
- Sos ikan 1 sudu teh mengandungi sodium 300-350 mg.

- Kicap 1 sudu teh mengandungi sodium 320-455 mg.
- Monosodium glutamate (MSG) 1 sudu teh mengandungi sodium 492 mg.

مغحدکن مکان ماسین اتو مکان یغ مغندوغي MSG تیشگی.

مغحدکن سودیوم دالم مکان تیدق ملیپی قدر سندات (2,300 میلیگرام / 1 هاری).

- کارم کولای 1 سودو تیه مغندوغي سودیوم 2,000 میلیگرام.
- صوص ایکن 1 سودو تیه مغندوغي سودیوم 350-300 میلیگرام.
- کیجف 1 سودو تیه مغندوغي سودیوم 455-320 میلیگرام.
- مونوسودیوم کلوتامیت 1 سودو تیه مغندوغي سودیوم 492 میلیگرام.



Sumber gambar: <https://www.google.co.th/search>

(سومبر گمبر: <https://www.google.co.th/search>)



ลดปริมาณเครื่องปรุงรสในอาหาร

Mengurangkan jumlah perasa dalam makanan

مغور غكجمله فراسا دالم مكان.





Bagaimana cara makan untuk mengatasi penyakit tekanan darah tinggi.

Formula makanan untuk mengurangi tekanan darah tinggi.

- Makan sayur-sayuran 5 bahagian / 1 hari (jumlah sayur-sayuran mentah 2 senduk, atau sayur-sayuran rebus sup 1 senduk).
- Makan buah-buahan 4 bahagian / 1 hari (1 bahagian 6-8 keping atau 1 biji).
- Susu rendah lemak 2-3 bahagian / 1 hari
- Nasi, bijirin gandum, kacang, 7 bahagian / 1 hari

باکیمان چارا مکن انتوق مغانسي فساکيت تکان داره تیغکی.

فورمولا مکن اونتوق مغورغن تکان داره تیغکی.

- مکن سایوران 2 5 هاگین / 1 هاري (جمله سایوران 2 منته 2 سندوق، اتو سایوران 2 بوس سوف 1 سندوق).
- مکن بواهن 2 4 هاگین / 1 هاري (1 هاگین 6-8 کنیغ اتو 1 بیجی).
- سوسو رنده لمق 2-3 هاگین / 1 هاري.
- ناسی، بیجیرین، گندوم، کاجغ، 7 هاگین / 1 هاري.

کینو یانرایه فیو فیتد راکد کلام دن لوتیتسوغ

کینا هارام سوتر فیو لوتد کلام دن لوتیتسوغ

- کین فک 5 سوان / ون (فک 1 سوان مپریمان فک دپ 2 تپفپ هریو فک تدم 1 تپفپ)
- کین فلامی 4 سوان / ون (1 سوان 6-8 چین هریو 1 فلامی)
- نم زیمان تآ 2-3 سوان / ون

- ข้าว ธัญพืช ถั่วต่างๆ 7 ส่วน /วัน



Sumber gambar: <https://www.google.co.th/search>

(سومبر گمیر: <https://www.google.co.th/search>)

แบบฟอร์มการติดตามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

เขียนเป้าหมาย หรือความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเอง

[illegible]

แบบบันทึกข้อมูลประจำสัปดาห์

การติดตามผลการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูล	ก่อน	หลังจัดการตนเอง							
		1	2	3	4	5	6	7	8
น้ำหนัก (กิโลกรัม)									
รอบเอว (เซนติเมตร)									
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)									
ส่วนสูง (เซนติเมตร)									
ดัชนีมวลกาย									

ผลการประเมินภาวะสุขภาพตนเองก่อนการจัดการสุขภาพตนเอง

- ☐ น้ำหนักปกติ ☐ น้ำหนักเกิน
☐ ระดับความดันโลหิตปกติ (ต่ำกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท)
☐ ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท)

ภาคผนวก ค

แนวทางปฏิบัติในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยมลายู
ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม 2560



แนวทางการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม 2560

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เกณฑ์การประเมินผล	วิธีดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ /ผู้ที่มีส่วนร่วม
1. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัวในการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อวางแผนในการจัดการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	- ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง - ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง - สามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง	- ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวสามารถบอกภาวะสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมเสี่ยงได้ - มีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง	- ชิงน้ำหนัก วัดส่วนสูง - คำนวณดัชนีมวลกาย - วัดความดันโลหิต - ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง - ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อกำหนดเป้าหมายในการจัดการสุขภาพของตนเอง และการติดตามผล	มกราคม 60	- ผู้สูงอายุ - ผู้ดูแล - อสม. - ผู้รับผิดชอบประจำครอบครัว - อ. จงกรมทองจันทร์ และคณะ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เกณฑ์การประเมินผล	วิธีดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ /ผู้ที่มีส่วนร่วม
			การจัดการสุขภาพของ ตนเอง		
2. กิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของ ตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง - ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิด ภาวะแทรกซ้อน - กินอย่างไรเพื่อห่างไกลภาวะแทรกซ้อน - การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ - การใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต	- การรับรู้อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง - ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของตนเอง - รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	- ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง - ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของตนเอง - ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุ	- การตั้งคำถาม - การอภิปรายกลุ่ม - การให้ข้อมูลย้อนกลับ - การตั้งคำถาม - การอภิปรายกลุ่ม - การให้ข้อมูลย้อนกลับ - การสาธิต - การตั้งคำถาม	มกราคม 60	ทีมงานนักวิจัย - อ.นุศรา ดาว โรจน์ - อ.นุรชาฮิดา เจ๊ะมะ - ดร.วิไล อุดม พิทยาสรณ์

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เกณฑ์การประเมินผล	วิธีดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ /ผู้ที่มีส่วนร่วม
สูง - การนวดตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย ในผู้สูงอายุ	- ไปพบแพทย์ตามนัด - ผู้สูงอายุมีความรู้ในการนวดตนเองเพื่อ บรรเทาอาการปวดเมื่อย	รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และพบแพทย์ตามนัด - สามารถนวดตนเองได้	- การอภิปรายกลุ่ม - การให้ข้อมูลย้อนกลับ - การสาธิต		- อ.ปรินา ฌ. พัทลุง อ.วรัรัตน์ สุขคุ้ม - ดร.วิไล อุดม พิทยาสรรพ์
3. กิจกรรมการให้ความรู้โดยผู้นำศาสนาที่มีสยิด แก่ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อ เป็นโรคความดันโลหิตสูง	- ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ใน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สวดเทรทอยู่ ในวิถีชีวิตประจำวัน	- ผู้นำศาสนาให้ความรู้แก่ ผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	- จัดทำแผนการสอนสอง ภาษาทั้งภาษาไทย และ ภาษามลายูให้ผู้นำศาสนา เพื่อเป็นคู่มือการสอน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูงในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง	มค-เม.ย 60	- ผู้นำศาสนา

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เกณฑ์การประเมินผล	วิธีดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ /ผู้ที่มีส่วนร่วม
4. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ ของตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต สูงที่บ้าน และในชุมชน	- มีสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ ตาม บริบทวัฒนธรรมในวิถีของชุมชนและ ทางด้านสุขภาพ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน	- มีศูนย์การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ในชุมชน ที่อยู่ใกล้บ้านอย่าง น้อย หมู่ละ 2 แห่ง	- จัดทำสื่อการเรียนรู้ในการ ดูแลสุขภาพของตนเอง เรื่องรู้จักโรคความดันโลหิต สูง กินอย่างไรเพื่อห่างไกล ภาวะแทรกซ้อน การออก กำลังกายเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุการไช้ยา ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความ ดันโลหิตสูง และการนวด ตนเองเพื่อบรรเทาอาการ ปวดเมื่อย เพื่อเป็นสื่อการ สอนประจำหมู่บ้านทั้ง ผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุ ชาย ที่เป็นศูนย์รวมของ ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม ทางศาสนา หรือประเพณี ชุมชนร่วมกัน ได้แก่ บ้าน	มค-เม.ย 60	- ทีมงานวิจัย - ผู้นำศาสนา/ ผู้นำชุมชน / อสม

