

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน
 - 1.2 อุบัติการณ์
 - 1.3 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน
 - 1.4 ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกิน
 - 1.5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน
2. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์
 - 2.1 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.2 การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. กระบวนการกลุ่ม

ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน

ภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานเกินร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน ความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน โดยการใช้ดัชนีมวลกาย หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ เมตร² ถึง 29.9 กิโลกรัม/ เมตร² (International Obesity Task Force, 1998) การกำหนดภาวะน้ำหนักเกินมีความแตกต่างกัน สำหรับชาวเอเชีย กำหนดให้ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/ เมตร² เป็นภาวะน้ำหนักเกิน และดัชนีมวลกายเกิน 25 กิโลกรัม/ เมตร² เป็นโรคอ้วน (Report of Who, Lotf and LASO Onobesity in Asia-Pacific, 2000) สำหรับในประเทศไทยได้กำหนดค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ เมตร² ถึง 29.9 กิโลกรัม/ เมตร² เป็นโรคอ้วนระดับหนึ่งเอ และค่าดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัม/ เมตร² ถึง 34.9 กิโลกรัม/ เมตร² เป็นโรคอ้วนระดับหนึ่งบี ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัม/ เมตร² ถึง 39.9 กิโลกรัม/ เมตร² โรคอ้วนระดับสอง และค่าดัชนีมวลกายมากกว่าและเท่ากับ 40 กิโลกรัม/ เมตร² เป็นโรคอ้วนระดับสาม (พรจิตา ชัยอำนาจ, 2544) เนื่องจากการศึกษา

วิจัยมุ่งเน้นประโยชน์ที่นำไปใช้ในการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และป้องกันการเป็นโรคอ้วน จึงให้ความหมายของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินตามเกณฑ์กำหนดของ International Obesity Task Force (1998) ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ เมตร² ถึง 29.9 กิโลกรัม/ เมตร²

อุบัติการณ์

ภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้นในทุกเพศทุกวัย จากการสำรวจในผู้สูงอายุชาวไต้หวัน พบว่ามีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินเพศชายคิดเป็นร้อยละ 27.3 ผู้สูงอายุน้ำหนักเกินเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 34.9 (Chiu, Chang, Mau, Lee, & Liu, 2000) จากการสำรวจวัยผู้ใหญ่ชาวอเมริกันและชาวยุโรปพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน (Helen, 2003) และจากการสำรวจวัยผู้สูงอายุสตรีชาวแม็กซิกัน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 60.7 ในเขตชนบทเป็นร้อยละ 36.2 และในเขตอพยพ คิดเป็นร้อยละ 76.5 (Gutierrez et al., 2001 อ้างถึงใน เปี่ยมมาศ พร้อมเพรียง, 2546, หน้า 14)

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจภาวะโภชนาการครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2538 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คิดเป็นร้อยละ 16.1 (กรมอนามัย, 2538) โดยเพิ่มจากการสำรวจครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2529 (กรมอนามัย, 2538) โดยเฉพาะ ในผู้สูงอายุเพศหญิง จากผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 11.0 เพิ่มเป็นร้อยละ 16.2 และผู้ที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากไม่มีผู้สูงอายุโรคอ้วนเป็นร้อยละ 2 จึงเห็นได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การสำรวจภาวะดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคกลางของประเทศไทยพบว่า มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20 ในเพศชาย และร้อยละ 33.6 ในผู้สูงอายุเพศหญิง (ปริยานุช แยมวงษ์, ประเสริฐ อัสสันตชัย และศิริยา โชควิวัฒนาวณิช, 2542) และจากการศึกษาของ อารยา ตามภานนท์ (2542) ได้ศึกษาถึงความชุกของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่ามีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20 โดยผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 24.2 และในผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.5 ส่วนในจังหวัดชลบุรีได้มีการสำรวจภาวะน้ำหนักเกินจากค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ โดยสำรวจจากผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่สถานอนามัยในเขตอำเภอพานทอง พบว่ามีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินคิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง, 2543)

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน

กลไกที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เริ่มจากการรับประทานอาหารเข้าไป อาหารเหล่านั้นจะผ่านขบวนการย่อยสลายและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบพลังงานเพื่อให้ร่างกายนำมาใช้ในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในแต่ละวัน และเมื่อร่างกายใช้พลังงานเหล่านั้นไม่หมด พลังงานที่เหลือจากส่วนเกิน

เหล่านี้จะเก็บสะสมไว้ในเนื้อไขมัน ซึ่งประกอบด้วยเซลล์ไขมัน (Adipose Tissue) จำนวนเซลล์ไขมันจะเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ (วิรัช ตันไพจิตร, 2537) ร่วมกับวัยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้จากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงและอัตราเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate) ของแต่ละคนจะน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะประมาณร้อยละ 5 ทุก 10 ปี นับจากอายุประมาณ 20-25 ปี เมื่อรับประทานอาหารเท่าเดิม น้ำหนักจึงเพิ่มมากขึ้น (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ ดังนี้

1. พันธุกรรม (Genetic Factors) มีผลต่อการทำงานของระบบเผาผลาญพลังงานร่างกาย ฮอร์โมนและสารโปรตีน หากมีการมีเต้านของยีนที่ควบคุมการทำงานดังกล่าวจะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินได้ (Lycos, 1995) จากการศึกษาภาวะน้ำหนักเกินของฝาแฝดไข่ใบเดียวกันโดยนำมาเลี้ยงดูในสภาวะแวดล้อมต่างกัน ผลปรากฏว่าฝาแฝดดังกล่าวมีแนวโน้มน้ำหนักเกินคล้ายคลึงกัน (Stunkard, 1980, pp. 5-6)
2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environment Factors) ในสังคมที่เจริญก้าวหน้ามีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี เป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้มีการใช้พลังงานน้อยลงใช้เครื่องทุ่นแรงมากขึ้น มีการออกกำลังกายน้อยลง ค่านิยมในการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมันเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน (Hofman, 1999) จากการศึกษาภาวะโภชนาการ ของสังคมไทย (กรมอนามัย, 2538) พบว่าคนไทยนิยมรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารประเภท แป้ง เป็นอันดับแรก รองลงมาคือไขมัน ซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงานมาก ร่วมกับการใช้พลังงานน้อยลง นอกจากนี้การพัฒนาของผลิตภัณฑ์อาหาร ที่มีให้เลือกรับประทานมากขึ้น ร่วมกับรูปลักษณะที่นำรับประทานทำให้บุคคลนิยมรับประทานอาหารมากยิ่งขึ้น ทำให้ภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้น (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2536, หน้า 58)
3. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วยปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ โรคบางชนิด เช่น ค่อมธัยรอยด์ทำงานน้อย (Hypothyroidism) ทำให้ขาดฮอร์โมนที่กระตุ้นให้ร่างกายใช้พลังงานมีการสะสมพลังงานมากขึ้นทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ โรคเนื้องอกที่ต่อมหมวกไต (Cushings Disease) เป็นสาเหตุจากการได้รับฮอร์โมนในกลุ่มสเตียรอยด์ ทำให้เกิดไขมันสะสมบริเวณหน้า (Moon Face) และทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือทำให้น้ำหนักมากขึ้น (ศศิธร เวทยะเวทิน, 2529, หน้า 250; Lycos, 1998) โรคเนื้องอกที่ตับอ่อน ทำให้มีการสร้างอินซูลินมากเกินไป (Insulinoma) รวมทั้งการฉีดอินซูลินเกินขนาดทำให้มีอาการหิวบ่อย เนื่องจากน้ำตาลต่ำ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาระงับประสาทบางชนิด ยารักษาโรคในกลุ่มต่าง ๆ เช่น Phenothiazine, Derivatives, Mon-Steroid Antiinflammatory Drugs, Antihypertensive Antihypertensive, Antiserotonin และยาในกลุ่มฮอร์โมนบางชนิด (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544,

หน้า 93) พยาธิสภาพของสมอง เช่น สมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ สมองอักเสบ ทำให้เกิดพยาธิสภาพของศูนย์ควบคุมการรับประทานอาหารที่ไฮโปทาลามัส ทำให้รับประทานอาหารมากกว่าปกติ ความผิดปกติของจิตใจ เช่น ภาวะเครียดมีผลทำให้เกิดการอยากรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น พบว่า ความเครียดมีผลต่อการรับประทานอาหาร เพิ่มขึ้นในเพศชายร้อยละ 47 ส่วนในเพศหญิงพบ ร้อยละ 37 และความเบื่อหน่ายจะทำให้รับประทานอาหาร ได้เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบว่า เมื่อเกิดความเบื่อหน่าย เพศชายร้อยละ 68 และเพศหญิงร้อยละ 40 จะรับประทานอาหาร ได้มากขึ้น (Morley et al., 1986)

ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกิน

ภาวะน้ำหนักเกินถ้ามีอาการอยู่นาน และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สาเหตุเกิดจากเมื่อไขมันสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะที่ระดับฮอร์โมนอินซูลินสูงมากกว่าธรรมดา และขณะเดียวกันระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ภาวะนี้ตรงกันข้ามกับคนปกติ ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงในขณะที่อินซูลินสูงกว่าธรรมดา อินซูลินที่สูงขึ้นจะทำให้เซลล์ที่ตับอ่อนเกิดความล้าในที่สุด ไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ เกิดการสะสมน้ำตาลทำให้เป็นเบาหวานได้ (Boyle & Whitney, 1989 อ้างถึงใน ปาริชาติ กาญจนะ, 2539, หน้า 24) จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของภาวะน้ำหนักเกิน และ โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในประชากรประเทศเกาหลี พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/ เมตร² ขึ้นไปจะเริ่มมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยเมื่อมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นความเสี่ยงก็มีเพิ่มมากขึ้นด้วย (Sung et al., 2001) ในประเทศไทย จากการศึกษาความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุเฉลี่ย 60.2 ± 0.6 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.6 ± 0.21 กิโลกรัม/ เมตร² จัดอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน (วลัยลักษณ์ อัสวสกุล, พิมพ์า สุทธิจำรูญ และยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์, 2539, หน้า 17)

2. โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะน้ำหนักเกินมีความเกี่ยวข้องกับโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง โดยจะมีความเกี่ยวพันกันเนื่องจากเมื่อมีปริมาณไขมันซึ่งได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์ สูง HDL คอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ และอะโปโปรตีนในไขมันโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำในเลือดสูง เป็นต้นเหตุให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็ง (Atherosclerotic Diseases) เพราะ ไขมันที่แทรกซึมเข้าไปในผนังหลอดเลือดทำให้ผนังแข็งและมีรูตึบเกิดขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงนำไปสู่โรคเส้นเลือดสมองได้ และถ้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบแข็ง

เมื่อเกิดภาวะตีงเครียดหรือออกกำลังกายหักโหม ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น เลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ ไม่เพียงพอจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกตามมา และถ้าหลอดเลือดตีบจนเลือดไหลผ่านไม่ได้ หรือ มีก้อนเลือดอุดตัน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกาย และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจตีบแล้วทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 25 ถึง 27.4 กิโลกรัม/เมตร² คือ ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน มีค่าความเสี่ยงเท่ากับ 1.16 ผู้ที่มีดัชนีมวลกายจัดอยู่ใน ประเภทอ้วนเกรดหนึ่ง คือมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 30 ถึง 34 กิโลกรัม/เมตร² มีค่าความเสี่ยง เท่ากับ 1.49 และผู้ที่มีดัชนีมวลกาย 35 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป ถือว่าอยู่ในประเภทอ้วนเกรดสอง และสาม มีค่าความเสี่ยงเท่ากับ 1.80 ทำให้สามารถประมาณค่าได้ว่า ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและ โรคอ้วน มีอัตราเสี่ยงในการเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Real et al., 2001) สำหรับ การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป กับผู้ที่มีอายุน้อยกว่าที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีอายุ ต่ำกว่า โดยผู้สูงอายุโรคอ้วนจะมีอัตราการตาย คิดเป็นร้อยละ 30 และร้อยละ 13 ในผู้สูงอายุที่มี น้ำหนักเกิน ส่วนผู้ที่อายุน้อยกว่าจะมีอัตราการตายคิดเป็น ร้อยละ 6 ในโรคอ้วน และร้อยละ 5 ในผู้ที่มี ภาวะน้ำหนักเกิน (Hoit et al., 1987) โรคความดันโลหิตสูงนั้นสามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่นอีก คือ ร่างกายมีขนาดใหญ่ ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อให้เพียงพอมากกว่าปกติ ทำให้เกิด โรคความดันโลหิตสูงตามมา ทำให้เกิดอันตรายที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาใน ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยการศึกษาติดตามผู้ชายอายุระหว่าง 40 ถึง 84 จำนวน 21,000 คน ที่ไม่ได้ เป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นเวลา 12 ปี พบว่ามีผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด สมอง จำนวน 747 คน ซึ่งค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ชนิด คือ ชนิดเส้นเลือดตีบ และชนิดเส้นเลือดแตก โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 27.8 กิโลกรัม/เมตร² มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 ชนิดนี้ จากการวิเคราะห์ พบว่า การเพิ่มขึ้น ของค่าดัชนีมวลกายในแต่ละหน่วยจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 6 (<http://www.Interlihealth.html>, 2000)

3. โรคกระดูกและข้อ ภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้เกิดผลกระทบต่อโรคกระดูกและข้อ ได้จากน้ำหนักที่มากขึ้น ทำให้ไปกดตรงตำแหน่งข้อต่อกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้การรับน้ำหนัก มากเกินไป เป็นเหตุให้เกิดโรคกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท มีอาการปวดหลัง และ โรค กระดูกและข้อเสื่อม พบว่า คนงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะมีปัญหาเกี่ยวกับ เส้นประสาทของข้อมือ และมือ (Lycos, 1998) และจากการศึกษาของ โอลิเวียเรีย และคนอื่น (Oliveria et al., 1999) ซึ่งศึกษา ถึงตัวแปรที่มีผลต่อการเสื่อมของข้อกระดูกบริเวณมือ ข้อต่อสะโพก ข้อต่อข้อเท้า ในผู้หญิงอายุ 20

ถึง 89 ปี พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง คือ การใช้ฮอร์โมนในการรักษาการสูบบุหรี่ การใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ ความสูง พบว่า น้ำหนักจะเป็นตัวทำนายการเกิดโรคกระดูกและข้อเสื่อมเป็นอัตราเท่ากับ 3.0 ถึง 10.5 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกินมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการเกิดโรคกระดูกและข้อเสื่อมในข้อต่อ บริเวณมือ ข้อต่อสะโพก และข้อเข่า ภาวะน้ำหนักเกินยังมีความสัมพันธ์กับโรคเก๊าท์ โดยเกิดจากกรดยูริกที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ทำให้มีกรดยูริกในเลือดสูง (Hyperuricemia) มีกรดในข้อมากขึ้น เกลือ โซเดียมของกรดยูริก (Sodium Urate) ในข้ออาจตกผลึก เม็ดเลือดขาวที่กลืนกินผลึกเข้าไป จะปล่อยสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ และปวดขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นภาวะน้ำหนักเกินมีโอกาสเกิดการเสื่อมของข้อเข่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ (Messier, 1994)

4. โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการที่เรียกว่า Pickwickian Syndrome คือ อาการซึมและหลับง่ายในคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากมีไขมันเกาะตามอวัยวะภายในช่องท้องมาก ทำให้กระบังลมถูกดันสูงขึ้น มีผลทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดการพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในปอดเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ในเลือดมากทำให้เกิดการง่วงซึม และหลับเมื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ไชกระดูกจะตอบสนองโดยจะผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเม็ดเลือดแดงสูง เป็นสาเหตุให้เลือดข้น ความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้เสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองและหัวใจตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะดังกล่าวไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการซึมและหลับได้ จากการศึกษาพบว่า ภาวะน้ำหนักเกินมีปัจจัยเสี่ยงที่สูงมากกับการเกิดภาวะนี้ โดยเฉพาะผู้ที่มีความดัชนีมวลกายมากกว่า 28 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปและยังเสี่ยงมากขึ้นในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ

5. โรคมะเร็งบางชนิด การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร และทำให้เกิดการจุกแน่นบริเวณยอดอก (Heartburn) โดยในผู้หญิงภาวะน้ำหนักเกินจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมดลูกมากกว่าผู้หญิงผอม 2 ถึง 3 เท่า ส่วนในผู้ชายพบว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากการศึกษาของ ไชค์ (Shike, 1996, p. 442s) พบว่าผู้ชาย 750,000 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีจำนวนร้อยละมากกว่าและเท่ากับ 40 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

6. โรคหัวใจในถุงน้ำดี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สาเหตุเนื่องมาจากเมื่อร่างกายมีการสะสมของไขมันมากทำให้มีการสร้างโคเลสเตอรอลไปเป็นน้ำดีมากขึ้น ทำให้ความเข้มข้นของโคเลสเตอรอลในน้ำดีเพิ่มขึ้นจนตกตะกอนเกิดเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (เทวี โพธิ์ผล และนิศยา ตั้งชูรัตน์, 2538; WHO Technical Report Series, 1995) จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีในสตรีที่มีความดัชนีมวลกายมากกว่า 32 กิโลกรัมต่อเมตร² เปรียบเทียบกับสตรีที่มีความดัชนีมวลกายน้อยกว่า 32 กิโลกรัมต่อเมตร²

มวลกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัมต่อเมตร² พบว่าในสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 32 กิโลกรัมต่อเมตร² มีภาวะเสี่ยงของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัมต่อเมตร² (Maclure et al., n.d. cited in WHO Technical Report Series, 1995)

7. โรคของไตและระบบขับถ่ายปัสสาวะ ในสตรีที่มีภาวะอ้วนจะมีการเพิ่มแรงดันของเส้นเลือดทำให้เส้นเลือดที่ไตขยายใหญ่ขึ้น การกรองและการดูดซึมกลับของไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น จนไม่สามารถต้านทานได้ทำให้ไตเกิดการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ (Krauss et al., 1998) นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ กลไกที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัดแต่คาดว่าเกิดจากการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอาจเป็นสาเหตุของการเพิ่มแรงดันในช่องท้องทำให้เกิดแรงดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้นซึ่งมีผลต่อการกลั่นปัสสาวะ ไม่อยู่จากแรงดันช่องท้องสูงได้ จากการศึกษาของ บราวน์ และคณะ (Brow, Seeley, Fong, Black, Ensrud, & Grady, 1996) พบว่าสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อเมตร² มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการกลั่นปัสสาวะ ไม่อยู่ถึงร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัมต่อเมตร²

8. โรคผิวหนัง จากการที่มีไขมันสะสมบริเวณแขน ขา และหน้าท้องจำนวนมากทำให้เคลื่อนไหวลำบาก เมื่อเดินไปมาต้นขาจะเสียดสีกันทำให้มีแผลกับเหงื่อตามผิวหนังเกิดกลิ่นเหม็นอับ ส่วนบริเวณใบหน้าเมื่อเป็นมันจะเกิดสิวได้ง่ายกว่าคนที่น้ำหนักปกติ (เทวี โพธิ์ผล และ นิตยา ตั้งรัตน์, 2538)

9. ปัญหาด้านจิตใจและปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง ปัญหาทางจิตใจเป็นปัญหาที่สำคัญอันหนึ่งในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ดังผลการศึกษาของ เดรก (Drek, 1988 อ้างถึงใน สุกตัญญู บุญความดี, 2541) พบว่า คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองมีปด้อย นำอายุถูกล้อเลียนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การทำงานช้า ไม่คล่องแคล่ว อาจเป็นสาเหตุให้คิดมากจนเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินกระทำขึ้นเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและเลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุน้ำหนักเกินมีดังนี้ (เสถียร เศษะไพฑูรย์, 2542; เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2536; ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544)

1. การควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรมของการรับประทานอาหาร
2. พฤติกรรมการออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. การจัดการด้านอารมณ์ สังคม
4. พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

การควบคุมและการปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร

1. การควบคุมอาหาร

การลดอาหารเป็นวิธีการที่ได้ผลดีและรวดเร็ว มีผลทำให้ร่างกายเสียโปรตีน และสารอาหารที่สำคัญจากอวัยวะที่สำคัญ ซึ่งทำให้เกิดอันตรายได้ หลักของการควบคุมอาหารใช้หลักเดียวกัน คือ พลังงานที่น้อยกว่าพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน (สุรคณ โคมินทร์, 2544, หน้า 22) ซึ่งสามารถใช้ในการควบคุมและป้องกันภาวะน้ำหนักเกินได้

1.1 การควบคุมอาหารเพื่อการรักษา ปัจจุบันได้มีอาหารที่ใช้ควบคุมน้ำหนักอยู่ 4 ประเภท (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544, หน้า 431) ซึ่งต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์ คือ

1.1.1 อาหารที่ให้พลังงานต่ำที่พอเหมาะกับแต่ละบุคคล หลักการของอาหารประเภทนี้ คือ รับประทานอาหารให้น้อย วันละ 500-600 กิโลแคลอรี ซึ่งสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานแต่ไม่ควรให้พลังงานต่ำกว่า 1200 กิโลแคลอรี ผู้ที่รับประทานอาหารน้อยลงวันละ 500 กิโลแคลอรี น้ำหนักจะลดลงได้ 0.45 กิโลกรัม/สัปดาห์ ถ้าปฏิบัติได้จริงในช่วง 10 เดือนจะลดลงประมาณ 18 กิโลกรัม จึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการใช้เวลาและความตั้งใจในการลดน้ำหนัก

1.1.2 อาหารที่มีไขมันต่ำ แต่มีโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และเกลือแร่ รวมอยู่ อาหารประเภทนี้นอกจากจะมีผลดี ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดแล้ว ยังลดน้ำหนักได้ดีและปลอดภัยด้วย คือ อาหารประเภท เนื้อสัตว์ ที่ปรุงโดยไม่ใช้ไขมัน เช่น ปลาเผา ไก่ต้ม โดยไม่รับประทานหนัง กุ้งต้ม ปลาต้ม ร่วมกับผักใบ และผลไม้

1.1.3 อาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,000-1,200 กิโลแคลอรี ซึ่งอาจทำให้เกิดการขาดสารอาหารบางอย่างได้ และผู้ป่วยบางคนจำนวนไม่น้อยไม่สามารถทนต่อการจำกัดพลังงานที่รับประทานดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการอาหารเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการอาหารเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 1,000-1,200 กิโลแคลอรี ต้องตรวจสอบว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติหรือไม่

1.1.4 อาหารที่ให้พลังงานต่ำ อาหารประเภทนี้จัดเป็นอาหารทางการแพทย์ โดยมีสัดส่วนของพลังงานดังนี้จากโปรตีนร้อยละ 25.1 จากไขมันร้อยละ 11.3 และจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 63.6 การรักษาวิธีนี้ต้องอยู่ในการดูแลรักษาของแพทย์อย่างใกล้ชิด น้ำหนักจะลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 3 เดือนแรก แต่ในระยะยาวมักไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นควรให้การรักษาเฉพาะผู้มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร² และมีปัญหาทางการแพทย์ เช่น ต้องการลดน้ำหนัก

เยี่ยมอี ควรรับประทานมื้อละ 1-2 ทักษิ (ในสภาพที่สุกแล้ว) การรับประทานอาหารหมู่นี้ ไม่ควรรับประทานให้อิ่มจนเกินไป ควรเลือกรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งคละกันในแต่ละวัน

หมูที่ 2 เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่และนม หมูนี้จะให้สารอาหารโปรตีน ได้แก่ เนื้อวัว หมู ปลา กุ้ง ไข่ ควรเลือกรับประทานเฉพาะที่เป็นเนื้อล้วน ๆ ไม่มีไขมันติด หรือไม่มีหนัง ควรรับประทานมื้อละ 2-3 ช้อนโต๊ะ (ในสภาพที่สุกแล้ว) ส่วนนมสดควรดื่มนมพร่องมันเนย ไข่ ควรรับประทานไม่เกิน 3 ฟอง ต่อสัปดาห์ ในการปรุงอาหารควรปรุงในรูปของ ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม ไข่กวนน้ำ

หมูที่ 3 ผักต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประเภทที่หนึ่ง คือ ผักที่ให้พลังงานน้อยมาก รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักทุกชนิดที่ได้จากต้นและใบ เช่น คื่นช่าย ผักบุ้ง ผักกาดหอม เห็ด หน่อไม้ ถั่วงอก มะละกอดิบ แตงกวา เป็นต้น ประเภทที่ 2 คือ ผักที่มีคาร์โบไฮเดรตให้พลังงานแก่ร่างกาย ได้แก่ ฟักทอง มันแกว ถั่วฝักยาว และถั่วลิสง

หมูที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ ควรรับประทานผลไม้สดมากกว่า ผลไม้แห้ง หรือผลไม้เชื่อม ส่วนผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน มะม่วง เงาะ ลำไย ควรรับประทานในปริมาณจำกัด ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ชมพู่ ส้ม พุทรา แอปเปิ้ล เป็นต้น

หมูที่ 5 ไขมัน ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักควรรับประทานไขมันน้อยกว่าปกติ อาหารจำพวก ไขมัน ได้แก่ น้ำมันหมู น้ำมันพืชทุกชนิด ขนมน เนยเทียม มายองเนส ไม่ควรรับประทานน้ำมันเกินวันละ 3 ช้อนชา และควรรับประทานน้ำมันพืช ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

นอกจากนี้อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ขนมน น้ำตาล ของหวานและอาหารจำพวกมี น้ำตาลสูงอาหารจำพวกนี้ยังรวมทั้งน้ำผึ้ง แยม ผลไม้กระป๋อง ลูกกวาด ช็อกโกแลต น้ำหวานและอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่มีน้ำตาลอยู่มาก และควรงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น เบียร์ และเหล้าไวน์หวาน เป็นต้น

2. การปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร

เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือการปรับปรุงนิสัยการบริโภค โดยครอบคลุม การรับประทานอาหาร ว่ารับประทานอะไร ที่ไหน เมื่อใด และอย่างไร และระดับการเคลื่อนไหวของร่างกาย วิธีการนี้มักดำเนินการเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน โดยมีหลักปฏิบัติ ดังนี้

การสำรวจตัวเอง ให้บันทึกประจำวันเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน และภาวะเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ข้อมูลนี้มีความสำคัญที่สุด การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวของร่างกาย

การแก้ปัญหา การฝึกให้มีทักษะในการแก้ปัญหาเป็นระบบ เพื่อแก้ไขอุปสรรค ซึ่งพบจากการสำรวจตนเอง ผู้ป่วยได้รับการสอนในประเด็นต่อไปนี้ เพื่อนำไปใช้ในการควบคุมน้ำหนักตัว

1. ระบุน และชี้ถึงตัวอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักตัว
 2. หาวิธี แก้ไขปัญหาดังกล่าว
 3. ประเมินวิธีแก้ปัญหาที่น่าจะดำเนินการ และเลือกมาใช้ 1 วิธีการ
 4. วางแผน และนำไปปรับปรุงพฤติกรรม
 5. ประเมินผลที่ได้รับ
 6. ถ้าดำเนินการไม่สำเร็จให้พิจารณาซ้ำ แล้วเลือกวิธีการอื่น เพื่อนำไปแก้ปัญหาใหม่
- วิธีการปฏิบัติการลดน้ำหนักที่ควรกระทำในการรับประทานอาหารเช้าลดน้ำหนักดังนี้

(พชนี ปฐมวณิช, 2535)

1. การจดบันทึกอาหารประจำวัน ว่าในวันใดวันหนึ่งรับประทานอาหารเช้าเวลาใดกับใคร ที่ไหน อารมณ์ขณะรับประทานอาหารเช้า ชนิดของอาหาร ทำให้ทราบนิสัยในการรับประทานอาหารเช้า ให้บันทึกอาหารทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารเช้า
2. พยายามกำจัดสิ่งกระตุ้นให้เกิดความหิว
3. การตั้งเป้าหมายที่อยู่ในเกณฑ์ ที่สามารถกระทำได้ ตั้งเป็นเป้าหมายเล็ก ๆ ในระยะเวลาอันสั้นและควรจะเจาะจงไปว่าจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย
4. เตรียมเมนูอาหารล่วงหน้า คัดอาหารว่าง การกำหนดว่าควรรับประทานอะไร โดยเฉพาะอาหารหลักจะช่วยในการควบคุมพลังงาน
5. พยายามรับประทานในที่ที่จัดไว้ ซึ่งควรเป็น โต๊ะอาหาร
6. ขณะรับประทานอาหารเช้า ควรหลีกเลี่ยงการดูทีวี มิควรรับประทานอาหารเช้าคนเดียว
7. ทำให้อาหารในงานดูมากขึ้นโดยใช้จานเล็กและเกลี่ยอาหารออกไปให้เต็มจานเดียวซ้ำ ๆ และวางช้อนระหว่างคำ ไม่ควรเติมอาหารเป็นงานที่สอง
8. เวลาไปซื้ออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารสด ให้ซื้อตามรายการที่กำหนดไว้และเพิ่มเท่าที่จำเป็น อย่าซื้อขณะหิว เพราะจะทำให้ซื้ออาหารเพิ่มมากขึ้น
9. ซื้ออาหารไขมันน้อย ห้ามซื้ออาหารจานด่วน หรืออาหารสำเร็จรูป
10. ให้ลดเครื่องดื่ม ประเภทน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
11. เพิ่มเส้นใยอาหารให้มากขึ้น และลดอาหารที่มีแคลอรีสูง

การควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และจำเป็นในการปฏิบัติตนทางสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ยังเป็นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม โดย อารยา ตามภานนท์ (2542) ศึกษาถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของผู้สูงอายุ ภาวะน้ำหนักเกินในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่

ชอบรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงรสชาติเป็นหลัก นิยมรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ซึ่งมีคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด และจากการศึกษาของ ชลอสรี แดงเปี่ยม และชรินรัตน์ พุทธปาน (2536) พบว่าพฤติกรรมการบริโภค ของผู้สูงอายุบ้านฮ่องกอก ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน ผู้สูงอายุนิยมรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและไขมัน โดยนิยมรับประทานไขมันสัตว์มากกว่า ไขมันพืช หากผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมและควบคุมอาหารได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เหมาะสมในด้านอื่นด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมน้ำหนักได้ ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนของภาวะน้ำหนักเกิน มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เป็นการลดน้ำหนักที่สามารถสร้างกล้ามเนื้อขึ้นแทนไขมัน สามารถทำควบคู่กับการลดน้ำหนักวิธีอื่น เช่นการควบคุมอาหารแต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินมีภาวะแทรกซ้อน ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดโทษได้ (Lycos, 1998) โดยประโยชน์ของการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด เพิ่มความไวต่ออินซูลิน และลดโอกาสเสี่ยงที่เกิดโรคเบาหวาน ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดระดับไขมันในเลือดจะช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น นอนหลับได้ดี การออกกำลังกายมีได้จำกัดเฉพาะการเล่นกีฬา หรือออกกำลังกายแบบพลศึกษา แต่รวมทั้งกิจวัตรประจำวัน ที่ต้องใช้พลังงาน เช่น การทำงาน การเดิน ขึ้นบันได การทำสวน การเดินร่ำ เป็นต้น การออกกำลังกายสามารถทำได้โดยเพิ่มจากขนาดที่น้อยๆ เหมาะสมกับในการลดน้ำหนัก คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) หมายถึง การออกกำลังกายชนิดใดก็ได้ที่มีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ มีผลกระตุ้นการทำงานของปอดและหัวใจเพิ่มขึ้น ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนมากที่สุดขณะออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิก นั้นจะทำให้ร่างกายเกิดการปรับตัว คือการหายใจเร็วและแรงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หลอดเลือดมีการขยายตัว การออกกำลังกาย แบบแอโรบิก ที่มีประสิทธิภาพจะต้องทำให้หัวใจเต้นเร็ว จนถึง Target Heart Rate Zone คือร้อยละ 65-80 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ ซึ่งคำนวณได้จาก

$$\text{อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ} = 220 - \text{อายุตนเอง (ปี)}$$

จากการศึกษาถึงการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 31 คน โดยวิธีแอโรบิก แคนซ์ เป็นเวลา 30 นาที และ 70 นาที พบว่าจำนวนร้อยละของไขมันลดลงมากกว่าร้อยละ 55 และความดันโลหิตขณะพักทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิก และจำนวนร้อยละของไขมันจะลดลงโดย มีความแตกต่างในแต่ละระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ถนอมขวัญ ทวีบุรณ, ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพชร และวันชัย จิรพงศ์พิทักษ์, 2536) ตัวอย่างการออกกำลังกาย สำหรับผู้มี

ภาวะนั้นักเกินที่เหมาะสมเป็นโปรแกรมการออกกำลังกายง่าย ๆ คือ เริ่มจาก ช่วงอุ่นร่างกาย (Warm-up-Phase) 5-10 นาที โดยเริ่มจาก ขยับร่างกายเบา ๆ ก่อน เช่น เดินช้า ๆ แล้วค่อยเร็วขึ้น หรือ เต้นเบา ๆ เพื่อให้ร่างกาย และกล้ามเนื้อใช้ออกซิเจนสูงขึ้น จากนั้นให้ยืดกล้ามเนื้อ ช่วงออกกำลังกาย (Exercise Phase) 20-60 นาที เริ่มจากน้อย ๆ ก่อนเสมอ แล้วค่อยเพิ่มขึ้นช้า ๆ ทั้งเวลาและความถี่ และน้ำหนัก เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ จักรยาน เดินแอโรบิค ช่วงอุ่นร่างกาย (Cool Down Phase) 10-15 นาทีคือ ถ้าทำอะไรอยู่ก็ทำอย่างเดิมช้า ๆ เรื่อย ๆ ในเวลา 3-5 นาที ตามด้วยการยืดกล้ามเนื้ออีกรอบ (Stretching) เพื่อป้องกันการปวดเมื่อย ตัวอย่างการออกกำลังกายที่ดี และง่าย คือ การเดิน เพราะไม่ทำให้เกิดแรงกระแทกต่อข้อเท้า เข่าและสะโพกมากนัก เวลาที่เหมาะสม คือ ประมาณ 15-45 นาที (วิชัย ดันไพจิตร, 2541) การออกกำลังกายในน้ำเหมาะสำหรับคนที่มีภาวะนั้นักเกิน จะปลอดภัยต่อข้อต่อต่าง ๆ ทำได้ในน้ำลึกระดับหัวไหล่ จะรับน้ำหนักตัวเพียงร้อยละ 10 โดยการเดิน หรือวิ่งในน้ำโดยใช้ลู่วิ่งที่เป็นฉลุมไว้รอบเอว และการยกน้ำหนักในน้ำจะทำให้ร่างกายแข็งแรง มีกล้ามเนื้อดีขึ้น (อุไรรัตน์ พิภพมงคล, 2544, หน้า 4-5)

ดังนั้นการออกกำลังกายจึงต้องมีข้อห้าม ซึ่งสามารถสำรวจตนเองว่ามีปัญหาตามคำถามดังต่อไปนี้หรือไม่ ถ้าไม่แน่ใจ หรือมี การออกกำลังกายจะต้องอยู่ในการควบคุมของแพทย์ ซึ่งมีปัญหาที่ต้องพิจารณาคือ (British – Columbia Department of Health, n.d. cited in NIDDK, 1998)

1. แพทย์เคยบอกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจหรือไม่
2. เคยมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่
3. เคยมีอาการหน้ามืด เป็นลมบ่อย ๆ หรือไม่
4. มีปัญหาความดันโลหิตสูงหรือไม่
5. เป็นโรคกระดูกและข้อต่อ เช่น ข้อเข่าเสื่อมหรือไม่
6. มีอายุมากกว่า 65 ปี แต่ไม่เคยชินกับการออกกำลังกายมาก่อน
7. รับประทานยาบางชนิดอยู่ เช่น ยาลดความดันโลหิต

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อควบคุมน้ำหนักนั้นสามารถทำได้โดย

การปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นแบบแอโรบิคระดับต่ำ หรือระดับปานกลาง ติดต่อกันเป็นเวลา 15 นาที ถึง 45 นาที เช่นการเดิน หรือการออกกำลังกายในน้ำเพื่อลดการกดทับของน้ำหนักตัวรวมทั้งการทำงานในกิจวัตรประจำวัน หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องทุ่นแรงอย่าง ไม่จำเป็น การพักผ่อนอย่างเพียงพอและสำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะออกกำลังกาย

พฤติกรรมด้านอารมณ์สังคม

อารมณ์และสังคม อาจมีผลต่อพฤติกรรมมารับประทาน การเผชิญอยู่ในสภาพแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของจิตใจ ความรู้สึกกดดัน ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า

เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารอาจทำให้รับประทานอาหารมากขึ้น ทำให้น้ำหนักเกิน และอ้วนได้ (Walcott-McQuigg, 1997, p. 319 อ้างถึงใน สุกลักษณ์ บุญความดี, 2541) อย่างไรก็ตามปัญหาทางอารมณ์เหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยในส่วนของผู้ที่น้ำหนักเกิน เมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ หรือมีความรู้สึกในทางลบต่อตนเอง ไม่ควรเก็บความรู้สึกเอาไว้เพียงคนเดียว แต่ควรพูดหรือระบายความรู้สึกให้บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้วางใจรับทราบ เพื่อช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ไพรเออร์ (Pryor, 1992 อ้างถึงใน วริยา วชิราวัฒน์ และสิริอร ลินธู, 2540, หน้า 23) แนะนำแนวทางการปรับภาพลักษณ์สำหรับการมองตนเองของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน โดย

1. หยุดการใช้น้ำหนักตัวเป็นเครื่องวัดความมีคุณค่าในตนเอง คุณค่าอยู่ที่ความเป็นตัวของตัวเอง
2. พยายามมองหาจุดเด่นและมองข้ามจุดด้อยในตนเอง
3. ให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิดทางจิตใจมากกว่าความอ้วนหรือผอมทางร่างกาย
4. กล้าเผชิญหน้า โดยมองหาและชื่นชมส่วนที่ตนเองพอใจ
5. หมั่นหาความเพลิดเพลินด้วยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาให้สดชื่น จะทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

นอกจากการปรับความรู้สึกอันเกิดจากภาวะน้ำหนักเกินแล้ว ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยการปฏิบัติตนเพื่อลดหรือป้องกันความเครียดสามารถปฏิบัติได้ คือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหารที่เหมาะสม งดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา รู้จักหาทางออกในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เหมาะสมโดยการออกกำลังกาย การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อได้พึ่งพากันและกัน ปรับพฤติกรรมของคนที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การเป็นคนเอาจริงเอาจังเกินไป และเรียนรู้ถึงวิธีและพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537, หน้า 113)

จะเห็นได้ว่า ภาวะทางอารมณ์ ความเครียด ความเหงา ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ การปฏิบัติตนในด้านการจัดการกับอารมณ์และสังคมจึงเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยการหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ทำจิตใจให้ผ่องใส มีการเข้าร่วมสังคมเพื่อป้องกันความเหงา หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเมื่อมีภาวะเครียด สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน มีวิธีการดังนี้ (สมทรง สมควรเหตุ, 2542)

1. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนักตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งได้จากการอ่านหนังสือ วารสาร การได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีความรู้ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ พยาบาล เป็นต้น

2. การศึกษาจากสื่อโฆษณา ประชาสัมพันธ์ สินค้าและบริการเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ซึ่งมีกระแสบว่าได้ผลดี ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

3. การทดลองกระทำด้วยตนเอง จากการบอกต่อกระทำแล้วได้ผลดี อาจจะต้องตามหลักการแพทย์ หรือไม่ถูกต้องก็ได้

4. การใช้บริการในสถานบริการลดน้ำหนัก สถานบริการลดน้ำหนักที่ให้บริการมีทั้งภาครัฐและเอกชน ในด้านของภาครัฐอาจเป็นบริการให้คำแนะนำเรื่องควบคุมน้ำหนัก และการให้ยาอีกทั้งในผู้ที่มิภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หรือผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ในภาคเอกชน จะให้บริการในหลายรูปแบบ ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง สถานบริการในลดน้ำหนักที่พบคือ คลินิกลดน้ำหนักที่ผู้ให้บริการมีความรู้ด้านการแพทย์ สถานเสริมความงามที่เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ศูนย์บริหารร่างกาย (Fitness Center) โดยให้บริการจัดการในการลดน้ำหนักแบบนี้ อาจมีที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง

5. การใช้ยาลดน้ำหนัก ปัจจุบันได้มีการพัฒนา การใช้ยาในการลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว และใช้กันหลากหลาย แต่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างมาก ซึ่งข้อบ่งใช้ในการใช้ยาลดน้ำหนักมีดังนี้

5.1 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ เมตร² หลังการให้การรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5.2 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ เมตร² ร่วมกับการมีปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หลังการรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีข้อห้ามในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 13 ปี และในหญิงตั้งครรภ์ ประเภทของยาลดน้ำหนักที่นิยมแบ่งเป็น 2 ประเภท ตามการออกฤทธิ์ของยา ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ที่ระบบสมอง โดยจะไปควบคุมการรับประทานอาหารและยาที่ไปออกฤทธิ์ที่ระบบลำไส้ ยับยั้งการดูดซึมอาหาร โดยคุณสมบัติของยาที่ดี จะต้องมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก ในระยะเวลายาวมีผลข้างเคียงน้อย และไม่ทำให้ผู้ป่วยคิดยา ราคาพอสมควร (ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2544) ชนิดของยาที่นิยมใช้ ได้แก่ ยากลุ่ม ยาลดความอยากอาหาร โดยการควบคุมความอยากอาหารให้ลดลงเกิดความรู้สึกอิ่ม ออกฤทธิ์โดยตรงที่สมองในการเพิ่มการผลิต Serotonin หรือ Cathrecholamine ซึ่งกระตุ้นให้มีความรู้สึกอยากอาหาร (NIDDK, 1996) ยาในกลุ่มนี้คือ Pnentermine และ Subutamine ซึ่งมีความแตกต่างกัน Subutamine ไม่ได้กระตุ้นการผลิต Serotonin

โดยตรงแต่ละไปยับยั้งการคืนกลับ (Reuptake) ของ Serotonin ซึ่งพบว่า Subutamine สามารถลดน้ำหนักตัวได้ 5-7.6 กิโลกรัม (ร้อยละ 5-9.5 ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น) ในระยะเวลา 8-12 สัปดาห์ ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบคือ ปวดศีรษะ ปากแห้ง ท้องผูก ความดันโลหิตสูง ยาที่นิยมใช้อีกชนิดคือ Orlistat อยู่ในกลุ่ม ยาที่ออกฤทธิ์ชะลอหรือขัดขวางการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหาร โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Lipase ในระบบทางเดินอาหาร ขนาดที่ใช้ 360 มิลลิกรัม/วัน สามารถยับยั้งการดูดซึมอาหาร ไขมันได้ร้อยละ 30 ซึ่งมีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาโรคอ้วน ภายในเวลา 1 ปี อาการข้างเคียงที่พบคือ อาจมีการขาดวิตามินอี วิตามินอี และเบตาแคโรทีนที่ละลายในไขมัน นอกจากนี้ยังมียาในกลุ่ม ลดการสร้างและเพิ่มการเผาผลาญไขมัน ซึ่งต้องใช้อย่างระมัดระวัง เพราะจะทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อได้ และยาส่วนใหญ่อยู่ในชั้นทดลองในสัตว์ (ชัยชาญ คีโรจน์วงศ์, 2544)

6. การผ่าตัดนั้นควรพิจารณาใช้ในกรณีที่วิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผล (อาทิ เครือวิทย์, 2544, หน้า 24) โดยข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดนั้น คือ ต้องมีน้ำหนักของร่างกายมากกว่าร้อยละ 100 หรือมากกว่า 45 กิโลกรัม จากน้ำหนักมาตรฐาน หรือ ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 39 กิโลกรัม/เมตร² มีโรคอ้วนอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป และ ไม่มีประวัติของโรคพิษสุราเรื้อรัง และ โรคจิต โรคประสาท การผ่าตัดที่นิยมในปัจจุบันมี 2 วิธี

6.1 การลดจำนวนของอาหารที่ดูดซึมเข้าไปในร่างกาย ซึ่งมีวิธีที่นิยมใช้อยู่ 2 วิธี คือ Vertical Banded Gastropasty คือ การใช้อุปกรณ์พิเศษในการพันกระเพาะอาหารให้เล็กลง และ Gastric By – Pass Procedure คือการตัดต่อกระเพาะอาหารกับลำไส้เล็กเพื่อลดการดูดซึมอาหาร และลดเนื้อที่ในการย่อยอาหารในกระเพาะ โดยวิธีนี้ใช้ได้ผลกว่าวิธีแรก แต่อาจมี ผลข้างเคียงคือ ท้องเดิน อาเจียน และขาดสารอาหารได้

6.2 การผ่าตัดไขมันออกจากร่างกาย เพื่อให้รูปร่างของร่างกายดูดีขึ้น คือการดูดไขมัน (Liposuction) และการตัดไขมัน และส่วนเกินออก (Dermotipectomy) ซึ่งการรักษาวิธีนี้มีข้อเสีย คือ มีแผลเป็นที่น่าเกลียดและลักษณะความผิดปกติปรากฏให้เห็นอีกได้ เนื่องจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น หรือ อาจมีเส้นน้ำเหลืองบริเวณอื่นอุดตันเป็นแผลเป็น และสามารถกลับมาอ้วนได้ใหม่ ถ้าไม่มีการออกกำลังกายและควบคุมอาหารร่วมด้วย

7. การฝังเข็มตามจุดต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดหดตัวของกระเพาะอาหาร เช่น ที่ใบหู จึงทำให้ ไม่หิว ไม่อยากรับประทานอาหาร

8. วิธีอื่น ๆ เช่น การใช้ครีมมวลละลายไขมัน การอบไอน้ำ เครื่องนวด เครื่องสั่น เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว เป็นพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกิน อย่างไรก็ตามมีผลดีและผลเสียในการเลือกพฤติกรรม จึงควรกระทำอย่างรอบคอบและใช้วิธีการที่เหมาะสม

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ สามารถสรุปพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การควบคุมและการปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร คือ การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับพลังงานที่ใช้ไป และครบทั้ง 5 หมู่ โดยเลือกรับประทานอาหารประเภท ข้าว และแป้ง ควรได้รับ ร้อยละ 40-50 คือมีธัญ 1-2ทัพพี อาหารประเภทโปรตีน ควรได้รับร้อยละ 15-20 คือ มีธัญ 2-3 ช้อนโต๊ะ ส่วนนมควรเป็นนมพร่องมันเนย และควรเลือกปรุงอาหาร โดยไม่ใช้น้ำมัน รับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้ควรเป็นอาหารที่สด และงดผลไม้ที่หวาน เลือกมารับประทานผักที่ไม่ให้พลังงาน เช่น แดงกวา ผักบุ้ง ผักคะน้า รับประทานอาหารประเภทไขมันควรได้รับร้อยละ 20-30 ควรเป็นไขมันจากพืชและคั้นน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายคือ 2,500-3,000 มิลลิกรัม และควรมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรับประทานอาหารคือควรรับประทานอาหารเฉพาะอิ่ม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารว่าง อาหารจานด่วน หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล อย่าซื้ออาหารขบเคี้ยว และเคี้ยวอาหารช้า ๆ ควรปฏิบัติอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติอย่างถูกต้องสม่ำเสมอเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมไม่หักโหมจนเกินไป โดยวิธีที่เหมาะสมคือการเดิน โดยมีระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 15 นาที ถึง 45 นาที และการออกกำลังกายในน้ำ และควรมีการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้านเอง โดยเริ่มจากการออกกำลังกายที่น้อย ๆ ก่อนแล้ว หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหลังอาหารทันที อย่าออกกำลังกายหักโหมเกินไป ในรายที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ควรปรึกษาแพทย์ และควรมีเวลาพักผ่อนเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

3. การจัดการด้านอารมณ์สังคม คือ หลีกเลี่ยงภาวะเครียด พยายามมองโลกในแง่ดี เมื่อมีปัญหาไม่ควรเก็บไว้คนเดียว ควรปรึกษาเพื่อนหรือผู้ที่ไว้ใจได้ หากิจกรรมที่เพลิดเพลินกระทำ เช่น การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกับสังคมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากขึ้นเมื่อมีภาวะเครียด

4. การปฏิบัติตนในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินที่เหมาะสม คือการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินจาก บุคลากรทางการแพทย์ ศึกษาจากหนังสือและวารสาร เมื่อจะทำการลดน้ำหนักโดยวิธีการใช้ยาหรือวิธีการอื่นที่อาจเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ควรอยู่

ภายใต้การดูแลของแพทย์

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในช่วงต้นว่าการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน มีผลดีต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่พบว่าผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีการปฏิบัติตนทางสุขภาพน้อย จากการศึกษาเกี่ยวกับข้อจำกัดของการควบคุมน้ำหนักต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวโดยอาจมีปัจจัยส่งเสริมจากอาการของโรคและการรักษารวมทั้งปัจจัยทางด้านสุขภาพจิต (Jensen, Friedman, & Amer, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างของทัศนคติเกี่ยวกับการลดน้ำหนักของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน อายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่าผู้มีภาวะน้ำหนักเกินอายุ 50 ปีขึ้นไปมีทัศนคติว่าเป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้ความพยายามในการลดน้ำหนัก (Gallup, 2002)

ซึ่งจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้ดีกว่าตนมีโอกาสร้ายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แต่พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน (Becker, 1974, pp. 410-411) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมควบคุมอาหารในผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารสัมพันธ์กับความสำเร็จของการมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารเป็นไปในทางบวก (Hanson & Benedict, 2002) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนในอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะกระดูกพรุน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันภาวะกระดูกพรุนและมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (นงลักษณ์ ประสิทธิ์ผล, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กษกร สมมิ่ง (2542) ที่ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ที่ถูกต้องและเหมาะสมมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากคุณสมบัติของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีขอบเขตเนื้อหาทฤษฎีตามสาระสังเขปดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์

ความเชื่อ เป็นการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ และเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิด หรือความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (สุชา จันทร์เอม, 2524, หน้า 74; จรรยา สุวรรณทัต, 2527, หน้า 14) เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งความเชื่อในสิ่งนั้นจะทำให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่สอดคล้องกับความเชื่อนั้น ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต, 2541) กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติหรือมีพฤติกรรมตามความเชื่อในเรื่องนั้น ๆ โดยอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ นั้น ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความรู้สึกนึกคิดนี้เป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าประสบการณ์นั้น ๆ จะได้รับมาโดยตรงหรือทางอ้อมก็ตาม และความรู้สึกนึกคิดเหล่านี้จะฝังแน่นอยู่ในจิตใจ แล้วทำให้เกิดความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้น ๆ ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจนี้จะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดหลักแห่งการกระทำหรือกำหนดกรอบความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ของบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย โรคิช (Rokeach, 1970) กล่าวว่า ความเชื่อ คือความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคล ซึ่งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบได้ในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin cited in Becker, 1974) ซึ่งกล่าวว่าในช่วงชีวิต (Life Space) ของบุคคลที่ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้ ประกอบด้วยบริเวณที่เป็นประจุลบ (Negative Valance) และบริเวณที่เป็นประจุบวก (Positive Valance) และบริเวณที่เป็นกลาง (Relative Neutral) ความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคที่เกิดขึ้นจะถูกกำหนดให้อยู่ในบริเวณที่เป็นประจุลบ ซึ่งจะมีแรงผลักดันออกจากบริเวณนี้ตลอดเวลา ในขณะที่พฤติกรรมหรือกิจกรรมของบุคคลจะถูกดึงเข้าสู่บริเวณแรงด้านบวก จากแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายถึงการตัดสินใจกระทำหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคลได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long, & Woods, 1983, p. 127) ความเชื่อด้านสุขภาพจะ

มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล (King, 1984, p. 53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทอร์เรล (Tittel, 1980, p. 488) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการที่บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น

Rosenstock (1974 a) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Rosenstock (1976 b) ได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายถึงพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 19)

ในปี ค.ศ. 1972 เบคเกอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น มีส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้ (Becker et al., 1977, p. 349)

1. การยินยอมให้ความร่วมมือที่จะรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น (Perceived Severity)
2. ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา และคุณค่าของพฤติกรรมที่จะช่วยลดอันตรายจากโรค นั่นคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefit)
3. องค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินหรืออื่น ๆ จะเป็นสิ่งชักนำให้ การปฏิบัติ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สิ่งที่มาชักนำอาจเป็นการกระตุ้นจากภายใน เช่น อาการจากความเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำจากภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ต่อมา คาสล์ และคอบบี้ (Kasl & Cobb, 1985, p. 528) ได้ประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพ อนามัยและความเจ็บป่วยของบุคคลเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วยโดยแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (Health Related Behavior) ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรค หรือเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพของโรค ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบาย โดยการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อนและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเพื่อรับคำแนะนำและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น โดยมีจุดประสงค์ให้อาการดีขึ้น เช่น ยอมรับการรักษาจากแพทย์ ยอมรับการพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นรวมทั้งหยุดการทำงานที่ตามปกติชั่วคราว

จากพฤติกรรมดังกล่าวนี้ บุคคลมีโอกาที่จะแสดงพฤติกรรมตามระยะต่าง ๆ โดยมีองค์ประกอบทางด้านสังคมและสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นถึงกีดกันให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ นักวิจัยหลายท่านได้ใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical Model) มาอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะแรก โดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษาและลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระเบียบเพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้ง ผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน (Becker, 1974, p. 82) ในปี ค.ศ. 1977 เบคเกอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยได้นำแรงจูงใจและตัวแปรด้านสังคมเข้าไปเกี่ยวข้องเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman, 1974, p. 348 อ้างถึงใน วิริยา สุขวงศ์, 2545, หน้า 25-26) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีกเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and Enabling Factor) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behaviors) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายและสามารถสรุปเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

เป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว ซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่ว ๆ ไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ การเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) กล่าวว่า บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเกิดโรคจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และรับรู้ว่ามีโอกาเสี่ยงเกิดโรค หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งแสดงออกโดยความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้ดีกว่าคนมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้มาก และบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในระดับสูง จะมีผลทำให้มีการแสดงพฤติกรรม การป้องกันสุขภาพมากขึ้น ซึ่ง คอนเนลลี่ (Connelly, 1987) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป

1.2 ในกรณีที่บุคคลเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนอยู่ในโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก

1.3 ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้ดีกว่าคนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ดังนี้ เบคเกอร์ (Becker, 1974, p. 411) ได้ศึกษามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคไข้รูมาติก และรับรู้ว่ามีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเยื่อหุ้มชั้นกลางอักเสบได้ง่าย จะมีพฤติกรรมในการให้บุตรรับประทานยาสม่ำเสมอและพาบุตรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การศึกษาของ เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอลลิง และคณะ (Elling et al., n.d. cited in Becker, 1974, p. 83) ที่พบว่าความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำในบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการให้ยาเพนนิซิลิน และพาบุตรมาตรวจตามนัด

การศึกษาของ ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann, 1962) ที่พบว่าในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติไข้รูมาติก มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันอันตรายของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1977, p. 348) พบว่าความร่วมมือในการควบคุมอาหารบุตรของมารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกิน จะมีความสัมพันธ์กับการนำบุตรมาตรวจตามนัด ฮาลลาล (Hallal, 1982, p. 140) ศึกษาการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ การศึกษาของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1990) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย การศึกษาของ ไวเปอร์ (Wyper, 1990) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 การศึกษาของ ดัมมิต (Dummit, 2001) พบว่าหญิงที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการใช้ฮอร์โมนทดแทน จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการใช้ฮอร์โมนทดแทน สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรหาร ภูทอง (2542) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการศึกษาของ จีราวรรณ กล่อมเมฆ (2543) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลความปลอดภัยแก่บุตรวัย 3-5 ปี ของบิดามารดา จากการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย แต่การศึกษาของ กรูบส์ และทาบูโน (Grubbs & Tabuno, 2000) พบว่า การใช้ครีมกันแดดเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งผิวหนังนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งผิวหนัง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

เบคเกอร์ (Becker, 1974, p. 84) กล่าวว่าแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แล้วก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้น มีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน ซึ่งความเชื่อดังกล่าวจะเป็นความรู้สึก นึกคิดหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคนั้นมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง และมักจะมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย ไฮเจค (Hijek, 1984) กล่าวว่า การทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ เมื่อบุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของ

โรคทำให้ ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น และมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น จากการรวบรวม ผลงานของนักวิจัยหลายท่าน โดย มิคเฮล (Mikhail, 1981, p. 69) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เช่น การศึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการรับภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการมารับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของ เบคเกอร์ และฟรานซิส (Becker and Francis) (Becker, 1974, p. 411) ที่พบว่า การคาดการณ์ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรของคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบิดามารดา ที่นำบุตรมารับการตรวจรักษาและรับการป้องกัน ในระยะที่พบว่ามีการระบาดเกิดขึ้นในโรงเรียน การศึกษาของ แมคคอสแลนด์ (McCausland, 1990) ที่ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาร์สัน และคณะ (Larson et al., 1979 cited in Janz & Becker, 1984) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับวัคซีนป้องกันโรคหัวใจ การศึกษาของ เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งในด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปีโตซา และแจคสัน (Petosa & Jackson, 1991) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงต่อการติดเชื้อเอดส์ของเด็กนักเรียน มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การศึกษาของ แมคเลดอน (McLendon, 1998) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนในหญิงวัยหมดประจำเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน และการศึกษาของ จีรวรรณ กล่อมเมฆ (2543) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยแก่บุตรวัย 3-5 ปี ของบิดามารดา แต่การศึกษาของ บงกช เก่งเขตกิจ และคณะ (2542) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาทั้งหมดนี้ แสดงถึงความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และจากข้อกำหนดต่าง ๆ ของแพทย์พฤติกรรมการปฏิเสธการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้น ในระยะของการรักษาเนื่องจากมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ มัลลิกา มัติโก (2530, หน้า 13) ได้กล่าวว่าเมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยบุคคลจะมีพฤติกรรม ดังนี้คือ

1. ตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ

2. ใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจซื้อยามารับประทานเอง ให้ยากกลางบ้าน
3. รักษาตนเองโดยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพักและดื่มน้ำอุ่น เมื่อเริ่มรู้สึกว่าจะเป็นหวัด

4. ไปหาเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาคำแนะนำ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาจะแสดงถึง ความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับคือ การหายจากโรคหรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้นได้ เบคเกอร์ (Becker, 1974, pp. 410-411) ได้อ้างถึงการศึกษาของ เอลลิง (Elling) ไฮน์เซลแมน (Heinzelman) และกาเบรียลสัน (Gabrielson) ซึ่งได้ผลคล้ายคลึงกันว่า ผู้ที่เชื่อว่า ยาเพนนิซิลินสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำได้จะรับประทานยาดังกล่าวสม่ำเสมอ และผู้ที่มีความเชื่อว่าการรักษาที่เขาได้รับมีประโยชน์จะมารับการตรวจที่คลินิกอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1990) พบว่าการรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และ ฮาลาล (Hallal, 1982, p. 137) พบว่าสตรีที่ตรวจเต้านมตนเองประจำ เพื่อหามะเร็งเต้านมในระยะแรกมีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนสูงแต่ในบางกรณีผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำนั้น ๆ แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ เนื่องจากมีปัญหาหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติแตกต่างไปจากภาวะปกติ ความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา (Becker, 1974, p. 410; Hershy et al., 1980, p. 1087) ดังเช่นการศึกษาของ ชลูเอเตอร์ (Schlueter, 1982, p. 361) พบว่าสตรีที่เชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ตามความเชื่อเพียงร้อยละ 37.5 เท่านั้น จากการศึกษาของ แมคคอสแลนด์ (McCausland, 1990) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันการโรคระดูกพรุนของผู้สูงอายุหญิงและการได้รับปัจจัยชักนำจะมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมป้องกันการโรคระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ บูราค และไมเออร์ (Burak & Meyer, 1997) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาของ เหยียน จุน (2542) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการออกกำลังกาย ในนักศึกษาหญิงปริญญาตรี และจากการศึกษาของ สุขุมล และสนพวง (2543) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers)

เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ นั้นยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะของเขาได้จริงและจะได้รับประโยชน์คุ้มเท่ากับเวลาที่เสียไปในการตรวจรักษาแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการรักษา คอนเนลลี่ (Connolly, 1987) กล่าวว่า ความไม่สุขสบาย ความไม่สะดวกในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งความซับซ้อนและระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนานจะเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งคลิงเกอร์ (Klinger, 1984, p. 370) ศึกษาพบว่าเวลาความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากการรักษา ตลอดจนการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ดังเช่นการศึกษาของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tittel & Hart, 1980, p. 490) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย การศึกษาของ เอ็ทเทีย, อับเดล-ราหมัน และคามัล (Attia, Abdel-Rahman, & Kamel, 1996) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ แคสเซล (Cassells, 1988) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานแคลเซียมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของหญิงวัยหมดประจำเดือน เหยียน จุน (2542) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาหญิงปริญญาตรี การศึกษาของ จิตอารี ศรีอาคะ (2543) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมออกกำลังกายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาน พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของพยาบาล โดยพบว่า เวลา และความพร้อมของร่างกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ปรศนิ ศรีวิชัย (2540) พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและดูแลบุตรเมื่อติดเชื่อเลี้ยงปด้นระบบหายใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง และจากการศึกษาของ มยุรี นิรัทธราคร (2543) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

5. แรงจูงใจ (Motivation)

การศึกษาแรงจูงใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่ง

เป็นแรงกระตุ้นภายในและเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองจะไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อพบอาการผิดปกติก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์และรับการรักษา ซึ่งแรงจูงใจนี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1978, p. 271) พบว่ามารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรที่เป็นโรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ ของตน และมีความตั้งใจให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเชื่อว่าจะสามารถควบคุมอาการจับหืดได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะหายจากอาการหอบหืดแล้วแต่มารดาของผู้ป่วยยังรู้ดีกว่าผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาโรคหืดเพื่อป้องกันอาการจับหืดและควรรับประทานยาบำรุง นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญของการมีปรอทวัดไข้ส่วนตัวเพื่อตรวจสอบสุขภาพของบุตรตน รวมทั้งการมาพบแพทย์ตามนัด และการศึกษาของ นิตยา ภาสุพันธ์ (2530, หน้า 80) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying Factors)

เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติของผู้ป่วย ได้แก่

6.1 ตัวแปรด้านประชากร (Demographic Variables) แฮร์ริส และกูเทน (Harris & Guten)

พบว่า ในการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ตัวแปรด้านประชากรเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ (Brown & Mc Greedy, 1986, p. 317) ดังผลการศึกษาดังต่อไปนี้

เพศ: จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวตลอดจนทัศนคติการเจ็บป่วย และเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศชาย (Anderson & Noris, 1972, p. 352) โดยพบว่า เพศหญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย แต่มีความเจ็บป่วยและไปรับการตรวจรักษามากกว่าเพศชายทุกช่วงอายุ (Cockerham, 1982, p. 70) จากการศึกษาของ ไวส์สเฟลด์, เคิร์ชท์ และบร็อก (Weissfeld, Kirscht, & Brock, 1990) พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเห็นคุณค่าของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ กิลแมน (Gillman, 1988) ที่พบว่าเพศหญิงมีความสนใจหรือรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยในสถานที่ทำงานมากกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาของ โมเนน และคณะ (Monane et al., 1996) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านความดันโลหิตสูง

อายุ: อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างที่เกิดขึ้น ดังที่ เบคเกอร์ (Becker, 1974, p. 88) พบว่าความไม่ร่วมมือตามแผนการรักษา มักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมาก ๆ และอายุน้อย ๆ ดังเห็นได้จากการศึกษาของ เซอร์เบอร์น และคณะ (Sherbourne et al., 1992) พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับประทานยาเป็นเวลานานซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี จะมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคมักเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น (Brown & Mc Greedy, 1986, p. 317) การศึกษาของ แทกการ์ท และคอนเนอร์ (Taggart & Conner, 1995) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนและแรงจูงใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ บรูนิ จีพบริสุทธ์ (2540) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถานภาพสมรส: กลุ่มผู้ป่วยที่เป็น โสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541, หน้า 16) แต่การศึกษาของ อัลลาร์ด (Allard, 1989, pp. 448-452) พบว่า สถานภาพสมรสโสด มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าสถานภาพสมรสคู่ และจากการศึกษาของ บราวน์ และแมค กรีดดี้ (Brown & Mc Greedy, 1986, p. 517) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุหญิงที่เป็น โสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพพออนามัยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็น โสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่

ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ: เพนเดอร์ (Pender, 1982, pp. 161-162) กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักจะได้รับการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ ไคสัน (Kison, 1992) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยจะให้ความร่วมมือในการมาตรวจรักษามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดำกว่า

อาชีพ: อาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพพออนามัยต่างกัน เนื่องจากคนในกลุ่มอาชีพต่างกันจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติและประสบการณ์ต่างกัน จากการศึกษาของ เนมเชค (Nemcek, 1990) พบว่า อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านสุขภาพ

ระยะเวลาในการรักษา: นักวิจัยหลายท่านพบว่า ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพพออนามัย เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา

และผลของการรักษาและผลของความเจ็บป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ไม่ถูกต้อง ยิ่งระยะเวลาในการรักษายาวนานมากขึ้น ผู้ป่วยก็จะหยุดการรักษาก่อนครบกำหนดการรักษามากขึ้นเท่านั้น (Taylor & Littlewood, 1998)

ความรุนแรงของโรค: การศึกษาของ เซฟส์ (Chaves, 1994) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่อาการอยู่ในระยะรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการแสดง

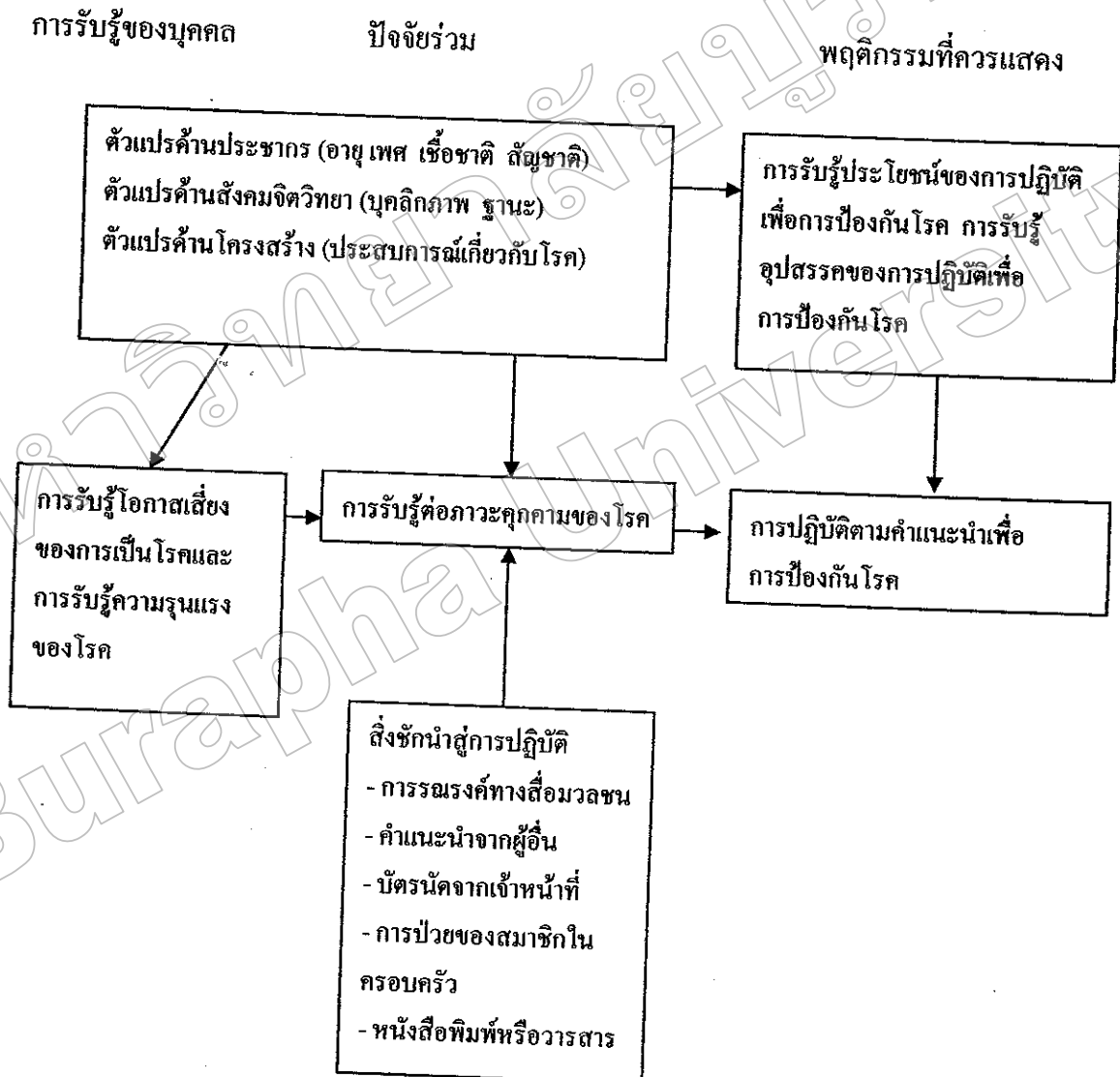
ประสบการณ์การเข้ารับรักษาโรคในโรงพยาบาล: โจเซฟ (Joseph, 1980, pp. 136-137) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน การที่ผู้ป่วยต้องเข้าอนพักรักษาเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกประการหนึ่งซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย กล่าวคือ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีโอกาสได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะก่อให้เกิดทักษะและการเรียนรู้ในการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง

6.2 ตัวแปรด้านสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่ใกล้ชิด เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maimann, 1980) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนไปรับภูมิคุ้มกันโรค เช่นเดียวกับรายงานของ สุภาภรณ์ คังแพง (2531, หน้า 95) ที่พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าโรคที่ผู้ป่วยเป็นมีผลทำให้เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงในสังคม เช่น โรคซิฟิลิส ผู้ที่เป็นโรคมักจะถูกมองว่ามีความสำส่อนทางเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความอับอาย และได้รับการต่อต้านจากครอบครัวและเพื่อน ๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยปิดบังและไม่มารับการรักษา (Darrow & Pauli, 1984, p. 66) ความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสมาชิกในครอบครัวหรือจากทีมสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนในการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอันตรายและส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานยารักษาวัณโรคจะทำให้มีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (Morisky et al., 1990 อ้างถึงใน สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ, 2540)

6.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น และการกระตุ้นเตือน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คนปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความเข้ม (Intensity) ของสิ่งชักนำที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้จะขึ้นกับความพร้อมของกลุ่มหรือบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (Larson et al., 1979; Cerkonet & Hart, 1980 cited in Janz & Becker, 1984) จากการศึกษาของ ปีโทสา และแจคสัน (Petosa & Jackson, 1991) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น พบว่าปัจจัยชักนำ เช่น ข้อมูลความรู้ ข่าวสาร คำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ลี (Lee, 2000) พบว่าถึงกระนั้นในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก คือคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ จะช่วยเพิ่มแรงกระตุ้นในการมารับการตรวจที่เพิ่มขึ้นของสตรี

จากองค์ประกอบสำคัญดังกล่าว สามารถเขียนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านั้นเป็นโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังแสดงไว้ในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974, p. 206)

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโรค หรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้นการจัดโครงการสาธารณสุขสำหรับประชาชนหรือผู้ป่วยที่มุ่งให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้องมีการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติทางด้านสุขภาพในเรื่องนั้น ตลอดจนแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของบุคคล หลังจากนั้นจึงจัดโปรแกรมที่มีเนื้อหาและกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมบุคคลให้มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ ร่วมกับการปรับปรุงรูปแบบของโครงการสาธาณสุขนั้น ๆ ให้มีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก หลีกเลี่ยงการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกกลัวอาย หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มากเกินไป การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการ และการเลือกสิ่งชักนำที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากญาติหรือกลุ่มเพื่อน การทำข้อตกลงระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ (Patient Provider Contract) การให้บัตรนัด การส่งไปรษณียบัตรเตือน ฯลฯ ซึ่งได้มีการนำแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการวิจัยแบบกึ่งทดลองเป็นจำนวนมากซึ่งให้ผลสนับสนุนว่าการจัดรูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น (กองสุศึกษา, 2542, หน้า 27)

นอกจากนี้ยังมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไปศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการรักษาโรคต่าง ๆ อีกเป็นจำนวนมาก เช่น พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมกาป้องกันกามโรค โรคไข้เลือดออก พฤติกรรมกาปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ให้ผลสนับสนุนตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2542, หน้า 27)

การรับรู้หรือความเชื่อเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อ 1) เชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ 2) เชื่อว่าผลที่ตามมาจากปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีอันตรายหรือความรุนแรง 3) เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงได้ 4) เชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งอธิบายได้จาก

มโนทัศน์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประยุกต์ในการปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543, หน้า 32) ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยการค้นหาหรือเลือกบุคคลที่มีความเสี่ยง ประเมินระดับความเสี่ยง ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะประชากรหรือพฤติกรรมของบุคคล

การรับรู้ความรุนแรง แจกแจงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกตินั้นในทุก ๆ ด้าน เช่น สุขภาพ การทำงาน ชีวิตในครอบครัว ชีวิตในสังคม เป็นต้น ให้ข้อมูลที่เป็นจริงไม่ควรขู่ให้เกิดความกลัวจนเกินเหตุ

การรับรู้ประโยชน์ เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม กำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ อย่างชัดเจนว่ามีอะไรบ้าง ปฏิบัติอย่างไร ในเวลาใด อธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างชัดเจน

การรับรู้อุปสรรค ขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จัดสิ่งแวดล้อมหรือระบบการบริการให้เกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ เช่น เวลาที่เปิดบริการ ค่าใช้จ่าย ลดการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ โดยให้ความมั่นใจ แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด ๆ จูงใจและให้ความช่วยเหลือ

ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ อย่างชัดเจน กระตุ้นการตระหนักรู้ (Awareness) และสร้างระบบการกระตุ้นเตือน (Reminder)

การปฏิบัติของบุคคล ในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโรค หรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิด การปฏิบัติ ซึ่ง เบคเกอร์ และ ไมแมน (Becker & Maiman, 1980) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วย

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ไตรอุดมศรี, ช่อลดา พันธุเสนา และสาวิตรี ลิ้มไชยอรุณเมือง (2541) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ โดยให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการรักษา ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ภาพพลิกและคู่มือเกี่ยวกับความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการให้ข้อมูล 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ เจริญสิทธิชัย (2548) เกี่ยวกับการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียนประถม เขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นได้ว่าการให้การรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับคำกล่าวของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะ และ การปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่น่าเสนอ ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้โดยสร้างเป็นแบบแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ภาวะน้ำหนักเกิน เกิดจากการรับประทานอาหารที่มากเกินความจำเป็นของร่างกาย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่ใช้พลังงานน้อยลง การขาดการออกกำลังกาย ส่งผลกระทบต่อร่างกายมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคสมองเสื่อม โรคปวดข้อ เป็นต้น ภาวะน้ำหนักเกินสามารถป้องกันและลดอันตราย ที่จะเกิดได้โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่พบว่าผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีการปฏิบัติตนทางสุขภาพน้อย จากการศึกษาเกี่ยวกับข้อจำกัดของการควบคุมน้ำหนักต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว โดยอาจมีปัจจัยส่งเสริมจากอาการของโรคและการรักษา รวมทั้งปัจจัยทางด้านสุขภาพจิต (Jensen, Friedman, & Amer, 2002) ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ในแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยการประเมินระดับความเสี่ยง ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงของการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น แจกแจงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินในทุก ๆ ด้าน เช่น สุขภาพ การทำงาน ครอบครัวและสังคม เป็นต้น ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรุนแรงจากภาวะน้ำหนักเกิน ไม่ก่อให้เกิดความกลัวจนเกินเหตุ อธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการมี

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจากภาวะน้ำหนักเกิน กำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจน ว่ามีอะไรบ้าง ปฏิบัติอย่างไร ในเวลาใด ขจัดหรือลดอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุม ภาวะน้ำหนักเกิน ค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการมีพฤติกรรมสุขภาพ จัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ ลดการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ โดยให้ความมั่นใจ ให้เห็นตัวแบบ ของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะ น้ำหนักเกิน แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด ๆ ขู่ใจและให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ปฏิบัติอย่างชัดเจน มีการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและสร้างระบบการกระตุ้นเตือนทาง โทรศัพท์ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำกระบวนการกลุ่มมาเป็นวิธีการที่จะให้สมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นบุคคลที่มี ปัญหาคล้ายกันได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ด้านการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการวิจัยนี้ จึงน่าจะเป็น วิธีการที่เหมาะสม หากผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีการรับรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สิ่งที่จะตามมา คือ ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลภายในกลุ่ม สมาชิก ในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม สามารถแก้ปัญหาส่วนบุคคลหรือกลุ่มทางด้านพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ เกิดการพัฒนา ทักษะในการแก้ไขปัญหา (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544, หน้า 1)

ปัจจุบันการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นพื้นฐานในการสนับสนุนให้บุคคลได้บรรลุ จุดมุ่งหมายหรือมีพฤติกรรมในทิศทางที่ต้องการ และสามารถนำกลุ่มมาใช้ในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้ 3 ลักษณะ คือ เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง เป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง และเป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลง กระบวนการกลุ่มใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ ต้องการ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ (Role Play) การประชุมกลุ่ม (Buzz Session) และการอภิปราย กลุ่ม (Group Discussion)

การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการที่นำมาใช้อย่างมากในการให้สุศึกษาแก่ประชาชนใน กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ทาง คำพูด ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายทั้งในรูปธรรมและนามธรรม ช่วยให้กลุ่มได้ แสวงหา ข้อเท็จจริงแยกแยะความเข้าใจของตนเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การตัดสินใจ

ของกลุ่มเป็นการตัดสินใจโดยการฟังเหตุผล ข้อเท็จจริงให้อิสระในการออกความคิดเห็นเต็มที่ ดังนั้น การอภิปรายกลุ่มจึงสามารถนำมาใช้ในการให้การศึกษาได้ดี เพราะเป็นการอภิปรายที่ไม่ได้นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัว สมาชิกสามารถพิจารณาไตร่ตรอง เพื่อจะนำไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม

วิธีการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากการทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการให้ผู้เรียนรู้เป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by Doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน เร้าใจ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มได้ลงมือปฏิบัติ ได้แสดงความคิดเห็น มีความรู้สึกและมีอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้กระทำ จะทำให้เกิดแนวคิดและสามารถจดจำเนื้อหาได้มาก นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดีสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีควรประกอบด้วยลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. ผู้เรียนจะมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรมแทนการนั่งฟังคำบรรยาย
 2. ผู้ให้ความรู้มีหน้าที่คอยประสานงาน และจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน
 3. การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่ผู้เรียนทุกคนจะเป็นแหล่งที่มาของความรู้ โดยทุกคนจะมีส่วนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพราะฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้จึงมาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ
 4. การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม
 5. การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ จากตนเอง จากสมาชิกและจากกลุ่ม
- องค์ประกอบในการจัดการการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย
- การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation)** ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่มและการจัดประสบการณ์เรียนรู้ภายในกลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงทุกครั้งเมื่อจัดตั้งกลุ่ม
 - 1.1 การให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่ม จำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะการทำกลุ่ม การกำหนดจุดมุ่งหมายจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ คือ

1.1.1 ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปรัชญา ทักษะความสามารถของเจ้าหน้าที่

1.1.2 ลักษณะผู้ที่จัดทำกลุ่ม

1.1.3 นโยบายและจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำอยู่

1.1.4 ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่

1.2 ขนาดกลุ่ม กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ถ้าหากมีกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้นควรมีสมาชิกจำนวน 4-12 คนจะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากที่สุด และมีความเป็นปึกแผ่นแน่นกว่ากลุ่มที่มีขนาดใหญ่กว่านี้ ความสนใจซึ่งกันและกันจะน้อยลง เพราะสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์น้อยลง

การจัดรูปแบบของกลุ่มที่มีขนาดเล็ก ควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สมาชิกในกลุ่มหันหน้าเข้าหากัน จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วมเพราะจะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดเป็นไปในทางที่ดี

1.3 เวลาและสถานที่ในการจัดทำกลุ่ม

1.3.1 เวลาในการจัดทำกลุ่มควรเป็นเวลาว่างที่ไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง และความถี่ของการประชุมอาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม

1.3.2 สถานที่ในการทำกลุ่มควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ ไม่แออัด

1.4 ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการทำกลุ่มเพราะการทำกลุ่มของสมาชิกให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่มจะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง ความเป็นผู้นำเป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมและมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

1.5 หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Function) มี 4 ประการ

1.5.1 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่มใน 3 ด้าน

1.5.1.1 ความรู้ที่มั่นคงปลอดภัย

1.5.1.2 ความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม

1.5.1.3 ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น

ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสกับสมาชิกกลุ่มในการที่จะตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของตน และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อหมู่คณะด้วย

1.5.1.4 ผู้นำต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ โดยให้บรรยากาศในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคง เป็นที่น่าพอใจ

1.5.1.5 ผู้นำกลุ่มจะต้องตรวจตราดูแลความก้าวหน้าหรือความเจริญงอกงามของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อการดำเนินการให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และจะต้องมีการประเมินผลความก้าวหน้าของการทำกลุ่มเป็นระยะ ๆ

1.5.1.6 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนย่อมจะใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

1.6 วิธีปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention) เพื่อให้การจัดกระบวนการกลุ่มบรรลุตามจุดมุ่งหมายของผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการในการปฏิบัติเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1.6.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และอธิบายให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจถึงจุดหมาย และวิธีดำเนินการของกลุ่ม การที่สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลมากขึ้น

1.6.2 สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่งและลักษณะสมาชิก

1.6.3 กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหาของกันและกัน หาทางช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น โดยการใช้วัสดุอุปกรณ์ การเล่นเกมส์หรืออื่น ๆ

1.6.4 กระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

1.6.5 วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มต่างกัน

1.6.6 ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

1.6.7 การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

1.7 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้น จะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดนอกจากจะขึ้นอยู่กับดำเนินการของกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก ดังนั้นสมาชิกกลุ่มต้องมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1.7.1 ช่วยทำกลุ่มโดยให้ข้อคิดใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และวิธีจัดการปัญหาของกลุ่ม

1.7.2 คอยกระตุ้นสนับสนุน คอยให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก

1.7.3 ช่วยสร้างบรรยากาศให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวด หรือเครียดมากเกินไป แก้ข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม และการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

1.7.4 ตรวจสอบความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนภายในกลุ่ม

1.7.5 ประสานความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างมโนภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น

1.7.6 ปลุกปล้ำกลุ่มโดยการเสนอแนะ ความคิด และวิธีการใหม่ ๆ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

1.8 การจัดประสบการณ์เรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience) การจัดประสบการณ์เรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มเป็นผู้สร้างบรรยากาศความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกรับรองปลอดภัยให้กับสมาชิก ในตอนเริ่มต้นของกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องกล่าวย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนและการอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ ได้แสดงความรู้และความคิดเห็นของตนออกมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ปัญห และเลือกวิธีแก้ปัญห โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุนการที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาของตนเอง และความดีใจของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำควรบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่

ปัจจัยที่ทำให้กระบวนการกลุ่มมีประสิทธิภาพ

1. การสร้างความหวัง (Installation of Hope) การดำรงไว้ซึ่งความหวังเป็นปัจจัยที่สำคัญของการบำบัด การมีความเชื่อ มั่นใจต่อการบำบัดรักษาทำให้สมาชิกเกิดความหวังต่อการได้รับความช่วยเหลือสูง มีความหวังว่าตนเองจะมีอาการดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการที่จะสู้เมื่อเห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
2. การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) สมาชิกหลายคนมีความรู้สึกโดดเดี่ยว คิดว่าตนเองมีปัญหาเพียงคนเดียว ปัญหาของตนเองไม่มีทางแก้และมักแยกตัวออกจากสังคม การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกัน ทำให้ความรู้สึกที่ว่าตนเองทุกข์อยู่คนเดียวลดลง รู้สึกตนเองไม่ได้โดดเดี่ยว
3. การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Imparting of Information) สมาชิกมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ในขณะเดียวกันก็มีโอกาสให้ข้อมูลหรือคำแนะนำกับสมาชิกคนอื่น ๆ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
4. ความเกื้อกูล (Altruism) การเข้าร่วมกลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ได้ช่วยเหลือให้กำลังใจ สนับสนุนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหให้ผู้อื่น ทำให้สมาชิกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง
5. การพัฒนาทักษะทางสังคม (Development of Socializing Techniques) การเรียนรู้ทางสังคมและได้พัฒนาพื้นฐานของทักษะทางสังคม เป็นปัจจัยของการบำบัดรักษา สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทางสังคม จากการสะท้อนความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น ๆ

6. การได้ระบายความรู้สึก (Catharsis) การที่สมาชิกได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกในบรรยากาศของการยอมรับ ทำให้อารมณ์ต่าง ๆ ที่พุ่งพล่านลดลง ช่วยทำให้สมาชิกมีความสบายใจ มีการพัฒนาจิตใจ และอารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น

7. ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในกลุ่ม (Group Cohesiveness) สมาชิกในกลุ่มมีความผูกพันต่อกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีความเป็นเจ้าของเกิดการเปิดเผยตนเองมากขึ้น

ความจำเป็นในการสร้างให้กระบวนการกลุ่มเกิดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม อย่างไรก็ตามทุก ๆ กลุ่มถ้าผู้นำสามารถสร้างให้เกิดปัจจัยดังกล่าวได้มากเท่าใดจะพาให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากหลักการของกระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ปัญหาส่วนบุคคลหรือกลุ่มทางด้านพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544, หน้า 1) และการสร้างประสบการณ์ให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิด ทักษะคิด และการปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นการเรียนรู้จากการทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการให้ผู้เรียนรู้เป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by Doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน เข้าใจ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มได้ลงมือปฏิบัติได้แสดงความคิดเห็น มีความรู้สึกและมีอารมณ์ร่วมในสิ่งที่ได้กระทำ จะทำให้เกิดแนวคิดและสามารถจดจำเนื้อหาได้มาก นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดีสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินเหมือนกันมาเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่ได้รับการคัดเลือกจากสมาชิกภายในกลุ่ม ทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง เพื่อที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลอง ได้มีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่ถูกต้อง ตลอดจนเป็นการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่ได้รับจากสมาชิกกลุ่มด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นเรื่องของการปฏิสัมพันธ์จากพฤติกรรมของบุคคลที่มี ปัญหาเหมือนกันมารวมกลุ่มกัน การปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการพัฒนาทักษะ ในการแก้ไขปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544, หน้า 1) ซึ่งผู้วิจัย คาดว่า ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินจะมีการรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุม ภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ลดลง ลดอันตรายจากภาวะน้ำหนักเกินได้