

Effects of Support Group Participation in Promoting Self-efficacy and Quality of Life of Rural Elders with Hyperlipidemia¹

Arissara Sukwatjane²

Received: July 3, 2013

Accepted: July 25, 2013

Abstract

The purposes of this study were to investigate effects of support group participation on enhancing self-efficacy, quality of life, and blood cholesterol and triglyceride levels, as well as to explore perceptions about experiences of group participation among rural elders with hyperlipidemia. Participatory action research with an integration of both quantitative and qualitative approaches was designed for the study. Critical social theory was used as a guiding framework to emancipate the rural elders with hyperlipidemia from disadvantaged conditions for a better life. Twenty participants were purposively recruited from rural elders with hyperlipidemia living at a rural village to participate in the support group meetings offered twice a month for six months. Quantitative data assessing the participant's self-efficacy, quality of life, and blood cholesterol and triglyceride levels were analyzed by paired-samples t test. Qualitative data from focus group discussion and observation were analyzed by content analysis. The results revealed that after 6-month of group participation, participants reported significantly increased self-efficacy and quality of life while their blood cholesterol and triglyceride levels significantly decreased ($p < .01$). In addition, they perceived benefits of group participation in enhancing their self-efficacy and quality of life. Culturally-sensitive knowledge and a sense of empowerment that individuals received from the group increased their self-control and power for better managing the disease. A sense of self-efficacy fostered them to conform to others for improved self-efficacy. The recommendation is that the support group as a form of mutual aid that could offer great benefits to rural elders with hyperlipidemia should be implemented in community care setting.

Keywords: elder, hyperlipidemia, quality of life, self-efficacy, support group

¹ Research Report was funded by Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

² Lecturer in Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
Email: arissara@swu.ac.th

ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มมิตรสัมพันธ์ต่อการส่งเสริมความสามารถดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง¹

อริสรา สุขวัจณี²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มมิตรสัมพันธ์ต่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ตลอดจนการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ของผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้ทฤษฎีวิพากษ์สังคม (Critical social theory) เป็นกรอบแนวคิด ผู้ร่วมวิจัย 20 คนถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ที่หมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่ง เพื่อเข้าร่วมประชุมกลุ่มเดือนละสองครั้งเป็นเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบวัดความสามารถดูแลตนเอง แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดด้วยสถิติวิเคราะห์ความแตกต่างแบบ paired-samples t test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสังเกตด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบ content analysis หลังเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์เป็นเวลา 6 เดือน ผู้ร่วมวิจัยมีคะแนนความสามารถดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น มีระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้ร่วมวิจัยรับรู้ถึงประโยชน์จากการเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ว่าทำให้ความสามารถดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ความรู้ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและการรับรู้ว่าคุณเองมีพลังอำนาจทำให้มีการควบคุมตนเองและรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถที่จะบริหารจัดการกับโรคไขมันในเลือดสูงที่เป็นอยู่ การรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการดูแลตนเองทำให้เกิดการปฏิบัติตามผู้อื่นเพื่อที่จะปรับปรุงการดูแลตนเองให้ดีขึ้น กลุ่มมิตรสัมพันธ์ในรูปแบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง และสมควรนำไปปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชนบทกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มมิตรสัมพันธ์ ไขมันในเลือดสูง คุณภาพชีวิต ความสามารถดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ

¹ รายงานการวิจัยทุนสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ Email: arissara@swu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการที่เพิ่มขึ้นของประชากรทั่วโลก (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2551) สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี 2549 มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 6.39 โดยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจสูงเป็นอันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข 2550) ปัจจัยสำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดคือมีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะระดับแอลดีแอลคอลเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูง แสดงให้เห็นว่าการทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลงโดยเฉพาะระดับแอลดีแอลคอลเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตันได้ ในผู้ป่วยโรคหัวใจการทำให้ระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลงช่วยยับยั้งการดำเนินของโรคและทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น (วิชัยเอกพลากรและสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2551)

การลดระดับไขมันในเลือดนั้นสามารถทำได้โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยาเพื่อลดระดับไขมันในเลือด (นารัต เกษตรทัตและคณะ, 2554) จะเห็นได้ว่าไขมันในเลือดสูงนั้นก่อให้เกิดโทษและปัญหามากมายทั้งสุขภาพกายและจิต อันเป็นผลเสียต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ถ้าผู้ป่วยสนใจตนเอง รู้จักการควบคุมที่ถูกต้องและมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอถึงภาวะอันตรายของภาวะไขมันในเลือดสูงแล้ว ย่อมไม่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาโรคที่เกิดขึ้น แต่เป็นการยากที่ผู้สูงอายุในชนบทจะสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมไขมันในเลือดได้ดี เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ประสบกับภาวะที่เป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อการดูแล

ตนเอง ได้แก่ การได้รับการศึกษาน้อย ความยากจน การขาดการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและการมีข้อจำกัดในการไปรับบริการจากสถานให้บริการสุขภาพ (Pitayasak, 2004; Surit, 2001) ร้อยละ 32 ของผู้สูงอายุในชนบทไม่ได้เรียนหนังสือและไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ (Tiampracha, 2004) จึงเป็นข้อจำกัดที่ผู้สูงอายุเหล่านี้จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคไขมันในเลือดสูงจากสื่อที่เป็นสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ความยากจนก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการจำกัดความสามารถที่จะจัดหาอาหารหรือสิ่งจำเป็นสำหรับใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน พบว่าร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุในชนบทมีฐานะยากจนซึ่งร้อยละ 64.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท (Ahmad & Isvilanonda, 2003) อีกปัญหาหนึ่งพบว่าผู้สูงอายุในชนบทปัจจุบันนี้ส่วนใหญ่ขาดการดูแลเมื่อเจ็บป่วยจากลูกหลาน สภาพสังคมที่เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมเป็นสาเหตุให้ลูกหลานวัยหนุ่มสาวของผู้สูงอายุเหล่านี้ออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ (Kongin, 1998) สำหรับข้อจำกัดในการไปรับบริการจากสถานให้บริการสุขภาพนั้น เนื่องจากการกระจายตัวของสถานให้บริการสุขภาพและบุคลากรด้านสุขภาพยังไม่ทั่วถึงสำหรับเขตชนบท การติดตามให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องยังขาดความจริงจังและมีเพียงการติดตามระยะสั้นเท่านั้น (Jongudomsuk, 2005)

การสนับสนุนการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในจุดมุ่งหมายหลักของแผนพัฒนาสุขภาพและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับปัจจุบันที่เน้นระบบสุขภาพแบบเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ (National Health Development

Plan, 2013) โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพของชุมชนที่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิต (Jitapunkul & Chayovan, 2001) ดังนั้นกลุ่มมิตรสัมพันธ์ (support group) ที่เกิดจากการรวมตัวกันของกลุ่มคนที่มีสถานภาพ คล้ายกัน ร่วมกันแก้ปัญหาและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Ben-Ari, 2002) อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สนองตอบนโยบายของชาติ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มมิตรสัมพันธ์ของผู้ป่วยพบว่ากลุ่มมิตรสัมพันธ์นั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (เพลินพิศ ฐานวิวัฒน์นันท์, 2001; Assuk, 2001; Lertprapai, 1996) อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวล้วนเป็นการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง โดยส่วนใหญ่ใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดกิจกรรมการให้ความรู้และบทบาทของสมาชิกกลุ่ม แต่ยังคงขาดการรายงานผลการวิจัยที่เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อประสบการณ์การเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ กิจกรรมเหล่านั้นอาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเชื่อและสภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท และอาจทำให้การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตโดยกลุ่มมิตรสัมพันธ์นั้นขาดความยั่งยืน (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2545) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เน้นการแก้ปัญหาาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (Cornwall & Jewkes, 1995) มาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยที่ผู้วิจัยและผู้สูงอายุที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงร่วมกันดำเนินการก่อตั้งกลุ่มมิตรสัมพันธ์ เพื่อใช้เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแก้ปัญหาและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มและบทบาทของสมาชิกเกิดจากความสมัครใจและการ

ตกลงใจร่วมกัน ผู้วิจัยเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเท่านั้น ดังนั้นการเข้าร่วมกลุ่มมิตรสัมพันธ์โดยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมอาจส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงได้รับความรู้และคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองจากสมาชิกกลุ่มด้วยกันที่เข้าใจข้อจำกัดและสภาพการดำรงชีวิตที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถดูแลตนเองดีขึ้นและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มมิตรสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและระดับคลอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ตลอดจนการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ของผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีวิพากษ์สังคม (Critical social theory) เป็นทฤษฎีด้านสังคมศาสตร์เป็นกรอบแนวคิดที่ทำให้ผู้วิจัยเห็นความเชื่อมโยงของปัญหาระหว่างตัวบุคคลกับสภาพสังคมแวดล้อม ทฤษฎีวิพากษ์สังคมสนับสนุนให้บุคคลเข้าใจในสภาพด้วยโอกาสที่เผชิญอยู่และสามารถปลดปล่อยตนเองให้หลุดพ้นจากสภาพนั้นโดยการใช้ภูมิปัญญาที่มีอยู่มาแก้ปัญหา (Dickinson, 1999) จากแนวคิดนี้ทำให้ผู้วิจัยมีความคิดที่จะเสริมพลังผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงให้มีการดูแลตนเองดีขึ้นภายใต้สภาพด้อยโอกาสที่เป็นอยู่ ได้แก่ การได้รับการศึกษาน้อย ความยากจน การขาดการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและการมีข้อจำกัดในการไปรับ

การบริการจากสถานให้บริการสุขภาพ เพื่อเป็นการสนับสนุนแนวคิดของทฤษฎี การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมมือกับผู้วิจัยในการก่อตั้งกลุ่มมิตรสัมพันธ์ อาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจสาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดจนการแลกเปลี่ยนความรู้และคำแนะนำกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มอาจช่วยแก้ไขปัญหาลดและเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองและเป็นการทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังมีส่วนร่วมในกลุ่มมิตรสัมพันธ์ผู้ร่วมวิจัยมีคะแนนความสามารถดูแลตนเองมากกว่าคะแนนก่อนเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์
2. หลังมีส่วนร่วมในกลุ่มมิตรสัมพันธ์ผู้ร่วมวิจัยมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าคะแนนก่อนเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์
3. หลังมีส่วนร่วมในกลุ่มมิตรสัมพันธ์ผู้ร่วมวิจัยมีระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลงจากระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ก่อนเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เก็บ ข้อมูล ทั้ง เชิง ปริมาณ และ เชิง คุณ ภาพ measurement outcome ของข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความสามารถดูแลตนเอง ระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดและคุณภาพชีวิต มีการเปรียบเทียบระดับคะแนนก่อน-หลังให้ intervention ซึ่งเป็นกระบวนการกลุ่มมิตรสัมพันธ์ สำหรับผู้ร่วมวิจัยกลุ่มเดียวห่างกัน 6 เดือน clinical

outcome ของข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมในกลุ่มมิตรสัมพันธ์

สถานที่ดำเนินการวิจัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย คือ หมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยเลือกหมู่บ้านนี้เพราะมีสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ได้แก่ เป็นเขตอุตสาหกรรม บุตรหลานของผู้สูงอายุมักออกจากบ้านเพื่อไปทำงานที่โรงงานอุตสาหกรรม ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องอยู่บ้านตามลำพังโดยขาดผู้ดูแล ยามเจ็บป่วยผู้สูงอายุมักไปรับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประจำหมู่บ้านเนื่องจากโรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่อยู่ไกล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีแพทย์ประจำการมีเพียงพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสองคน แพทย์จากโรงพยาบาลประจำอำเภอจะมาให้การรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉพาะวันที่มีคลินิกเบาหวานเดือนละครั้งเท่านั้น นอกจากนี้การเดินทางของผู้คนในหมู่บ้านยังไม่สะดวกเนื่องจากไม่มีรถโดยสารให้บริการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาและมีรายได้น้อย จากข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงเป็นส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติได้และมักพบอาการแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองจนกลายเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต

ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงและมีภูมิลำเนาอยู่ใน

หมู่บ้านที่ดำเนินการวิจัย หลังจากผู้วิจัยให้คำอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย มีผู้สูงอายุจำนวน 20 คนจากผู้สูงอายุทั้งหมด 54 คนที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ตามคุณสมบัติที่กำหนด: 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มมิตรสัมพันธ์อย่างน้อย 10 ครั้งจากการเข้ากลุ่มทั้งหมด 12 ครั้งเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ร่วมวิจัยที่มีการรับรู้ผิดปกติหรือไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มตามระยะเวลาที่กำหนดจะถูกยุติการเป็นผู้ร่วมวิจัย ในจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยเพศหญิง 16 คน เพศชาย 4 คน มีอายุเฉลี่ย 64.5 ปี ร้อยละ 85 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นไข่มันในเลือดสูงมานาน 5-10 ปี ทุกคนมีอาชีพทำนา รายได้เฉลี่ย 5,468 บาท/เดือน อาศัยอยู่กับบุตรหลาน 2-3 คนแต่ผู้ร่วมวิจัยจะอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงเวลากลางวันเนื่องจากบุตรหลานออกไปทำงาน และเรียนหนังสือ สถานบริการสุขภาพที่ใช้มากคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะอาศัยรถส่วนตัวของเพื่อนบ้าน

เครื่องมือวิจัย

1. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยกำหนดเอง เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเล่าถึงความรู้สึกถึงความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคไข่มันในเลือดสูง อุปสรรคและสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะช่วยทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ใช้เป็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มทุกครั้ง

2. แบบวัดเพื่อการสังเกต ผู้วิจัยกำหนดเอง เพื่อสังเกตบรรยากาศการเข้ากลุ่ม และพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว จะใช้ประเมินความรู้หนังสือ รายได้ยังชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่จะให้การดูแล การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและอื่นๆ

4. แบบวัดความสามารถดูแลตนเอง (Self-efficacy Scale: SES) เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Rapley et al., 2003) ประกอบด้วย 18 ข้อคำถามที่ถามถึงความรู้สึกต่อความสามารถของตนเองต่อการควบคุมโรคที่เป็นอยู่ โดยคำตอบมี 6 ตัวเลือกตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ค่าคะแนนความสามารถดูแลตนเองอยู่ในช่วง 18-108 คะแนน 18-48 คะแนนสำหรับความสามารถดูแลตนเองระดับต่ำ 49-79 คะแนนสำหรับความสามารถดูแลตนเองระดับปานกลางและ 80-108 คะแนนสำหรับความสามารถดูแลตนเองระดับสูง

5. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (The World Health Organization Quality of Life-Thai, WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่คณะผู้วิจัยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 26 ข้อคำถามที่ถามถึงความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ได้แก่ สุขภาพกายและใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ร่วมวิจัย ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือกตั้งแต่ “ไม่เลย” ถึง “มากที่สุด” ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 26-130 คะแนน 26-60 คะแนนสำหรับคุณภาพชีวิตระดับต่ำ 61-95 คะแนนสำหรับ

คุณภาพชีวิตระดับปานกลางและ 96-130 คะแนน สำหรับคุณภาพชีวิตระดับสูง (Phungrassami, 2004)

Validity และ Reliability เครื่องมือวิจัย แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบวัดเพื่อการสังเกตและแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อหลีกเลี่ยงคำถามที่ไม่เหมาะสม แบบวัด SES ได้ผ่านขบวนการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษตามขั้นตอนของ Brislin's of translation (Yu et al.,2003) ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ .96 จากนั้นได้นำมาทดสอบค่า internal consistency reliability ในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ร่วมวิจัยจำนวน 30 คนได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .91

แบบวัด WHOQOL-BREF-THAI ได้นำมาทดสอบค่า internal consistency reliability ในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ร่วมวิจัยจำนวน 30 คนได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิ โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยเพื่อทำการศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของโครงการวิจัย และสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อบริการสุขภาพที่จะได้รับ รวมทั้งไม่เปิดเผยชื่อของผู้ร่วมวิจัย

6. อุปกรณ์ตรวจวัดระดับคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ประกอบด้วย กระจบอกฉีดยาขนาด 5 มิลลิลิตร เข็มเจาะเลือดเบอร์ 21 และ

หลอดแก้วปลอดเชื้อสำหรับบรรจุเลือดส่งตรวจห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลประจำอำเภอ ประเมินระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ระดับคอเลสเตอรอลปกติในเลือดคือไม่สูงเกิน 200 mg/dl และระดับไตรกลีเซอไรด์ปกติในเลือดไม่สูงเกิน 150 mg/dl

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 20 คนร่วมกันก่อตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองในหมู่บ้านที่ผู้ร่วมวิจัยมีภูมิลำเนาอยู่ตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติ (Denzin & Lincoln, 2000) ทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 8 เดือนตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2555 ถึงเดือนมิถุนายน 2556

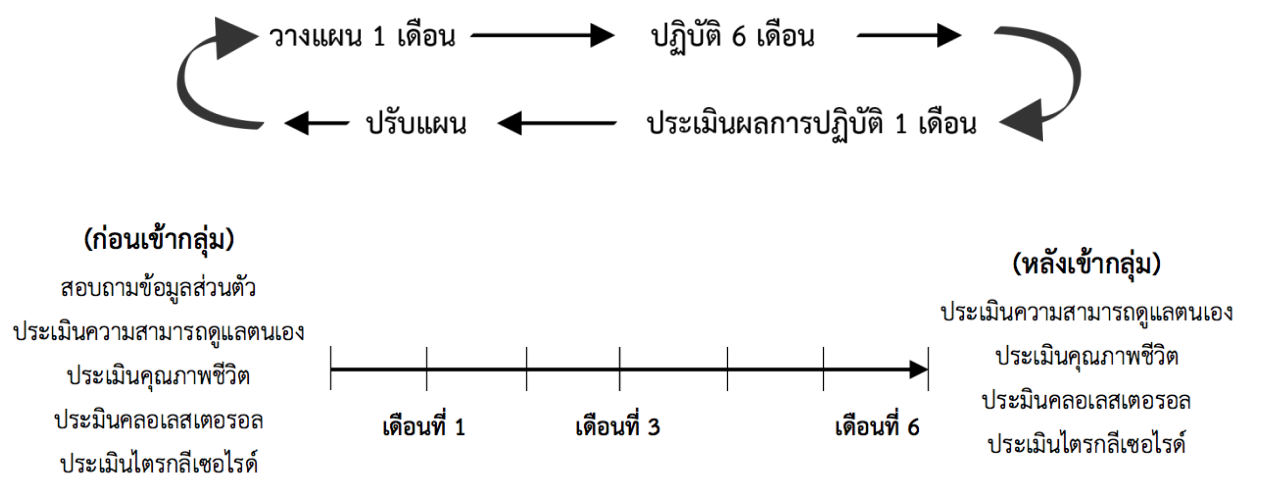
ระยะที่ 1 การวางแผน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมวิจัยและครอบครัวตลอดจนบุคคลสำคัญของหมู่บ้าน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครและเจ้าอาวาสวัดประจำหมู่บ้านโดยการพบปะสังสรรค์ตามแหล่งชุมนุมและงานประกอบพิธีทางศาสนาของหมู่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้พูดคุยถึงความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง ความสามารถและอุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ตลอดจนสิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยต้องการเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ระยะนี้ใช้เวลา 1 เดือน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มที่จัดขึ้นทุกสองสัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 เดือนรวมทั้งหมด 12 ครั้ง ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้กำหนดวัน เวลาและสถานที่การประชุมตลอดจนกิจกรรมกลุ่มในการประชุมกลุ่มแต่

ละ ครั้ง สถานที่ประชุมกลุ่มส่วนใหญ่จะอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ร่วมวิจัยได้คัดเลือกหัวหน้ากลุ่มและกำหนดเป้าหมายของกลุ่มขึ้นมาเอง ไม่มีการเก็บค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเป็นสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่มีพาหนะส่วนตัวเป็นผู้ให้บริการการเดินทางสำหรับเพื่อนสมาชิกที่ไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มด้วยตนเองได้ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและญาติของผู้ร่วมวิจัยจะนำอาหารว่างและน้ำดื่มมาบริการแก่ผู้ร่วมวิจัยที่มาประชุมกลุ่มทุกครั้ง ระหว่างการประชุมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคไข้มันในเลือดสูง ปรึกษาหารือกันเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองตลอดจนปัญหาสุขภาพอื่นๆ และทำกิจกรรมของกลุ่มร่วมกัน ตัวอย่างกิจกรรมของกลุ่ม ได้แก่ การออกกำลังกายร่วมกันซึ่งสมาชิกกลุ่มช่วยกันคิดทำออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและประดิษฐ์อุปกรณ์ที่ช่วยผ่อนแรงในการออกกำลังกาย มีการไปเยี่ยมเพื่อนสมาชิกที่นอน

ป่วยที่บ้านและที่โรงพยาบาล ไปเที่ยวต่างจังหวัด ประกอบพิธีทางศาสนาและแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น กำจัดขยะและยุ้งลาย ระยะเวลาใช้เวลา 6 เดือน

ระยะที่ 3. การประเมินผลการปฏิบัติ มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับผู้ร่วมวิจัยสองสัปดาห์ ก่อนการเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ โดยใช้แบบวัด SES และแบบวัด WHOQOL-BREF-THAI มีการบันทึกผลการตรวจระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลอีกครั้งหลังเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์เป็นเวลา 6 เดือน มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้ร่วมวิจัยในรูปแบบการสนทนากลุ่มและการสังเกตทุกครั้งที่มีการประชุมกลุ่ม เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนของพฤติกรรมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ร่วมวิจัย มีการใช้อุปกรณ์บันทึกเสียงการสนทนาและการจดบันทึกขณะประชุมกลุ่มเพื่อประกอบการประเมินผลการวิจัย หากสมาชิกกลุ่มพบปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานกลุ่มก็จะมีปรับแผนระยะนี้ใช้เวลา 1 เดือน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

หลังสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มมิตรสัมพันธ์ของผู้ร่วมวิจัยก็ยังคงดำเนินต่อไป มีการนัดประชุมกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดือนละครั้งและออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ 3 ครั้งโดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านคอยอำนวยความสะดวก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติแบบบรรยายนำเสนอด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายตัวแบบปกติของข้อมูล (normal distribution) ข้อมูลที่ได้จากแบบวัด SES แบบวัด WHOQOL-BREF-THAI ระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้นำมาวิเคราะห์หาความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแตกต่างสำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวแบบ paired-samples t test (Wagner, 2007) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสังเกตได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาแบบ content analysis โดยผู้วิจัยอ่านจับประเด็นข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปการสนทนากลุ่มและการจัดบันทึก และนำมาวิเคราะห์ตีความเพื่อจัดหมวดหมู่เป็นประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษา

ความเชื่อมั่นของการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการตรวจสอบความเชื่อมั่นสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) (Polit et al., 2001) ได้แก่

Credibility ข้อมูลที่ได้ให้ความเชื่อมั่นว่าเป็นข้อมูลที่ตี ขบวนการวิจัยทุกขั้นตอนผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย วิธีการเก็บ

ข้อมูลมีหลายวิธี ได้แก่ แจกแบบสอบถาม สนทนากลุ่ม สังเกต จัดบันทึกและดูแลการตรวจระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดระยะเวลา 6 เดือนสำหรับการเข้าร่วมกลุ่มมิตรสัมพันธ์นับว่าเพียงพอที่จะสังเกตการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Rapley et al., 2003)

Dependability ข้อมูลที่ได้มีความ

ถูกต้องและสามารถตรวจสอบได้ กระบวนการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลได้รับการแนะนำและการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

Confirmability ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่เกิด

ขึ้นตามสภาพที่เป็นอยู่จริง การตีความบทสนทนากลุ่มและการสังเกตมีการนำไปยืนยันความถูกต้องกับผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง

ผลการวิจัย

หลังเข้าร่วมกลุ่มมิตรสัมพันธ์เป็นเวลา 6 เดือน ผู้ร่วมวิจัยมีคะแนนความสามารถดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ก่อนเข้ากลุ่มคะแนนเฉลี่ยของความสามารถดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางคือ 61.20 หลังเข้ากลุ่มคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจนถึงระดับสูงเป็น 88.40 เช่นเดียวกันคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนเข้ากลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง คือ 85.65 หลังเข้ากลุ่มคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 92.40 แต่คะแนนยังอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดก่อนเข้ากลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีระดับคลอเลสเทอรอลในเลือดเฉลี่ยสูงกว่าปกติคือเท่ากับ 251.80 mg/dl ระดับไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ยสูงกว่าปกติคือเท่ากับ 172.40 mg/dl หลังเข้า

กลุ่มระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเฉลี่ยลดลงจนใกล้เคียงกับระดับปกติคือเท่ากับ 227.50 mg/dl

ระดับไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ยลดลงจนใกล้เคียงกับระดับปกติคือเท่ากับ 152.10 mg/dl (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถดูแลตนเอง ระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ (n = 20)

Paired differences (before-after)	Mean (before-after)	Std. deviation of the difference	99% confidence interval of the difference		t	df	Sig. (1-tailed)
			Lower	Upper			
ความสามารถดูแลตนเอง	61.20 - 88.40	15.90	17.029	37.371	7.651	19	.000
คุณภาพชีวิต	85.65 - 92.40	5.609	5.162	12.338	6.977	19	.000
ระดับคอเลสเตอรอล	251.80 - 227.50	36.487	.959	7.641	2.978	19	.004
ระดับไตรกลีเซอไรด์	172.40 - 152.10	28.236	.824	5.780	2.258	19	.002

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย content analysis พบ 4 ประเด็นหลักที่ทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น:

1. *ความรู้ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น* (culturally-sensitive knowledge) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่มที่มีสถานภาพคล้ายกัน ทำให้ได้รับความรู้ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น (culturally-sensitive knowledge) ทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีความเข้าใจ (understanding) เกิดความเชื่อ (believing) และมีการยอมรับ (accepting) ในความรู้และข้อมูลที่ได้รับและนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

2. *การสนับสนุนทางสังคม* (social support) รูปแบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของเพื่อนสมาชิกได้เพิ่มความมั่นใจ (self-confidence) และกำลังใจ (willpower) ที่จะทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองในแต่ละวัน

3. *พลังอำนาจ* (empowerment) จากการทำคำแนะนำและคิดวิธีแก้ปัญหาให้เพื่อนในกลุ่มได้ผลักดันให้รู้จักควบคุมตนเอง (self-control) และรู้สึกมีพลัง (power) ที่จะทำให้ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการดูแลโรคไขมันในเลือดสูง

4. *การรับรู้ในความสามารถของตนเอง* (perceived self-efficacy) ได้เพิ่มแรงจูงใจ (motivation) และการทำตามผู้อื่น (conformity) เพื่อให้ตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในการดูแลตนเองเรื่องโรคไขมันในเลือดสูงนอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมดีขึ้นเช่นกัน การมีเพื่อนออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรงและพักผ่อนได้ การได้พูดคุยเล่าระบายความรู้สึกและได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากเพื่อนทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่กังวลกับโรคที่เป็น รู้สึกชีวิตมีค่า และมีความสามารถที่จะต่อรองหาแหล่งบริการสุขภาพที่ดีกว่า กล้าตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาพแวดล้อม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้ต่อประสบการณ์การเข้าร่วมกลุ่มมิตรสัมพันธ์

ประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่ม	การรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	
	ความสามารถดูแลตนเอง	คุณภาพชีวิต
1. ความรู้ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม (culturally-sensitive knowledge)		
ความเข้าใจ (understanding)	- เข้าใจในความรู้และข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มและนำมาปรับใช้	- ได้รับข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวันจากการพูดคุยกับเพื่อน
ความเชื่อ (belief)	- เชื่อในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านมาควบคุมระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด	- การมีความเชื่อและศรัทธาต่อคำแนะนำที่ได้รับจากเพื่อนทำให้พอใจในชีวิตที่เป็นอยู่และรู้สึกว่าคุณค่า
การยอมรับ (acceptance)	- ยอมรับว่าความรู้ที่ได้รับจากกลุ่มมีประโยชน์และนำมาใช้ได้จริงกับสภาพชีวิตที่เป็นอยู่	- การออกกกำลังกายกับกลุ่มโดยใช้อุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ขึ้นเองเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุทำให้ร่างกายแข็งแรงและนอนหลับดีขึ้น
2. การสนับสนุนทางสังคม (social support)		
ความมั่นใจ (self-confidence)	- มีความมั่นใจที่จะทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองในแต่ละวัน	- พอใจและรู้สึกสนุกกับชีวิตที่เป็นอยู่จากการได้พูดคุยกับเพื่อน
กำลังใจ (willpower)	- มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามในการดูแลตนเองและสามารถให้กำลังใจผู้อื่นได้	- รู้สึกผ่อนคลาย ไม่กังวลกับโรคที่เป็น รู้สึกชีวิตมีค่าและพอใจที่ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน
3. ได้รับพลังอำนาจ (empowerment)		
การควบคุมตนเอง (self-control)	- สามารถควบคุมตนเองเพื่อลดระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด	- รู้สึกควบคุมตนเองได้และมั่นใจในการตัดสินใจต่างๆ
มีพลัง (power)	- รู้สึกว่าตนเองมีพลังเมื่อได้ให้คำแนะนำและคิดวิธีแก้ปัญหาให้เพื่อนในกลุ่มได้	- มีความสามารถที่จะแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพ การค้นหาการและแก้ปัญหาสุขภาพแวดล้อม
4. รับรู้ในความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy)		
แรงจูงใจ (motivation)	- ได้รับแรงจูงใจจากเพื่อนให้เพิ่มพยายามที่จะควบคุมระดับคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด	- มีความเชื่อมั่นในตนเองและพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่
การทำตามผู้อื่น (conformity)	- ทำตามเพื่อนที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคไขมันในเลือดสูง	- รู้สึกมั่นใจเมื่อทำอะไรเหมือนคนอื่น

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา (เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์, 2001; Assuk, 2001; Lertprapai, 1996) ตรงที่ผู้ร่วมวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีในการดูแลตนเองและมีความคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ สิ่งที่ได้ นอกเหนือจากผลการวิจัยอื่นคือการวิจัยนี้มีการ วิเคราะห์กลไกการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดการดูแล ตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น มีการรายงานการ รับรู้ของผู้ร่วมวิจัยว่าทำไมการสนับสนุนในรูปแบบ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่ได้รับจากกลุ่มส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและรู้สึก ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการวิเคราะห์คำพูด และการสังเกตบริบทของพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้ทราบว่ากลุ่มได้ ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจและกำลังใจแก่เพื่อน สมาชิกในการดูแลตนเองและนำมาซึ่งการมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นจริง อธิบายได้ว่าสังคมไทยในชนบทยังคง เป็นสังคมที่เอื้ออาทรและมีวัฒนธรรมแบบ Collectivism (Bandura, 1997) คือ บุคคลจะให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้อื่นที่มีต่อตนเองและ มักกระทำการใดๆ เป็นกลุ่มมากกว่าการกระทำสิ่งใด เพียงลำพังคนเดียว จึงได้เห็นพฤติกรรมการทำตาม ผู้อื่นในการดูแลตนเองในผู้ร่วมวิจัย

การมีกลุ่มมิตรสัมพันธ์ได้ช่วยบรรเทาภาวะ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน ชนบทที่เป็นโรคไข้มันในเลือดสูง เนื่องจากผู้สูงอายุ เหล่านี้ขาดโอกาสทางการศึกษา การได้ฟังคำแนะนำ จากเพื่อนในกลุ่มด้วยกันที่เข้าใจสภาพชีวิตและใช้ คำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจทำให้เกิดการยอมรับและ การนำมาปฏิบัติ ความไม่พอเพียงเรื่องรายได้ก็ได้รับการช่วยเหลือจากกลุ่มบางส่วน ได้แก่ การแบ่งปัน

อาหาร การไปเที่ยวเป็นกลุ่ม การช่วยเหลือเรื่องการเดินทางมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยผู้ที่มี ยานพาหนะส่วนตัวแทนรถรับจ้างที่มีราคาแพง ยาม เจ็บป่วยเพื่อนสมาชิกในกลุ่มก็พลัดกันไปเยี่ยมเยียน ให้การดูแลแทนลูกหลานที่ออกไปทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้การรวมตัวเป็นกลุ่มทำให้เพิ่มอำนาจ ต่อรองเรื่องการรับบริการสุขภาพและแม้กระทั่งการ จัดการกับสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น หลังจากรวมตัว กันเป็นกลุ่มแล้วผู้ร่วมวิจัยมีโอกาสดำเนินการผ่าตัดต่อ กระดูกพรี มีการรณรงค์เรื่องกำจัดขยะและขอยาพ่น กำจัดยุงลาย ได้รับการอธิบายจากผู้ร่วมวิจัยว่าการ ได้รวมตัวกันเป็นกลุ่มทำให้บุคคลากรด้านสุขภาพเห็น ความสำคัญและมีโอกาสได้รับข่าวสารและการบริการ ที่ดีขึ้น

การใช้ทฤษฎีวิพากษ์สังคมช่วยทำให้ผู้วิจัย มองเห็นความด้อยโอกาสของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไข้มัน ในเลือดสูงในชนบท การที่ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความ บกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่ใช่เพราะว่าไม่เกิดความ ตระหนักที่จะดูแลตนเอง แต่โดยแท้จริงแล้วเป็น ผลกระทบจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่ใน ชีวิตประจำวัน การใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม นั้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีคือผู้ ร่วมวิจัยได้มีโอกาสรับรู้ปัญหาและรู้จักใช้ภูมิปัญญา มาแก้ปัญหาด้วยตนเองซึ่งนับว่าเป็นการปลดปล่อย ตนเองให้หลุดพ้นจากสภาพด้อยโอกาสที่เป็นอยู่ การ ก่อตั้งกลุ่มมิตรสัมพันธ์ในหมู่บ้านนับว่าประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับ ดูได้จากผู้ร่วมวิจัย ญาติ พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้ให้ความ ร่วมมือเป็นอย่างดีและกิจกรรมของกลุ่มก็ยังคง ดำเนินการต่อเนื่องถึงปัจจุบันแม้ว่าจะสิ้นสุดการวิจัย แล้ว

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดังนั้นข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นที่นำมาวิเคราะห์ หากเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจึงค่อนข้างเป็นมุมมองของเพศหญิง

2. เนื่องจากการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ได้แก่ ระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ร่วมวิจัยที่ลดลงก็อาจเป็นผลจากการรักษาของแพทย์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดเรื่องกลุ่มมิตรสัมพันธ์ควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแผนการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงหรือผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น

2. ด้านการศึกษา ควรมีการอบรมบุคลากรของสถานบริการสุขภาพในชนบทเพื่อเพิ่มทักษะเรื่องการจัดตั้งกลุ่มมิตรสัมพันธ์

3. ด้านการวิจัย สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มเติมในขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยมีการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น เนื่องจากการสนทนากลุ่มเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีความลำบากใจที่จะบอกความรู้สึกที่แท้จริงส่วนตัว ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยควรรายงานถึงวิธีการดูแลรักษาของแพทย์ เช่น ยาที่ได้รับเหตุผลที่แพทย์ปรับยา และให้ความรู้เรื่องโรคไขมันในเลือดสูง เช่น อาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อผู้ร่วมวิจัย ระหว่างดำเนินการวิจัยผู้วิจัยควรแสดงเพียงบทบาทของการเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและรับผิดชอบต่อกิจกรรมของกลุ่ม

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการเข้ากลุ่มมิตรสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นตลอดจนความรู้สึกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทำให้เกิดแนวคิดที่จะสนับสนุนการมีกลุ่มมิตรสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงและโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

นารัต เกษตรทัต ชาณุกิจ พุฒิเลอพงศ์ และณัฐธาดา อารีเปี่ยม. (2554). *Pharmacotherapy in cardiovascular disease*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์. (2001). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *Thai Journal of Nursing Research*, 5(2), 183-198.

ลือชัย ศรีเงินยวง. (2545). *ภาคประชาชนกับสุขภาพ: บทบาททวนวรรณกรรมว่าด้วยการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์

- การแพทย์และสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์.
(2551). *เช็คหัวใจไม่ให้ตายเฉียบพลัน*.
กรุงเทพฯ: กรีน-ปัญญาญาณ.
- Ahmad, A., & Isvilanonda, S. (2003). *Rural Poverty and agriculture diversification In Thailand*. Bangkok: Kasetsart University.
- Assuk, T. (2001). *The effectiveness of community self-help group on the development of health behavior among type 2 diabetic patients*. Bangkok: Mahidol University.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of control*. NY: W. H. Freeman and Company.
- Ben-Ari, A. T. (2002). Dimensions and Predictions of professional involvement in self-help groups: A view from within. *Health & Social Work, 27*(2), 95-103.
- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is Participatory research? *Social Sciences and Medicine, 41*(12), 1667-1676.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. CA: Sage.
- Dickinson, J. K. (1999). A critical social theory approach to nursing care of adolescents with diabetes. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 22*, 143-152.
- Jitapunkul, S., & Chayovan, N. (2001). *National policies on ageing in Thailand*. Retrieved February 4, 2013, from http://adrf.trf.or.th/Archive_data/LTCTHAILAND.doc.
- Jongudomsuk, P. (2005). *Health care system in Thailand: Reforms towards health promotion*. Bangkok: Bureau of Policy and Planning National Health Security Office.
- Kongin, W. (1998). *Self-care of the rural Thai elderly*. Catholic University of America.
- Lertprapai, K. (1996). *The effectiveness of participation in self-help group on self-care deficit in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus at amutprakan Hospital, Samutprakan Province*. Bangkok: Mahidol University.
- National Health Development Plan. (2013). *The 11th National Health Development Plan 2012-2016*. Retrieved May 26, 2013, from <http://www.whothailand.org/EN/Section7.htm>.
- Phungrassami, T., Katikarn, R., Watanaarepornchai, S., & Sangtawan, D. (2004). Quality of life assessment in radiotherapy patients by WHOQOL-

- BREF-THAI: Feasibility study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(12), 459-1465.
- Pitayasak, C. (2004). *Development of self-care ability of type 2 diabetes mellitus patients in Ladyai Subdistrict, Muang District, Chaiyaphum Province*. Khon Kean: Khon Kean University.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Rapley, P., Passmore, A., & Phillips, M. (2003). Review of the psychometric properties of the diabetes self-efficacy scale: Australian longitudinal study. *Nursing and Health Sciences*, 5, 289-297.
- Surit, P. (2001). *Health beliefs, social support, and self-care behaviors of older Thai persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM)*. Catholic University of America.
- Tiampracha, W. (2004). *Development of proactive primary care services for diabetes mellitus patients through community participation process of Ban-Wah Primary Care Unit, Muang District*. Khon Kaen: Khon Kaen University.
- Wagner, W. E. (2007). *Using SPSS for social statistics and research methods*. CA: Pine Forge.
- Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., & Woo, J. (2003). Translation of the chronic heart Failure questionnaire. *Applied Nursing Research*, 16(4), 278-283.