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เกณฑ์การประเมินผล	วิธีดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ /ผู้ที่มีส่วนร่วม
			และ มัสยิด - ประสานผู้นำศาสนาใน การจัดมมุความรู้ทางด้าน สุขภาพ		
5. การติดตามประเมินผลการจัดการตนเอง อย่างต่อเนื่อง โดยบันทึกการติดตามใช้ปฏิทิน เตือนใจติดตามพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเอง อาการของตนเอง ระดับความดันโลหิต สัญญาณเตือนอันตราย วันนัด	- ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลสามารถประเมินผล ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในกาติดตามการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต อาการและอาการแสดง ที่เป็นสัญญาณเตือนอันตรายจาก ภาวะแทรกซ้อน วันนัด - อสม.มีแนวทาง/ เครื่องมือ ในการเยี่ยม ติดตามอาการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความ ดันโลหิตสูง	- ผู้สูงอายุและผู้ดูแล สามารถ ลงบันทึกการติดตามตนเองได้ อย่างถูกต้อง - การเยี่ยมติดตามของ อสม. 1 ครั้ง/ สัปดาห์	- จัดทำปฏิทินเตือนใจให้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูงทุกราย โดย ประยุกต์ใช้ปฏิทินตามหลัก ศาสนาอิสลาม - อสม.เยี่ยมติดตาม ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ของตนเองได้อย่างถูกต้อง	มค-เม.ย 60	- อ.จกกรม ทอง จันทร์ และ อ. นุศรา ดาวโรจน์ - ผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแล - อสม

ภาคผนวก ง
ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผศ.ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ
จากการไปพบเพื่อปรึกษางานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ
ไทยมลายูที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีแห่งวัฒนธรรม
เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2560 เวลา 13.00-16.00 น

1. วิเคราะห์หา Key of success คือใคร จะทำให้เกิดความยั่งยืนได้อย่างไร? ใครคือคนสำคัญที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง

- การจัดการตนเอง ต้องหมายรวมถึง การดูแลทางกาย การดูแลทางจิตสังคม และรวมถึงการดูแลวิถีชีวิตตามบริบทวัฒนธรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน เป็นแกนนำในประเพณีชุมชนในงาน นูหรี เป็นผู้นำของชุมชนในการเปิดบ้านของตนเองเป็นศูนย์การเรียนรู้ของผู้หญิงและเด็กในชุมชนในการสอนและเรียนรู้ศาสนา บุคคลเหล่านี้จะทำงานด้วยจิตอาสา เป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ดังนั้น ถ้านำเรื่อง การดูแลสุขภาพมาผนวกไว้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันตามบ้าน ก็จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการจัดการตนเองให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เช่น กินอย่างไร ออกกำลังกายอย่างไร ซึ่งความรู้เหล่านี้จะถูกส่งต่อและถ่ายทอดให้กับกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เป็นการส่งเสริมป้องกันตนเองไปด้วยในเวลาเดียวกัน

2. นำสิ่งที่มีอยู่แล้วในส่วนของระบบหรือการจัดการ นวัตกรรม หรือส่วนที่ต่อยอดพัฒนา ไปนำเสนอให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง พร้อมสอบถามความต้องการว่าอยากได้อะไร

3. นำเสนอรูปแบบ การจัดการสุขภาพควรเป็นอย่างไร โดยนำเสนอในส่วนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพอสังเขป (เป็นการ Verify ข้อมูล) ได้แก่ สภาพการณ์ปัญหาทั่วไป ความต้องการในการจัดการสุขภาพ นำมาสู่การพัฒนารูปแบบ แนวทางปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ผสมผสานวัฒนธรรม และทำอย่างไรรูปแบบหรือการจัดการดังกล่าวจะถึง กลุ่มเสี่ยง

4. แนวทางปฏิบัติ หรือ Intervention มีอะไรบ้าง และจะวัดผลลัพธ์อย่างไร
 Loop 1 ของการวิจัยพัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ ประเมินผลลัพธ์ ปรับปรุงพัฒนา Loop 2 เป็นการปรับปรุงพัฒนา ทดลองใช้ ประเมินผลลัพธ์ ประกาศใช้

การวัดประเมินผล

- การรับรู้ ในด้านการรับรู้ จะประเมินผลอย่างไร
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะประเมินผลอย่างไร
- ประเมิน out come ที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากทำ intervention ได้แก่ น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต

5. การมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม จะทำอย่างไร? ประกาศเป็น วิสัยทัศน์ของชุมชน

- การออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกันอยู่มีอะไรบ้างที่ทำได้ (การเดินตอนเช้าหลังละหมาดเสร็จ ตอนเช้า: จัดกลุ่มเพื่อนชวนพากันเดิน กลุ่มปั่นจักรยาน) การออกกำลังกายด้วยตัวเองสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกในการออกไปนอกบ้านจะพัฒนาทักษะการออกกำลังกายอะไรบ้าง

- อาหาร โดยเฉพาะวัฒนธรรม การกินนุหรี นำเรื่องหลักการกินไม่เต็มท้องไปประยุกต์ได้ไหม โดย กิน 1/3 ของกระเพาะ

- มีรางวัลให้สำหรับคนที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี

6. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ในชุมชน ได้แก่ ลานออกกำลังกาย โดยการประสานส่งต่อ ผู้นำชุมชน

วิไล อุดมพิทยาสรณ์ ผู้บันทึก

12 มกราคม 2560

ภาคผนวก จ
ภาพการดำเนินงานภาคสนาม

กิจกรรมการปฏิบัติงานภาคสนาม



ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน





ร่วมคิด ร่วมวางแผน





ร่วมคิด ร่วมวางแผน





ประชุม อสม.แกนนำ





กิจกรรมให้ความรู้





เยี่ยมบ้าน



ภาคผนวก จ
ประวัตินักวิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

ดร.วิไล อุดมพิทยาสรรพ์

โทรศัพท์ 0810928367 e-mail address: wilai-udompittayason@hotmail.com

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

ประวัติการศึกษา

- จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส ปี พ.ศ. 2525

- จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ปี พ.ศ. 2531

- จบการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2543

- จบการศึกษาระดับปริญญาเอก ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล (นานาชาติ) : Doctor of philosophy in Nursing (International Program) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2558

ความเชี่ยวชาญ

- การพยาบาลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
- การดูแลแบบผสมผสานโดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และภูมิปัญญาตะวันออก
- การวิจัยเชิงคุณภาพ การใช้ชีวิตกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุไทยมลายู การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา ในจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ของไทย

ประวัติทีมงานวิจัย

1. อาจารย์จกกรม ทองจันทร์

โทรศัพท์ 086-4806236 E-mail address: jongkrom@yahoo.com

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

ประวัติการศึกษา

จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (การพยาบาลและผดุงครรภ์) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลาปี พ.ศ. 2527

จบการศึกษาระดับปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา ปี พ.ศ. 2544

ความเชี่ยวชาญ

การพยาบาลอนามัยชุมชนและ การพยาบาลผู้สูงอายุ

2. อาจารย์นุศรา ดาวโรจน์

โทรศัพท์ 086-9566161 E-mail address: nusaradowrote@gmail.com

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

ประวัติการศึกษา

- จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
- จบการศึกษาระดับปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขต หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

3. อาจารย์นุรฮาอีดา เจ๊ะมามะ

สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

โทรศัพท์ 084-3438067 E-mail address : nursaheeda57@gmail.com

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ

สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

ประวัติการศึกษา

- จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ปี พ.ศ. 2555
 - จบการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
- จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2559

ความเชี่ยวชาญ

- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

4. นางนฤมล โต๊ะหลัง

โทรศัพท์ 081-4796366 E-mail address: jae_narumol@hotmail.com

ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควน อำเภอมือ จังหวัดสตูล

สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควน อำเภอมือ จังหวัดสตูล

ประวัติการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏ สงขลา

มีประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน ตำบลบ้านควน 23 ปี สามารถพูดภาษามลายูถิ่นสตูล

5. อาจารย์ปรีนา ณ พัทลุง

เบอร์โทรศัพท์ 087-4691634 E-mail address: rxjeab06@yahoo.co.th

ตำแหน่งปัจจุบัน เกษัตริกร

สังกัด วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ประวัติการศึกษา

เกษตรศาสตรบัณฑิต

บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต

กำลังศึกษาปริญญาโท คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6. อาจารย์วรรัตน์ สุขคุ้ม

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

โทรศัพท์ 08-8768-2793 E- mail address: woraratsu@bcnt.ac.th

ประวัติการศึกษา

- ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง: พ.ศ. 2545

- ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 2551

- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง : พ.ศ. 2554