

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.2 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.4 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่มีความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 1997; WHO-ISH, 1999) สามารถจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูงดังนี้

1. จำแนกตามระดับความดันโลหิต โดยอาศัยการแบ่งระดับความดันโลหิตตามอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดไว้ดังนี้ (Joint National Committee VII, 2003)

	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ความดันโลหิตปกติ	< 120	และ < 80
ก่อนข้างสูง	120-139	หรือ 80-89
ความดันโลหิตสูง		
ระยะที่ 1	140-159	หรือ 90-99
ระยะที่ 2	> 160	หรือ > 100

2. จำแนกตามความรุนแรงของความดันโลหิตสูงร่วมกับการถูกทำลายของอวัยวะต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

2.1 ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบอวัยวะที่ถูกทำลาย

2.2 ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1

อย่างต่อไปนี้

2.2.1 เวนทริเคิลซ้ายโต

2.2.2 หลอดเลือดแดงที่เรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน

2.2.3 มีอัลบูมินในปัสสาวะ และ/หรือ ครีอะตินินในเลือดสูงกว่าปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 ตรวจพบว่า มีอวัยวะถูกทำลายเป็นผลมาจากความดันโลหิตสูงและมีอาการแสดง ได้แก่

2.3.1 มีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย

2.3.2 อัมพาตจากเลือดออกในสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว

(Transient Ischemic Attack) หรือภาวะสมองบวม

2.3.3 เรตินามีเลือดออก และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม (Papillo Edema)

2.3.4 ไตวาย ตรวจพบครีอะตินิน มากกว่า 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลอดเลือดมีการโป่งพองของหลอดเลือด (Dissecting Aneurysm) หรือมีอาการของหลอดเลือดอุดตัน

3. จำแนกตามสาเหตุ แบ่งได้ 2 ชนิด ดังนี้

3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential or Primary Hypertension) คือ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูงพบได้มากกว่า 90-95% ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เชื่อว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด หรือมีไขมันสูง ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด

3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) พบได้น้อยประมาณ 5-10% ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุอาจเกิดจากการได้รับยา หรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคไต โรคหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้าตีบตัว (Coarctation of Aorta) ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคต่อมไทรอยด์ เป็นต้น

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไปตลอดชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้ (ชนวนทอง ชนสุกาญจน์ และดวงกมล จันทรมิตรี, 2542)

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายถูกทำลายและเกิดการแข็งตัว ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายถูกทำลาย (สมชาติ โฉมายะ และอรรณ สุวจิตตานนท์, 2539; Trottier, 1996) ได้แก่

1.1 สมอง ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัวและตีบแคบ มีการโป่งพองเล็กๆ ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลายอาจทำให้เป็นอัมพาต หรืออาการสมองเสื่อม และอาจมีความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิต ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 3-4 เท่าเมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกันที่มีความดันปกติ (WHO-ISH, 1999)

1.2 หัวใจ ระดับความดันโลหิตสูงมีผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเกิดจากผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคหัวใจวายได้ จากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานเพิ่มขึ้นโดยออกแรงบีบตัว เพื่อต้านกับแรงดันในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะมีการปรับตัวโดยที่กล้ามเนื้อหัวใจขยายตัวมากขึ้น จึงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต ถ้ายังเกิดภาวะเช่นนี้ต่อไปจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวได้อีก ทำให้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพจึงเกิดภาวะหัวใจวาย ในผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 เท่าของคนในวัยเดียวกันที่มีความดันโลหิตปกติ (Scott, 1998)

1.3 หลอดเลือด ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัว และมีการทำลายของผนังหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดีเกิดการอุดตัน หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันทำให้

อวัยวะต่าง ๆ ขาดเลือดไปเลี้ยง เช่น หัวใจ สมอง และไต และโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคสมองขาดเลือด และไตวาย เป็นต้น (Scott, 1998)

1.4 ไต ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาขึ้น ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง อัตราการกรองที่ไตลดลง และมีการทำลายของหน่วยไต ดังนั้นความสามารถของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง เกิดการคั่งของของเสียในร่างกายถ้าการคั่งของของเสียอยู่ในระดับที่สูงจะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด หดคต และเสียชีวิตได้ (Williams, 1991)

1.5 จอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดนัยน์ตาจะหนาตัวขึ้น มีการตีบแคบ ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น ถ้าเป็นรุนแรงจะทำให้หลอดเลือดแตก และมีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม เกิดอาการตาพร่ามัว และตาบอดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544, หน้า 139)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยา เนื่องจากมักจะคิดว่าตนเองมีอาการรุนแรงมากกว่าบุคคลอื่น ๆ และการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน เนื่องจากผลข้างเคียงที่ได้รับจากยา เช่น อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลกระทบต่อการแสดงบทบาทในสังคม ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาต ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาทเดิมในสังคมลดลง นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนอาจมีผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัวในการดูแล ให้การช่วยเหลือ และยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา จากการศึกษาของเมย์นาร์ด (Maynard, 1992 cited in Kaplan, 1998) พบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องเสียค่าใช้จ่าย เป็นค่ายาควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 1,748 เหรียญต่อปี และถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและมีการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคไต และต้องล้างไต จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มขึ้นเป็น 35,024 และ 40,864 เหรียญต่อปีตามลำดับ สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลต้องเสียค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองค่ารักษาพยาบาลจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อรายต่อครั้ง

จากการที่กล่าวมาข้างต้น โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของบุคคลในครอบครัว และสังคม ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน (National Institutes of Health, 1997) เพราะจะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้

แบบแผนการดำรงชีวิต

เชื่อว่าแบบแผนการดำรงชีวิตตลอดจนการเผชิญกับภาวะเครียดของสังคมและสิ่งแวดล้อม จะทำให้มีการหลั่งของ Catecholamine ออกมามากขึ้น การมีภาวะเครียดสม่ำเสมออาจนำไปสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรในเมืองเล็ก ๆ ที่มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย มีอุบัติการณ์เกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าเมืองขนาดใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเครียดทางสังคมในเมืองใหญ่มีมากกว่า ดังนั้นการคลายเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ จะสามารถจะลดระดับความดันโลหิตลงมาได้ (Levine, 2000)

การรับประทานอาหาร

อาหารที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นคือ อาหารที่มีรสเค็ม พบว่าในผู้สูงอายุมากกว่า 75 ปี จะมีต่อมรับรส (Taste Bud) ลดลงถึง 64 เปอร์เซ็นต์ ทำให้การรับรสเสียไป ฉะนั้นผู้สูงอายุมักจะเติมเกลือมากขึ้น เพื่อที่จะรับรู้รสเค็มได้เท่าเดิม เกลือโซเดียมมีผลต่อระดับความดันโลหิต ปริมาณของเกลือโซเดียมที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความไวของการตอบสนองของแต่ละคน ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว จะไวต่อเกลือโซเดียมมากกว่า

การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ ยังไม่มีผลชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูง แต่ผู้ที่สูบบุหรี่สารนิโคตินในบุหรี่มีผลต่อการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดจะทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้ในเวลาต่อมา การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวอาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้ชั่วคราว ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะไม่มีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงโดยตรง แต่การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกิดภาวะเส้นโลหิตในสมองและเส้นเลือดหัวใจอุดตันในผู้สูงอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 (JNC VII, 2003)

การดื่มกาแฟ

การศึกษาพบว่า การดื่มกาแฟมักทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-15 มม.ปรอท ภายใน 15 นาที ภายหลังจากการดื่มกาแฟประมาณ 2-3 ถ้วย (250 มก. ของ Caffein) ระดับความดันโลหิตสูง เช่นนี้ราว 2 ชั่วโมง การดื่มกาแฟเป็นประจำอาจจะไม่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงอย่างถาวรแต่อาจมีผลทางอ้อม โดยผู้สูงอายุเมื่อรับประทานกาแฟ จะมีผลทำให้นอนไม่หลับ ก็จะเกิดความเครียดได้ การมีภาวะเครียดเป็นประจำก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ (Robertson, et al., 1987 อ้างในจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2532)

น้ำหนักเกิน

ผู้ที่มือน้ำหนักเกิน (ค่าดัชนีมวลกาย = 18.5-24.9) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของ ระบบ เลือดหัวใจ จากการศึกษากอง Framingham โครงการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังตรงบริเวณ ได้สะบัก พบว่าอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงจะมากขึ้นตามปริมาณของไขมันใต้ผิวหนัง และผู้ที่มือน้ำหนักเกิน 29 พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น (JNC VII, 2003)

ภาวะเครียด

การมีภาวะเครียดอย่างสม่ำเสมอ อาจนำไปสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษากองกลุ่มประชากรในเมืองเล็ก ๆ ที่มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย มีอุบัติการณ์เกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าเมืองขนาดใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเครียดทางสังคมในเมืองใหญ่มากกว่า ดังนั้นการคลายเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ จะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงมาได้

จากโรคอื่น ๆ

ที่มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เช่น โรคโลหิตจางขั้นรุนแรง ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน การรับฮอร์โมนบางชนิด

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากปัจจัยเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงหลายประการ ซึ่งล้วนแต่เกิดจากการมีพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยการปรับพฤติกรรมชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ก่อให้เกิดความปลอดภัยเสมอไป การรักษาและควบคุมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยเฉพาะความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ได้รับคำรับรองแล้ว จาก JNC VII (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คณะกรรมการค้นหา ประเมินผล และควบคุมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ได้เสนอแนะดังนี้

การลดน้ำหนัก

ประสิทธิภาพของการลดน้ำหนักได้ผลดีในกลุ่ม Mild และ Severe Hypertension น้ำหนักที่ลดลงเป็นผลมาจากการจำกัดพลังงาน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึม ที่มีบทบาทสำคัญในระบบความดันโลหิต เป้าหมายในเรื่องนี้ก็คือ บุคคลที่มีประวัติในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรจะลดน้ำหนักลง 15 เปอร์เซ็นต์ (JNC VII, 2003)

การจำกัดโซเดียม

การรับประทานอาหารที่มีรสชาติดัดเจี้ยนไป อาหารรสเค็ม จะเพิ่มปริมาณของเกลือโซเดียมในร่างกายปริมาณของแร่โซเดียมจะเป็นตัวเพิ่มความดันโลหิตสูง จึงควรสร้างความเคยชินให้กับตัวเองโดยการฝึกรับประทานอาหารที่มีรสไม่จัด โดยเฉพาะรสเค็ม หรือรับประทานเกลือโซเดียมคลอไรด์ไม่เกินวันละ 10-20 กรัม หรือ 1 ช้อนชา โดยเกลือนั้นมีในอาหาร และเครื่องดื่มนานาต่าง ๆ ถึงแม้ว่าจะมีบางรายงานกล่าวถึง การรับประทานเกลือน้อยลง อาจไม่เกิดประโยชน์ แต่ส่วนใหญ่ยังสรุปว่า การลดปริมาณเกลือในอาหารบริโภค ยังมีผลโดยตรงกับการลดระดับความดันโลหิต (JNC VII, 2003)

การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง

อาหารที่เหมาะสมคืออาหารเส้นใยสูงที่มีโปรแตสเซียมสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีรสเปรี้ยว และอาหารประเภทถั่ว ข้าวโอ๊ต ผลไม้ และผักสามารถทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง พบว่า Total Cholesterol (TC) ลดลงร้อยละ 9.9 ของ Triglyceride (TG) ลดลงร้อยละ 7.7 และ High Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.0 ระดับความดันโลหิตลดลง ระดับ Systolic ลดลง 9.0 มิลลิเมตรปรอท และระดับ Diastolic ลดลง 8.0 มิลลิเมตรปรอท ผลสรุปว่ามี การลดลงของ Lipoprotein Metabolism สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ (JNC VII, 2003)

การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา

ผู้ที่ดื่มสุรามากกว่าปกติมากกว่า 60 ซีซีต่อวัน มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่ากลุ่มผู้ไม่ดื่ม และจากการศึกษาของชาเปอร์ และคณะ (Shaper et al., 1989) พบว่าปริมาณของการดื่มไม่ควรเกิน 45 ซีซีต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบการลดสุราจาก 537 ซีซี เป็น 57 ซีซี อาจจะลดระดับความดันโลหิตได้ 6.9/4.0 MmHg. และตามปริมาณการดื่มมากน้อยในแต่ละวัน โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มมากกว่า 2 หน่วย และผู้ที่หยุดดื่มสุราแล้วจะมีผลต่อความดันโลหิตเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่เคยดื่มสุรามาก่อน จาก JNC VII (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) การจำกัดแอลกอฮอล์ของคนปกติทั่วไปโดยการดื่ม 1 หน่วย หมายถึงสุราหรือวีสกี 1 ออนซ์ (30 ML.) หรือ เบียร์ 10 ออนซ์ (300 ML.) ไวน์ 3 ออนซ์ (90 ML.) แต่สำหรับผู้หญิง และผู้สูงอายุจะจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์เป็น

ครึ่งหนึ่งของคนปกติทั่วไป คือไม่เกิน 1 หน่วย จากการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าวไม่มีผลอันตรายต่อความดันโลหิตสูง

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายชนิด แบบไม่พึ่งออกซิเจน (Aerobic) จะทำให้เส้นเลือดขยายตัว ดังนั้นหลังการออกกำลังกาย จึงทำให้ความดันโลหิตสูง และผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลทำให้ชีพจรในขณะพักลดลงด้วย โดยผ่านทางกลไกของระบบประสาทซิมพาเทติกและฮอร์โมน ชนิดโอสต้าเกรนดิน ซึ่งมีผลต่อปฏิกิริยาของฮอร์โมนเรนิน ทำให้ปริมาณพลาสมาลดลง ส่งผลให้ความหนืดของพลาสมาลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงของกลไกของบาโรรีเซพเตอร์ การออกกำลังกายชนิด Aerobic อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นวิธีการปฏิบัติในการลดความดันโลหิตที่ดีวิธีหนึ่ง

การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุลดลง เป็นการเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลประเภท HDL-C และลดประเภท LDL-C การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที ซึ่งพลังงานที่ใช้ใน 3 นาทีแรก จะใช้น้ำตาลร้อยละ 60 และจากไขมัน ร้อยละ 40 นาทีที่ 20 ร่างกายจะใช้พลังงานจากน้ำตาลร้อยละ 50 และจากไขมันร้อยละ 50 หลังจากนั้นที่ 30 ไขมันจะถูกเผาผลาญมากขึ้นเป็น ร้อยละ 60 ระหว่างการออกกำลังกายแบบ Aerobic ชนิด Isotonic เช่น การวิ่งเบาๆ การเดินเร็ว การว่ายน้ำ ความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกจะสูงขึ้นตามปริมาณ Cardiac Out Put และอัตราการเต้นของหัวใจ เมื่อพักความดันโลหิตจะกลับสู่ปกติ ในผู้ที่ออกกำลังกายชนิดนี้อย่างสม่ำเสมอ ความดันโลหิตในระยะพักมักจะต่ำกว่าปกติเล็กน้อย และต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่ออกกำลังกายโดยเฉลี่ยในผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายชนิดแอโรบิก บ่อย ระดับของความดันโลหิตจะลดลงกว่าพวกที่ออกกำลังกายน้อยกว่า

การผ่อนคลายความเครียด

ภาวะเครียดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาการหดหู่ ก็มีบทบาทเช่นเดียวกัน การใช้เทคนิคการคลายเครียดในการรักษาผู้ป่วยเป็นรูปแบบการรักษาที่ใช้เพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าการรักษาโดยคลายเครียด มีการศึกษาหลายกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีเพียงเล็กน้อย การศึกษาในอเมริกาพบว่า การรักษาโดยคลายเครียดภายใน 3 เดือน มีผลต่อระดับ Systolic และ Diastolic ลดลง ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุนั้นจะต้องเผชิญภาวะเครียดเป็นประจำและบ่อยครั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อเกิดความเครียดบ่อยๆ และนานๆ ยิ่งจะเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงได้เมื่อเกิดความเครียดซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การนั่งสมาธิ การได้พักผ่อนในวันหยุดต่างๆ เช่นการท่องเที่ยว การได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งที่ชอบและพึงพอใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการใช้เวลาว่างโดยการนอนหลับ 6-8 ชั่วโมง สามารถลดความดันโลหิตได้

การตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

ผู้สูงอายุเป็นผู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง การประเมินสภาพร่างกายผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอทุก 6 เดือน เพื่อตรวจปัญหาสุขภาพร่างกายระยะเริ่มแรก เพราะว่าภาวะความดันโลหิตสูง หรือเรียกว่าภัยเงียบ จะมีการทำลายอวัยวะที่ค่อยเป็นค่อยไป อาการและอาการแสดงไม่เด่นชัด ซึ่งเมื่อแสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดก็จะทำลายอวัยวะนั้นมาก แล้วอาจทำให้อันตรายถึงความพิการหรือเสียชีวิตได้

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อคือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น ๆ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ มักจะทำให้เขาปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไรความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้

(จรรยา สุวรรณทัต, 2527, หน้า 141)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974, pp. 2-3) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อดังต่อไปนี้

1. คนผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3. ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัติตนนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมเพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health Related Behavior) โดยใน

ระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคลโดยสมมติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพและไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ (Becker, 1974, pp. 29-30) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to Take Action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the Advocated Health Behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวก หรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to Action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการความเจ็บป่วย หรือสิ่งที่ชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาส์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966, p. 246) อ้างถึงใน นิตยา ภาสุนันท์, 2527, หน้า 33) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปใน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา เบคเกอร์ และไมแมน (Becker & Maiman, 1974, p. 348 อ้างถึงใน วิริยา สุขวงศ์, 2545, หน้า 25-26) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมา

วิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีกเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and Enabling Factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behaviors) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในระดับสูง จะมีผลทำให้มีการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น (Janz & Becker, 1984) ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ ในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบา움 (Hochbaum, 1958, p. 28) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

เบคเกอร์จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ ผลการศึกษาจำนวนมากพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ฉะนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า ส่วนมากความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคใด ๆ จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น และมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขาถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งมีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคมามากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงสามารถส่งผลกระทบให้บุคคลตัดสินใจร่วมมือต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ ด้วยความรู้สึกกลัวอันเกิดจากกระบวนการของโรค และกลัวความยุ่งยากในการรักษาหากเกิดโรคขึ้นซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่

พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น จนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายสามารถทำลายชีวิต หรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking the Health Action Minus the Barriers or Cost of the Action) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือ โรคได้ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตามแต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาจะปฏิบัติเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) หมายถึงการรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความเหนื่อย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระซึ่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติ ในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974, p. 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงด้วยจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึงลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความตั้งใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อันได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม รวมทั้งสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ซึ่งเบคเกอร์ (Becker & Maiman, 1980 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) ได้ระบุว่า นอกจากปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งล้วนแต่เป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และส่งผลโดยตรงต่อการแสดง

พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรมซึ่งสามารถแสดงให้เห็นในแต่ละปัจจัย ดังนี้

6.1 ปัจจัยด้านประชากร หมายถึง สถานภาพส่วนบุคคลของประชาชน เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้

เพศ ความแตกต่างด้านร่างกายและจิตใจในเพศชายและเพศหญิง อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยเพศหญิงจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปสูงกว่าเพศชาย (Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน ชวนพิศ ปัญญาเลิศชัย, 1982) จะเห็นได้จากการศึกษาของอีเซน และคณะ (Eisen et al., 1985) และคอคเคอร์แฮม (Cockerham, 1982) พบว่าเพศหญิงมักให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตน และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ดีกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2541) พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าเพศชายทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วยรุนแรง จึงอาจสรุปได้ว่า เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการป้องกันโรคได้

อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจึงมีพฤติกรรมแตกต่างกันได้ จะเห็นได้จากการศึกษาของ เวสเฟลด์ และคณะ (Weissfeld et al., 1990) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่างพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าประชาชนที่อยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าวัยอื่น สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของ ทศนัย วงศ์จักร (2534) พบว่าในกลุ่มหญิงมีครรภ์นั้นปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันภาวะขาดไอโอดีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุอยู่ในกลุ่ม 15-25 ปี จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุในกลุ่ม 36-40 ปี แต่อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น เช่น การศึกษาของ ปราณีต ส่งวัฒนา และ วลัยยา คุโรปรกรณ์พงศ์ (2531) พบว่าประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคตับอักเสบไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าประชาชนที่มาใช้บริการจะมีอายุต่างกันก็ตาม

สถานภาพสมรส คู่สมรสและครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนสังคมด้านหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือและได้กำลังใจ บุคคลที่มีคู่ชีวิตจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าคนโสด (Hubband, Muhlenkamp, & Brow, 1986) จากการศึกษาของ บราวน์ และ แมคกรีดี (Brown & McGreedy, 1986) พบว่าผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุ

หญิงที่เป็นโรค จะมียุทธศาสตร์สุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโรค และผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่ และการศึกษาของ เคเกลส์ และคณะ (Kegeles et al., 1965 อ้างถึงใน จิตติพร อิงคถาวรวงศ์, 2528) พบว่าหญิงที่แต่งงานแล้วมีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก และมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าหญิงที่เป็นโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงมณี อักโข (2535) ที่พบว่าหญิงที่แต่งงานแล้วมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าหญิงที่เป็นเช่นกัน

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ บุคคลที่การศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Kuhlenkamp & Sayles, 1986 อ้างถึงใน วนิตา อินทราชา, 2538) จากการศึกษาของ ปีโตซาและแจคสัน (Petosa & Jackson, 1991) เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี จำนวน 679 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กในระดับชั้นเรียนสูง มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยมากกว่าเด็กในระดับชั้นเรียนต่ำกว่า นอกจากนี้ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของบุคคลทั้งในด้านการป้องกัน และรักษาโรค โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับความกังวลสุขภาพได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ (สุวิมล ฤทธิมนตร์, 2534) เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสแสวงหา และใช้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพตลอดจนมีศักยภาพในการวิเคราะห์ และกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (Freeman, 1970)

ลักษณะอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพและรายได้ เป็นสิ่งบ่งชี้ฐานะทางเศรษฐกิจ เพราะการมีอาชีพที่มั่นคงจะช่วยให้มีรายได้เพียงพอ ผู้ที่สถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง คาสส์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966) กล่าวว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกัน และรักษา

จากการศึกษาเวสเฟลด์ และคณะ (Weissfeld et al., 1990) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนจำนวน 2,802 คน ในรัฐมิชิแกนประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูง

6.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม หมายถึง องค์ประกอบด้านจิตวิทยาและสังคมของประชาชน เช่น บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม สถานภาพกลุ่ม ซึ่งมีผลทางอ้อมต่อความเชื่อ และส่งผลโดยตรงต่อบุคคลในด้านกระบวนการทางสังคม และการอยู่ร่วมกันในสังคม จากการศึกษาทางจิตวิทยาสังคมพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลมักขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่น

โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนฝูงใกล้ชิดจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนอย่างมาก (เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย, 2532) ดังที่ วิชนอร์ และโอเบียร์น (Whishner & O'Brien, 1978 อ้างถึงใน สุกัญญา ณรงค์วิทย์, 2532) กล่าวว่าความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะมีผลต่อการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่เกรย์ และคณะ (Gray, et al., 1966) พบว่าเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการไปรับภูมิคุ้มกันของบุคคลเพื่อป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มสมรส ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนและความต้องการของสังคมรอบข้าง

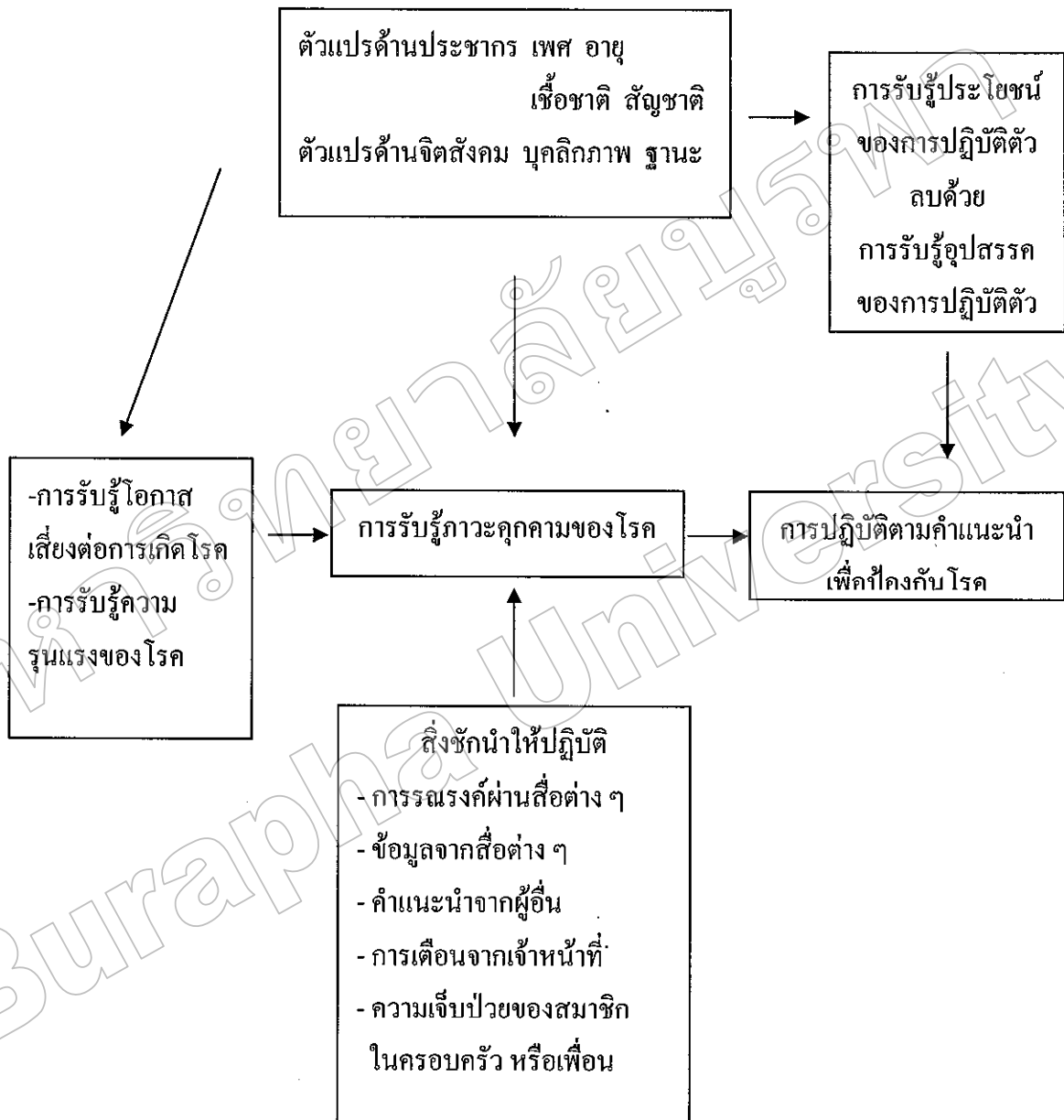
6.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น และการกระตุ้นเตือน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ จากการศึกษาของ ปีโทสา และแจคสัน (Petosa & Jackson, 1991) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น พบว่าปัจจัยชักนำ เช่น ข้อมูลความรู้ ข่าวสาร คำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

จากองค์ประกอบสำคัญดังกล่าว สามารถเขียนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านี้เป็นโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังแสดงไว้ในภาพ

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

แนวโน้มของการปฏิบัติ



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz & Becker, 1984)

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเองทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วย ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Damrosch, 1991; King, 1984) ซึ่งเบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1980) มีแนวคิดว่าการรับรู้ภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ถูกต้องทำได้โดยการให้ความรู้ ซึ่งจะส่งเสริมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ทราบว่าปฏิบัติอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ใหม่เข้ามาและนำมารวมกับความรู้เก่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน และ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2530) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการสอนสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยข้อเขาเสื่อมโดยใช้วิธีโอเทป จำนวน 88 ราย พบว่าภายหลังการสอนสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าก่อน การสอนสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษา ของสุนีย์ สุนทรมีเสถียร (2531) ที่ศึกษาผลการให้คำแนะนำต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และ การปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์ที่เป็นซีฟิซิส และสามีจำนวน 40 คู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำโดยใช้คู่มือ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ภายหลังการให้คำแนะนำในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 หญิงมีครรภ์และสามีในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการปฏิบัติตามคำแนะนำพบว่าในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนดีกว่ากลุ่มควบคุมในเรื่องการมารับยาฉีด การปฏิบัติตนในการงดของแสลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ วนิดา อินทราชา (2539) ที่ศึกษาผล การให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง จำนวน 40 ราย ภายหลังการให้ข้อมูล 1 เดือน พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ภายหลังการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ สุพัตรา ไตรอุดมศรี, ช่อลดดา พันธุเสนา และสาวตรี ลิ้มไชย อรุณเมือง (2541) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลตามแผนการให้

ข้อมูลทางสุขภาพ โดยให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการรักษา ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ภาพพลิก และคู่มือเกี่ยวกับความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการให้ข้อมูล 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนพลังอำนาจภายในตนเองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีการนำข้อมูลที่ได้อัปโหลดเชื่อมโยงกับความรู้เดิม และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ เนื่องจากการให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและเกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (Close, 1988) การให้ข้อมูลทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) การเรียนรู้จึงเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม ไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝน (Duffy, 1997) หรืออาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูลหรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตัวเองและครอบครัวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามความรู้ใหม่

แนวทางการประยุกต์ในการปฏิบัติ

จากมโนทัศน์ต่าง ๆ และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้หรือความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อ (1) เชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ (2) เชื่อว่าผลที่ตามมาจากปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีอันตรายหรือรุนแรง (3) เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงได้ (4) เชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ แนวทางการประยุกต์แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ดังสรุปในตาราง

ตารางที่ 1 มโนทัศน์ของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและการประยุกต์ในการปฏิบัติ
(สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543, หน้า 32)

มโนทัศน์	การประยุกต์
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ - ค้นหาหรือเลือกบุคคลที่มีความเสี่ยง ประเมินระดับความเสี่ยง - ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะประชากรหรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น - แจกแจงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกตินั้นในทุก ๆ ด้าน เช่น สุขภาพ การทำงาน ชีวิตในครอบครัว ชีวิตในสังคม เป็นต้น
การรับรู้ความรุนแรง	ให้ข้อมูลที่เป็นจริง ไม่ควรขู่ให้เกิดความกลัวจนเกินเหตุ
การรับรู้ประโยชน์	เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม - กำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนว่ามีอะไรบ้าง ปฏิบัติอย่างไร ในเวลาใด - อธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมข้างต้นอย่างชัดเจน
การรับรู้อุปสรรค	ขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม - ค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม - จัดสิ่งแวดล้อมหรือระบบการบริการ ให้เกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ เช่น เวลาที่เปิดบริการ ค่าใช้จ่าย - ลดการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ โดยให้ความมั่นใจ แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด ๆ ชูใจและให้ความช่วยเหลือ
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ	จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติอย่างชัดเจน - กระตุ้นการตระหนักรู้ (Awareness) สร้างระบบการกระตุ้นเตือน (Reminder)

โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโรคความดันโลหิตที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุสูงถึงร้อยละ 90 (Lewis & Collier, 1992) และมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป การมีความเครียดทางอารมณ์ ความอ้วน การบริโภคอาหารเค็มจัด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ ขาดการออกกำลังกาย และปัจจัยด้านพันธุกรรม (นันทยา แก้วรัตน์ปัทมา, 2536, Lewis & Collier, 1992) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทางด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาประยุกต์ใช้เพื่อมุ่งในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เบคเกอร์นำมาใช้ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

จากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก็จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าคุณภาพมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้น หากบุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รวมถึงความรุนแรงของโรคหากไม่ได้รับการรักษา ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป บุคคลจะรับรู้ว่าคุณภาพมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าคุณภาพมีอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการหรือเจ็บปวด และมีผลกระทบต่อการทำนอกรอบครัวถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงว่าสามารถทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการ มีผลกระทบต่อการทำนอกรอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัว น่าจะทำให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพมีโอกาสรุนแรงต่อการเป็นโรค และเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคจะนำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าคุณภาพรับรู้ว่าคุณภาพสิ่งที่จะปฏิบัติ นั้น สามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงต่อการเป็นโรคนั้นคือบุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติตนนั้นลดภาวะคุกคามของโรค ในการศึกษาของ กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของ

การปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมามีพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจะมีผลดีต่อสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติตนนั้นลดภาวะคุกคามของโรค แต่ในขณะเดียวกันการปฏิบัติก็อาจทำให้เกิดผลในด้านลบ เช่น ความไม่สะดวกสบาย มีค่าใช้จ่ายสูง ไม่สบายใจ เสียเวลา ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในการปฏิบัติมากและผลในด้านลบจากการปฏิบัติมีน้อย ก็จะมีการปฏิบัติตามมา ถ้าบุคคลใดมีความพร้อมในการปฏิบัติมีน้อย และผลในด้านลบจากการปฏิบัติมีมากนั้นหมายถึงเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติเกิดขึ้นจะมีผลทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค จากการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ(Becker et al., 1974) พบว่าการมีรายได้มีน้อยเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ๆ หรือการมาพบแพทย์บ่อย ๆ และจากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) มาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1

สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ ประเมินการรับรู้และประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง โอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมแสดงการรับรู้ที่เคยมีก่อนเข้ากิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แจกคู่มือประกอบ

กิจกรรมครั้งที่ 2

ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งแรก ให้ผู้สูงอายุ แสดงความคิดเห็น และหาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสม และกระตุ้นให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง วางแผนการในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมร่วมกัน หลังจากนั้นกระตุ้นเตือนโดยการโทรศัพท์

กิจกรรมครั้งที่ 3

ผู้วิจัยและผู้สูงอายุร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้ ร่วมเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลเพิ่มเติม กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจกับผู้ที่สามารถปฏิบัติตนใน การสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ตามคำแนะนำ หลังจากนั้นกระตุ้นเตือนโดย การโทรศัพท์

กิจกรรมครั้งที่ 4

ประเมินผู้สูงอายุถึง การรับรู้โอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุในกลุ่มร่วมกันทบทวนสิ่งที่รับรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม การมีพฤติกรรมถูกต้องที่ควรปฏิบัติในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ให้รางวัลกับผู้ที่สามารถ ปฏิบัติได้ ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย และในแนวทางในการปฏิบัติเพิ่มเติม

ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ แต่ความเสื่อมทางการรับรู้ต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน ปัญหาทางด้านความจำระยะสั้น ทำให้การเรียนรู้ช้าลง การเข้าใจปัญหาในการเรียนรู้ ของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

ความหมายของการเรียนรู้ นักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของการเรียนรู้แตกต่างกันไป ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, หน้า 109) ให้ความหมายว่า การเรียนรู้คือ ขบวนการ เจริญงอกงามของอินทรีย์ หรือพัฒนาการของอินทรีย์ซึ่งสามารถทำให้อินทรีย์แก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ได้ดีขึ้น หรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

บุทรพงษ์ ไกยวรรณ (2541, หน้า 55) ให้ความหมายว่า การเรียนรู้หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ค่อนข้างถาวรและเป็นไปในทางที่สังคมต้องการ

เฮอร์กิงฮาห์น (Hergengahn, 1988, p. 9 อ้างถึงใน วรรณิ ลิ้มอักษร, 2540, หน้า 50) ให้ความหมายว่า การเรียนรู้หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือศักยภาพของการกระทำที่ถาวร อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ โดยไม่เกี่ยวข้องกับความระงับกายที่เกิดขึ้นจากความเจ็บไข้ได้ป่วย ความเหนื่อยอ่อนหรือฤทธิ์ของยา

ดังนั้นการเรียนรู้จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือกิจกรรมที่จัดขึ้น และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้น ต้องเป็นพฤติกรรมที่ถาวรไม่ใช่พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะ การได้รับยาชนิดต่าง ๆ หรือภาวะเจ็บป่วย

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ นักการศึกษาหลายท่านได้ศึกษาแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

สเติวเวิร์ท และวอลตัน (Stewart & Walton, 1992, pp. 66 – 68) มีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ แต่ความเสื่อมทางการรับรู้ต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน ปัญหาทางด้านความจำระยะสั้น ทำให้การเรียนรู้ช้าลง การช่วยจัดสภาพแวดล้อมเพื่อเอื้ออำนวยในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ที่ดีขึ้น เช่น ปัญหาทางด้านสายตา แก้ไขโดยการใส่แว่นที่มีเลนส์แรง สีส้ม และสีเหลือง หลีกเลี่ยงการใช้สีน้ำเงินและเขียว ปรับแสงสว่างให้เพียงพอ สวมแว่นสายตา หรือใช้เทปช่วยในการให้ความรู้แทนการอ่าน ด้านการได้ยิน นั้นช่วยได้โดยการพูดเสียงดัง ใช้เครื่องขยายเสียง และใช้เครื่องช่วยฟังเสียง (Amplification) ด้านความจำนั้นช่วยได้โดยการให้เวลาในการเรียนรู้มากขึ้น ทวนซ้ำในข้อมูลหรือเนื้อหาความรู้และมีความชัดเจนในเนื้อหา

เชค และเวิร์ชบัค (Check & Wurzbach, 1984, p. 39) ให้ความเห็นว่า การที่จะให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้นั้น ควรมีการจัดการสอนแบบไม่ใช่รูปแบบที่เป็นทางการ (Informal) มีเนื้อหาที่ผู้สูงอายุสนใจและให้ความสำคัญกับความเสื่อมของอวัยวะรับความรู้สึกต่าง ๆ ด้วย

สุรกุล เจนอบรม (2534, หน้า 132 – 133) ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2538, หน้า 120 – 124) สเติวเวิร์ท และวอลตัน (Stewart & Walton, 1992, pp. 66 – 68) กล่าวว่า การเรียนรู้และความจำ (Learning and Memory) มีส่วนสัมพันธ์กัน ในผู้สูงอายุนั้นมีความเสื่อมของความจำสามลักษณะ คือ ความจำที่เกิดจากบันทึกสัมผัสหรือประสาทสัมผัส (Sensory Memory) ความจำระยะสั้น (Short Term Memory) และความจำระยะยาว (Long Term Memory) ซึ่งความจำทั้งสามลักษณะนี้เป็นรูปแบบของการประมวลสารสนเทศที่จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความเข้าใจในข้อมูลข่าวสาร

เก็บจำ และการดึงเอาข้อมูลมาใช้เมื่อต้องการ ในวัยสูงอายุนั้นมีความเสื่อมตามวัยของระบบประมวลสารสนเทศทั้งสามลักษณะดังต่อไปนี้

1. การบันทึกสัมผัส เป็นการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยมีอวัยวะของร่างกาย คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนังเป็นตัวรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ในผู้สูงอายุพบว่ามีความเสื่อมของอวัยวะในการรับรู้การบันทึกสัมผัสได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสายตาและการมองเห็น เนื่องจากการสูญเสียน้ำในตา ไขมัน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อตา นอกจากนั้นช่องตาดำ (Pupil) ก็มีขนาดที่เล็กลง ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน การเสื่อมโทรมของสายตาเกิดขึ้นได้มากในช่วงที่มีอายุ 40 ถึง 55 ปี จากนั้นก็จะยิ่งเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว จนถึงอายุ 60 ปี จะพบว่าการมองเห็นปกติเพียงร้อยละหกเท่านั้น เปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 20 ถึง 24 ปี พบว่ามีการมองเห็นปกติสูงถึงร้อยละ 68 (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2524, หน้า 24 – 25) ด้านการได้ยินเสียงพบว่า ในผู้สูงอายุมีความไวลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น บุคคลทั่วไประดับสูงสุด (Peak) ของความสามารถในการฟังจะอยู่ในช่วงก่อนถึงอายุ 15 ปี แล้วจะเริ่มเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงอายุ 65 ปี ทำให้ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุในการเรียนรู้ โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ต้องกระทำต่อหน้าคนเป็นจำนวนมาก (สมบุรณ์ ศาสดาชีวิน, 2526, หน้า 192) ด้านการได้กลิ่นนั้น จากการศึกษาของ โดที และคณะ (Doty et al., 1984 อ้างถึงใน ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538, หน้า 85) เรื่องการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้กลิ่น (Odor Identification) โดยศึกษาประชากร 2,000 คน ที่มีอายุแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการรายงานว่าเป็นกลิ่นใดนั้นดีขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจากวัยเด็กไปสู่วัยรุ่น ความสามารถนี้จะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 60 ปี และในช่วงอายุ 80 ปี พบว่า ความสามารถในการรายงานว่าเป็นกลิ่นใดลดลงร้อยละ 60 และบอกกลิ่นไม่ได้เลยร้อยละ 25 ด้านการรับรู้รสของผู้สูงอายุ พบว่า พื้นฐานของระบบประสาทในการรับรสมีความเสื่อมซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของทั้งส่วนกลางและส่วนปลายลิ้น ประกอบกับจำนวนต่อมรับรสลดลง ทำให้ความไวในการรับรส (Taste Sensitivity) ส่วนการรับสัมผัสทางกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมในการสัมผัสและต้องการรับรู้การสัมผัสที่รุนแรง และการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิ ซึ่งมีความเสื่อมในด้านนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538, หน้า 87 – 88) ความเสื่อมของระบบบันทึกสัมผัสที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจผิดจากการคาดเคลื่อนของข้อมูลที่ได้รับได้ง่าย

2. ความจำระยะสั้น ความจำที่ผ่านระบบบันทึกสัมผัสมาแล้ว ก็จะถูกส่งต่อไปยังระบบความจำระยะสั้น ในส่วนความจำระยะสั้นของผู้สูงอายุนั้นพบว่า ในแง่มุมของการเรียนรู้ซึ่งความจำยังคงไม่เปลี่ยนแปลงได้แก่ ความจำในระยะแรก (Primary Memory) และความจำในการระลึก (Immediate Memory) ความจำในระยะแรกวัดได้โดยการนับตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 9 (Digit

Span) โดยทั่วไปมนุษย์สามารถจำและรำลึกตัวเลขห้าถึงเจ็ดตัวได้ทันที ความจำในการระลึกลักษณะ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 20 และ 70 ปี สามารถจำและรำลึกคำ 10 คำได้ไม่ยาก ถ้าเป็นคำที่มีความหมาย แต่ในการเรียนรู้ การเก็บความจำ หรือการรำลึกข้อมูลที่ซับซ้อนนั้นผู้สูงอายุมีความบกพร่อง มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในส่วนของกระบวนการจัดข้อมูล (Central Processing Time) ทำให้เรียนรู้ช้าลงมากขึ้น นอกจากนี้ความยุ่งยากในการเรียนรู้และความจำระยะสั้นส่วนหนึ่งเกิดจากธรรมชาติของงานที่ได้รับการทดสอบ ในผู้สูงอายุพบว่า มีความลำบากทั้งทางด้านภาษา ได้แก่ ความต่อเนื่องในการเรียนรู้ รวมทั้งการทดสอบความรู้และทางด้านการมองเห็น ได้แก่ การรับรู้ความเข้าใจ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538, หน้า 120 – 124) ดังนั้น การเอาข้อมูลใหม่ไปใส่แทนที่ข้อมูลเก่าในผู้สูงอายุนั้น ปฏิบัติได้แต่ต้องใช้เวลาและให้ความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

3. ความจำระยะยาว ข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับสนใจและให้ความสำคัญจะถูกเก็บไว้ในความจำระยะสั้น จากนั้นจะมีการส่งต่อข้อมูลไปยังกระบวนการเก็บสะสมความจำระยะยาว เป็นความจำที่คงทนถาวร ความจำระยะยาวของบุคคลทั่วไปจะลดลงร้อยละ 30 ของความจำทั้งหมด แต่ในผู้สูงอายุจะไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของความจำระยะยาวมากนัก (Carnevali & Patrick, 1986, pp. 242 – 243) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุนั้นมีทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งสะสมอยู่มานาน (สุรกุล เจนอบรม, 2534, หน้า 133) ทำให้เกิดการทบทวนเหตุการณ์ซ้ำ ๆ กันบ่อย ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำเหตุการณ์ในอดีตมากกว่าเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ในผู้สูงอายุที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ในวัยสูงอายุสามารถทำได้ และเรียนรู้ได้ดีขึ้น ถ้าผู้ให้ข้อมูลข่าวสารมีความรู้และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โดยการให้เวลาและใช้เทคนิควิธีต่าง ๆ ช่วยในการเรียนรู้ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกรักอยากเรียนและไม่เบื่อหน่ายที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

เทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น เทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น มีหลายวิธีดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม, 2534, หน้า 133 – 134; พรรณี ชูทัยเจนจิต, 2538, หน้า 36; พรรณี ลิ้มอักษร, 2540, หน้า 107 – 109; Miller, 1995, p. 99)

1. ให้เวลาในการเรียนรู้มากขึ้น
2. เนื้อหาความรู้ที่ควรเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ
3. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง ความชัดเจนของสื่อให้สอดคล้องกับสภาพการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
4. เตรียมอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ช่วยในการเรียนรู้ เช่น แว่นตา เครื่องขยายเสียง และเครื่องช่วยฟังเสียง เป็นต้น

5. ใช้วิธีการท่อง ฟัง หรือการอ่านทวนเนื้อหาหรือข้อความนั้นซ้ำ ๆ (Rehearsal) ซึ่งมี 2 ลักษณะ ดังนี้

5.1. การทวนซ้ำ ๆ (Maintenance Rehearsal) เป็นการทวนซ้ำ ๆ เพื่อช่วยให้การจำข้อมูลที่ต้องการจะจำภายในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น การท่องจำหมายเลขโทรศัพท์ ท่องจำประเภทนี้ใช้ความสามารถในการจำแต่ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้ระยะยาว

5.2. การทวนซ้ำด้วยความเข้าใจ (Elaborative Rehearsal) หรือการจำแบบใช้ความคิด เป็นการจำโดยเชื่อมโยงข้อมูลใหม่เข้ากับข้อมูลที่มีอยู่แล้วในความรู้ระยะยาว โดยวิธีการนี้จะมีการถ่ายโยงข้อมูลไปยังความรู้ระยะยาว และนำมาเก็บไว้ในความรู้ระยะสั้น นั่นคือการนำความรู้ที่เก็บไว้แล้วมาช่วยในการเรียนรู้

6. ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างคำพูดกับจังหวะที่สอดคล้องกัน เป็นเทคนิคในการสะสมความรู้ระยะยาว โดยการนำเอาข้อมูลใหม่มาสร้างเป็นทำนอง จังหวะ หรือรหัสให้เกิดความคล้องจองกัน เช่น ในภาษาไทยได้สอนวิธีสะกดคำที่ใช้สระ “ใ” โดยแต่งกลอนที่สอดคล้องกันที่ทุกคนรู้จักดี ซึ่งขึ้นต้นด้วย “ผู้ใหญ่ว่าใใหม่ ให้สะใใใช้คล้องคอ...”

7. แบ่งเรื่องที่ต้องการจะจำออกเป็นตอนสั้น ๆ เพราะการอ่านหรือการทบทวนเนื้อหาที่มีเนื้อหามาก ๆ จะทำให้จำยาก ซึ่งถ้าบุคคลจำกลุ่มคำขนาดใหญ่ก็จะลืมคำช่วงกลาง ๆ จำได้แต่คำช่วงต้นกับช่วงท้าย แต่ถ้าแบ่งเนื้อหาออกเป็นตอนสั้น ๆ จะทำให้จำได้ดีกว่า

จากทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้และจะมีการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ถ้าผู้ให้ความรู้มีความรู้และความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการประมวลสารสนเทศในผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคและวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง ผู้วิจัยจึงต้องทราบความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม เช่น ปัญหาด้านสายตา หรือการได้ยิน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลจากการเข้าร่วมโปรแกรมเท่า ๆ กัน รวมถึงการจัดที่อุปกรณ์สื่อการสอนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนโดยยึดหลักการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง