

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.6 การป้องกันและการบำบัดผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ
5. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่มีความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือ ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูง อาจจำแนกตามระดับความดันโลหิต หรือชนิด สาเหตุ และความรุนแรง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การจำแนกตามระดับความดันโลหิต

เป็นการแบ่งระดับความดันโลหิตตามอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งได้กำหนดไว้ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 (Chobanian et al., 2003)

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความดันโลหิตตามอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ความดันโลหิต	ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	< 120	และ < 80
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง	120 – 139	หรือ 80 – 89
ความดันโลหิตสูง		
ระยะที่ 1	140 – 159	หรือ 90 – 99
ระยะที่ 2	≥ 160	หรือ ≥ 100

2. การจำแนกตามชนิด สาเหตุ และความรุนแรง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Meredith & Trenkwalder, 2002)

ความดันโลหิตสูงจำแนกตามชนิด สาเหตุและความรุนแรงได้ 5 ประเภท ดังนี้

2.1 ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Essential or Primary Hypertension) คือ ตรวจ ไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง พบได้มากกว่า 90 % ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด หรือมีไขมันสูง ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด

2.2 ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิหรือความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบได้น้อย ประมาณ 10 % ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุอาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคไต โรคหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้าตีบตัว ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคต่อมไทรอยด์ เป็นต้น

2.3 White Coat Hypertension เป็นความดันโลหิตสูงที่พบในบุคคลที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่จะมีความดันโลหิตสูงเมื่อเข้าหน้าที่ที่มสุขภาพวัดความดันโลหิตให้

เชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของประสาทเวกัสทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นชั่วคราว การตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันแยกโรคออกจากความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและบำบัดความดันโลหิตสูงชนิดนี้ เพราะการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงและให้การบำบัดอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ในขณะที่วินิจฉัยว่าไม่ใช่ความดันโลหิตสูงก็อาจจะทำให้การบำบัดล่าช้าและเกิดอันตรายตามมา

2.4 ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก และความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันไดแอสโตลิก (Isolated systolic hypertension: ISH/ Isolated diastolic hypertension: IDH) ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก เป็นความดันโลหิตสูงที่มีเฉพาะความดันซิสโตลิกสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันไดแอสโตลิกยังคงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เชื่อว่าเกิดจากการมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้น หรือเกิดจากการตีบแข็งของหลอดเลือดทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากทั้งสองสาเหตุ การเกิดและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิกมักเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น ส่วนความดันโลหิตสูงเฉพาะไดแอสโตลิก เป็นความดันโลหิตสูงที่มีเฉพาะความดันไดแอสโตลิกสูงเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันซิสโตลิกยังคงต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท

2.5 ความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่มีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 110 มิลลิเมตรปรอทตลอดเวลา และมักมีการทำลายอวัยวะเป้าหมายด้วย เกิดเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัด และจะกลายเป็นภาวะฉุกเฉินหากความดันโลหิตยังสูงต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ในการอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีทั้งที่กล่าวโดยรวมและแยกประเด็น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอแยกเป็น 2 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548; ประเสริฐ อัสตันตชัย, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

1. สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

1.1 ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ

1.1.1 หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีสารไขมันอุดตัน เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดเมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น เอออร์ตา หลอดเลือดแดงโคโรนารี หลอดเลือดแดงของเบซิลลาของสมอง และหลอดเลือดของแขนขาหรืออวัยวะส่วนปลายจะเริ่มตีบแข็งทำให้

ขาดความยืดหยุ่น ขนาดของรูหลอดเลือดเล็กลง เป็นผลให้ความต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือดสูงขึ้น

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ เรนิน-แองจิโอเทนซิน พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการทำหน้าที่ของเรนินจะลดลง เป็นสาเหตุทำให้มีการกระตุ้นการสร้างเรนินเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น โดยเรนิน-แองจิโอเทนซิน มีบทบาทในการควบคุมความดันโลหิต เรนินเป็นเอนไซม์ที่สร้างจากไต มีฤทธิ์เปลี่ยนแองจิโอเทนซินให้เป็นแองจิโอเทนซิน 1 และแองจิโอเทนซินคอนเวิร์ตติ้งเอนไซม์จากปอดจะเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน 1 เป็นแองจิโอเทนซิน 2 โดยร่วมกับการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำให้เกิดการยับยั้งการขับโซเดียมออกจากร่างกาย เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.1.3 อัตราการกรองของไตจะลดลง และปริมาณเลือดที่ไปยังไตลดลง ซึ่งเป็นเหตุให้มีการคั่งของของเสียและอิเล็กโตรลัยท์ จึงทำให้มีการคั่งของของเหลวในร่างกายเพิ่มขึ้น

1.2 แบบแผนการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหารที่มีไขมันและ โคเลสเตอรอลสูง อาหารรสเค็ม การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

1.3 จากโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น เช่น โรคโลหิตจางอย่างรุนแรง โรคไตวาย โรคของต่อมธัยรอยด์ หรือโรคบางโรค เช่น เบาหวาน ระดับโคเลสเตอรอลสูง เป็นต้น

2. ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และเปลี่ยนแปลงได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Nonmodifiable Risk Factors)

2.1.1 ประวัติครอบครัว ความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่า และเชื่อว่าพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดโรค คือ การมีระดับโซเดียมในเซลล์สูง และการลดลงของสัดส่วนระหว่างระดับโพแทสเซียมกับโซเดียม โดยผู้ที่มีพ่อแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคตั้งแต่อายุน้อย (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

2.1.2 อายุ อายุที่มากขึ้น พบว่ามีภาวะการเกิดโรคมักขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (Keller, Fleury, & Mujezinovic, 2003) และพบในเพศชายอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เพศหญิงอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป เนื่องจากการแข็งตัวของหลอดเลือดจากกระบวนการเสื่อม หรือจาก

ความเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น

2.1.3 เพศ ความเสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูงของผู้ชายมีมากกว่าผู้หญิง จนกระทั่งอายุ 55 ปี และที่อายุ 55-74 ปี ความเสี่ยงของผู้ชายและผู้หญิงเท่ากัน และเมื่ออายุ มากกว่า 74 ปี ผู้หญิงมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ชาย (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

2.1.4 เชื้อชาติ อัตราการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ต่ำสุดในผู้หญิงผิวขาว คือ ร้อยละ 4.7 ตามด้วยผู้ชายผิวขาว ร้อยละ 6.3 ผู้ชายผิวดำ ร้อยละ 22.5 และสูงสุดในผู้หญิงผิวดำ คือ ร้อยละ 29.3 สาเหตุที่ทำให้ความชุกของโรคพบมากในคนผิวดำนั้นไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการมีระดับเรนินที่ต่ำลง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

2.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable Risk Factors)

2.2.1 ภาวะเครียด ในภาวะเครียดอัตราการเต้นของหัวใจจะเร็วขึ้น และมีความดันโลหิตสูง ในขณะเดียวกันร่างกายก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อเตรียมพร้อมทำให้น้ำตาลไขมันในเลือดและสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดมีระดับเพิ่มขึ้น ถ้ามีความเครียดเกิดขึ้นบ่อยๆ จะเป็นตัวกระตุ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น และไขมันในเลือดสูงขึ้นอย่างค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลให้มีสารไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือดมากขึ้นและหลอดเลือดแข็งตัวได้ ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดความเครียดที่สำคัญ คือ บุคลิกภาพและแบบแผนในการดำเนินชีวิต พบว่า คนที่มีบุคลิกภาพชอบแข่งขัน อารมณ์รุนแรง ใจร้อน และเข้มงวดตลอดเวลา รีบเร่ง รับผิดชอบเกินตัว (Type A Behavior) จะมีแนวโน้มทำให้เกิดโรคหัวใจมากกว่าคนที่ดำเนินชีวิตเฉื่อยชาและทำตามสบายๆ (Miller, 1995)

