



ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติ ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ Effects of Participatory Learning of Family Members on Knowledge and Practice in Dietary Preparation for Older Persons with Uncontrolled Hypertension

โอภาส	ประมุขสิน *	O-pas	Pramoonsin *
เดชา	ทำดี **	Decha	Tamdee **
ศิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn	Aungwattana **

บทคัดย่อ

การควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยการลดรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้มากที่สุด การศึกษาทั้งสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวที่จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนชนบททั้งเมือง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คู่มือในการจัดอาหาร อุปกรณ์ ได้แก่ สไลด์ วิดีทัศน์ แผ่นภาพความรู้ และแบบบันทึกภาคสนาม เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติค่าที่แบบสองกลุ่มสัมพันธ์กันและอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถนำไปพัฒนาสมาชิกในครอบครัวด้านความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการจัดอาหารเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

* Lecturer, Boromrajonani College Nursing, Nakhon Lampang, yoyaaoop1990@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 9 มกราคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 27 มีนาคม 2560 วันตอบรับบทความ 24 กรกฎาคม 2560

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การจัดอาหาร ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ สมาชิกในครอบครัว

Abstract

Controlling blood pressure levels by reducing high sodium intake in patients with hypertension can prevent complications as much as possible. This quasi-experimental study, two groups design with pretest-posttest, aimed to determine the effects of participatory learning of family members on knowledge and practice in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension. The study participants were 40 family members who prepared diets for older persons with uncontrolled hypertension in semi-rural communities. The participants were enrolled and randomly divided into two groups with twenty participants in each group. The research tools consisted of the program of participatory learning in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension, guidelines to prepare diets, the participatory learning devices include slides, video tapes, knowledge sheets, and field notes. Data collection tools included the demographic data questionnaire, and the knowledge and practice test. The data were analyzed using paired sample t-test and independent sample t-test.

The results showed that

1. After the participatory learning, mean knowledge scores of family members in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension was significantly higher than before participating in the program ($p < .001$).
2. After the participatory learning, mean practice scores of family members in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension was significantly higher than before participating in the program ($p < .001$).
3. After the participatory learning, the mean knowledge scores of family members in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension of the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .001$).
4. After the participatory learning, the mean practice scores of family members in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension of the experimental group was significantly higher than the control group ($p < .001$).

The study revealed that a participatory learning program from this study should be used to improve family members' knowledge and lead to better practices in dietary preparation for older persons with uncontrolled hypertension.

Keywords: *Participatory learning, Dietary preparation, Older persons with uncontrolled hypertension, Family members*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่พบได้ทั่วโลกและเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจเป็นอันตรายถึงชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม รายงานสถิติสุขภาพของโลกขององค์การอนามัยโลกพบว่า ความชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบถึงร้อยละ 22.25 ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 24.45 และในประเทศไทยร้อยละ 21.40 (World Health Organization, 2014) ซึ่งพบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศไทยพบ 1,710.89 ต่อประชากรแสนคน (Strategy & Planning Division, 2014) และพบว่าทุกภาคของประเทศไทยมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุด โดยพบว่าในปี 2557 มีอัตราการป่วยถึง 3,384.42 ต่อประชากรแสนคน (Bureau of Non-Communicable Disease, 2012) และจากการสำรวจของ Bureau of Epidemiology (2002) พบว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุด 4,056.19 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี 40-49 ปี และ 15-39 ปีโดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 2,024.44, 779.66 และ 97.77 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยด้วยความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆและการทบทวนการศึกษาพบว่าเมื่อเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากความดันโลหิตสูงตามมา (Thai Hypertension Society, 2012)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการรายงานสุขภาพในรายงานผู้สูงอายุปี 2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 14 ได้แก่ โรคไต ร้อยละ 6, หลอดเลือดสมองร้อยละ 4 และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 4 (Department of Health, Bureau of Elderly Health, 2013) และพบว่าเสียชีวิต

ทั่วโลก ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และประเทศไทย 539, 656, 449 คน ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (World Health Organization, 2015) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ส่งผลกระทบมากมายทั้งภาวะแทรกซ้อนของตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยเช่นกัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดมาจากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ปัจจุบันมีรายงานเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จากการสำรวจการคุมระดับความดันโลหิตตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ช่วงอายุ 70-79 ปีไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตมากที่สุดร้อยละ 28.35 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 26.3 (Department of Medical Services of Ministry of public health, 2014) ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในผู้สูงอายุ เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งที่เป็นสาเหตุของการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมากที่สุดคือการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง โดยเฉพาะรับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส รวมทั้งผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนรับประทานอาหารเค็มและอาหารมัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยในด้านการรับประทานอาหารยังคงมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (Sornpratate, 2011)

จากการศึกษาที่ผ่านมามีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Dickinson et al. (2006) จำนวน 105 เรื่อง สรุปว่าการรับประทานอาหาร การจำกัดการรับประทานเกลือ มีผลต่อการลดระดับความดันโลหิตมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้สูงอายุนั้นเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้นด้วย เกิดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้นจึงต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (National Health Security Office, 2009) ซึ่งพบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ดูแลเองจำเป็นต้องอาศัยกลวิธีในการเฝ้าระวังและวิธีการดูแลให้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งนั่นก็ถือเป็นอีกบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลและครอบครัวจึงจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข (Dana, 2011) และพบว่าความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารยังไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวที่ประกอบอาหารไม่ทราบลักษณะอาหารที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทาน ซึ่งการรับประทานอาหารและปรุงอาหารที่ไม่ถูกต้องอาจเกิดจากสาเหตุจากความเคยชิน ไม่ได้แยกสารอาหารปรุงเองต่างหาก (Chaichana, & Niyamas, 2007; Flynn et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารทั่วไปร่วมกับทุกคนในครอบครัวได้ เพราะคิดว่าผู้ป่วยยังปกติอยู่ ไม่จำเป็นต้องแยกอาหารสำหรับผู้ป่วย เพราะคิดว่ายุ่งยาก ซ้ำซ้อน และคิดว่าตัวเองไม่มีความรู้ กลัวทำไม่ถูกต้อง (Dana, 2011) ซึ่งการควบคุมโรคความดันโลหิตที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ทำอาหารในครอบครัว และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น (Wongtib, Udomvong, & Narin, 2012) ดังนั้นการส่งเสริมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้และส่งผลต่อการควบคุมโรคในระยะยาว อีกทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลในด้านความรู้ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ดีที่สุด ซึ่งผ่านการสังเคราะห์จากผลการวิเคราะห์ของการศึกษาวิจัยในรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ จนได้โครงสร้างของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย วงจรการ

เรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่มีองค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ (experience) นำไปสู่การสะท้อนและอภิปราย (reflection and discussion) เกิดเป็นความคิดรวบยอด (concept) และนำไปทดลองปฏิบัติ (experimentation/application) ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งการให้ผู้เรียนได้ทำงานกลุ่ม จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยากหรือไม่เคยทำมาก่อนได้ด้วยความมั่นใจ ทำให้ผู้เรียนรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเนื่องจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้เรียนจะเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ มีการแสดงความคิดเห็นและช่วยกันทำงานกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการพัฒนาความรู้โดยการนำประสบการณ์มาใช้ในการเรียนรู้ ดังนั้นรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จึงเป็นรูปแบบที่พัฒนาสามารถความรู้ของผู้เรียนได้ดี และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ (Department of Mental Health, 2010) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบที่สามารถพัฒนาความรู้และการปฏิบัติได้ดีแต่ก็พบว่ามีการศึกษาที่พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตของตัวผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรืออาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองและดูแล ในด้านของสมาชิกในครอบครัวนั้นยังไม่ได้มีการศึกษาที่ชัดเจนที่นำรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพื่อให้ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ควบคุมไม่ได้ โดยสาระสำคัญของความรู้และการปฏิบัติ ใช้ตามแนวทางจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วย การเลือกซื้อ การปรุง การควบคุมปริมาณ และ ความถี่ในการจัดอาหารและใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์เป็นกลวิธีในการดำเนินการเรียนรู้ ประกอบไปด้วย 4 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 ประสพการณ์ ขั้นที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย ขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด และขั้นที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด และมีการผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มทุกขั้นตอน ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ในการพัฒนาบุคคลในด้านความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ได้ดีที่สุดในที่สุด และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นั้น ผู้เรียนจะเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ มีการแสดงความคิดเห็นและช่วยกันทำงานกลุ่ม ดังนั้นรูปแบบการเรียนรู้จึงเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ดีและนำไปสู่การปฏิบัติในการจัดอาหารที่ถูกต้องได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มและวัดผลสองครั้ง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ

สมาชิกในครอบครัวต่อความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ สมาชิกในครอบครัวที่จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนชนบทกิ่งเมือง

กลุ่มตัวอย่างจะถูกเลือกเข้าตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้และ 4) ยินดีเข้าร่วมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยสุ่มเข้ากลุ่มแบบสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จาการพ.สท. โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คู่มือในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สำหรับสมาชิกในครอบครัว อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้แก่ สไลด์, วิดีทัศน์, แผ่นภาพความรู้ และแบบบันทึกการสังเกตการณ์การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการเรียนรู้ (field note) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ แบบประเมินความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 25 ข้อ เป็นแบบสองตัวเลือก คือ “ถูก” และ “ผิด” และแบบประเมินการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 27 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating Scale) มีมาตรวัด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) แบบประเมินความรู้ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 และแบบประเมินการปฏิบัติ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .99 การหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบใช้กับสมาชิกในครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson แบบประเมินความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุฯ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เท่ากับ .80 และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุฯ นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Research ID : 021-2560 /Study Code: Exp-018-2560) และผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจง การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบายต่อผู้วิจัย และการศึกษานี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถสอบถามได้ โดยข้อมูล

ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการสาธารณสุขอำเภอ อำเภอสารภี และรพ.สต. ดอนแก้วและรพ.สต. หนองแฝก เก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขอรับข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อค้นหาครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คัดเลือกสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยสุ่มเข้ากลุ่มแบบสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากรพ.สต. โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่ได้คำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที จากนั้น นัดหมายครั้งต่อไปอีก 7 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที และจัดกิจกรรมการ

เรียนการสอนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 ประสพการณ์ ขั้นที่ 2 การสะท้อน และอภิปราย ขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด และ ขั้นที่ 4 การทดลอง/การประยุกต์แนวคิด จัดกิจกรรม 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 7 วัน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มควบคุม ตอบแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (post-test) ใช้เวลา 20 นาที ในสัปดาห์ที่ 7

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลที่เป็นสัดส่วนวิเคราะห์ด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test ส่วนข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test ตามลักษณะข้อมูล

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเรียนรู้ ด้วยวิธีทดสอบ Paired sample t-test เนื่องจากมีการกระจายแบบโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีทดสอบ Independent t-test เนื่องจากมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ

85 และ 90 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนมาก มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 และช่วง 36-59 ปี ร้อยละ 50 เช่นเดียวกัน ซึ่งอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 62.75 ปี และ กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 57.75 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45 เช่นเดียวกัน รายได้ต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 1,001-3,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 50 และร้อยละ 65 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4,320 บาทและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4,750 บาท ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเพียงพอจากรายได้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 65 และร้อยละ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 70 และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มทดลองส่วนมากเป็น บุตร/หลาน ร้อยละ 50 แตกต่างจากกลุ่มควบคุม คือส่วนใหญ่เป็น สามี/ภรรยา ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองส่วนมากมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในช่วง 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55 และ กลุ่มควบคุมส่วนมากมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 40 ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เฉลี่ยกลุ่มทดลอง 17.10 ปี และกลุ่มควบคุม 9.95 ปี

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ค่าคะแนน	ก่อนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
กลุ่มทดลอง					
ความรู้	18.70	2.61	23.35	1.18	< .001
การปฏิบัติ	60.75	5.30	67.00	3.79	< .001

ก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 18.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.=2.61) และหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 23.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.=1.18) และ ค่า t เท่ากับ 7.24 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$

ก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติเท่ากับ 60.75

คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.=5.30) และหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 67.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.=3.79) และ ค่า t เท่ากับ 4.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบของการเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ความรู้	23.35	1.18	20.35	2.23	< .001
การปฏิบัติ	67.00	3.79	61.95	4.97	< .001

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเท่ากับ 23.35 คะแนน (S.D.=1.18) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 20.35 คะแนน (S.D.=2.23) และค่า t เท่ากับ 5.31 สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เท่ากับ 67.00 คะแนน (S.D.=3.79) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 61.95 คะแนน (S.D.=4.97) และ ค่า t เท่ากับ 3.61 สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลัง

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

การอภิปรายผล

ด้านความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Choowong & Kongsakul (2012) ศึกษาในเรื่อง ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Sanprasan et al. (2015) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนา ศักยภาพแบบมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Chiangpiw, Boonchieng, & Aungwattana (2015) ศึกษาในเรื่อง ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Yamsopet (2010) ศึกษาใน

เรื่องผลของโปรแกรมการเยี่ยมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตนในหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อการผ่าตัดคลอดในสถาบันบำบัดศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยใช้การเรียนรู้ตามประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและการอภิปราย เกิดเป็นความคิดรวบยอดที่เป็นแนวทางใน การนำไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความรู้ได้ด้วยตัวผู้เรียนเอง โดยการที่ผู้สอนจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เอื้ออำนวยในการเกิดการสร้างความรู้มากกว่าการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียนแต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นกระบวนการสร้างความรู้จึงต้องนำมาจากประสบการณ์ของผู้เรียน ถือได้ว่าเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของแต่ละคน เนื่องจากผู้เรียนมีความชอบ ความถนัด หรือมีพื้นฐานแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ที่ไม่เหมือนกัน (Department of Mental Health, 2010) และพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสบการณ์ในการดูแลมาเป็นเวลานาน จะสามารถเรียนรู้ได้ดี สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้เร็วกว่าสมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน (Srisuk, 2014) มีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในช่วง 11 ปีขึ้นไปร้อยละ 55 ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์เดิมเป็นพื้นฐานแล้ว ดังนั้นการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงเป็นรูปแบบที่ผสม

ผลงานประสิทธิผล และความชอบความถนัดของผู้เรียน เข้าไว้ด้วยกันจึงเกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ยั่งยืนถือว่าเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี (Chiangpiew, Boonchieng, & Aungwattana, 2015) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรมกลุ่มในงานวิจัยในครั้งนี้จึงเกิดความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น สังเกตได้จากคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแล้วมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Kaweewon (2008) ศึกษาในเรื่องผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติการทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติการทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Meethip, Tamdee, & Bhuddhirakkul (2016) ศึกษาในเรื่องผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาพบว่า คะแนนการปฏิบัติหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Vonglek (2015) ศึกษาในเรื่อง ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ทักษะและการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ Meethip, Tamdee, & Bhuddhirakkul (2016) ศึกษาในเรื่อง ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติ การคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มที่ได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้ประสบการณ์ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้น ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นประสบการณ์ของผู้เรียน เป็นกิจกรรมที่ให้โอกาสผู้เรียนมีส่วนร่วมกิจกรรมมากที่สุดด้วยความมุ่งมั่นที่จะทำให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนากระบวนการคิด สร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง โดยมีปฏิสัมพันธ์ แบบมีส่วนร่วมกับผู้สอนและผู้เรียนด้วยกันเพื่อการพัฒนาความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติในบริบทที่มีอยู่ และเกิดขึ้นตามสภาพจริงและพัฒนาศักยภาพในการเรียนรู้ที่จะคิดวิเคราะห์ วิพากษ์วิจารณ์ วางแผน และตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (Department of Mental Health, 2010) โดยองค์ประกอบด้านความรู้นี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการเรียนรู้เป็นกระบวนการแรกที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติโดยการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (Department of Mental Health, 2010) ซึ่งความรู้ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้นจึง มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความ

ดันโลหิตสูง ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรเน้นในการให้ความรู้และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามมา (Sornprate, 2011) และเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana (2016) ในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประชาชนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปพบว่าปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ช่วยในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ พบว่า เพศหญิงจะมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อน เอาใจใส่ ความอดทน จะมีมากกว่าเพศชายทำให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศหญิงสามารถปฏิบัติในการดูแลได้เป็นอย่างดี (Srisuk, 2014) สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 85 รวมไปถึงความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุพบว่า ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่แตกต่างกันจะมีการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยพบว่า มีความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา และบุตรหลานจะมีการปฏิบัติในการดูแลได้ดีกว่าความ

สัมพันธ์แบบอื่นเนื่องมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเข้าใจกัน ซึ่งกันและกัน (Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana, 2016) จากข้อมูลส่วนบุคคลและจากการได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงทำให้ความรู้เพิ่มขึ้น มีความรู้มากขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่งเสริมให้พยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มาใช้แก้ไขปัญหาค่าความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการปฏิบัติพฤติกรรม และเพิ่มการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และในระยะเวลาที่นานมากขึ้นเพื่อให้สามารถสังเกตพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน
2. ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ใช่สามี ภรรยาหรือบุตรหลาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Epidemiology. (2002). *Disease surveillance report 2012*. Nontaburi. (In Thai)
- Bureau of Non-Communicable Disease. (2012). *Public health service crisis*. Bangkok: ThaiPublica. (In Thai)
- Chaichana, W., & Niyamas, H. (2007). Study of self-care behavior of hypertensive patients in a community in Chiang Rai Province. *Journal of Health Systems Research*, 1(2), 92-98. (In Thai)
- Chiangpiet, N., Boonchieng, W., & Aungwattana, S. (2015). Effects of participatory learning regarding stroke prevention on knowledge and self-efficacy among village health volunteers, *Nursing Journal*, 45(1), 87-99. (In Thai)

- Choowong, J. & Kongsakul, P. (2012). Effects of participatory learning on knowledge of hypertension and food consumption of hypertensive. *Journal of Health Science Research*, 6(2), 30–37. (In Thai)
- Dana, K. (2011). A development of family roles in caring for elderly person with hypertension: At Noonrung primary care unit Banku subdistrict Yangsisurat district, Mahasarakham Province. *Journal of Nursing Division*, 38(3), 22-37. (In Thai)
- Department of Health, Bureau of Elderly Health. (2013). *Report of the Thai elderly health survey 2013 under the health promotion program for the elderly and the disabled*. Nonthaburi: Watcharin. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2010). *Training manual of participatory learning*. Retrieve from http://mhtech.dmh.moph.go.th/techno.techno_other/index.html (In Thai)
- Dickinson, H., Mason, J., Nicolson, D., Campbell, F., Beyer, F., Cook, J. V, Ford, G. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 24(2), 215–223. <http://doi.org/10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26>
- Flynn, S. J., Ameling, J. M., Hill-Briggs, F., Wolff, J. L., Bone, L. R., Levine, D. M., ..., & Boulware, L. E. (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: Perspectives of patients and family members. *Patient Preference and Adherence*, 7, 741–749. <http://doi.org/10.2147/PPA.S46517>
- Jangwang, S., Pittayapinune, T., & Chutipattana, N. (2016). Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(1), 110–128. (In Thai)
- Kaweewon, T. (2008). Effects of participatory learning on knowledge belief and hand hygiene practices of alcohol-based solution among nurses in a community hospital. *Journal of Nurses Association of Thailand Northen Region*, 14(1), 26-39. (In Thai)
- Meethip, N., Tamdee, D., & Bhuddhirakkul, P. (2016). Effects of experiential learning on knowledge and screening practice and advice for hypertension among village health volunteers. *Nursing Journal*, 43(supplement), 104-115. (In Thai)
- National Health Security Office. (2009). *Guidelines in the treatment of hypertension 2008*. Bangkok: Style Creative House. (In Thai)
- Sanprasan, P., Wattradul, D., Jamsomboon, K., Puapairoj, V., Techangkul, L., & Yuyuen, Y. (2015). Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1), 119-132. (In Thai)

- Sornpratate, M. (2011). *Knowledge and self-care practices of patients with hypertension in the area of responsibility of Primary health care center, Kut Ku Sub-district, Non Sak District, Nong Bua Lamphu Province*. Retrieve from <http://203.157.71.148/Information/center/research-55> (In Thai)
- Srisuk, S. (2014). Factors affecting home caring behaviors of diabetic patients in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Srivanalai Vijai*, 3(5), 74-83. (In Thai)
- Strategy and Planning Division. (2014). *Number and rate of inpatients with high blood pressure (I10-I15) per 100,000 population (including all diagnoses) 2007-2014 by province Public Health Service Area And country overview*. Nontaburi. (In Thai)
- Thai Hypertension Society. (2012). *Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Bangkok. (In Thai)
- Vonglek, R. (2015). The Effect of participatory learning on knowledge attitudes and practice of community leaders in prevention of dengue hemorrhagic fever of Klong-Cha-Nuan Subdistrict, Weingsra District, Surat thani Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 3(2), 273-291. (In Thai)
- Wongtib, U., Udomvong, N., & Narin, R. (2012). Development of hypertension prevention program among people at risk by community participation. *Nursing Journal*, 43(4), 12-24. (In Thai)
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. *World Health*, 176. <http://doi.org/ISBN 9789241564854>
- Yamsopee, W. (2010). The effect of a participatory learning program on knowledge and practice in pregnant women before receiving general anesthesia for cesarean section in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. *Journal of Nursing Division*, 37(2), 50-63. (In Thai)