2.2.2 อ้วนมาก พบว่าผู้ที่อ้วนส่วนบนของร่างกาย หรือมีไขมันสะสมอยู่บริเวณเหนือเอวและท้องเป็นจำนวนมาก จะสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง และคนอ้วนมักจะไม่ค่อยออกกำลังกาย และมีการสะสมไขมันมากกว่าปกติซึ่งทำให้มีโคเลสเตอรอลสูง ถ้ามีความอ้วนร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

2.2.3 สารอาหาร การบริโภคโซเดียมมากมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ อาหารที่มีเกลือสูงจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแองเทียเรติก ซึ่งมีผลเพิ่มความดันโลหิต นอกจากนี้การได้รับโซเดียมมากยังกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลางอีกด้วย ปริมาณของเกลือโซเดียมที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความไวของการตอบสนองของแต่ละคน ซึ่งผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงอยู่แล้วจะไวต่อเกลือโซเดียมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

2.2.4 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะมีผลให้ระดับของไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein: HDL) ต่ำลงทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelet Aggregation) เพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุของการหดตัวของหลอดเลือดแดง ส่วนสารนิโคตินในบุหรี่จะเป็นตัวกระตุ้นการหลั่งเทโธลามีน ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดตีบตัวมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาพบว่า บุหรี่ 1 มวน มีผลทำให้หลอดเลือดตีบตัวอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และคนที่สูบบุหรี่จะมีระดับของการรับออกซิเจนนอกไซโตในเลือดสูง ซึ่งจะไปจับกับเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจน ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนมากยิ่งขึ้น (จันทนา รัตนฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548) และผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวน/วัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 6.5 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

2.2.5 การดื่มกาแฟ การศึกษาพบว่า การดื่มกาแฟมักทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที ภายหลังการดื่มกาแฟประมาณ 2-3 ถ้วย ระดับความดันโลหิตจะสูงเช่นนี้ราว 2 ชั่วโมง การดื่มกาแฟเป็นประจำอาจจะไม่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงอย่างถาวรแต่อาจมีผลทางอ้อม โดยผู้สูงอายุเมื่อรับประทานกาแฟจะมีผลทำให้นอนไม่หลับ ก็จะทำให้เกิดความเครียดได้ การมีภาวะเครียดเป็นประจำก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ในระยะแรกของโรคหรือในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมีอาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ค่อยได้รับความสนใจที่จะปฏิบัติเมื่อปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนาน ๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมีอาการต่าง ๆ ปรากฏได้ แต่อาการที่พบมักไม่เจาะจง อาการที่อาจพบได้ มีดังนี้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1. ปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก อาจเนื่องจากความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดในสมองมีการตีบตัวมากขึ้นทำให้ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะตอนเช้าหลังตื่นนอน และมักหายไปได้เองหรือค่อย ๆ ดีขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงต่อมา และอาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือตามัวร่วมด้วย
2. เวียนศีรษะ มึนงง อาจเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะหรือไม่ก็ได้ อาจเกิดจากสมองขาดเลือดไปชั่วคราว
3. ชาตามปลายมือปลายเท้า มือ-เท้าเย็น และอาจมีอาการบวมบริเวณเท้า
4. เลือดกำเดาไหล จากความผิดปกติของหลอดเลือด แต่พบไม่บ่อยนัก
5. เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หายใจลำบากและชีพจรเต้นเร็ว ใจสั่น

6. อ่อนเพลียง่ายโดยไม่มีสาเหตุ

7. มีอาการเปลี่ยนแปลงที่จอตาบตา เนื่องจากมีการหดตัวของหลอดเลือดแดงและ
สายตาสั้น อาจมีอาการบวมของจอภาพนัยน์ตาและมีเลือดออกที่ขั้วประสาทตา

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการหดตัวของหลอดเลือด รวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตบางอย่าง ซึ่งอาจทำให้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

1. ด้านร่างกาย

1.1 สมอง ความดันโลหิตสูงมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองแข็งตัว และ ตีบแคบ มีการโป่งพองเล็ก ๆ ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย ส่งผลทำให้เนื้อสมองถูกทำลายอาจทำให้เป็นอัมพาต หรืออาการสมองเสื่อม และอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 3 - 4 เท่าเทียบกับคนในวัยเดียวกันที่มีความดันปกติ (WHO, 1999)

1.2 หัวใจ โรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อหัวใจสองประการ ดังนี้

1.2.1 ผลจากการเพิ่ม Left Ventricular Workload เป็นระยะเวลานานทำให้มีกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโต ภาวะแทรกซ้อนที่พบตามมาได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจวาย ภาวะความดันเลือดสูงในปอด ดังนั้นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโต จึงเป็นตัวชี้วัดการพยากรณ์โรคที่สำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.2.2 ผลของความดันเลือดที่สูงทำให้เกิดการตีบแข็งในหลอดเลือดแดง ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งเมื่อผนวกกับการมีหัวใจห้องล่างซ้ายโต ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเพิ่มมากขึ้น ความไม่สมดุลนี้นำไปสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในที่สุด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.3 ไต จะมีอาการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอย Afferent และ Efferent Arterioles และใน Glomerular Capillary ซึ่งพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทำให้อัตราการกรองของไตลดลง พบโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตในภาวะไตวาย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.4 ตา การเกิดความดันโลหิตสูงระยะยาว จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตา (Retinal Artery) หนาตัวขึ้น ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือ หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ตีบแคบ และมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกและของเหลวคั่งในจอตา และหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งจะทำให้เกิดจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (Scotomata) ตามัวและอาจถึงตาบอดได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.5 ระบบประสาทส่วนกลาง พบว่า ระบบประสาทส่วนกลางมีการเสื่อมหน้าที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย (Occipital Headache) ในตอนเช้า มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ รู้สึกบ้านหมุน หูอื้อ ตาพร่ามัว หรือเป็นลม แต่ถ้าเป็นรุนแรงขึ้นจะมีอาการของเส้นเลือดอุดตัน ตกเลือดในสมอง หรือ Hypertensive Encephalopathy ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น คือ มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

2. ด้านจิตใจ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากการที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ผลกระทบทางด้านร่างกาย อาจมีผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จึงก่อให้เกิดความเครียด หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อาจมีผลทำให้บุคคลมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามมา ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมักมีความวิตกกังวลและกลัวต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค กล่าวหาสุขภาพตนเองจะอ่อนแอลงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว สังคม หรือทำงานได้เหมือนเดิม (ชนิกานต์ เชื้อนดิน, 2545)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน บทบาทหน้าที่ทางสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทได้เหมือนเดิม ก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้ภายในครอบครัว นอกจากนี้การรักษาด้วยการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ จากการศึกษาโดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ปี พ.ศ.2542 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือการดูแลจากญาติ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) นอกจากนี้การศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายรายบุคคล ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกและอยู่ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญและครอบครัว พ.ศ.2534 - 2535 จากกลุ่มตัวอย่าง 6 กลุ่มพบว่า ค่ารักษายาบาล

ภาวะความดันโลหิตสูงต่อราย โดยเฉลี่ย 782.37 บาทต่อครั้ง และการศึกษาของกองโรงพยาบาล ภูมิภาคจากกลุ่มผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในปี พ.ศ.2540 พบว่า ค่ารักษาพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ย 1670.09 บาทต่อครั้งต่อราย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

การป้องกันและการบำบัดผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายของการบริการสุขภาพและอนามัยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติมากที่สุด รวมทั้งจัดปัจจัยเสี่ยง ที่จะทำให้เกิดอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 50 ปี จุดประสงค์แรก เน้นให้ลดระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต ควรลดระดับความดันโลหิตให้ น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; Chobanian et al., 2003)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธีได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการรักษาโดยการให้ยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; Carkir & Pinar, 2006; Chobanian et al., 2003; Funk et al., 2008) การปรับเปลี่ยน วิถีการดำเนินชีวิต หรือที่เดิมเรียกว่าการบำบัดโดยไม่ใช้ยา สามารถป้องกันการเกิดความดันโลหิต สูงในรายที่เริ่มมีความดันสูงในช่วงต้น ๆ สามารถลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เล็กน้อยและปานกลางอย่างได้ผล ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือด และลดปริมาณในการ ใช้ยาลดความดันโลหิตได้ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกรายควรได้รับคำแนะนำในการ ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและต้องให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงประโยชน์และข้อดีที่ช่วยเสริม ประสิทธิภาพการควบคุมความดันโลหิตด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1.1 การลดน้ำหนัก พบว่าน้ำหนักที่มากเกินไปหรือค่าดัชนีมวลกายที่เท่ากับหรือมากกว่า 27 กิโลกรัม/เมตร² การสะสมไขมันบริเวณลำตัวจนทำให้ผู้หญิงมีรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 34 นิ้ว และผู้ชายที่มีรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 39 นิ้ว มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง และ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินกว่าน้ำหนักที่ควรจะเป็น ร้อยละ 10 เมื่อลดน้ำหนักลง 4.5 กิโลกรัมจะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

1.2 การจำกัดโซเดียม อาหารประจำวันที่มีโซเดียมเกลือประมาณ 10-20 กรัม

โดยเกลือ 2/3 เป็นเกลือจากอาหารตามธรรมชาติ และที่เหลือเป็นเกลือจากการปรุง (เกลือ 1 กรัมมีโซเดียม 17.1 มิลลิกรัม) เกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2.3 กรัม หรือ 100 มิลลิกรัม (จากการศึกษาของ วาสนา รวยสูงเนิน (2549) ซึ่งทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยวิธีการจำกัดเกลือในอาหาร พบว่า วิธีการจำกัดการบริโภคเกลือได้ผลดีที่สุดในการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 44 ปี ซึ่งโดยปกติอาหารที่คนทั่วไปรับประทานจะมีโซเดียมอยู่ประมาณ 3,000 – 6,000 มิลลิกรัม ซึ่งเท่ากับเกลือแ่งประมาณ 2-3 ช้อนชา แต่ถ้ารับประทานโซเดียมให้น้อยกว่าวันละ 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเทียบเท่าเกลือแ่ง 1 ช้อนชา จะสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) และในอาหารตามธรรมชาติหลายประเภทก็มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้วแต่มีรสไม่เค็มจัด เช่น เนื้อสัตว์มีโซเดียมมาก ส่วนข้าว ผัก ผลไม้ มีโซเดียมเล็กน้อย (อภิญา ชนะศึก, 2548) ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหารและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น ของดอง ของเค็ม ของตากแห้ง ผงชูรส

1.3 การจำกัดแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เพียงวันละ 30 มิลลิลิตร มีผลเพิ่ม

ความดันโลหิตและทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาลดความดันโลหิตที่ใช้อยู่ และทำให้การบำบัดความดันโลหิตยากขึ้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์หรือดื่มเพียงเล็กน้อย โดยผู้ชายไม่เกิน 30 มิลลิลิตรต่อวัน ผู้หญิง 15 มิลลิลิตรต่อวัน ซึ่ง 30 มิลลิลิตรของแอลกอฮอล์เท่ากับวีสกี 60 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร และเบียร์ 720 มิลลิลิตร (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

1.4 การจำกัดสารคาเฟอีน แม้ว่าสารคาเฟอีนจะทำให้ความดันโลหิตสูงได้

แต่เป็นเพียงระยะเวลาสั้น ๆ เพราะร่างกายสามารถปรับตัวได้ และการดื่มอยู่เป็นประจำไม่ได้มีผลเพิ่มความดันโลหิต ดังนั้นจึงไม่มีข้อจำกัดในการดื่มกาแฟ ยกเว้นในรายที่หัวใจไวต่อคาเฟ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.5 การหยุดสูบบุหรี่ การหยุดสูบบุหรี่ถือเป็นสิ่งจำเป็นมาก แม้ว่าไม่มีหลักฐาน

แน่ชัดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง แต่ถือว่าเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ เพราะนิโคตินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังลดประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.6 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะทำให้เส้นเลือดขยายตัว ดังนั้นการออกกำลังกายจึงทำให้ความดันโลหิตลดลง และผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลทำให้ชีพจรในขณะพักลดลงด้วย โดยผ่านทางกลไกของระบบประสาทซิมพาเทติกและฮอว์โมน โปสต้าเกรนดิน การออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวันสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

1.7 การผ่อนคลายความเครียด ภาวะเครียดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง การใช้เทคนิคคลายเครียดในการรักษาผู้ป่วยเป็นรูปแบบการรักษาที่ใช้เพิ่มมากขึ้น การรักษาโดยวิธีทำให้ผ่อนคลายความเครียดภายใน 3 เดือน มีผลให้ระดับซิสโตลิก และไดแอสโตลิกลดลง (Chobanian et al., 2003) ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุนั้นจะต้องเผชิญภาวะเครียดเป็นประจำและบ่อยครั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อเกิดความเครียดบ่อย ๆ และนาน ๆ ยิ่งจะเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงเมื่อเกิดความเครียดซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การนั่งสมาธิ การได้พักผ่อนในวันหยุดต่าง ๆ เช่น การท่องเที่ยว การได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งที่ชอบและพึงพอใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการใช้เวลาว่างโดยการนอนหลับ 6 - 8 ชั่วโมง สามารถลดความดันโลหิตได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

2. การบำบัดโดยใช้ยา (Pharmacologic Treatment)

หลักการใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต คือลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Total Peripheral Resistance) เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และคงไว้ซึ่งกลไกของบาร์โรรีเซพเตอร์ เพื่อช่วยให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดสามารถปรับตัวต่อการกระตุ้นต่าง ๆ ชนิดของยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง สามารถจำแนกได้ 7 กลุ่ม ดังนี้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

2.1 กลุ่ม Diuretics เช่น Furosemide, Hydrochlorothiazide จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยลดการทำหน้าที่ของไตในการดูดซึมกลับเกลือโซเดียมและน้ำ ดังนั้น จึงมีผลทำให้ปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตลดลง มีการออกฤทธิ์ที่ค่อนข้างเร็ว แต่ไม่นับปฏิกิริยานิยมใช้ในขนาดน้อยที่สุดที่จะได้ผล

2.2 กลุ่ม Beta adenergetic antagonists เช่น Atenolol, Betaxolol, Propranolol เป็นต้น จะออกฤทธิ์โดยไปรวมตัวกับ Beta-adrenergic Receptors ที่มีอยู่ในหัวใจและหลอดเลือดแดง เพื่อที่จะหยุดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจใน 1 นาที มีการออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตทันที แต่กว่าจะได้ผลเต็มที่อาจใช้เวลานานเป็นสัปดาห์

2.3 กลุ่ม Alpha adenergic antagonists ออกฤทธิ์ต้านรีเซปเตอร์แอลฟา-1 ของระบบประสาท Sympathetic ซึ่งอยู่ที่ผนังหลอดเลือด มีผลห้ามการหดตัวของหลอดเลือดทำให้ลดแรงต้านในหลอดเลือดแดง ยานี้ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด อาการข้างเคียงของยา คือ มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น

2.4 กลุ่ม Calcium channel blocker เช่น Verapamil, Mibefradil เป็นต้น จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือด ส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง เนื่องจากแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือดลดลง มีการออกฤทธิ์ค่อนข้างนาน 12 – 24 ชั่วโมง

2.5 กลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE-I) เช่น Captopril, Enalapril, Lisinopril เป็นต้น จะลดความดันโลหิต โดยการยับยั้งเอนไซม์ ACE ในการเปลี่ยน Angiotensin I ให้เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นตัวการทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาตัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การลดลงของ Angiotensin II ยังทำให้การสร้างฮอร์โมน Aldosterone ลดลง ลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม ทำให้ความดันโลหิตลดลงอีกทางหนึ่ง แต่มักพบอาการข้างเคียงได้แก่ ไอ ผื่นขึ้น โปแตสเซียมในเลือดสูง

2.6 กลุ่ม Angiotensin II receptor antagonist ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม ACE-I ได้ เนื่องจากการเลือกใช้นี้ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคความดันโลหิตสูง อายุของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค เมื่อใช้กับผู้ป่วยแล้ว จะต้องติดตามประเมินผลค่าของความดันโลหิต และฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น หากความดันโลหิตลดลงมากเกินไปจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอผู้ป่วยจะมีอาการง่วง เป็นลมได้

2.7 กลุ่ม Vasodilators เช่น Hydralazine, Minoxidil เป็นต้น โดยจะออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบ ๆ เส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และหลอดเลือดขยายตัว จึงลดแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือด มียาบางชนิดในกลุ่มนี้ที่สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้ มีประสิทธิภาพสูง แต่ต้องใช้อย่างระมัดระวังเพราะอาจเกิดภาวะช็อกได้

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมในการดำเนินวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลจะมีส่วนผลักดันให้บุคคลมีสุขภาพแตกต่างกัน พฤติกรรมต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลที่ได้ฝังรากจนเป็นวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลแล้วนั้น นับเป็นสิ่งที่ยากต่อการควบคุมและปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีสาเหตุ ฉะนั้นจะต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมีสาเหตุมาจากอะไร

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือสามารถสังเกตได้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือการกระทำที่เกิดขึ้นแล้วสามารถสังเกตได้โดยตรงด้วยประสาทสัมผัส และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคล ซึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือควั่นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพ สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท คือ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการป้องกันโรค 2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติ เช่น การแสวงหาการรักษาพยาบาล 3) พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sickrole Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อได้รับทราบการวินิจฉัยโรค เช่น การรับประทานยา และอาหารตามที่แพทย์สั่ง (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2549)

นัยนา เมธา (2544) ให้นิยามว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการเลือกบริโภคอาหารให้สอดคล้องกับโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็นการเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่

ดวงเดือน ไกรเทพ (2548) ให้นิยามว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในเรื่องการเลือกซื้อ เลือกวิธีปรุงอาหารที่ส่งคุณค่า และเลือกรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และน้ำให้เพียงพอความต้องการของร่างกาย

อรุณลดา นางแย้ม (2550) ให้นิยามว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ซึ่งครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการบริโภคอาหาร

พนิดา จันดา (2551) ให้นิยามว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะของโรค ประกอบด้วยขั้นตอนตั้งแต่การเลือกรับประทานอาหารจนถึงการควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน การควบคุมความบ่อยครั้งในการรับประทาน

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการเลือกบริโภคอาหาร

ให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่ และแบบแผนการดำเนินชีวิต ครอบคลุมถึงการเลือกซื้อ การเลือกวิธีปรุงอาหาร การควบคุมปริมาณและความถี่ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับแบบแผนการรักษาและแบบแผนการดำเนินชีวิต ก็จะสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงภาวะปกติ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และช่วยลดปริมาณในการใช้ยาลดความดันโลหิต ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกราย จึงควรได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม และต้องให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงประโยชน์และข้อดีที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพการควบคุมความดันโลหิตด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงควรมีหลักในการบริโภคอาหารเฉพาะ โรค ดังนี้

หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้นั้น สถาบันวิจัยเพื่อการสาธารณสุขแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Heart, Lung, and Blood Institute, Part of the U.S. Government's National Institutes of Health) ได้พัฒนาสูตรและโปรแกรมขึ้นโดย มีเป้าหมายเพื่อการลดความดันโลหิตลง โดยกำหนดอาหารที่เหมาะสม (Miller, Jarvis, & McBean, 2007) และจากการศึกษาพบว่า หลังจากการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ จะทำให้ค่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลง (Frank et al., 2001; Rankins, Sampson, & Brown, 2005) โดยการบริโภคอาหารเน้นไปที่การบริโภคผัก ผลไม้ และธัญพืช ถั่วประเภทต่าง ๆ ผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ รวมไปถึงควบคุมปริมาณโซเดียมในมื้ออาหารด้วยเพื่อสร้างสมดุลระหว่างแมกนีเซียม โพแทสเซียมและแคลเซียมในร่างกาย ดังนั้นหลักการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. ลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง เนื่องจากเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับเพิ่มขึ้น 100 มิลลิอิกควาเลนท์ จะมีผลทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 4 - 5 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 2 มิลลิเมตรปรอท ความรุนแรงของเกลือโซเดียมต่อความดันโลหิตขึ้นอยู่กับอายุและระดับความดันโลหิตเดิมของผู้สูงอายุ เช่นกลุ่มผู้มีอายุ 60 - 69 ปี เกลือโซเดียมที่ได้รับเพิ่มขึ้น 100 มิลลิอิกควาเลนท์ จะมีผลทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท แต่ถ้าเป็น

ผู้ที่มีความดันโลหิตเดิมสูงกว่า Percentile ที่ 95 เมื่อได้รับเกลือโซเดียมในปริมาณที่เท่ากัน ความดันซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้นมากถึง 15 มิลลิเมตรปรอทได้ ในทางตรงกันข้ามเมื่อเปรียบเทียบผลของความดันโลหิตที่ลดลงด้วยการจำกัดปริมาณโซเดียมที่ได้รับ ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ที่ยุ่่น้อยกว่า พบว่า ความดันโลหิตในผู้สูงอายุจะลดลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมักเป็นชนิดที่ระดับเรตินต่ำ และขึ้นกับปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดอย่างมาก โดยทั่วไปปริมาณโซเดียมที่ร่างกายได้รับไม่ควรเกินกว่า 100 มิลลิอิกวาเลนซ์ หรือ 2.4 กรัมของเกลือโซเดียม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Chobanian et al., 2003) ซึ่งอาหารแทบทุกชนิดมีโซเดียมอยู่โดยธรรมชาติ ในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งที่มีรสเค็มและไม่รสเค็ม การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม โดยการเตือนให้ผู้สูงอายุงดอาหารเค็ม และไม่เค็มเกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว หรือผงชูรส ลงในอาหารที่ปรุงแล้ว เกลือแกงที่ใช้ปรุงอาหาร ไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัดทุกชนิด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เต้าหู้ยี้ ผักกาดเค็ม เครื่องกระป๋อง ของหมักดอง ฯลฯ เพราะปริมาณเกลือที่บริโภคมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต

2. การจำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่มีไขมันสูง เช่น แองกะทิ ขนมหั่วที่ใส่กะทิทุกชนิด ข้าวมันไก่ หนังหมู ขาหมู มันสมองหมู ไข่ยั่ว แองอิงเล แคมหมู เป็นต้น ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้บริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น บริโภคเนื้อปลาเพราะไขมันต่ำ ย่อยง่าย นมควรเป็นนมพร่องมันเนย ควรปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม ปรุงหรือนึ่งแทนการทอด การเลือกใช้น้ำมันต้องใช้น้ำมันพืช (ยกเว้น น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว) แทนน้ำมันจากสัตว์ เพื่อลดโคเลสเตอรอลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

3. จำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตและอาหารหวานที่ให้พลังงานสูง ควรจัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต หรือน้ำตาลกลูโคสให้น้อยลงแก่ผู้สูงอายุเพราะร่างกายจะได้รับพลังงานมากเกินไป ความต้องการจนเกิดความร้อนขึ้น ถ้ามีน้ำตาลมากเกินไประดับจะทำหน้าที่เปลี่ยนสภาพกลูโคสให้อยู่ในรูปของไตรกลีเซอไรด์หรือโคเลสเตอรอล เป็นผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้น การดูแลอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงควรลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตอาหารที่มีน้ำตาลมาก ๆ เช่น ผลไม้แช่อิ่ม ขนมหวาน นมข้นหวาน ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ทูเรียน ลำไย เป็นต้น ควรจัดให้บริโภคอาหารที่มีเส้นใยมาก ๆ เช่น ข้าวซ้อมมือ ผักใบเขียวต่าง ๆ เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

4. การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรับประทานผัก และผลไม้ เพราะในผักและผลไม้มีใยอาหารซึ่งจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อย และดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่

ที่ตับ เป็นการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดลง จากกลไกนี้จึงสามารถเห็นได้ว่าการรับประทานผักและผลไม้ที่มีใยอาหารจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลงได้ด้วย ส่งผลดีในเรื่องการลดความดันโลหิตและลดอุบัติการณ์เส้นเลือดหัวใจอุดตันได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

5. ควรบริโภคอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่นกล้วย ส้ม ลูกเกด การรับประทานอาหารที่มีเกลือโปแตสเซียมสูงช่วยป้องกันความดันโลหิตสูงได้ ปัจจุบันอาหารส่วนใหญ่ก็มีสัดส่วนของโซเดียมต่อโปแตสเซียมสูง จึงอาจมีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงและควรบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำ โปแตสเซียมสูงแทน แต่ไม่แนะนำการให้สารโปแตสเซียมเสริมเพราะนอกจากจะมีราคาแพงแล้ว ยังอาจเกิดอันตรายได้หากใช้เป็นประจำ ขนาดโปแตสเซียมที่ควรบริโภคคือ 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

6. ควรบริโภคอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ผลิตภัณฑ์จากนม ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อย เป็นต้น อาหารเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะช่วยลดความดันโลหิตแต่ยังช่วยป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอีกด้วย ถ้าร่างกายมีโซเดียมในเลือดสูง โซเดียมจะดึงน้ำในร่างกายไว้ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายสูงขึ้น ความดันต่อผนังหลอดเลือดมีมากขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แต่ถ้าได้รับแคลเซียมมากขึ้น แคลเซียมจะทำหน้าที่ถ่ายน้ำและโซเดียมผ่านไตออกมากับปัสสาวะ นอกจากนี้แคลเซียมจะช่วยกดการหลั่งของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Parathyroid Hormone) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นถ้ากดฮอร์โมนไว้ความดันโลหิตก็จะลดลง แคลเซียมจึงช่วยลดความดันโลหิตในทางอ้อม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

7. ควรบริโภคอาหารที่มีแมกนีเซียม เช่น ถั่วเปลือกแข็ง ผักใบเขียว ถั่วและเมล็ดธัญพืชต่าง ๆ เนื้อแดง เป็นต้น โดยแมกนีเซียมเป็นตัวยับยั้งการหดตัวของหลอดเลือดของกล้ามเนื้อเรียบ มีผลช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือด และเกี่ยวข้องกับการส่งผ่านโซเดียมและแคลเซียมของเยื่อเซลล์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

8. บริโภคอาหารที่มีวิตามินสูง โดยเฉพาะวิตามินซี และวิตามินอี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ช่วยลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

9. งดการดื่มสุรา หรือของมีแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ที่ดื่มสุราจัดในปริมาณที่มากกว่า 60 มิลลิลิตรต่อวัน จะพบว่ามีโอกาสเป็นโรคความดันสูงได้ การดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

10. ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตร หรือ 6 - 8 แก้วต่อวันซึ่งจะช่วยให้การขับถ่ายและการทำงานของไตดีขึ้น

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพที่ดีจึงควรที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีก่อน โดยเน้นถึงการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรือจำกัดอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ และอาหารแปรรูปอื่น ๆ มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่อาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เกลือโซเดียม แอลกอฮอล์ และอาหารที่ทำให้พลังงานสูง จะส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้อง จำกัด หรือควบคุมอาหารดังกล่าวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดตามมา

การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ได้มีผู้สร้างแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายตามแนวคิดที่ศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ของอรุณลดา นางเข้ม (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมที่ประเมินประกอบด้วย การประเมินการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ซึ่งครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร ซึ่งคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในค่าที่ยอมรับได้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับแนวคิดที่ศึกษา

3. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมเพื่ออธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health Related Behavior) โดยในระยะแรกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคล โดยสมมติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพและไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ (Becker, 1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to Take Action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น
2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the Advocated Health Behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวก หรือ

ความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

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

ต่อมา Becker (1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจเพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 ได้มีการปรับปรุงอีกครั้งหนึ่งโดย Rosenstock, Strecher, & Becker ได้เพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีกเพื่ออธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behaviors) ได้ดีขึ้น โดยองค์ประกอบนี้เป็นโครงสร้างที่แยกออกจากองค์ประกอบด้านการรับรู้ 6 ประการเดิมและไม่ได้ใส่ไว้ในแผนภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; Janz, Champion, & Strecher, 2002, pp. 50-51) โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีระดับความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน

2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และผลที่ได้รับ เป็นความรู้สึกรุนแรงของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้น

จะต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรม โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

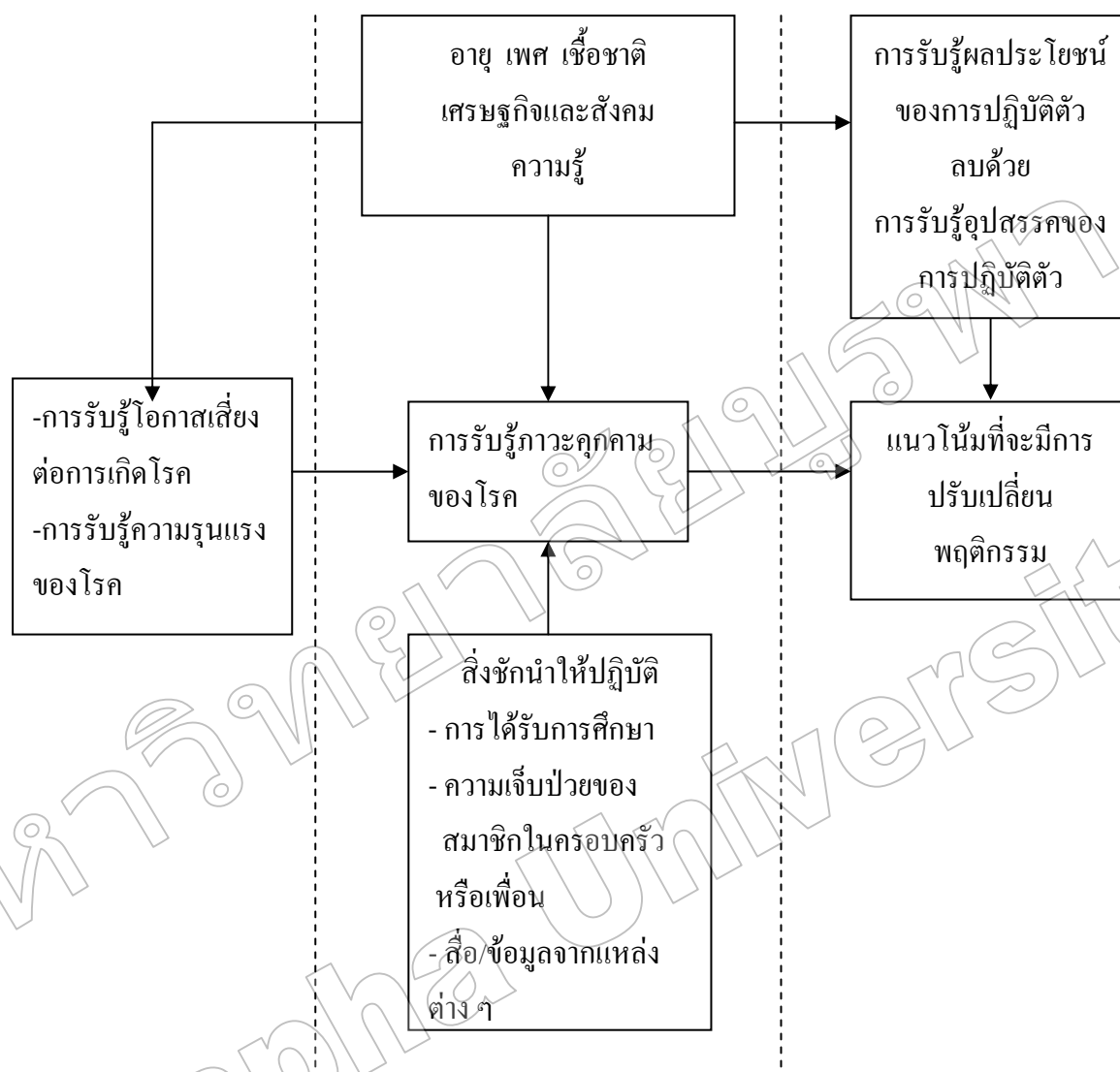
4. การรับรู้ถึงอุปสรรค (Perceived Barrier) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบาย ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ข้อมูลจากสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดหรือจากบุคคลอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับตนเอง

6. ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Other Variables) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะ ทักษะการตัดสินใจและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน

7. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าจะสามารถทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เนื่องจากจะไปช่วยลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม จากการศึกษาของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) พบว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง แม้จะต้องพบกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวในบางครั้งก็จะมีผลมานักเพราะบุคคลจะไม่ได้มองความล้มเหลวนั้นมาจากการที่ตนเอง ไม่มีความสามารถแต่มาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความไม่พยายามและสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำจะทำให้เกิดการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น ไม่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

จากองค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่นำเสนอสามารถแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของแต่ละองค์ประกอบ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่อมโยงของแต่ละองค์ประกอบ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)

แนวทางการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากมโนทัศน์ และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า การรับรู้หรือความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อ 1) เชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ 2) เชื่อว่าปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีอันตราย 3) เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงได้ 4) เชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ 5) เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถ

ตนเองในระดับสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6) สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แนวทางการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติ ดังสรุปใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประยุกต์ใช้แนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(ดัดแปลงจาก Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; Janz, Champion, & Strecher, 2002 และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2549)

แนวคิด	การประยุกต์ใช้
การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility)	ศึกษาประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยง, ระดับความเสี่ยง, ความเสี่ยงของบุคคล โดยยึดตามฐานบุคลิกลักษณะหรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค
การรับรู้ต่อความรุนแรง (Perceived Seriousness)	ระบุผลของการเป็นโรคตลอดจนเงื่อนไขต่าง ๆ ที่จะได้รับการ การเป็นโรค
การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefit)	หาวิธีการปฏิบัติว่าควรทำอะไร ทำเมื่อไหร่ ทำที่ไหน และ ประสิทธิผลที่คาดว่าจะได้รับ
การรับรู้ถึงอุปสรรค/ ปัญหา (Perceived Benefits)	วิเคราะห์ถึงปัญหา/ อุปสรรคที่เกิดขึ้นและคาดว่าจะเกิดขึ้นเพื่อหา แนวทางในการแก้ไขและลดการเกิดปัญหาตลอดจนวิธีการให้ความ ช่วยเหลือ
สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to Action)	มีขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกัน การ รักษา ตลอดจนการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ แก่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง
การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)	มีการให้ความรู้ การฝึกอบรม การให้สุศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อก่อให้เกิด ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการวิจัยและการปฏิบัติ

การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล ที่เชื่อว่าการปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเองทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วย ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การรับรู้ภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และทำให้

ผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องทำได้โดยการให้ความรู้อันจะส่งเสริมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ใหม่เข้ามาและนำมารวมกับความรู้เก่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการวิจัย ทั้งรูปแบบการศึกษาตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบ และการพัฒนาเป็นรูปแบบการปฏิบัติการดูแล (Intervention) ดังที่จะนำเสนอบางส่วนดังนี้

ตัวอย่างงานวิจัยที่นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือรูปแบบการปฏิบัติการดูแลมีดังนี้ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธรรมา (2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โดยการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้และทักษะการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ เป็ยวนาลาว (2549) ศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักรักษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะน้ำหนักรักษา การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักรักษา ลดการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมควบคุมภาวะน้ำหนักรักษา โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้เป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักรักษา ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของศราวุธ อยู่เกษม (2550) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุม

ความดันโลหิตสูง ลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และส่งเสริมแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้เป็นรายกลุ่ม 1 ครั้ง และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของศศิธรณ์ นนทะ โมลี (2551) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ 1 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยที่นำเสนอจะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 4-5 ครั้ง ในระยะเวลา 4-5 สัปดาห์ สามารถเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวมาส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค และส่งเสริมปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมจำนวน 4 ครั้ง แต่ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตได้ซึ่งเป็นระยะเวลาเฉลี่ยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา, 2549; วารี กังใจ, 2552; ศราวุธ อยู่เกษม, 2550; ศศิธรณ์ นนทะ โมลี, 2551; อภิญา ชนะศึก 2548)

ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่าง ๆ ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทั้งของไทยและต่างประเทศในระหว่างปี พ.ศ.2544 ถึง พ.ศ.2551 ที่ผู้วิจัยทบทวนได้ มีดังนี้

การศึกษาของ นัยนา เมธา (2544) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารหมวดเครื่องปรุงรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .310, p < .05$) และการศึกษา

ของอรุณลดา นางแย้ม (2550) ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารเฉพาะโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .421, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อารักขา ใจธรรม (2545) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจุฬารัตนพินิจ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .460, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริมา มิตรเกษม (2548) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .189, p < .01$)

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารนั้น จากการศึกษาของ วาสนา ครุฑเมือง (2547) ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .573, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542); อารักขา ใจธรรม (2545) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ ก็จะทำให้เกิดการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น ไม่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ (Strecher & Rosenstock, 1997) ดังการศึกษาของปราณีต สิงห์ทอง (2541) ซึ่งศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัด

สุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .295, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ เจริญกิจ (2543) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถ ทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของนัยนา เมธา (2544) พบว่าคะแนนการรับรู้ด้านปัจจัยร่วมต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหาร ปัจจัย กระตุ้นการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปพัฒนาเป็น โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ องค์ประกอบด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร เฉพาะโรค รวมทั้งสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ โดยใช้วิธีการกระตุ้นเตือนจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกใน ครอบครัวและผู้วิจัย (Reminder) การให้ความรู้ (Education) โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บรรยาย การสาธิต วิเคราะห์ พร้อมทั้งให้ข้อมูลโดยสื่อ (Media) 1 ครั้ง หลังจากนั้นกระตุ้นการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค 3 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และมอบคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนให้เกิดความเข้าใจอีกทั้งยังช่วยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตาม ได้อย่างถูกต้อง ส่วนผลลัพธ์ (Outcome) ของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ที่ถูกต้องเหมาะสม และการลดลงของระดับความดันโลหิต

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเรียนรู้ในผู้สูงอายุเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาและดำเนินโปรแกรมให้เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ แต่ความเสื่อมทางการรับรู้ ต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน ปัญหาทางด้านความจำระยะสั้น ทำให้การเรียนรู้ช้าลง การเข้าใจ ปัญหาในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

ความหมายของการเรียนรู้

ความหมายของการเรียนรู้ นักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของการเรียนรู้แตกต่างกันไป ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2522) ให้ความหมายว่า การเรียนรู้คือ ขบวนการเจริญงอกงามของอินทรีย์ หรือพัฒนาการของอินทรีย์ซึ่งสามารถทำให้อินทรีย์แก้ไขปัญหาคำถามต่าง ๆ ได้ดีขึ้น หรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

ยุทธ ไกยวรรณ (2551) ให้ความหมายว่า การเรียนรู้หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ ที่ค่อนข้างถาวรและเป็นไปในทางที่สังคมต้องการ

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2547) ให้ความหมายว่า การเรียนรู้หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการได้รับสิ่งเร้า และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรมีลักษณะที่ถาวรพอสมควร ซึ่งก็คือการได้รับประสบการณ์นั่นเอง

การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการมีประสบการณ์ และได้แยกให้เห็นประเด็นที่สำคัญ ๆ 3 ประการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ไว้ดังนี้

1. การเรียนรู้ในฐานะเป็นผลผลิต (Learning as Product) โดยการเน้นให้เห็นความสำคัญของผลลัพธ์ด้านสุดท้าย นั่นคือ ผลของการเรียนรู้ (Outcome of Learning) ซึ่งได้รับจากประสบการณ์

2. การเรียนรู้ในลักษณะที่เป็นกระบวนการ (Learning as Process) โดยที่จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับเหตุการณ์ และกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้หรือสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนรู้จนกระทั่งทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้

3. สิ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ (Learning as Function) เป็นการศึกษาค้นคว้าเพื่อหาสาเหตุที่สำคัญ ๆ ในการก่อให้เกิดการเรียนรู้ อาทิ แรงจูงใจ ความตั้งใจในการเรียนรู้หรือการถ่ายโยงการเรียนรู้ (Transfer of Learning) ซึ่งสิ่งทั้งหลายเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์ทั้งสิ้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือกิจกรรมที่จัดขึ้น และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้น ต้องเป็นพฤติกรรมที่ถาวร ไม่ใช่พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะ การได้รับยาชนิดต่าง ๆ หรือภาวะเจ็บป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ไม่ดีเท่าผู้อื่น ๆ เนื่องมาจากพื้นฐานการศึกษาเดิม ลักษณะอาชีพที่เคยปฏิบัติก่อน ปัญหาเรื่องของสุขภาพ การสูญเสียความสามารถทางประสาทสัมผัสและการรับรู้ตลอดจนความวิตกกังวลในเรื่องการทดสอบ

นอกจากนี้กิจกรรมการเรียนรู้ใดก็ตามที่ต้องใช้เรื่องของความเร็ว ความไวเข้ามาประกอบด้วย ผู้สูงอายุจะไม่สามารถทำได้ดีเท่ากับผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ทั้งนี้เพราะร่างกายที่เสื่อมโทรมลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้ ทั้งนี้เพราะมองไม่เห็นประโยชน์ของการเรียนรู้ ทำให้ขาดความสนใจในเรื่องนั้น ๆ และเมื่อขาดความสนใจแล้วก็จะทำให้ระบบความจำไม่สามารถที่จะเก็บความสนใจในการเรียนรู้ไว้ได้นาน (สุรกุล เจนอบรม, 2541)

2. การเรียนรู้และความจำ (Learning and Memory) มีส่วนสัมพันธ์กันในผู้สูงอายุนั้นมีความเสื่อมของความจำสามลักษณะ คือ ความจำที่เกิดจากระบบประสาทสัมผัส (Sensory Memory) ความจำระยะสั้น (Short Term Memory) และความจำระยะยาว (Long Term Memory) ซึ่งความจำทั้งสามลักษณะนี้เป็นรูปแบบของการประมวลสารสนเทศที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความเข้าใจในข้อมูลข่าวสาร เก็บจำ และดึงเอาข้อมูลมาใช้เมื่อต้องการ ในวัยสูงอายุนั้นมีความเสื่อมตามวัยของระบบประมวลสารสนเทศทั้งสามลักษณะดังต่อไปนี้

2.1 ความจำที่เกิดจากระบบประสาทสัมผัส (Sensory Memory) ความจำลักษณะนี้สามารถแบ่งได้เป็น ความจำที่เกิดจากการมองเห็น (Iconic Memory) และความจำที่เกิดจากการได้ยิน (Echonic Memory) อย่างไรก็ดี ข้อมูลที่จะผ่านขั้นตอนนี้ไปสู่ที่เก็บความจำระยะสั้นจะลดน้อยลงเนื่องจากความเสื่อมของระบบการรับรู้และการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องการเวลามากขึ้นในการจำแนกสิ่งเร้าต่าง ๆ จากสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ในขณะนั้น นอกจากนี้ การส่งต่อข้อมูลไปสู่กระบวนการความจำระยะสั้นจะต้องการความสนใจและความใส่ใจ และในส่วนของผู้สูงอายุนั้น ความสนใจและความใส่ใจก็ไม่เฉียบไวหรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าคนหนุ่มสาว

2.2 ความจำระยะสั้น (Primary or Short Term Memory) เป็นความจำที่ผ่านระบบประสาทสัมผัสมาแล้วและใช้เวลาเพียงเล็กน้อยประมาณ 1/10 วินาที ก็จะถูกส่งต่อไปยังระบบความจำระยะสั้นและถ้าต้องการเก็บความจำระยะสั้นนี้ไว้ จำเป็นต้องมีการจัดระบบหรือกระบวนการอื่น ๆ เช่น การท่อง การทบทวน การทำซ้ำอยู่บ่อย ๆ เพื่อให้ความจำนั้นคงไว้และเข้าสู่ความจำระยะยาวต่อไป

2.3 ความจำระยะยาว (Secondary or Long Term Memory) ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ถาวรในส่วนนี้ การส่งต่อข้อมูลจากกระบวนการความจำระยะสั้นสู่กระบวนการความจำระยะยาวจะต้องอาศัยการทบทวนฝึกฝน ความจำระยะยาวของบุคคลทั่วไปจะลดลงร้อยละ 30 ของความจำทั้งหมด แต่ในผู้สูงอายุจะไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของความจำระยะยาวมากนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุนั้นมีความจำระยะสั้นและระยะยาวที่สะสมอยู่มานาน ทำให้เกิดการทบทวนเหตุการณ์ซ้ำ ๆ กันบ่อย ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำเหตุการณ์ในอดีตมากกว่าเหตุการณ์ที่เป็นปัจจุบัน

เทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้ในวัยสูงอายุสามารถทำได้ และเรียนรู้ได้ดีขึ้น ถ้าผู้ให้ข้อมูลข่าวสารมีความรู้และความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โดยการให้เวลาและใช้เทคนิควิธีต่าง ๆ ช่วยในการเรียนรู้ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอยากเรียนและไม่เบื่อหน่ายที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เทคนิคที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น มีดังนี้ (วรรณิ ลิ้มอักษร, 2546; สุรกุล เจนอบรม, 2541; Miller, 1995)

1. ให้เวลาในการเรียนรู้มากขึ้น
2. เนื้อหาความรู้ที่ให้เป็นเรื่องที่น่าสนใจ
3. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้อ่านง่ายต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาจากการเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ดังนี้

3.1 ปัญหาทางด้านสายตา แก้ไขโดยการใช้สีที่มีโทนสีแดง สีส้ม และสีเหลือง หลีกเลี่ยงการใช้สีน้ำเงินและเขียว ปรับแสงสว่างให้เพียงพอ สวมแว่นสายตา หรือใช้แท็บช่วยในการให้ความรู้แทนการอ่าน

3.2 ปัญหาทางการได้ยินนั้น ช่วยได้โดยการพูดเสียงดัง ใช้เครื่องขยายเสียง และใช้เครื่องช่วยฟังเสียง

4. ใช้วิธีการท่อง ฟัง หรือการอ่านทวนเนื้อหาหรือข้อความนั้นซ้ำๆ (Rehearsal) เพื่อช่วยแก้ปัญหาด้านความจำของผู้สูงอายุ ซึ่งมี 2 ลักษณะ ดังนี้

4.1 การทวนซ้ำๆ (Maintenance Rehearsal) เป็นการทวนซ้ำๆ เพื่อช่วยให้การจำข้อมูลที่ต้องการจะจำภายในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น การท่องจำหมายเลขโทรศัพท์ ท่องจำประเภทนี้ใช้ความสามารถในการจำแต่ไม่เกี่ยวข้องกับความจำระยะยาว

4.2 การทวนซ้ำด้วยความเข้าใจ (Elaborative Rehearsal) หรือการจำแบบใช้ความคิด เป็นการจำโดยเชื่อมโยงข้อมูลใหม่เข้ากับที่มีอยู่แล้วในความจำระยะยาว โดยวิธีการนี้จะมี การถ่ายโยงข้อมูลไปยังความจำระยะยาว และนำมาเก็บไว้ในความจำระยะสั้น นั่นคือ การนำความรู้ที่เก็บไว้แล้วมาช่วยในการเรียนรู้

5. ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างคำพูดกับจังหวะที่สอดคล้องกัน เป็นเทคนิคในการสะสมความจำระยะยาว โดยการนำเอาข้อมูลใหม่มาสร้างเป็นทำนอง จังหวะ หรือรหัสให้เกิดความคล้องจองกัน เช่น ในภาษาไทยได้สอนวิธีสะกดคำที่ใช้สระ “ไ” โดยแต่งกลอนให้สอดคล้องกันที่ทุกคนรู้จักดี ซึ่งขึ้นต้นด้วย “ผู้ใหญหาผ้าไหมให้สะใภ้ใช้คล้องคอ...”

6. แบ่งเรื่องที่ต้องการจะจำออกเป็นตอนสั้น ๆ เพราะการอ่านหรือการทบทวนเนื้อหาที่มีเนื้อหามาก ๆ จะทำให้จำยาก ซึ่งถ้าบุคคลจำกลุ่มคำขนาดใหญ่มักจะลืมคำช่วงกลาง ๆ จำได้แต่คำช่วงต้นกับช่วงท้าย แต่ถ้าแบ่งเนื้อหาออกเป็นตอนสั้น ๆ จะทำให้จำได้ดีกว่า

จากทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ และจะมีการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ถ้าผู้ให้ความรู้มีความรู้และความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการประมวลสารสนเทศในผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคและวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นในการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงต้องทราบความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม เช่น ปัญหาด้านสายตา หรือการได้ยิน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลจากการเข้าร่วมโปรแกรมเท่า ๆ กัน รวมถึงการจัดอุปกรณ์สื่อการสอนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้

5. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างสูง (Chobanian et al., 2003) โดยพบได้ประมาณร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Meredith & Trenkwalder, 2002) เมื่อเป็นโรคแล้วส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และประเทศชาติ อย่างไรก็ตาม การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะการบริโภคอาหารเฉพาะโรค จะสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค การรับรู้ความสามารถตนเองด้าน การบริโภคอาหารเฉพาะโรค และการได้รับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ

จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค โดยเฉพาะการบริโภคอาหารหมวดเครื่องปรุงรส (นัยนา เมธา, 2544; อรุณลดา นางแย้ม, 2550) เช่นเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหาร ที่ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค (ปราณี ทองพิลา, 2542; ศิริมา มิตรเกษม, 2548; อรุณลดา นางแย้ม, 2550; อารักขา ใจธรรม, 2545) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น จากการศึกษพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน (นพรัตน์ เจริญกิจ, 2543; ปราณีต

สิงห์ทอง, 2541) ส่วนปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การกระตุ้นเตือนการปฏิบัติโดยสมาชิกในครอบครัวและผู้วิจัย รวมถึงการใช้คู่มือส่งเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคในการทบทวนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เป็นปัจจัย สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม (นัยนา เมธา, 2544; ศศิธรณ์ นนทะโมลี, 2551)

ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ เหมาะสมโดยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง รับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค รับรู้ความสามารถตนเองในการ บริโภคอาหารเฉพาะโรค ลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค รวมทั้งส่งเสริม สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติของผู้สูงอายุจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและผู้วิจัย ด้วยการสอดแทรก ไว้ในกิจกรรมที่กำหนดให้ผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค : โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็น สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องความหมายของโรค ความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นให้เห็นถึงการก่อให้เกิดความพิการจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาต โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น การชี้ให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงโดยการให้ความรู้ พร้อมทั้งยกตัวอย่างตัวแบบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเกิด ความตระหนักถึงความสำคัญของโรค และเกิดปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่ถูกต้อง

การส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค: โดยผู้วิจัยให้ความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ชี้ให้เห็นข้อดีของการบริโภคอาหารที่ เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงและข้อเสียของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ไม่ถูกต้องและ เหมาะสม

ลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค : โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัววิเคราะห์ถึงปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นและคาดว่าจะเกิดขึ้นจากการ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขตลอดจนวิธีการให้ ความช่วยเหลือ เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง: กระทำโดยส่งเสริมการรับรู้ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความสามารถตนเองในการจัดการ และดำเนินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค

ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นปัจจัยในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการกระทำพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคแล้ว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นสิ่งที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและทักษะที่เพียงพอในการกระทำนั้นๆ ปัจจัยนี้จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยตรง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งไปที่ประเภทของข้อมูลทั้ง 4 ประเภท ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experiences) โดยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจนสำเร็จ เช่น การเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร การรับประทานอาหาร และการจดบันทึกรายการอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน เป็นต้น เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ผู้สูงอายุได้รับจากการที่ตนเองกระทำสำเร็จ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความพยายามที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) การให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้เห็นตัวแบบมีชีวิตและไม่มีชีวิต โดยนำผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาเล่าประสบการณ์การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ซึ่งการได้เห็นตัวแบบจากผู้อื่นที่แสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับตนแล้วได้รับผลสำเร็จและเป็นที่น่าพอใจ ตลอดจนคำแนะนำในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองมีความสามารถและทำให้ผู้สูงอายุมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค

กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจดจำและเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ดี นำความรู้ ความเข้าใจสิ่งทีรู้นั้นไปปฏิบัติ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม ดังนั้น หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ดีขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ต้องกลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) โดยผู้วิจัยใช้คำพูดที่เป็นในลักษณะที่ชักจูงโน้มน้าว แนะนำ อธิบาย ชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค

4. สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแรงเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง

การส่งเสริมปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ: ในการวิจัยครั้งนี้ มีการส่งเสริมปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติโดยผู้วิจัย ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และการใช้สื่อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัย ด้วยการใช้คำพูดที่เป็นในลักษณะ แนะนำ อธิบาย เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ไม่เหมาะสม และชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค

2. การกระตุ้นเตือนโดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ด้วยการดูแลช่วยผู้สูงอายุจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจัดอาหารจัด อาหารไขมันต่ำ การเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ผู้ดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุดื่มเครื่องดื่มปรุงในขณะรับประทานอาหาร การจัดเมนูอาหารร่วมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. การใช้สื่อเป็นตัวกระตุ้นเตือน ได้แก่ คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคในการทบทวนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ทั้งนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอย่างเป็นขั้นตอน 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสร้างเสริมการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารและเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงว่าสามารถก่อให้เกิดความรุนแรงต่อร่างกาย ที่อาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ความยากลำบากของการดูแลเมื่อเกิดความพิการ การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคเพื่อป้องกันความรุนแรงนั้น เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ถูกต้อง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งความร่วมมือในการรักษามีความจำเป็นสำหรับความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค และส่งผลต่อการลดลงของระดับความดันโลหิต หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซักถามข้อสงสัย ทบทวนวิธีการปฏิบัติตัวและเน้นให้เห็นถึง

ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ถูกต้องเหมาะสม พร้อมแนะนำวิธีการบันทึกรายการอาหารที่บริโภค (Dietary Record) ตามแบบบันทึก

กิจกรรมครั้งที่ 2

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เพื่อติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือไม่ จากแบบบันทึกรายการอาหารที่บริโภค การสังเกต และการซักถาม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ วิเคราะห์การปฏิบัติที่ผ่านมา และประเมินว่าเกิดประโยชน์กับตนเอง และมีอุปสรรคในการปฏิบัติอย่างไรบ้าง ควรที่จะปฏิบัติต่อไปหรือควรมีการปรับเปลี่ยนอย่างไร ให้แรงเสริมทางบวกโดยการชมเชยเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เพื่อเป็นการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ จากนั้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น และหาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้ถูกต้อง วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคได้

กิจกรรมครั้งที่ 3

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหา อุปสรรค เพื่อหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นการลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค พร้อมทั้งผู้วิจัย ให้แรงเสริมทางบวก เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 4

ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรค และการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งให้เห็นถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นการลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค พร้อมทั้งผู้วิจัย ให้แรงเสริมทางบวก และมอบกระเช้าสุขภาพเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง

จากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีแบบแผนและเป็นขั้นตอนตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการส่งเสริม

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการบริโภคอาหารเฉพาะโรค ลดการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรค และการกระตุ้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี