

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 2.2 การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง
3. แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการที่นำมาใช้ในการวิจัย
 - 3.1 การศึกษาเพื่อสร้างพลัง
 - 3.2 แนวคิดการจัดการศึกษาในผู้สูงอายุ
 - 3.3 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - 3.5 การเยี่ยมบ้าน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
 - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมาย

นักวิชาการได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับ “ผู้สูงอายุ” ไว้มากมายหลายท่าน ได้แก่

บรรลุ ศิริพานิช (2526, หน้า 42 อ้างใน จงภักดี พร้อมเพียงบุญ, 2541, หน้า 7) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ตกลงกันเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของชราภาพ

บุษยามาส ลินธุประมา (2539) ผู้สูงอายุนั้น หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะความสูงอายุหรือชราภาพ (aging) เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิต โดยอายุหรือวัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม

จากความหมายและการนิยามต่างๆ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติของวัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กัน

เกณฑ์การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช (2526) ได้แยกผู้สูงอายุตามอายุและภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The young old) เป็นผู้มีอายุ 60-70 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพ และสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก สามารถช่วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ และเป็นวัยที่เพิ่งผ่านพ้นวัยที่มีประสบการณ์มาก จึงควรนำผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาช่วยทำงานในการสร้างสรรค์ต่อไปทางวิชาการ และดูแลผู้สูงอายุในวัยอื่นๆ

2. กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (The middle old) เป็นผู้มีอายุ 71-80 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เริ่มมีความจำเป็นหรือความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทดแทนในส่วนที่พร่องไป

3. กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The old old) เป็นผู้มีอายุ 81 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปอย่างเห็นได้ชัดเจน มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นและต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทดแทนในส่วนที่พร่องไป

องค์การอนามัยโลกได้ยึดความยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้นโดยได้กำหนดวัยสูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป แต่ในการประชุมสมัชชาโลกกำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ (ปราณี ทองพิลา, 2542, หน้า 9-12)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

เมื่อคนมีอายุมากขึ้นความเจริญของร่างกายจะลดลง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มีผลโดยตรงต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ ทำให้เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือด ผังหลอดเลือดแข็งตัว เสียวความยืดหยุ่น ผังหนาขึ้น รูภายในแคบลง เกิดการอุดตันได้ง่าย การเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความดันซิสโตลิกสูง ซึ่งพบได้บ่อยมาก ระดับความดันซิสโตลิกที่ใช้คาดคะเนการเกิดอัมพาตสมองได้ดีกว่าระดับความดันไดแอสโตลิก และการแข็งตัวของหลอดเลือดสมองที่มากขึ้น อาจทำให้หลอดเลือดในสมองแตกได้ หรือทำให้สมองขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเกิดอัมพาตตามมา และจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายมีความต้านทานเพิ่มขึ้น มีผลให้ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่แล้วยังมีความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตในผู้สูงอายุแข็งตัวหนาขึ้น ทำให้การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ประสิทธิภาพการกรองจึงลดลง ทำให้พบไข่ขาวในปัสสาวะและครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ จะพบว่าหัวใจห้องล่างซ้ายโต เพราะต้องทำงานหนักเนื่องจากแรงต้านของหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น หากความดันโลหิตยังคงมีอยู่ต่อไปอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจวายได้

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของตนเอง โดยมากอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า ใจน้อย คิดมาก ว้าวุ่น เศร้าซึม วิตกกังวล เรื่องฐานะความเป็นอยู่ เศรษฐกิจและสังคม อาหารการกิน การนอนหลับพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ การขับถ่าย และความเจ็บป่วยของตัวเอง ผู้สูงอายุมักมีความรู้สึกที่ถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก และกลัวความตายมากขึ้น การได้รู้เห็นหรือทราบข่าวคนที่รักและคนใกล้ชิดตายไปที่ละคน จะยังทำให้รู้สึกเศร้าสร้อยและกลัวมากขึ้น ยิ่งหากต้องเพิ่มโรคอีกโรคเข้าไปด้วยแล้ว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุนั้นเพิ่มความวิตกกังวลเป็นทวีคูณ เพราะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย นอกจากการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเอง การให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ แต่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงบางคนที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการรับรู้ลดลง อาจจะพบกับความลำบากในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค เช่นในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับ

ประทานยา การมาตรวจตามนัด ทำให้อาการรุนแรงขึ้น ซึ่งความรู้สึกอย่างนี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นจากปกติหลายเท่า

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างก็มีประสบการณ์กับบทบาทต่างๆ ในสังคมมากมาย ที่ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่เริ่มห่างจากสังคม ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดลง ประกอบกับการเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่สังคม จึงไม่ต้องการพบปะผู้อื่น อันเนื่องมาจากความไม่สะดวก ความไม่สุขสบายจากโรค วิตกกังวล เกิดความเบื่อหน่ายและท้อแท้ ทำให้ขาดเพื่อน นอกจากนี้ในวัยสูงอายุอาจจะต้องประสบกับปัญหาขาดรายได้ เนื่องจากเป็นช่วงที่ต้องออกจากงาน ซึ่งมีผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมา เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวในทุกๆ เรื่องที่ผ่านมามีในขณะนี้ ดังนั้นบุคคลรอบข้าง และสังคม ต้องช่วยกันสร้างกำลังใจแก่ผู้สูงอายุดังกล่าว ให้มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างผู้มีสุขภาพดีทั้งกาย จิต และสังคมต่อไป

ปัญหาที่พบในวัยสูงอายุ

ปัญหาผู้สูงอายุที่พบ ได้มีรายงานการศึกษาผู้สูงอายุไทย โดยการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย จำนวน 1,574 คน ของ บรรลุ ศิริพานิช (2526, อ้างใน เอกรัตน์ เชื้ออินตา, 2540, หน้า 15) พบว่า ปัญหาในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ พบร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ เรื่องการเงิน นอนไม่หลับ ปัญหาครอบครัว ญาติพี่น้อง และความวิตกกังวล พบร้อยละ 44.5 36.9 20.5 และ 20.0 ตามลำดับ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบ เชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่มีความเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ เป็นผลให้สภาพร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันโรคลดลง ไวต่อการเป็นโรค โอกาสเจ็บป่วยจึงมีมาก (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2536, หน้า 1) จากการศึกษาของอีลิโอพอลอส (Eliopoulos, 1987 อ้างใน ปาสีรัตน์ พรทวีกันหา, 2541 หน้า 3) พบว่า ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมกกว่าวัยอื่นๆ ถึง 4 เท่า เมื่อเจ็บป่วยมักจะมีอาการรุนแรง และใช้เวลานานกว่าจะฟื้นกลับสู่สภาพปกติ โอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยคนละ 1 โรค (เตียง ยอดโรตง, 2533:2 อ้างใน เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536, หน้า 2) หรือในบุคคลที่มีอายุเกิน 60 จำนวน 4 ใน 5 คนจะมีโรคประจำตัว 1 หรือมากกว่านั้น (สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคนอื่นๆ, 2538, หน้า 3) จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2538 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ที่เกิดจากพฤติกรรมและความเสื่อมของอวัยวะระบบต่างๆ มีผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ได้แก่ โรคปวดเอว/หลัง โรคความดันโลหิตสูง โรค

ภาวะแพ้อาหาร และโรคหัวใจ ตามลำดับ (เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ และคนอื่นๆ, 2535, อ้างใน ปรานี ทองพิลา, 2542, หน้า 2) เช่นเดียวกับการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ จาก สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องปวดตามข้อ ร้อยละ 74.6 นอนไม่หลับ ร้อยละ 58.8 ท้องผูก ร้อยละ 39.9 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.6 ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 10.1 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.5 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.3 นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยวัย 50 ปีขึ้นไป ปี 2535 พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรค ปวดหลัง ร้อยละ 17.7 โรคความดันโลหิตสูง 13.9 ภาวะแพ้อาหาร ร้อยละ 12.0 ข้ออักเสบ ร้อยละ 8.8 และโรคหัวใจ ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537, หน้า 145) และจากรายงานผลการสำรวจสถานภาพอนามัยของประชากรไทย ปี 2534-2535 พบว่า อายุ 60-70 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 42.2 (เพ็ญจันทร์ ชูประภาวรรณ, 2535, อ้างใน ปรานี ทองพิลา, 2542, หน้า 2) จากสถิติเกี่ยวกับเรื่องสาเหตุการตายในผู้สูงอายุ (2537) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ ร้อยละ 40.6 วัณโรค ร้อยละ 37.4 เลือดออกในสมองและกระโหลกศีรษะ ร้อยละ 35.2 เนื้องอกร้ายบางตำแหน่ง ร้อยละ 29.5 ปอดอักเสบ ร้อยละ 24.3 โรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ร้อยละ 24.1 โรคติดเชื้อของลำไส้ ร้อยละ 14.4 มาลาเรีย ร้อยละ 7.7 อุบัติเหตุยานยนต์บนถนน ร้อยละ 7.3 ถูกฆ่าตาย/ถูกทำร้ายโดยบุคคลอื่น ร้อยละ 4.3 จากรายงานสาเหตุการตายของผู้สูงอายุ ที่พบในลำดับต้นๆ เชื่อว่าส่วนสำคัญของ ต้นเหตุเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น และปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูง กำลังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภาวะนำของปัญหาสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยแต่ละปีมีรายงานว่าโรคความดันโลหิตสูงได้บั่นทอนสุขภาพ และคร่าชีวิตผู้สูงอายุไปก่อนเวลาอันควรเป็นจำนวนมาก (ธาดา ยิบอินซอย, 2535 อ้างใน สมสุข สิงห์บุญจันท์, 2540, หน้า 1)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

สำหรับวิกฤตการณ์โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย โดยรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2531 พบว่า ร้อยละ 10 ของประชากรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และในปี 2535 พบว่ามีอัตราป่วย 96.35 คน ต่อประชากร 100,000 คน และมีอัตราตาย 21 คน ต่อประชากร 100,000 คน (กองสถิติสาธารณสุข, 2535, อ้างใน ปรานี ทองพิลา, 2542, หน้า 3) และจากรายงานของโครงการพัฒนาชุมชน ทบวงมหาวิทยาลัย ระบุว่า ปี พ.ศ. 2530 มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 10.56-13.71

(เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536, หน้า 1) และภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่พบบ่อยและมีสถิติการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคหัวใจ โดยมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จาก 49.5 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2532 เป็น 78.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2538 (กระทรวงสาธารณสุข, 2539 อังโน ปราณี ทองพิลา, 2542, หน้า 3) โรคความดันโลหิตสูงเป็น ปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีผู้เป็นความดันโลหิตสูงประมาณ 2.2 ล้านคน ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบในอายุ 40 ปีขึ้นไป โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในสถานบริการเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง ตั้งแต่ปี 2531-2536 ได้มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อย่างรวดเร็ว จากอันดับ 5 เป็นอันดับ 4 ของสาเหตุการตายทั้งหมด อายุที่มีการตายสูงสุด คือ อายุ 60-64 ปี การที่อัตราการตายและอัตราการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากประเทศไทยมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้การทำอาชีพ วิธีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอาการไม่ชัดเจนในระยะต้น ซึ่งมีผลทำให้วินิจฉัยได้ช้า และมีผลต่อการรับการรักษาความดันโลหิตสูง จากการสำรวจในปี พ.ศ.2534 พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 1,606 ราย มีเพียง 164 ราย (10.4%) เท่านั้นที่รู้ว่าตนเองเป็นโรคนี้ และในจำนวน 164 ราย ที่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มี 117 ราย (71.3%) ที่ได้รับการรักษา และในจำนวน 117 รายนี้มีเพียง 72 ราย (61.5%) ที่ได้รับการรักษา มีความดันโลหิตต่ำกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีอัตราต่ำมาก 72 ราย ใน 1,606 ราย (4.5%) แสดงถึงความสามารถในการป้องกัน ค้นหาผู้ป่วย และการควบคุมโรคยังเป็นปัญหา จากการพยากรณ์โรค ส่วนใหญ่คนที่มีความดันโลหิตสูงจะไม่มีอาการแต่มีโอกาสเกิด อัมพาต หัวใจวาย โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ และโรคไตได้มากกว่าคนปกติทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจและอาจถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งได้มีการพยากรณ์โรคว่า คนกลุ่มอายุ 35 ปีที่มีความดันโลหิตสูง 132/85 มิลลิเมตรปรอท เมื่อติดตามครบ 20 ปี จะมีชีวิตอยู่ร้อยละ 86.4 แต่ถ้าความดันโลหิต 152/95 จะมีชีวิตอยู่ร้อยละ 72.4 เมื่อติดตามไปครบ 20 ปีเท่ากัน และกลุ่มอายุ 55 ปีที่มีความดัน 152/95 มิลลิเมตรปรอท อีก 20 ปี จะมีชีวิตอยู่เพียงร้อยละ 26.3 เนื่องจากโรคนี้มีอาการไม่ชัดเจนในระยะต้น การวินิจฉัยโรคจึงอาจค้นพบได้ช้า เมื่อป่วยเป็นความดันโลหิตสูงแล้ว การรักษาจะช่วย ให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้นและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าปล่อยไม่รักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง

จะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้พิการ หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรได้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 7)

ความหมายของความดันโลหิตและความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (ปราณีต สิงห์ทอง, 2541, หน้า 12) หมายถึง ความดันที่หัวใจบีบเลือดออกไปยังผนังหลอดเลือดที่เรียกว่า ความดันซิสโตลิก (systolic pressure) มีค่าปกติ 120 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อหัวใจคลายตัวความดันที่ผนังหลอดเลือดจะลดลงที่เรียกกันว่า ความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) มีค่าปกติ 80 มิลลิเมตรปรอท ถ้าค่าความดันซิสโตลิก (systolic pressure) สูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) สูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าอยู่ในระดับอันตราย

ความดันโลหิตสูง (ปราณีต สิงห์ทอง, 2541, หน้า 12) หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โดยทั่วไปค่าความดันโลหิต จะแสดงถึงผลคูณของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ดังนั้นค่าปกติของความดันโลหิตของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถใช้เกณฑ์เดียวกับผู้ใหญ่ได้ ทั้งนี้เพราะอวัยวะเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดของผู้สูงอายุนับตั้งแต่หัวใจ หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ เช่น สูดซึบเลือดลดลง หลอดเลือดทั่วร่างกายมีความแข็งตัวมากขึ้น

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (ปราณี ทองพิลา, 2542, หน้า 13)

ปัจจุบันผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 40-50 ของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผลต่อเนื่องที่ตามมาก็คือ ทำให้อัตราการตายจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด หัวใจวาย เลือดคั่ง และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูง ถูกเรียกว่าเป็น “เพชรฆาตเงียบ” (Silent Killer) เนื่องจากอาจไม่มีอาการของโรคเลยหรือมีเพียงเล็กน้อย คาดว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบเลยว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ทำลายอวัยวะต่างๆ ของร่างกายแล้ว จึงปรากฏสัญญาณที่เป็นอันตรายต่อชีวิต อาจเรียกได้ว่าเป็น “Silent Disease” สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีแรงดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว สูงเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว สูงเกิน 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีแรงดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวสูงเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท อย่างเดียวก็ได้ ความดันโลหิตสูง

เฉพาะขณะที่หัวใจบีบตัวพบบ่อยในผู้สูงอายุ ความดัน Systolic จะสูงขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับความดัน Diastolic มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น และไม่ยืดหยุ่น เพราะเนื่องจากความสูงอายุ

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1. ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคไต โรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ และโรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาโรคต้นเหตุ ภาวะความดันโลหิตสูงก็จะหายไปด้วย ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

2. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (ideopathic hypertension) จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 90-95 ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากจะพบในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ปัจจุบันไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าเป็นผลจากความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัย 2 ประการ (WHO, 1983, pp. 12-19 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 134-136, ศักดิ์ดีดา ถานินทร์, 2542, หน้า 7) ได้แก่

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

1.1 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน

1.2 ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

1.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดงคล้ายคลึงกัน

1.4 ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรมและพ่อแม่บุญธรรม จากการวิจัยแบบ cross section ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำหนักตัว จำนวนเกลือหรือจำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การออกกำลังกาย และความเครียด นอกจากนี้ยังมี การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้ยา ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนทั้งสิ้น

อาการของโรคความดันโลหิตสูง (ปรานีต สิงห์ทอง, 2541, หน้า 17)

1. ปวดศีรษะข้างเดียวและมันศีรษะบริเวณท้ายทอย มักมีเลือดกำเดาออกบางครั้ง เป็นอาการที่พบบ่อย เนื่องจากเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น หลอดเลือดในสมองจะบีบตัวมากขึ้นตรงบริเวณหลอดเลือดเยื่อหุ้มสมองด้านนอก จึงทำให้เกิดอาการปวดศีรษะและมันศีรษะ
2. อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น หูอื้อ หน้ามืดตาลาย อาการจะไม่รุนแรงเหมือนภาวะอื่น นอกจากจะมีอาการของเลือดคั่งในสมอง
3. อาการคลื่นไส้อาเจียน มักสืบเนื่องมาจากอาการปวดศีรษะที่รุนแรง ถ้าพบอาการนี้ต้องรีบพบแพทย์
4. อาการอัมพาตครึ่งซีก มือเท้าชาเปลี่ยน เป็นที่กระดูกและกล้ามเนื้อเป็นส่วนใหญ่ สภาพนี้จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อยแต่จะไม่สามารถฟื้นแข็งแรงเช่นเดิมได้

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ปรานีต สิงห์ทอง, 2541, หน้า 18)

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ใช้ค่าความดันโลหิตที่สูงจากค่าความดันโลหิตปกติเป็นตัวกำหนด ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตที่สูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท องค์การอนามัยโลกได้ให้เกณฑ์ของการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ค่าของความดันโลหิตจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับอายุ ความดันโลหิตของเด็กจะต่ำกว่าของผู้ใหญ่ ค่าความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของอายุหลังจาก 20 ปีแล้ว และสูงขึ้นค่อนข้างมากหลังอายุ 40 ปี ดังนั้นผู้สูงอายุอาจมีความดันโลหิตสูงได้ แต่จะต่างกันไปตามสภาพของแต่ละคน คนอายุมากถึง 80 ปี อาจมีความดันโลหิตเพียง 130/90 มิลลิเมตรปรอท แต่บางคนอายุ 50 ปี ความดันโลหิตสูงถึง 160/120 มิลลิเมตรปรอท อย่างไรก็ตามผู้ที่มียุมากย่อมมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตสูงได้มากกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุต้องมีร่างกายแข็งแรงจึงจะมีอายุยืนยาว

อันตราย และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ ไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ หลอดเลือดทั่วร่างกายจะมีการแข็งตัว ส่งผลให้เกิดการทำลายต่ออวัยวะที่สำคัญๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ดังนี้

1. หัวใจ

ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนักเนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับให้เข้ากับแรงดันที่เพิ่มขึ้น โดยการขยายตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังคงเกิดขึ้นต่อไป เส้นใยของกล้ามเนื้อ

จะหย่อน ไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวา ต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจล้มเหลว

2. สมอง

หลอดเลือดสมองเกิดแรงต้านทานและเป็นอยู่นานๆ จะแข็งตัวเสีย เกิดตุ่มโป่งพองเล็กๆ ที่ผนัง เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้เกิดการแตกทำลายเนื้อเยื่อสมอง หรือในรายที่หลอดเลือดแข็งตัวก็เกิดการอุดตันได้ หลอดเลือดสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงมากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแข็งตัวของหลอดเลือด และเมื่อความดันโลหิตสูงมากจะทำให้กลไกการควบคุมเสีย หลอดเลือดในสมองขยายตัว เกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลัน ทำให้เกิดอาการต่างๆ ของระบบประสาทส่วนกลางที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จะเกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมองเสียไป พบได้บ่อยในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติ ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า เห็นภาพซ้อน อาเจียน เป็นอัมพาต ผู้ป่วยตายถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

3. ไต

ความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื้อรัง มีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อย สมรรถภาพในการกำจัดของเสียของไตจึงบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่างๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย ที่สำคัญคือ การคั่งของสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งอยู่ในระดับสูงอาจเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตได้ในที่สุด

4. หลอดเลือด

ความดันโลหิตที่สูงทำให้หลอดเลือดหนาขึ้นและเกิดการบิดงอ ผนังที่ราบเรียบของหลอดเลือดจะถูกทำลาย การไหลเวียนของเลือดไม่เป็นปกติและเกิดอุดตันได้ หลอดเลือดที่ผิดปกติอาจทำให้เกิดเป็นลิ่มในหลอดเลือด ถ้าเป็นที่หัวใจจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการอุดตัน เกิดหัวใจขาดเลือดและเกิดอาการหัวใจล้มเหลวตามมา ถ้าเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่สมองจะทำให้สมองขาดเลือด เกิดอัมพาต และการพูดผิดปกติได้

5. จอภาพนัยน์ตา

หลอดเลือดฝอยเล็กๆ ตีบแคบโดยทั่วๆ ไปอย่างรวดเร็ว และมีการเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออก และ Exudate ในจอตา หัวประสาทตาบวม (Pappilledema) ทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (Scotoma) ตามัว และอาจถึงตาบอดได้

จะเห็นได้ว่าอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับอวัยวะที่สำคัญของร่างกายได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และเรตินา ถึงแม้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเป็นพยาธิสภาพของโรคก็ตาม แต่ถ้าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติได้

2. การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2542, หน้า 53) ได้เสนอแนวทางควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องอาศัยหลักการที่สำคัญดังนี้

1. ต้องให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตที่เป็นอิสระพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด
2. เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกันแบบหุ้นส่วน (Partnership)

3. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาและมาตรวจตามนัด การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความเครียด การลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น ได้แก่ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ เป็นต้น เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้ โดยการปฏิบัติดังนี้

3.1 การเลือกและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

ผู้สูงอายุมีการเผาผลาญและการใช้พลังงานน้อย จำเป็นต้องลดอาหารที่ให้พลังงาน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตและไขมัน เพื่อไม่ให้ร่างกายได้รับสารอาหารให้พลังงานมากเกินไป ชายสูงอายุควรได้รับอาหารให้พลังงานเพียงวันละไม่เกิน 2,200 กิโลแคลอรี และหญิงสูงอายุควรได้รับประมาณวันละไม่เกิน 1,600 กิโลแคลอรี ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หากได้รับเกินความต้องการของร่างกายจะทำให้เกิดโรคอ้วน ถ้ารับประทานอาหารจำพวกไขมันมากๆ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง ผนังหลอดเลือดแข็งและมีไขมันอุดตันในเส้นเลือด ผลที่ตามมาคือภาวะความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ

สารอาหารที่ควรบริโภคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1.1 โปรตีน ประโยชน์ของสารอาหารประเภทโปรตีนคือ สะสมสารอาหารให้กับส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและให้ความร้อนแก่ร่างกายในการเคลื่อนไหวทำงาน ส่วนเรื่องที่ว่าบริโภคโปรตีนเท่าไหนดั้นจึงจะพอเหมาะ ขึ้นอยู่กับ อายุ และงานที่ทำ เช่น ในเด็กต้องการโปรตีนในสัดส่วนที่มากกว่าคนชรา เป็นต้น อาหารโปรตีนแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ โปรตีนจากพืชและโปรตีนจากสัตว์ อาหารที่อุดมด้วยโปรตีนจากสัตว์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ เนื้อหมู เนื้อไก่ เนื้อปลา หอย ไข่ นมโค และผลิตภัณฑ์จากนม ซึ่ง ไข่และนมโค มีโปรตีนคุณภาพดีที่ให้

คุณค่าทางอาหารสูงมากอาหารที่อุดมด้วยโปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วเหลือง เต้าหู้ ถั่วเหลืองหมัก ข้าว ข้าวสาลี ล้วนมีคุณค่าทางอาหารมาก

1.2 คาร์โบไฮเดรต หรืออาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล เป็นแหล่งความร้อนที่สำคัญของร่างกาย อาหารที่อุดมไปด้วยคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว ข้าวสาลี เผือก มัน และน้ำตาล เมื่อบริโภคคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป มันจะเปลี่ยนเป็นไขมัน แล้วกลายเป็นสาเหตุของความอ้วน ดังนั้นต้องบริโภคในปริมาณที่พอเหมาะ ซึ่งในวันหนึ่งๆ ร่างกายจะต้องการคาร์โบไฮเดรตประมาณ 350 กรัม ซึ่งเท่ากับจำนวนข้าวสวย 6 ชามกับมันฝรั่งอีก 1 หัว

1.3 ไขมัน มีหน้าที่คุ้มครองปกป้องกัน ร่างกาย และเป็นส่วนประกอบของสมอง เส้นประสาท รวมทั้งส่วนต่างๆ ของร่างกาย ไขมันจะให้ความร้อนมากกว่า โปรตีนและคาร์โบไฮเดรตประมาณ 2 เท่าตัวขึ้นไป คือ บริโภคไขมันเพียง 100 กรัม มีคุณค่าเท่ากับบริโภคคาร์โบไฮเดรตหรือโปรตีน 200 กรัม ไขมันจัดว่าเป็นอาหารที่ให้พลังงาน ความร้อนสูงจึงต้องระวังไม่บริโภคให้เกินความจำเป็น มิฉะนั้นจะทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ที่สำคัญไขมันมีสารคอเลสเตอรอล ซึ่งมีผลกระทบต่อหลอดเลือดแดง ทำให้แข็งตัว เป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ส่วนประกอบของไขมัน คือ กรดไขมัน (Fatty acid) แบ่งออกเป็น กรดไขมันอิ่มตัว และกรดไขมันไม่อิ่มตัว ได้มีรายงานว่า กรดไขมันอิ่มตัวส่วนมากเป็นไขมันจากสัตว์ ซึ่งไปเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลให้เข้มข้นขึ้น ส่วนกรดไขมันไม่อิ่มตัวส่วนมากจะได้จากพืชกลับมีประโยชน์ช่วยลดคอเลสเตอรอล

1.4 อาหารที่ไม่มีจำนวนโซเดียมสูง การจำกัดจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวัน จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากเกลือโซเดียมดูดน้ำได้มาก ทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวมเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือด (Morgan et al., 1978, p. 227-230 อ้างในศักดิ์ดา ธานินทร์, 2542, 9) Smith (1985, p. 179-185) เห็นว่าบุคคลที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูง ระหว่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท ควรพยายามจำกัดเกลือโซเดียมก่อนที่จะใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับ Houston (1986 p. 179-185) ได้กล่าวไว้ว่า การจำกัดเกลือโซเดียมเป็นการรักษาขั้นแรกสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนของโซเดียมต่อโปแตสเซียม โซเดียมต่อแคลเซียมและโซเดียมต่อแมกนีเซียม มีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคเช่นกัน (Frisancho et al., 1984, pp. 515-519 ; Smith, 1985, p. 179-185) อย่างไรก็ตามปริมาณโซเดียมที่ร่างกายต้องการเพียง 500 มิลลิกรัมต่อวัน เกลือ 1 ช้อนชา จะให้โซเดียมถึง 2,300 มิลลิกรัม ซึ่งในอาหารหลายอย่าง มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้วตามธรรมชาติและไม่รสเค็มจัด เช่น นม หรือเนื้อสัตว์มีโซเดียมมาก ข้าว ผัก ผลไม้มีโซเดียมเพียงเล็กน้อย ฉะนั้นแม้ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาในอาหารเลย ร่างกายก็ได้รับโซเดียมจากอาหาร

เหล่านั้นแล้ว และถ้าร่างกายไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกไปจากร่างกายได้หมด ทำให้โซเดียมส่วนเกินค้างอยู่ในร่างกายพลอยให้เกิดน้ำคั่ง จะมีอาการบวมและความดันโลหิตขึ้นสูงได้ คนเราได้รับโซเดียมส่วนเกินมาจากเกลือที่มีรสเค็ม และส่วนน้อยมากจากสารประกอบอื่นๆ ของโซเดียมที่มีโซคลอไรด์ ซึ่งมีได้มีรสเค็มนั่นเอง นอกจากนั้นยังจะได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารจำเป็นในการเสริมร่างกายอีกด้วย การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดอาหารโซเดียม อาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น เมื่อขาดน้อยจะทำให้เกิดตะคริว และถ้าขาดมากอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงควรทราบถึงประเภทอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก) ดังรายละเอียด และมีข้อสรุปในการปฏิบัติตนเมื่อจำกัดโซเดียมดังนี้ (อรวิณี ไทรกี, 2537, หน้า 83 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 10)

1. ไม่ใช้อาหารที่ทำเค็ม หรือดองเปรี้ยว (รวมทั้งดองหวาน) มาประกอบอาหาร ใช้แต่อาหารหลักที่ไม่ได้ผ่านกรรมวิธีถนอมอาหารโดยใช้เกลือหรือเติมเกลือ
 2. ไม่ปรุงรสเค็มในขณะหุงต้ม และประกอบอาหารด้วยเกลือ น้ำปลา เครื่องปรุงรสเค็มอื่นๆ หรือซอสที่มีรสเค็มแฝงอยู่ หากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดมาก และปรุงรสเค็มอ่อนหากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดน้อย
 3. ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งอาหารจำกัดโซเดียม หากไม่อยู่ในวิสัยที่จะปรุงหรือควบคุมการปรุงอาหารได้ จำเป็นต้องกินอาหารที่ปรุงมาแล้ว เช่น อาหารที่ปรุงขายควรกินอาหารที่ปรุงประกอบมาและมีรส "อ่อนเค็ม" เท่านั้น ไม่กินอาหารที่ปรุงรสเค็มจนเค็มมากเป็นอันตราย และอาหารมีรส "อ่อนเค็ม" ก็ไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสใดๆ ที่มีโซเดียมในอาหารอีก
 4. รับประทานอาหารหลัก เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ถั่ว ผัก ผลไม้ และไขมัน อยู่ในปริมาณที่ได้กำหนด กรณีที่จำกัดระดับน้อยที่สุดรับประทานอาหารหลักได้มากเท่าที่ต้องการ
 5. ไม่รับประทานอาหารที่ปรุงแต่งด้วยวิธีการซับซ้อน และไม่รู้ว่ามีโซเดียมมากน้อยเท่าไร เช่น ขนมประเภทขนมปัง คุกกี้ เค้ก หรือรู้ว่ามิโซเดียมมาก เช่น น้ำแกงที่ใส่ผงชูรส ผักชีที่ต้มในน้ำใสโซเดียมไบคาร์บอเนต เค้กที่ใส่ผงฟู ฯลฯ
 6. หากน้ำบาดาลหรือน้ำประปามีรสกร่อย สงสัยว่าจะมีปริมาณโซเดียมมากควรเก็บน้ำฝนไว้ดื่ม
 7. เมื่อเจ็บป่วยไปพบแพทย์หรือที่มีโซแพทย์รักษาประจำ ควรแจ้งให้ทราบว่าต้องจำกัดโซเดียม เพื่อแพทย์จะได้หลีกเลี่ยงยาที่มีปริมาณโซเดียมมาก
- 1.5 การไม่บริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูง ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก จากการศึกษา

ของ Sauder, et al. (1981, p. 653-656) พบว่า ภายหลังจากการดื่มสุรา ความดันโลหิตอาจสูงกว่าปกติเป็นเวลาหลายวัน ซึ่งการดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มากกว่า 3 แก้วขึ้นไปต่อวัน อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันสูงอยู่แล้ว อรวิน ไทรกี (2537, หน้า 88 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 16) สอดคล้องกับ Stroke (1982 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 16) พบว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง อย่างหนึ่ง Ueshima, et al. (1984, p. 37-41 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 16) ได้สนับสนุนว่า การดื่มสุราวันละ 25-55 กรัม จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกสูงขึ้น สำหรับผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลานาน จะยิ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (Chaitiraphan, 1986, p.37 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 16) การดื่มสุราเล็กน้อยหรือดื่มสุราในระยะแรกๆ สารแอลกอฮอล์ จะกระตุ้นให้หลอดเลือดขยายตัว มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง แต่ถ้าดื่มในจำนวนมากหรือดื่มมีระยะเวลานาน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kennel, 1982, p.781-787 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 16) เมื่อแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญจะผลิตกรดแลคติก ซึ่งจะมีผลในการยับยั้งการขับถ่ายกรดยูริกทางไต เป็นเหตุให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูงขึ้น เสี่ยงต่อการตกตะกอนในไตมีผลทำให้เนื้อไตถูกทำลายไป จากการศึกษาของ อุเอชิม่า และคนอื่นๆ (Ueshima, et al., 1984, p. 585-592 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 16) พบว่า การที่ดื่มสุรามากกว่า 1 ขอนซ์ทุกวัน มีผลทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์จะไปทำให้ออกซิเดชั่นของกรดไขมันน้อยลง อาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแข็งหรือแตกและความดันโลหิตสูงขึ้น และกรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาโดยยา การดื่มสุราอาจเกิดอันตรายจากการเสริมฤทธิ์ของยาได้

3.2 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เพิ่มการใช้กรดไขมันอิสระ ลดการเกิดหลอดเลือดแข็ง และยังช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงจากการใช้พลังงาน พร้อมทั้งผ่อนคลายความเครียดของร่างกาย ช่วยป้องกันข้อติดแข็ง และป้องกันท้องผูกเรื้อรัง การออกกำลังกายจึงมีส่วนช่วยลดความดันโลหิตลงได้ อรวินท์ ไทรกี (2537, หน้า 87 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 16) กล่าวว่า สมรรถนะทางกายจะดีขึ้นเมื่อได้มีการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดความดัน ลดน้ำหนัก ลดไขมันในเลือด และช่วยผ่อนคลายความเครียด คนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอถึงร้อยละ 35 การออกกำลังกายที่ได้ผลจะต้องให้ได้เหงื่อ หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น สมจิต หนูเจริญกุล (2536, หน้า 138) กล่าวว่า ภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นระบบซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะกรดยูริกสูง นอกจากนี้

O'Brien & O' Malley (1983, p. 66-67 อ้างใน ศักดิ์ธิดา ธานีรินทร์, 2542, 17) พบว่า การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีดีขึ้น และพบสารโคเรสเตอรอลในเลือดต่ำ เพราะการออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น คือ อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และยังช่วยลดไขมันอิสระซึ่งลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง ช่วยให้พลังงานถูกใช้ไป มีผลต่อการลดน้ำหนักตัว และช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดแก่ร่างกายและจิตใจ (Greenland & Briody, 1984, p.79 อ้างใน ศักดิ์ธิดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 17) มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงจริง แต่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่ได้ประโยชน์ ที่เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercise) ระยะเวลาการออกกำลังกายที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพต้องออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที ความถี่ในการออกกำลังกายคือทุกวัน วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 วัน ถ้าออกกำลังกายได้น้อยครั้ง ระยะเวลาจะต้องนานขึ้น ในคนสูงอายุมักจะออกกำลังกายน้อยไม่กระฉับกระเฉง ดังนั้น คนสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรออกกำลังกายเป็นเวลา 140 นาทีต่อสัปดาห์ ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric or static exercise) เช่น การยก แบก ชูด ลาก หรือดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขีดอันตราย Beevers & Mac Greger (1987 อ้างใน ศักดิ์ธิดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 17) กล่าวว่า ขณะที่ออกกำลังกาย ความดันโลหิตจะสูงขึ้น หลังการออกกำลังกายความดันโลหิตจะลดลง ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีระดับความดันโลหิตปกติอยู่เป็นเวลานาน Kaplan (1991, อ้างใน ศักดิ์ธิดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 17) รายงานว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออาจลดอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงติดตามผลระยะเวลา 1-12 ปี จำนวน 6,039 คน เป็นผู้ที่ออกกำลังกายน้อย เมื่อเริ่มทำการศึกษ พบว่า มีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 1.52 เท่าของผู้ที่ออกกำลังกายมาก Kaplan ได้ให้ข้อเสนอว่า ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ออกกำลังกายนั้นมักจะมีร่างกายที่สมส่วน ติดตามด้วยการดำรงชีวิตที่ดี ทั้งร่วมกับบริโภคเกลือและไขมันน้อย มีการผ่อนคลายความเครียด ทั้งหมดที่กล่าวมาอาจป้องกันการดำเนินของโรคความดันโลหิตสูงได้ และการศึกษาของ Williams (1991, p. 29-37 อ้างใน ศักดิ์ธิดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 17) ได้ศึกษาแบบทดลอง โดยการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแบบไม่ใช้ยา คือ ให้ออกกำลังกายเป็นเวลา 6 เดือน (สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 1 ชั่วโมง) จำนวนที่ศึกษา 56 คน อายุเฉลี่ย 30 ปี ความดันโลหิตเริ่มแรก เป็น 146/94 มิลลิเมตรปรอท หลังการศึกษาคความดันโลหิตลดลง 6.1/4.2 มิลลิเมตรปรอทจากความดันเริ่มแรก

3.3 ความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราวได้ และเมื่อปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดหมดสิ้นไปความดันโลหิตก็จะลดลงมา การลดความเครียดด้วยการทำสมาธิ

ผ่อนคลายหัวใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงบ้างเล็กน้อย แต่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ และใช้เวลานานจึงจะหายได้ผล (อรวิณ โทระกี, 2537, หน้า 88 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 18) และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมักมาจากชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวล เหนื่อยล้า ความขัดแย้ง ความกลัว ซึ่งความเครียดมีผลต่อประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ และการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ซึ่งความเครียดนี้จะสัมพันธ์กับอาชีพระดับเศรษฐกิจ และบุคลิกภาพด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 137) ดังนั้น การขจัดและผ่อนคลายความเครียด สามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ Griffin & Kee, 1986, p.59-67 อ้างใน ศักดิ์ดา ธานินทร์, 2542, หน้า 18) การเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การผ่อนคลาย (relaxation) จะช่วยทำให้ลดการตอบสนองต่อฮอร์โมนเฟรินในโลหิต (piasma norepinephrine) จึงลดความต้องการออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดอัตราการหายใจ จะสุขสบาย สงบมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ทำให้การเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำได้ดีขึ้น เพราะถ้าผู้ป่วยมีความเครียด มีความวิตกกังวลมาก ความสามารถในการเรียนรู้จะลดลง ผู้ป่วยควรฝึกทักษะการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) การทำสมาธิ การทำโยคะ เป็นต้น ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิคที่เห็นว่าเหมาะสมตรงกับความพอใจของตนเอง ฝึกแล้วทำวันละ 1-2 ครั้ง ๆละ 20-30 นาที พาเหน็ดและมารมอท (อ้างใน ศักดิ์ดา ธานินทร์, 2542, หน้า 17-18) พบว่า วิธีการผ่อนคลายทำให้ความดันโลหิตลดลงมี 5 ขั้นตอน คือ 1. อยู่ในท่าที่สบาย 2. หายใจเป็นจังหวะช้าๆ 3. ตั้งสมาธิให้แน่วแน่ 4. นึกถึงเสียงมนตรา 5. ระบายความเครียด ซึ่งพบว่า มีประโยชน์ต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงเช่นกัน

3.4 การรับประทานยาและการมาตรวจสุขภาพตามนัด ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ควรรับประทานยาตรงตามเวลา ให้ถูกต้องตามวิธีที่แพทย์แนะนำ และไม่ไปซื้อยามารับประทานเอง หรือหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ จากการศึกษาของ เฮียเกอร์ที และคนอื่นๆ (1988 อ้างใน ศักดา ธานินทร์, 2542, หน้า 20) พบว่า หลังการใช้ยา 1 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตลดลง การลดระดับความดันโลหิตยังมีความสัมพันธ์กับขนาดความหนาของเส้นเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่อาจไปขัดขวางต่อฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต เช่น ยาระบาย ยาแก้หวัด แก้ไข้ เป็นต้น ดังนั้นการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ควรระมัดระวังให้มาก เพราะการทำลายและขับถ่ายของยาในร่างกายน้อยลงเนื่องมาจากขนาดของตับเล็กลดลง ทำให้การทำลายของยาน้อยลงกว่าคนหนุ่มสาว ยาที่ใช้รักษา

ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ ซึ่งฤทธิ์ข้างเคียงของยานี้จะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุมากกว่าคนปกติ เพราะอาจขับเกลือโปรตัสเซียมออกจากร่างกายจึงควรรับประทานพร้อมอาหาร แล้วตามด้วยผลไม้หรือน้ำผลไม้ที่มีเกลือโปรตัสเซียมสูง เช่น ส้ม มะเขือเทศ แตงโม กัลย บางครั้งจะใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับยากล่อมประสาท ถ้ามีภาวะเครียดยาพวกนี้จะมีปริมาณการกระจายมากขึ้นในผู้สูงอายุ แต่ปริมาณน้ำในร่างกายของผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้ความเข้มข้นของยาในเลือดเพิ่มขึ้น ยาที่ละลายในน้ำอีกชนิดหนึ่ง คือ ยาบารุงหัวใจ ควรให้ในขนาดที่ต่ำกว่าก่อน เพราะยานี้ขับออกทางไต ผู้สูงอายุมีความไวของศูนย์ประสาทส่วนกลางหรือสมองเพิ่มขึ้น การใช้ยากล่อมประสาทและยาลดความดันโลหิตจะมีผลทำให้มีอาการมึนศีรษะ หน้ามืด เนื่องจากความดันโลหิตต่ำได้ง่าย ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด โดยควรรับประทานยาให้ครบตามจำนวน ไม่ควรหยุดยาเองถึงแม้อาการดีขึ้น เมื่อมีอาการข้างเคียงควรปรึกษาแพทย์ทันที ถ้ามีอาการหน้ามืดจะเป็นลม อ่อนเพลียคลื่นไส้ อาเจียน ต้องยกขาให้สูงกว่าศีรษะ งอกลำเนื้อต้นขาจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น หลังออกกำลังกายไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะจะทำให้หลอดเลือดขยายตัวมากเกินไป เวลาเปลี่ยนท่านอนเป็นนั่งหรือยืนควรทำช้าๆ เมื่อรับประทานยาจะต้องระมัดระวังภายใน 1-2 ชั่วโมง ไม่ควรขับรถหรือใช้เครื่องจักร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเบียร์ เพราะจะทำให้เลือดออกในสมองได้ ถ้ามีภาวะความดันโลหิตต่ำมาก ให้พันขาไว้ด้วยผ้าพัน เพื่อจะได้ไล่เลือดจากปลายขาได้

การมาตรวจตามนัด เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การตรวจตามนัดทุกครั้งถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสรับการตรวจร่างกาย เพื่อติดตามผลการรักษาและค้นหาความผิดปกติของระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสำคัญในการมาตรวจตามนัด คือ การรับยา ไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์จะปรับเปลี่ยนตามสภาวะของโรค

3.5 หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วน การสูบบุหรี่ ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงควรปฏิบัติตัวดังนี้

3.5.1 การควบคุมน้ำหนัก ในรายที่อ้วนควรลดน้ำหนัก เพราะความอ้วนจะเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้นและเกิดโคเรสเตอรอลในเลือดสูง เป็นผลให้หลอดเลือดแข็งและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ การควบคุมน้ำหนักจะทำได้โดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย น้ำหนักตัว เป็นปัจจัยทางสรีระวิทยา ที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต (Ready, 1985 ; Mac Mahon, et al. 1986 อ้างใน ศักดา ธาณินทร์, 2542, หน้า 8) จากการศึกษาของ Gillum, et al. (1974, p.211 อ้างใน ศักดา ธาณินทร์, 2542, หน้า 8) พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่ม

ของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าลดน้ำหนักตัวลงความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงจะลดลง (Nissanen, et al. 1987, p.149 ; Chaithiraphan, 1986, p.114) ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ความสัมพันธ์นี้อาจเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย ลักษณะอาหารที่ได้บริโภคไป และพันธุกรรม (O'Brien & O' Malley, 1983, pp. 43-65 ; Fageberg, et al, pp. 160-164 อ้างใน ศักดิ์ดีดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 8) การลดน้ำหนักเป็นวิธีลดความดันโลหิตที่ได้ผล คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูง 5-10 เท่าของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งจะน้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลง 2-4 กิโลกรัม ก็จะทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ทั้งในคนอ้วนและคนผอม นอกจากนี้ ปริมาณไขมันในเลือดก็จะลดลงด้วยเช่นกัน ทำให้โอกาสที่ไขมันจะเกาะเส้นโลหิตจนตีบตันน้อยลง (อรวิรินทร์ ไทรกิจ, 2537, หน้า 87 อ้างใน ศักดิ์ดีดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 8) น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนั้นอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องมีไขมันและแคลอรีต่ำ การกำหนดแคลอรีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะอ้วน จะต้องลดน้ำหนักตัว เพราะเมื่อน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย หลักในการควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณที่เหมาะสมกับพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน และควรทราบน้ำหนักตัวที่อยู่ในเกณฑ์ปกติสำหรับคนไทยตารางมาตรฐานที่นิยมใช้กัน คือ ของเจอลลีฟฟ์ (Jelliff) และ ดร. จอห์น การ์โรว (Dr. John Garrow) ได้เสนอการคำนวณค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (B.M.I) ว่าเป็นสัดส่วนระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูงยกกำลังสอง

$$\text{ดัชนีน้ำหนักร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (หน่วยกิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (หน่วยเมตร)}}$$

ดัชนีน้ำหนักของร่างกายคนปกติจะมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย และ 19-24 ในเพศหญิง บุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 20 ถือว่าเป็นคนอ้วน และถ้าน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 27 ในเพศชายและร้อยละ 26 ในเพศหญิง ถือว่าต้องควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวลง วิธีหลีกเลี่ยงความอ้วน หรือการควบคุมน้ำหนักมีอยู่ 2 วิธี ได้แก่ วิธีที่ 1 คือ ออกกำลังกายเพื่อใช้พลังงานในร่างกายให้หมดไป อีกวิธีที่ 2 คือ ลดการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานให้น้อยลงอย่าให้มีไขมันส่วนเกินสะสมอยู่ในร่างกาย แต่ทว่า สิ่งสำคัญที่สุดของการลดควบคุมน้ำหนัก คือ

กำลังใจ จะต้องตั้งใจเด็ดเดี่ยวและยืนหยัดอย่างต่อเนื่อง จึงจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้ (O'Brien & O' Malley, 1983, p. 51 อ้างในศักดิ์ดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 8)

3.5.2 การเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ จะไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารเคมีโคลามีน ซึ่งมีผลเร่งการเต้นของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหดตัว เป็นการเพิ่มความดันโลหิต ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากอยู่แล้ว เมื่อสูบบุหรี่ด้วยยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่และไม่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้หญิงวัยกลางคนที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล และคนอื่นๆ, 2542, หน้า 13) มีการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่คนคนที่สูบบุหรี่จะมีผลทำให้หลอดเลือดแข็งตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่อาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายอื่นๆ อีกได้ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย และเส้นเลือดในสมองแตก มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุรี่ยังมีผลกระทบกระเทือนต่อการให้ยาลดความดันไม่ได้ผลเต็มที่ ดังนั้นคนที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรพยายามลด ละ และเลิกสูบบุหรี่ (อรวิณ ไทรกี, 2537 อ้างใน ศักดิ์ดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 19) การดื่มกาแฟอย่างมาก (มากกว่า 10 ถ้วยต่อวัน) อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ แต่การดื่มกาแฟตามปกติไม่แน่ชัดว่ามีผลต่อความดันโลหิตสูงเพียงใด (สมจิต หนูเจริญกุล; 2536, หน้า 137) จากการศึกษาวิจัยการบริโภคของสถาบันสุขภาพแห่งหนึ่งในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ระบุว่า การดื่มกาแฟวันละถ้วยเดียวมีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลในหลอดเลือดสูง จะมีผลต่อเนื้องอกโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ทำให้ไขมันไปเกาะตามหลอดเลือด หลอดเลือดแคบลง ขณะเดียวกันก็จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าเกิดกับหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้เสียชีวิตเพราะหัวใจวายอย่างเฉียบพลันได้ (อรวิณท์ ไทรกี, 2537 อ้างในศักดิ์ดา ธานีรินทร์, 2542, หน้า 18-19)

การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องต้องร่วมมือ ร่วมใจกันหาแนวทางยับยั้ง ลดความรุนแรง อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อย่างคนปกติ

3. ทฤษฎี แนวคิด และกระบวนการที่นำมาใช้ในการวิจัย

1. การศึกษาเพื่อสร้างพลัง (Empowerment Education)

การศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Education Model) เป็นการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน โดยใช้การสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดระหว่างผู้เรียนให้ผู้เรียนร่วมระบุปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหา โดยใช้วิจารณ์ญาณการมองภาพสังคมที่ควรจะเป็น และพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ การจัดการศึกษาตามรูปแบบการสร้างพลัง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการนับถือตนเอง (Self-esteem) มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ทั้งยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มและสังคมอีกด้วย การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่สามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวางทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาบุคคล การพัฒนาชุมชน การปรับปรุงคุณภาพชีวิต

ความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แรพพารอท (Rappaport 1984 อ้างใน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 77) ได้ให้คำจำกัดความของการสร้างพลังว่า เป็นกระบวนการที่บุคคล กลุ่ม และชุมชนมีความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน

มินค์เลอร์ (Minkler 1990 อ้างใน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 77) กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่บุคคลและชุมชนมีความสามารถในการควบคุมและร่วมมือกันกระทำ ในการเปลี่ยนแปลงชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่

วอลเลอร์สไตน์และเบอริสไตน์ (Wallerstein & Bemstein 1988 อ้างใน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 77) ให้ความหมายของการสร้างพลังว่า เป็นการกระทำทางสังคม (Social action process) ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชนสามารถควบคุมตนเอง หรือมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตน ชุมชน และสังคม

เห็นได้ว่า คำว่า “การสร้างพลัง” จะเกี่ยวข้องกับการมีความสามารถในการควบคุมและเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระดับต่างมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับอื่นๆ ด้วย แนวคิดของการสร้างพลังจึงถูกจัดให้เป็นแนวคิดทฤษฎีที่คำนึงถึง บุคคล และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่พบว่าบุคคลและสังคมรอบข้างจะมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา บางครั้งบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือชีวิตประจำวันของตนได้โดยลำพัง เพราะได้รับผลกระทบ

จากสังคมรอบข้าง หรือข้อจำกัดของโครงสร้างต่างๆ แนวคิดการสร้างพลังจะเน้นการเปลี่ยนแปลง ทั้งในระดับบุคคล และส่งเสริมการรวมกลุ่มกัน เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม การสร้างพลังจึงเป็นแนวคิดที่สมควรนำมาประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพแทนแนวคิดเดิมที่มุ่งให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของบุคคลหรือประชาชนที่ไม่ยอม เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ศึกษา หรือให้คำแนะนำ มิได้คำนึง ถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังจึง ได้มีการนำมาใช้ทั้งในสถานพยาบาล โรงเรียน และชุมชน โดยเฉพาะใช้กันมากในโครงการสุขภาพ ในชุมชนและในโรงเรียน ได้แก่ การนำแนวคิดการสร้างพลังไปใช้ในบางโครงการได้เน้นเฉพาะการ สร้างพลังในระดับบุคคล เช่น ในสาขาจิตวิทยาชุมชน หรือโครงการฝึกอบรมทักษะในการดำรงชีวิต เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนของบอทวินและวิลส์ ดังนั้น แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง เป็นรูปแบบทางการศึกษาที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมระดับบุคคล ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

ความสำคัญของการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

การสร้างพลัง เป็นกระบวนการที่บุคคลและชุมชน มีความสามารถในการควบคุม และร่วมมือกันกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ แนวคิดการสร้างพลัง มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคม

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง เป็นรูปแบบที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพ โดยการมุ่งสร้างพลังให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้ใน 3 กรณี (กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

1. การสร้างพลังให้แก่เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ให้เห็นความสำคัญและคุณค่า ของตนเองที่มีต่องานสุขภาพ และเชื่อว่าตนเองร่วมกับสมาชิกในทีมสุขภาพคนอื่นๆ มีความ สามารถที่จะดำเนินงานสุขภาพในหน่วยงานที่ตนรับผิดชอบได้
2. การสร้างพลังให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้กำหนดภาวะสุขภาพที่ตนปรารถนา และตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนการ สนับสนุนให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน รวมกลุ่มเพื่อเรียนรู้และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. การสร้างพลังให้กับชุมชน โดยมุ่งให้ชุมชนตระหนักในความสำคัญ ของปัญหาสุขภาพมีการร่วมมือกันในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือจัดสภาพแวดล้อม หรือ บริการที่มีผลในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน

หลักการของการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง มีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. การเรียนการสอนที่เน้นการสร้างพลังให้แก่บุคคล โดยการสนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม และเชื่อว่าตนสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพของตนเอง กลุ่มชุมชนและสังคมได้

2. การเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของผู้เรียน ให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์โดยใช้วิจารณญาณ โยงปัญหาต่างๆ เข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุ การเกิดความเข้าใจดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่ หรือจะกระทำในอนาคตไปในทางที่ถูกต้อง

3. การเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุกๆ ขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกประเด็นในการเรียนรู้ ที่เป็นที่น่าสนใจและมีความสำคัญต่อผู้เรียน การวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการสนทนาและกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินผลตนเอง ตลอดจนการประเมินโครงการ

4. การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม (Collective Learning) คือ การที่ทุกคนสอนกันเอง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้หรือผู้ประสานงาน แทนการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามบทบาทเดิม การที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากจะทำให้แต่ละคนได้เกิดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้วช่วยให้รู้สึกเป็นกลุ่ม มีการคิดและการกระทำร่วมกัน ซึ่งการรวมกลุ่มกันจะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่ามีพลังสนับสนุนมากพอที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ต้องการ

5. การเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ ความรู้สึก และทักษะ ซึ่งอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นทันที หรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้ นำไปสู่การกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้เรียน วางแผนร่วมกันสำหรับการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง

6. การเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่น และเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง โดยจะมีการปรับเนื้อหา วิธีการ และสื่อการเรียนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เรียนและกลุ่ม รวมทั้งการเรียนรู้ไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียน เนื่องจากสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากประสบการณ์จริง และจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองได้ตลอดเวลา

7. การเรียนการสอนที่มีความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรโดยไม่มีที่สิ้นสุด (Learning spiral) คือ เริ่มต้นจากประสบการณ์หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ (Practice) แล้วนำมา

คิดวิเคราะห์ไตร่ตรอง (Reflection) ว่าปัญหาคืออะไร มีความเป็นมา และมีปัจจัยสาเหตุใดบ้าง โดยโยงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องของปัจจัยต่างๆ จะทำให้เกิดความเข้าใจต่อยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด อันจะนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ (planning) และการลงมือปฏิบัติ (doing) เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้เรียนจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป

การศึกษาเพื่อสร้างพลัง เป็นการศึกษานำผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-centered learning) ซึ่งการให้ผู้เรียนได้ร่วมวางแผนและร่วมจัดกิจกรรมการเรียนการสอน จะช่วยก่อให้เกิดกระบวนการสร้างพลังให้แก่ผู้เรียน โดยการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ

1. ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ (Efficiency) เนื่องจากการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะเน้นการให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการวางแผน และมีส่วนร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนที่ผู้เรียนได้เรียนในเรื่องที่ตรงกับความต้องการสนใจ และมีความสำคัญต่อตนเอง จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการศึกษาแบบดั้งเดิม การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เป็นจริงนอกจากจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ในหลายๆ ด้านที่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้ว ผู้เรียนได้เรียนรู้ทักษะอื่นๆ ด้วย เช่น การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร การตัดสินใจ ฯลฯ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้เรียนต่อไป รวมทั้งการรวมกลุ่มกันเรียนรู้อย่างก่อให้เกิดการสนับสนุนจากกลุ่มที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่าและมีความถาวรกว่า

2. การพัฒนาบุคคล (Personal development) ถึงแม้ว่าการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในเรื่องที่สอนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแล้ว ยังพบว่าวิธีการดังกล่าวจะช่วยพัฒนาบุคคลในด้านความคิด บุคลิกภาพทางสังคม รวมทั้งการคิดอย่างใช้วิจารณญาณ การแก้ปัญหา ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การนับถือตนเอง ความสนใจที่จะเรียนรู้หรือการศึกษาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองและสามารถควบคุมตนเองให้มีการพัฒนาไปในทางที่ถูกต้อง

3. การเปลี่ยนแปลงสังคม (Social change) การศึกษาเพื่อสร้างพลังจะมีเป้าหมายกว้างไกลถึงการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมด้วย มิใช่เพียงแต่การก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้และการพัฒนาบุคคลเท่านั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสังคมจะเกิดขึ้นได้เมื่อกลุ่มที่ร่วมกันเรียนรู้มีการเข้าใจถึงปัญหา ได้ทราบข้อเท็จจริงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสวิเคราะห์และกำหนดสิ่งที่จะต้องกระทำในการเผชิญปัญหานั้นๆ ประกอบการเรียนรู้จาก

การปฏิบัติในการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่นจะทำให้เกิดการสนับสนุนและการกระทำร่วมกันของกลุ่มเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมต่อไปได้ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

ผู้จัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างพลัง จะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ประสาน (Coordinator) และเป็นสนับสนุนการเรียนรู้ (Facilitator) แทนการเป็นผู้สอน หรือผู้ถ่ายทอดความรู้ตามแนวการสอนแบบดั้งเดิม เนื่องจากวิธีการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะเชื่อในความสามารถของบุคคลที่เรียนรู้จากประสบการณ์ที่แต่ละคนมีและนำมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ตลอดจนการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้โดยตัวผู้เรียนมีการคิดวิเคราะห์ในสิ่งต่างๆ จนเกิดความเข้าใจด้วยตนเอง เปรียบเสมือนการเกิดความรู้ใหม่ในตัวของผู้เรียนเอง ดังนั้น หน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ ผู้ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ โดยการจัดบรรยากาศการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมมากที่สุดในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็น นำไปสู่การสร้างสรรคความรู้ใหม่ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาความคิดและทักษะในการปฏิบัติ เพื่อการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลและกลุ่ม บรรยากาศพื้นฐานในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังจะมีลักษณะที่เจ้าหน้าที่และผู้เรียนต่างเรียนรู้จากกันและกัน แทนการมองว่า เจ้าหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญหรือเป็นผู้รู้ในเรื่องนั้นๆ แต่ฝ่ายเดียว การตรวจสอบขั้นแรกว่ากิจกรรมนั้นเป็นไปตามหลักการสร้างพลังหรือไม่ คือ ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้เรียนต่างเป็นบุคคลสำคัญในการร่วมกิจกรรมหรือกระทำเพื่อการเรียนรู้ นั่นๆ หรือไม่

เทคนิคในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

เทคนิคหรือเครื่องมือในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่ใช้ส่วนมาก เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และการวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นจริง และที่ผู้เรียนให้ความสนใจ เป็นเทคนิคที่ส่งเสริมให้กลุ่มทำความเข้าใจและทำการวิเคราะห์ปัญหาที่กำลังศึกษาร่วมกัน เทคนิคเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับท่าทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การแต่งเพลง ฯลฯ ซึ่งในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะการแสดง ดนตรี และการประดิษฐ์สิ่งต่างๆ จะทำให้ผู้เรียนมีความคิดสร้างสรรค์ และการที่บุคคลมาร่วมกิจกรรมในการคิดและแสดงกิจกรรมร่วมกัน เช่น การแสดงละคร หรือการแต่งเพลงสั้นๆ จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกว่าตัวเองมีความสามารถได้รับการยอมรับ เกิดการนับถือตนเอง และนำไปสู่ความรู้สึกมีพลัง

แนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังเป็นรูปแบบทางการศึกษาที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น การนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมแก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร กลุ่มแม่บ้าน หรือผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และตระหนักในปัญหาสุขภาพของตน

เชื่อในความสามารถของตนเอง ตลอดจนเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน นอกจากนี้ยังสามารถใช้ในการสร้างพลังแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม

กิจกรรมกลุ่มกับการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

กิจกรรมกลุ่มเป็นกิจกรรมที่ประกอบด้วยการฝึกอบรมเพื่อสร้างพลัง แต่มีความแตกต่างจากเทคนิคการจัดการศึกษาแบบสร้างพลังที่กล่าวไปแล้ว เนื่องจากกิจกรรมกลุ่มมิได้จัดขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในด้านเนื้อหา แต่จัดขึ้นเพื่อช่วยในกระบวนการเรียนการสอน หรือการฝึกอบรม โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ ใช้ในการส่งเสริมและสนับสนุน ให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้เรียนให้มากที่สุด การทำให้สมาชิกได้รู้จักกันภายใต้บรรยากาศของการรวมกลุ่มกัน และการให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน กิจกรรมกลุ่มสามารถนำมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ ต่างๆ ได้ เพื่อ

1. การแนะนำ กิจกรรมกลุ่มเป็นกิจกรรมสำคัญที่จัดขึ้นในช่วงต้นของการฝึกอบรม เพื่อละลายพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ช่วยให้รู้จักและคุ้นเคยกัน
 2. เกิดกลุ่มและการมีส่วนร่วม จะเป็นกิจกรรมกลุ่มที่จัดขึ้นในระหว่างการฝึกอบรม ที่ช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมกันมากขึ้นและสร้างความรู้สึกรักและผูกพันกันในกลุ่ม
 3. สร้างความตื่นตัว ผ่อนคลาย และสนุกสนาน เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ใช้ภายหลังจากการทำกิจกรรมที่เคร่งเครียด หรือผู้เข้ารับการอบรมเกิดความเฉื่อยชาเมื่อย่ำ การให้กลุ่มมีการเคลื่อนไหว มีความสนุก ได้หัวเราะ จะทำให้ช่วยผ่อนคลายและเพิ่มพลังให้กับผู้เข้ารับการอบรมได้
- สำหรับกิจกรรมกลุ่ม ที่สามารถนำมาใช้ในการฝึกอบรมมีอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้จัดควรพิจารณาวางแผนกิจกรรมกลุ่มไว้ในขั้นตอนต่างๆ ของการฝึกอบรมในลักษณะที่จะช่วยส่งเสริมให้การฝึกอบรมดังกล่าวบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

กระบวนการกลุ่ม โดยธรรมชาติมนุษย์จะอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม แนวความคิดในด้านกระบวนการกลุ่มนั้นถือว่าการรวมกลุ่มของสมาชิกย่อมให้เกิดพลังขึ้น ซึ่งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ดังนั้น กระบวนการกลุ่มจึงได้รับความสนใจจากบุคคลในวงการต่างๆ โดยนำไปใช้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดการเรียนการสอน พัฒนาชุมชน เป็นต้น จึงทำให้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของกลุ่มไว้หลายท่าน ดังนี้

ทิตานา แซมมณี (2522, หน้า 20) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่อาศัยเรื่องความสัมพันธ์ของคน และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง

ชไมพร มุขโต (2525, หน้า 15) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีพัฒนาการทางด้านทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้การวิเคราะห์ ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมจะแก้ไข สมาชิกจะมีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น

จากความหมายสรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้กระทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกัน และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม และนำประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มมาใช้แก้ไขปัญหา หรือปรับปรุงใช้ในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับตนเองได้

จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม (พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์, 2542, หน้า 36-38)

จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม มีดังนี้

1. เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของกระบวนการกลุ่ม
2. เพื่อให้เข้าใจถึงหลักและวิธีการในการทำงานเป็นกลุ่ม
3. เพื่อให้รู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน อันเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ของกลุ่ม
4. เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ซึ่งจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม
5. เพื่อให้บุคคลได้เสริมสร้างและพัฒนาสมรรถภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
6. เพื่อนำสิ่งที่เรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มนำมาใช้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ควรประกอบด้วย

1. สมาชิกจะมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรมแทนการนั่งฟังคำบรรยาย

2. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่คอยประสานงานและจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก

3. การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่สมาชิกทุกคนจะเป็นแหล่งที่มาของความรู้ โดยทุกคนจะมีส่วนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพราะฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ จึงมาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ

4. การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความต้องการ และประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

5. การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ จากตนเอง จากสมาชิก และจากกลุ่ม

ขั้นตอนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้

ระยะ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และสมาชิกด้วยกัน โดยผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตรต่อกัน รู้สึกปลอดภัย ในตอนเริ่มต้น ผู้นำกลุ่มกล่าวให้สมาชิกทุกคนเข้าใจ จุดมุ่งหมาย กฎ บทบาท และส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ

ระยะ 2 ระยะดำเนินการ สมาชิกมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่นในกลุ่ม ให้ความใกล้ชิด เป็นกันเอง จนทำให้สมาชิกมีการระบายความรู้สึก พุดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มากขึ้น เพื่อเป็นการระดมสมองเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาแก้ไขปัญหา

ระยะ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ถึงเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง ระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องดำเนินการสรุปทั้งหมด และให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงของตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม และพยายามชี้ให้เห็นประโยชน์ที่ได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

การดำเนินการกลุ่มนั้น มีสิ่งที่เกิดขึ้น 2 ประการ คือ

1. ผลงานที่กลุ่มสร้างออกมา
2. กระบวนการทำงานของกลุ่ม

ในขณะดำเนินงานกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจะเกิดการปฏิสัมพันธ์ บุคคลจะมีความเจริญงอกงาม มีการร่วมมือกันในการแก้ปัญหา ในส่วนนี้ของกระบวนการกลุ่ม ถือเป็นหัวใจสำคัญ

ดังนั้นในการมองถึงประโยชน์ของกระบวนการกลุ่มจะเน้นอยู่ในขณะที่ดำเนินงานกลุ่ม บุคคลในกลุ่มหรือกลุ่มเองจะได้รับการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการไปในทิศทางที่ดีขึ้น

กลุ่มช่วยเหลือกันเอง

กลุ่มช่วยเหลือกันเอง เป็นการเพิ่มพลังรูปแบบหนึ่ง ซึ่งกลุ่ม คือ การรวมตัวของปัจเจกชนที่มีความสนใจร่วมกัน หรือปัญหาาร่วมกัน กลุ่มช่วยเหลือกันเองมีลักษณะสำคัญ 4 ด้าน คือ

1. การช่วยเหลือกัน เป็นกระบวนการพื้นฐานที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์/ความคิดเห็น/ความรู้ เกิดการเพิ่มพูนความหวัง
2. การเคลื่อนไหวโดยสมาชิกกลุ่ม เพื่อตอบสนองของความต้องการของกลุ่มเอง
3. ภายในกลุ่มมีปัญหาาร่วมกัน ประสบการณ์คล้ายกัน กลุ่มทำให้ไม่โดดเดี่ยว มีความรู้สึกเข้าใจกันและมองโลกเชิงบวก

4. กลุ่มเป็นองค์กรแบบอาสาสมัคร ไม่แสวงกำไร มีพลวัต และพัฒนาการแตกต่างกัน
กระบวนการสื่อสารภายในกลุ่ม 2 ลักษณะ คือ

1. การสอนภายในกลุ่ม ได้แก่ บรรยาย อภิปรายกลุ่ม สัมมนา ประชุม
2. การเพิ่มประสบการณ์ ได้แก่ มีกิจกรรมการช่วยเหลือกันเอง การเรียนรู้โดยประเมินจากความสนใจของสมาชิก

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มในหลายประเทศ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มสามารถช่วยแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ กลุ่มช่วยเหลือกันเองสามารถสนองข้อมูล ความรู้และเทคนิคการดูแลตนเองให้สมาชิกกลุ่ม ช่วยลดความเครียด และความกดดันภายในตนเอง กระตุ้นแรงจูงใจและเสริมบุคลิกภายในเพื่อแก้ไขปัญหาตนเอง เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้สุขภาพดีขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในงานวิจัยบางเรื่องเสนอว่า รูปแบบกลุ่มเป็นวิธีการแก้ไขสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการทางการแพทย์ (ถวิล ธาราโภชน อังใน พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์, 2542, หน้า 38)

2. แนวคิดการจัดการศึกษาในผู้สูงอายุ

การจัดการศึกษาในผู้สูงอายุ (กอบกิจ ตันต์เจริญรัตน์, 2536, หน้า 32-36) แบ่งออกเป็น 2 แนวคิดด้วยกันคือ

1. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาตลอดชีวิต เป็นการเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะของการดำเนินชีวิตในบั้นปลาย เพราะปัญหาผู้สูงอายุนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการศึกษาอย่างถูกต้อง เพื่อแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต

2. การจัดการศึกษาผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดที่มุ่งแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุและการเตรียมวางแผนชีวิตเมื่อถึงวัยสูงอายุ

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การศึกษาสำหรับผู้สูงอายุนั้นสามารถจัดได้ในลักษณะการจัดเป็นหลักสูตรเฉพาะหรือสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลักสูตรการศึกษา ระดับต่างๆ หรือจัดในลักษณะของการฝึกอบรมระยะสั้น ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของแต่ละสังคม

หลักการจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ และรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนสำหรับผู้สูงอายุ

1. หลักการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากเด็กทั้งในด้านกายภาพ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการเคลื่อนไหวช้ากว่าเด็ก สุขภาพอ่อนแอ และเสื่อมถอยลง ยึดมั่นในความคิดของตนเอง ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก จะคุ้นเคยงาน ถ้าเผชิญหรือกระทบกระทั่งกับสิ่งไม่ชอบอารมณ์ ขอบบ่นและมีความวิตกกังวลสูง แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างไปจากเด็กในลักษณะของการเสื่อมถอยก็ตาม แต่ผู้สูงอายุก็สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าหากว่าการเรียนนั้นเป็นไปด้วยความสมัครใจตรงกับความต้องการและความสนใจ ผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้ดี ต้องมีหลักการที่สำคัญดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุจะมีจุดมุ่งหมายในการเรียนรู้ที่แน่นอน ดังนั้นผู้สูงอายุจะเลือกเรียนในสิ่งที่เห็นว่าเป็นประโยชน์และเห็นผลตอบสนองในทันทีทันใด

1.2 ผู้สูงอายุต้องการเวลาในการเรียนรู้มากกว่าปกติ

1.3 ผู้สูงอายุพร้อมที่จะเรียนรู้ ถ้าเรื่องที่เรียนตรงกับความต้องการและเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม

1.4 ผู้สูงอายุไม่ต้องการเป็นผู้ดูแลแต่ต้องการมีส่วนร่วมด้วย

1.5 ผู้สูงอายุจะเรียนรู้ในสิ่งที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์

นอกจากนั้นการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ จะต้องให้ความสนใจในจิตวิทยาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการเรียนรู้ของมนุษย์ ดังนี้

1. กลุ่มพฤติกรรมนิยม ธอร์นไดค์ (Thorndike) กล่าวว่า ประสิทธิภาพการเรียนรู้ของมนุษย์จะเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อมีอายุ 25 ปี หลังจากนั้นจะลดลงตามลำดับ

2. กลุ่มสติปัญญานิยม เพียเจท์ (Piaget) กล่าวว่า เซาว์นปัญญาเป็นความสามารถในการคิด ความสามารถในการวางแผนและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ความสามารถดังกล่าวจะพัฒนาจากความคิดความเข้าใจในระดับง่ายๆ ในวัยเด็กไปสู่ระดับที่ซับซ้อนขึ้นในวัยผู้ใหญ่

3. กลุ่มมนุษยนิยม มาสโลว์ (Maslow) กล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์มีระดับขั้นของความต้องการจากขั้นพื้นฐาน คือ ความต้องการทางด้านร่างกายสูงขึ้นเป็นความต้องการความปลอดภัย ความรักและความเป็นเจ้าของ การมีชื่อเสียงและการยอมรับในความสามารถตามลำดับ ดังนั้นในการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ จึงต้องอาศัยหลักการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเป็นส่วนประกอบในการจัดการศึกษา

2. หลักการเลือกประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ มีหลักดังนี้

2.1 ประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดขึ้นควรให้ผู้เรียนได้รับความพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมตามที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมาย

2.2 ประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดขึ้น ควรให้โอกาสผู้เรียนได้แสดงพฤติกรรมตามที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมาย

2.3 ประสบการณ์การเรียนรู้จะต้องเหมาะสมกับระดับความรู้สภาพร่างกาย และจิตใจของผู้เรียน ฉะนั้นผู้จัดกิจกรรมควรจะต้องรู้ภูมิหลังและสภาพจิตใจในปัจจุบันของผู้เรียน

2.4 ประสบการณ์การเรียนรู้หลายอย่าง สามารถนำมาใช้ในการที่จะให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายข้อเดียวกันได้

2.5 ประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเดียวกันอาจนำไปสู่ผลหลายอย่าง เช่น ขณะที่ผู้เรียนกำลังแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้เรียนก็จะได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไปด้วย

ดังนั้น การจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุควรให้มีส่วนร่วม และคำนึงถึงความต้องการและความสนใจของผู้เรียน เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้อยากเรียนหรือร่วมกิจกรรมมากขึ้น

3. รูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปรัชญาการศึกษา รวมทั้งวัตถุประสงค์จะเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จของกิจกรรมประการหนึ่ง รูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุนั้นแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

3.1 รูปแบบการเรียนรู้เป็นรายบุคคล เป็นรูปแบบที่ผู้เรียนไม่จำเป็นต้องไปเรียนที่สถาบันใด อาจเรียนอยู่กับบ้านก็ได้ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวจะเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลชุมชน รูปแบบการเรียนรู้แบบนี้ ได้แก่ ฝึกงาน การศึกษารายบุคคล การศึกษาทางสื่อสารมวลชน และการเรียนรู้จากบทเรียนสำเร็จรูป เป็นต้น

3.2 รูปแบบการเรียนรู้เป็นกลุ่ม รูปแบบการเรียนรู้แบบนี้ได้แก่ การเรียนในชั้นเรียน การประชุมสัมมนา การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง การบรรยายโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การแสดงบทบาทสมมุติ และการจัดทัศนศึกษา เป็นต้น.

3.3 การพัฒนาชุมชน เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่กว้างขวางและเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง กล่าวคือ ชุมชนนั้นเปรียบเสมือนชั้นเรียน เป็นห้องปฏิบัติการสำหรับการเรียนรู้ บุคคลมีโอกาสเรียนรู้แก้ปัญหาในชีวิตจริง ชุมชนเองก็มีโอกาสได้เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาของชุมชนนั้นๆ และวิธีแก้ปัญหาทั้งสองของบุคคลและชุมชนก็จะเป็นวิถีทางของการเรียนรู้ที่ดี

ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนสำหรับผู้สูงอายุ ควรใช้ทั้ง 3 แบบ ประกอบกับวิธีการสอนหลายๆ อย่างตามความเหมาะสม จัดให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำงานร่วมกัน แบ่งกันรับผิดชอบ จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

การจัดกิจกรรมในการเรียนการสอนผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร ซึ่งเกิดจากประสบการณ์และการเปลี่ยนแปลงนี้ จะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะ ทางสติปัญญา ทางสังคม หรือทางอารมณ์ก็ได้ การเรียนรู้ดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นโดยไม่เลือกเวลา และสถานที่ สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากการสอนหรือไม่มีการสอน ในการจัดการเรียนการสอนนั้น ถ้าจะให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีนั้น ควรเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม และได้แสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกันให้มากที่สุด และสร้างบรรยากาศในห้องเรียนให้เป็นกันเอง ซึ่งจะทำให้ผู้เรียน เรียนด้วยความสนุกสนาน การที่ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนด้วยตนเองในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มเช่นนี้ ย่อมจะทำให้ประสบการณ์ที่ผู้เรียนได้รับนั้นเต็มไปด้วยความมีชีวิตชีวา ไร้ใจ ไม่เฉื่อยชา และเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่เต็มไปด้วยคุณค่า และมีความหมายต่อตัวผู้เรียนมาก นอกจากนั้น การสร้างบรรยากาศที่ดีให้เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนการสอน จะส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนทั้งในด้านความรู้ความสามารถ คุณสมบัติ ค่านิยม และช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีทัศนคติอันกว้างไกลได้ (ทิตินา แคมมณี และคนอื่นๆ, 2533 หน้า 229)

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนนั้น ก็เพื่อมุ่งหวังที่จะให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ ซึ่งแนวทางในการจัดกิจกรรมสำหรับการเรียนการสอนเพื่อให้ ผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ หรือผู้ที่สูงอายุเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ควรจัดกิจกรรมดังนี้

พฤติกรรมที่ต้องการ	กิจกรรมที่ควรจัด
1. เพื่อให้เกิดการเรียนรู้	- บรรยาย อภิปราย การอ่าน การอภิปรายเนื้อหา จากตำรา การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ ทัศนศึกษา
2. เพื่อให้เกิดความเข้าใจ	- การอภิปรายแก้ปัญหา การอภิปรายจากผู้ฟัง การยกตัวอย่างเฉพาะกรณี
3. เพื่อให้เกิดทักษะ	- การฝึกซ้อม การเล่นบทบาทสมมุติ การทำแบบ ฝึกหัด การสาธิต การฝึกงาน
4. เพื่อให้เกิดเจตคติ	- แสดงบทบาทสมมุติ อภิปรายอย่างอิสระ การให้คำปรึกษา การยกตัวอย่างเฉพาะกรณี
5. เพื่อให้เกิดค่านิยม	- การแสดง การอภิปราย การสัมมนา การฟังธรรม ทางศาสนา การได้เห็นผลของการกระทำ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของการเรียนรู้ พบว่า การรับรู้จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับประสาทสัมผัสของผู้รับรู้เป็นหลัก สรุปได้ดังนี้

วิธีการเรียนรู้	ร้อยละของการรับรู้
การอ่าน	10
การได้ยิน	20
การได้เห็น	30
การได้ยินและได้เห็น	50
การมีโอกาสได้พูดและแสดงความคิดเห็น	70
การพูดและการปฏิบัติ	90

วิธีการให้ความรู้ในผู้สูงอายุ ควรมีวิธีการหลากหลายวิธีประกอบกัน โดยเน้นให้มีการ ปฏิบัติจริง เช่น การอภิปราย การสาธิต การบรรยาย และการแสดงบทบาทสมมุติ ส่วนสื่อที่นำมา ใช้ประกอบนั้น ได้แก่ เอกสาร ภาพประกอบ วีดิทัศน์ แผนสถิติ แผ่นใสประกอบคำบรรยาย และ ภาพพลิก (กอบกิจ ตันท์เจริญรัตน์, 2536, หน้า 86-87) และหากถ้านำเกมมาใช้ประกอบการ เรียนการสอนด้วย ยิ่งจะช่วยทำให้การเรียนการสอนประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเกม ช่วยทำให้เกิดความสนุกสนานไม่ว่าผู้เรียนจะอยู่ในวัยใดก็ตาม สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือนั้น

ควรใช้สื่อการสอนประเภทรูปภาพ เทปเสียง และวีดีโอเทปมาประกอบการสอน จะสามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น ในคู่มือการดำเนินงานหลักสูตรการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2536, หน้า 11-12) ได้ระบุเกี่ยวกับสื่อและกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น ควรให้มีการสนทนากับผู้เรียน มีการซักถามปัญหา จัดให้มีการอภิปรายปัญหา การสาธิตและการปฏิบัติตามตัวอย่าง โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือเป็นอาสาสมัคร และการมอบหมายงานให้ทำ สอดคล้องกับที่ กชกร สังขชาติ (2536, หน้า 36) กล่าวว่า ผู้สูงอายุยังมีความพึงพอใจที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น และมีความต้องการอยากรู้อยากเห็น จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนด้วยกัน เช่น มีการแบ่งกลุ่มเพื่อให้ผู้สูงอายุได้อภิปรายปัญหา และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วยกัน สำหรับสื่อการเรียนการสอนที่นำมาใช้สอนผู้สูงอายุ เช่น เอกสารของจริง รูปภาพ หรือสัญลักษณ์ ควรเป็นสื่อที่มีขนาดใหญ่ มองเห็นได้ง่าย และสื่อความหมายได้ชัดเจน เวลาในการสอนแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 40 นาที ซึ่งเหมาะสมกับวัยผู้เรียน

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพอที่จะกล่าวได้ว่า ในการให้ความรู้หรือสอนผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพนั้น จะต้องจัดสถานการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ โดยการใช้วิธีการสอน และสื่อการสอนหลายๆ อย่าง ย่อมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจ และมีความกระตือรือร้นในการเรียน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจดีขึ้น และจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตต่อไป

การเรียนรู้ (Learning) ในผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ ได้มีนักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน ดังนี้ ฮิลการ์ดและเบาวเวอร์ (Hilgard & Bower, 1966, p.108 อ้างใน มินตรา สารรักษ์, 2538, หน้า 27) ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลมาจากการฝึกฝนและประสบการณ์ แต่มิใช่ผลการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ

สุรางค์ จันทน์เอม (2515, หน้า 264) ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่อินทรีย์ตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นกระบวนการปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ดังนั้นการเรียนรู้จัดเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่มีผลมาจากประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532, หน้า 36-37) ให้ความหมายของ การเรียนรู้ เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือจากการได้

ศึกษาสิ่งนั้นๆ การเรียนรู้อาจเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้าและการตอบสนอง อาจเกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งรวมถึงการให้เหตุผล การเกิดแนวคิดแบบนามธรรมและการแก้ปัญหา การเรียนรู้จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อนข้างถาวรในพฤติกรรม มีผลมาจากการฝึกฝนการเรียนรู้

พฤติกรรมด้านต่างๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้

เบนจามิน เอส บลูม ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive Domain)

เป็นความสามารถ ทักษะด้านสมองและสติปัญญาในการคิด พฤติกรรมด้านนี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรับรู้ในระดับขั้นง่ายๆ และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งแบ่งความสามารถออกเป็น 6 ชั้น ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากชั้นความรู้ จึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของทักษะหรือความสามารถดังนี้ คือ การแปลความหมายโดยคำพูดของตนเอง ตีความหมายเป็นการแสดงความคิดหรือข้อสรุปตามที่บุคคลนั้นๆ เข้าใจ และขยายความหรือการคาดคะเน เป็นความสามารถในการตั้งความคาดหมาย ซึ่งความสามารถนี้เกิดจากความเข้าใจ

1.3 การประยุกต์หรือการนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมาย ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยดีราคาสิ่งของต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องร่วมประกอบการวินิจฉัย ซึ่งกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมากหรือมีอยู่แล้วก็ได้

2. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มจิตพิสัย (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึกท่าที ความชอบ การให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากในการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล การเกิดพฤติกรรมด้านจิตพิสัยแบ่งออกขั้นตอน ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้านี้ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย

2.1.1 ความตระหนัก (Awareness) การได้ถูกคิดหรือการเกิดขึ้นในความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง มีเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งการรู้สึกว่ามี เป็นความรู้สึกที่เกิดในสภาวะของจิตใจ

2.1.2 การยินดีหรือเต็มใจที่จะรับ (Willingness to Receive) เป็นความพึงพอใจที่จะรับสิ่งที่มากระตุ้นความรู้สึกเอาไว้ เช่น การให้ความสนใจอย่างดีขณะที่ผู้อื่นกำลังพูด

2.1.3 การเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ (Controlled of Selected Attention) หมายถึง จะเลือกรับหรือเลือกให้ความสนใจเฉพาะสิ่งที่ชอบ ขณะเดียวกันจะมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความสนใจสิ่งที่ไม่ชอบ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่ถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำปฏิกิริยาตอบสนองพฤติกรรม (Acquiescence in Responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับถึงความจำเป็นหรือประโยชน์จากการทำปฏิกริยานั้นๆ

2.2.1 ความเต็มใจที่จะตอบสนอง (Willingness to Respond) ขั้นนี้บุคคลเกิดความรู้สึกผูกมัดที่จะทำปฏิกริยาบางอย่างด้วยความเต็มใจ

2.2.2 ความพอใจในการตอบสนอง (Satisfaction in Respond) เมื่อบุคคลทำปฏิกริยาบางอย่างไปแล้ว บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกพอใจ ซึ่งเป็นสภาวะทางด้านอารมณ์ของบุคคล อาจจะถูกออกมาในรูปความพอใจ ความสนุกสนาน

2.3 การให้ค่าหรือการให้เกิดค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกริยา ซึ่งแสดงว่ายอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเขา และได้นำไปพัฒนาให้เป็นของเขาอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า "ค่านิยม" ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย

2.3.1 การยอมรับค่านิยม (Acceptance of a Value) พฤติกรรมในขั้นนี้เกี่ยวกับการลงความเห็นเหตุการณืสิ่งของ ภาวะการณื การกระทำ อย่างใดอย่างหนึ่งเป็นสิ่งที่มีความค่า

2.3.2 ความชอบในค่านิยม (Perference for a Value) พฤติกรรมขั้นนี้จะแทรกอยู่ระหว่างการยอมรับค่านิยมและความรู้สึกผูกมัดที่จะทำตามค่านิยมนั้น

2.3.3 การผูกมัด (Commitment) พฤติกรรมขั้นนี้แสดงให้เห็นถึงระดับการยอมรับอย่างแน่นแฟ้นต่อความคิดบางอย่าง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้นในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย

2.4.1 การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม (Conceptualization of a Value) พฤติกรรมขั้นนี้บุคคลสามารถมองเห็นว่าสิ่งที่เขาให้ค่าใหม่นี้ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับค่านิยมที่เขาถืออยู่เดิม

2.4.2 การจัดระบบของค่านิยม (Organization of a Value System) ขั้นนี้บุคคลจะนำเอาค่านิยมต่างๆ ที่มีอยู่มาจัดเป็นระบบ

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Value Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้น จากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะต้องควบคุมพฤติกรรมของบุคคลพฤติกรรมขั้นนี้ประกอบไปด้วย

2.5.1 การวางหลักทั่วไป (Generalized Set) ความพร้อมที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว แต่เป็นสิ่งที่จะเป็นแนวทางของการปฏิบัติ เป็นรากฐานให้เกิดการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5.2 การแสดงลักษณะ (Characterization) พฤติกรรมขั้นนี้เป็นขั้นสูงสุดของขบวนการ การแสดงลักษณะนี้จะเป็สิ่งค่อนข้างถาวร สืบเนื่องจากค่านิยมที่บุคคลนั้นยึดมั่นอยู่

3. พฤติกรรมการเรียนรู้ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยและพฤติกรรมด้านจิตพิสัยเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ด้านอนามัยถือว่าพฤติกรรมด้านทักษะพิสัยของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี (Benjamin S. Bloom, 1964, p.33-35 อ้างใน มินตรา สารรักษ์, 2538, หน้า 27-35) สำหรับพฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย แบ่งออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

3.1 การเลียนแบบ เป็นการเลือกตัวแบบ หรือตัวอย่างที่สนใจ

3.2 การทำตามแบบ เป็นการกระทำตามแบบที่สนใจ

3.3 การมีความถูกต้อง เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้อง จริงจังและต่อเนื่อง

3.5 การกระทำโดยธรรมชาติ เป็นการกระทำจนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้

โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

การเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านดังกล่าวมาแล้ว จะต้องใช้เทคนิคและวิธีการแตกต่างกัน การให้การสอนแบบบรรยายและใช้อุปกรณ์ หรือผู้สอนบรรยายเพียงอย่างเดียว อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ด้านความรู้ความเข้าใจได้ แต่อาจไม่เป็นการเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ เจตคติและการเรียนรู้ทักษะในการปฏิบัติ จำเป็นต้องใช้วิธีการสอนที่สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีทัศนคติและทักษะในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง ที่ต้องได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยอยู่ มีความเข้าใจถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนไปในทิศทางที่ถูกต้อง และผลที่ตามมาก็คือสามารถควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

จากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ เห็นว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่มาจากการฝึกฝนหรือได้รับประสบการณ์ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียนทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ สามารถนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร (Redman, 1976, อ้างใน กลิ่นจันทร์ เขียวเจริญ, 2533, หน้า 12)

3. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คือการสนับสนุนทางสังคม การศึกษา ของแคสเซล (Cassel อ้างใน Hall, 1985 อ้างใน อำไพ ชนะกอก และคนอื่นๆ, 2539, หน้า 25) แสดงให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976 อ้างใน วรณวิมล เบญจกุล, 2535, หน้า 27) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน

มอสส์ (Moss, 1987 อ้างใน วรณวิมล เบญจกุล, 2535, หน้า 27) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการบอกถึงความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับและเป็นที่ต้องการ ได้รับความรัก การยอมรับนับถือ และให้คุณค่า

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ติดต่อกันกับผู้อื่น อันนำมาซึ่งความรู้สึกพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ที่ช่วยให้ดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดีและความผาสุกด้านจิตใจ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1976 อ้างใน วรณวิมล เบญจกุล, 2535, หน้า 28) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันซึ่งต่อกัน
 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้น
 3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการแสดงออกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน
- เซฟเฟอร์ และคนอื่นๆ (Schaefer & et.al, 1981 อ้างใน จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532, หน้า 18) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือและไว้วางใจบุคคล
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำไปแล้ว
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเงินทอง หรือบริการต่างๆ

สมจิต หนูเจริญกุล แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและปฏิบัติของบุคคล
2. การให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญ ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้ความเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือ การให้สิ่งของหรือให้บริการ

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2531, หน้า 101 อ้างใน เพยาว์ ศรีแสงทอง, 2539, หน้า 33) กล่าวถึงกลุ่มของสังคม 2 ประเภทที่จะเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลในทุกระดับ ตามลักษณะและความต้องการของแต่ละบุคคล คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสนิทสนม และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

อุบล นิวัตติชัย (2527, หน้า 285 อ้างใน เพยาว์ ศรีแสงทอง, 2539, หน้า 33) ได้อ้างแนวคิดของแคปแลน ว่าจำแนกกลุ่มบุคคลในระบบการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ ประกอบด้วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ สามี ภรรยา ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูก และบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่ใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน คนทำงานในที่เดียวกัน คนบ้านเดียวกัน คนรู้จักคุ้นเคย
2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นชมรม กลุ่ม สมาคม มูลนิธิ ที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรศาสนา
3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนโดยอาชีพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมาย ระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆ ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักมีคนสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เห็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ที่ได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงปลอดภัยจากความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค และป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติได้

การใช้แรงสนับสนุนทางด้านสุขภาพ

ได้มีการนำเอาแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในด้านสุขภาพ โดยแยกตามผลที่เกิดตามมาภายหลัง การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม คือ (นูซรี ไลพันธ์, 2542, หน้า 20)

1. ผลทางด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้มีผู้ศึกษาในผู้ใหญ่จำนวน 400 คน ถึงพฤติกรรมป้องกันโรคและรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน และอื่นๆ พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนมากจะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

2. ผลทางด้านพฤติกรรมการรักษาพยาบาล ได้มีผู้ศึกษา พบว่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยลดความเครียดและช่วยปรับตัวเผชิญต่อโรคเรื้อรังได้ (Taylor, et. al, 1980, pp. 609 อ้างใน พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์, 2542, หน้า 45) โดยระบุว่า ปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยในการพยากรณ์โรค รวมทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี คือ การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเหมาะสม ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของแคปแลน (Caplan, 1974) ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์หรือบริการ และด้านอารมณ์หรือจิตใจ ในการจัดเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้มีการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม หมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกันและกันและลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลเหล่านี้ได้ (พิมพิวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530 อ้างใน ดุษฎี รุจจนเวท, 2538, หน้า 10)

เครือข่ายทางสังคมของบุคคลหนึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดของบุคคลคนนั้นในสังคมที่เขาอาศัยอยู่ เริ่มตั้งแต่บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันของบุคคลต่างๆ ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมนั้นเป็นความสัมพันธ์ในทุกๆ ด้านที่บุคคลทั้งหมดในเครือข่ายสังคมมีต่อกันและกันในด้านเศรษฐกิจ การเมือง การแต่งงาน สุขภาพอนามัย ส่วนพฤติกรรมที่แสดงถึงความสัมพันธ์ ได้แก่ การเยี่ยมเยียนกัน การปรึกษาหารือกัน การช่วยเหลือกันและกัน เครือข่ายสังคมของบุคคลหนึ่งเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเขา และขณะเดียวกันตัวเขาก็เปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลอื่นๆ ในเครือข่ายสังคม ซึ่งเขาสามารถแสดงอิทธิพลกระทบต่อ

พฤติกรรมของผู้อื่นด้วยเช่นกัน ดังนั้น เครือข่ายทางสังคมหรือข่ายความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อกัน และกัน จึงมีอิทธิพลในการกำหนดแนวทางพฤติกรรมของบุคคลในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยขณะที่บุคคลนั้นก็สามารมีอิทธิพลต่อรูปแบบพฤติกรรมการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของบุคคลอื่นๆ ในเครือข่ายทางสังคมของเขาด้วย

เครือข่ายทางสังคมที่ดีนั้นบุคคลจะต้องมีการพบกันบ่อยๆ ทั้งนี้เพราะการพบกันบุคคลมีโอกาสดำเนินการเปลี่ยนแปลงความรู้ สิ่งของ และบริการหรือได้รับการตอบสนองของความต้องกรด้านอารมณ์ ขณะเดียวกันการพบกันอย่างสม่ำเสมอจะคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี แมค อีเว่น (Mac Elveen, 1978 อ้างใน ดุษฎี รุจจนเวท, 2538, หน้า 14) มีความเห็นว่า เครือข่ายทางสังคมของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน 5 ระบบ คือ ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และระบบสนับสนุนกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด คือ ครอบครัว รองลงมาเป็นกลุ่มญาติพี่น้อง เพื่อน และกลุ่มสังคมอื่นๆ ความช่วยเหลือของครอบครัวอาจอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ ดูแลสุขภาพเวลาป่วย จัดการเรื่องอาหารการกิน หรือพาไปพบแพทย์ ส่วนเครือญาติ เพื่อนฝูงให้การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือสนับสนุนทางด้านจิตใจ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี

4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยประกอบกับมีความสูงอายุทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในกำลังความสามารถของตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัวและเกิดความไม่แน่ใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ผู้ป่วยที่ประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป จะทำให้รับรู้ต่อการเจ็บป่วยว่าไม่รุนแรง มีการทดสอบกำลังของตนเอง เช่น การออกกำลังกาย ไม่จำกัดอาหารไขมันและโคเรสเตอรอลสูง หรือ สูบบุหรี่ สุรา การไม่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซ้ำๆ ยามา รับประทานเอง เป็นต้น พฤติกรรมต่างๆ อาจออกมาในรูปแบบที่ผู้ป่วยอยากทดสอบกำลังและต้องการพิสูจน์ความแข็งแรงของร่างกาย หรือแสดงว่าตนหายดีแล้ว ในทางตรงกันข้ามกับผู้ป่วยอีกกลุ่มที่รับรู้โรคความดันโลหิตสูงๆ มีความรุนแรง อาจเสียชีวิตได้ง่ายในระยะเวลานั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ มีพฤติกรรมเพื่อปกป้องตนเองมากเกินไป จนไม่ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ร่างกายและจิตใจอ่อนแอลง เช่น ไม่ออกกำลังกาย อยู่ในสภาพวิตกกังวล เคร่งเครียด ขาดกำลังใจท้อแท้ เป็นต้น ดังนั้นถ้าสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความ

ต้นโลหิตสูงรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับที่สอดคล้องกับความสามารถที่แท้จริง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกงาน กิจกรรม ได้เหมาะสมกับความสามารถของตน ทำให้มีโอกาสได้รับความสำเร็จ และมีความมั่นใจในตนเองยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้ง่ายๆ แต่จะพยายาม ทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ แนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การกำหนดเป้าหมายประสบการณ์สำหรับผู้ป่วย และกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงไปที่ละขั้นตอน ควรมีผู้แนะนำและชักจูงใจเพื่อให้กำลังใจในขณะปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งแนะนำความรู้ด้านสุขภาพ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ผู้ป่วยบอกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง เช่น ควบคุมอารมณ์ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร จำกัดอาหารรสเค็ม การรับประทานยา เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ผล ควรมีการให้กำลังใจและพูดชมเชยเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานอื่นๆ มากขึ้นต่อไป

2. การใช้ตัวแบบ การเสนอตัวแบบเป็นวิธีการเพื่อจูงใจให้บุคคล เกิดพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่นำเสนอตามที่กำหนดไว้ ตัวแบบจะทำหน้าที่เป็นสิ่งเร้าให้ผู้สังเกตมีความคิด ทศนคติ และพฤติกรรม เปลี่ยนไปตามลักษณะของตัวแบบ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการสังเกตโดยการฟัง การอ่าน พฤติกรรมของบุคคลอ่าน โดยกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในลักษณะกิจกรรมทางปัญญา อันเนื่องมาจากมีผู้สังเกตและสิ่งกระตุ้น (Wilson & O'Leary, 1980) ดังนั้นการเสนอตัวแบบจึงเป็นการจัดสภาพแวดล้อมให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น ความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นนี้ จะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรม โดยกระบวนการเสนอตัวแบบจะมีการเสนอตัวแบบที่ทำให้บุคคลสนใจและคิดอยากจะทำตาม เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบแล้วสิ่งที่ตามมา คือผลของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหรือผลการกระทำ ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบ

แล้วได้รับการลงโทษบุคคลก็จะเลิกปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live modeling) คือตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้ โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อ ส่วนตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ ทีวี ทัศน การตูน หนังสือ สื่อภาพ แผ่นพับ เป็นต้น ซึ่งเป็นสื่อที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในปัจจุบัน การเรียนรู้โดยการสังเกตตัวแบบประกอบด้วยขั้นตอน คือ กระบวนการตั้งใจ จะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ คือ ตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตตั้งใจสังเกตและเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมไม่ซับซ้อน และเป็นพฤติกรรมการแสดงออกที่มีคุณค่า มีประโยชน์จะมีผลต่อความตั้งใจของผู้สังเกต ต่อมา เป็นกระบวนการเก็บจำ บุคคลจะแปลข้อความจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดเป็นโครงสร้างทางปัญญาของตนเอง เพื่อให้จดจำได้ง่าย แล้วจึงมีกระบวนการกระทำตามมา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้สังเกตแปลสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้เป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้จากการสังเกตการกระทำของตัวแบบ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย ขั้นตอนสุดท้ายคือกระบวนการจูงใจ การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจซึ่งได้แก่ สิ่งล่อใจภายนอกโดยสิ่งนั้นต้องกระตุ้นการรับรู้ จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคมและพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้น สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้

การเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง มีข้อดีคือ น่าสนใจมากกว่าตัวแบบสัญลักษณ์ ในการรับรู้ของบางบุคคล อีกทั้งยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสถานการณ์ แต่ปัญหาของการเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง คือ ไม่สามารถควบคุมหรือทำนายเหตุการณ์ได้ด้วยเหตุนี้การนำเสนอตัวแบบบุคคลจริงสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงนำเสนอได้ยาก เพราะตัวแบบอาจไม่สามารถเล่าพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ รวมทั้งควบคุมผลของพฤติกรรมได้ลำบากและเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยจดจำและมีความเชื่อผิด ดังนั้นจึงมีการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อ เพราะทำให้สามารถควบคุมลักษณะและแนวทางของพฤติกรรมได้ ซึ่งสื่อตัวแบบสัญลักษณ์ที่ดีในการนำเสนอเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และกิจกรรมต่างๆ ควร มีลักษณะของภาพที่เคลื่อนไหวได้ สื่อที่ดีควรเป็นสื่อวีดิทัศน์ เพราะผลิตได้ง่าย มีการบันทึกทั้งภาพและเสียงได้พร้อมกัน สามารถแสดงขั้นตอนพฤติกรรมของตัวแบบได้และนำมาฉายซ้ำได้หลายครั้งตามต้องการ นอกจากนี้สามารถกำหนดพฤติกรรมของตัวแบบได้ตามต้องการ และการนำเสนอโดยภาพและเสียงเป็นเรื่องราว จะช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความสนใจและเรียนรู้พฤติกรรมของตัวแบบได้ และเป็นการเรียนรู้แบบรูปธรรม จึงช่วยให้ผู้ป่วย

เกิดความเข้าใจได้มากกว่าสื่ออื่นๆ ซึ่งจะชักนำไปสู่การปฏิบัติตามพฤติกรรมตามตัวแบบต่อไป การเลือกตัวแบบเพื่อให้ผู้บวญเกิดความสนใจมากขึ้นมีหลักคือ ต้องเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ เพื่อให้ผู้สังเกตเกิดความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้น ตนเองก็สามารถกระทำได้ ตัวแบบไม่ควรมีชื่อเสียงมากในสายตาของผู้สังเกต เพราะจะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำ ไม่สามารถจะกระทำได้ในความรู้สึกของตนเอง ตัวแบบควรมีลักษณะความสามารถที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือมีความสามารถสูงกว่าเพียงเล็กน้อย เพราะถ้าเลือกตัวแบบที่ความสามารถสูงเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกไม่มีความสามารถที่จะกระทำได้ นอกจากนี้ตัวแบบที่เลือกควรมีลักษณะเป็นกันเองและมีความอบอุ่น การเสนอตัวแบบที่กระทำพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรงจะได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น (Decker & Nathan, 1985; สมโภชน์ เตียมสุภาษิต, 2536)

3.การใช้คำพูดชักจูง เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร้จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร้จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ย่อมได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน แบนดูรา (Bandura, 1986) แบ่งวิธีการในการใช้คำพูดชักจูงเป็น 4 วิธีการคือ การแนะนำ (suggestion) การกระตุ้น ชักชวน (exhortation) การชี้แนะ (self-instruction) และอธิบาย (interpretive treatments) ในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องพูดชักจูงให้คนกระทำหรือไม่กระทำอะไร อยู่เสมอ ความสามารถในการพูดชักจูงไม่ใช่พรสวรรค์ แต่เป็นทักษะที่สร้างขึ้นด้วยการศึกษา ทฤษฎีและฝึกพูดด้วยตนเองอย่างจริงจัง การพูดชักจูงในผู้บวญความดันโลหิตสูง ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ มีเป้าหมายคือการกระตุ้นเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและให้ลงมือกระทำ ซึ่งการพูดให้เกิดความเชื่อมั่น ต้องให้เหตุผลเพียงพอ และการพูดให้ลงมือกระทำ ต้องพูดให้เห็นคุณค่า หรือประโยชน์ของการกระทำ การพูดชักจูงที่มีประสิทธิภาพมีหลักการ คือ ต้องสร้างความสนใจแก่ผู้บวญ ให้ผู้บวญบอกความจำเริญ ซึ่งให้เห็นผลเสียของการกระทำ และเกิดความคิดว่าจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง การพูดชักจูงที่ดีนั้น ผู้พูดต้องแสดงให้เห็นว่ามีความเชื่อมั่นในสิ่งที่พูด มีการให้กำลังใจ กระตุ้นติดตามเสมอๆ ซึ่งการให้กำลังใจในการปฏิบัติ จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้บวญเกิดแรงจูงใจในการประเมินความสามารถของตนเอง และใช้ศักยภาพของตนในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่และมีความต้องการที่จะปกป้อง ควบคุมโรคด้วยตนเองต่อไป

4.การกระตุ้นทางอารมณ์ การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพของร่างกายตามมา ลักษณะของโรค จะมีระยะของความก้าวหน้าของโรคซึ่งมีอาการและอาการแสดงชัดเจน มีระยะสงบซึ่งอาการและอาการแสดงไม่ปรากฏให้เห็น แต่ยังคงมีพยาธิสภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต และเผชิญกับภาวะวิกฤตของโรค ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวและปรับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อลดภาวะวิกฤตและยอมรับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง โดยมี ความมุ่งหมายที่จะดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ ได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้อง เรียนรู้เกี่ยวกับโรค และความเป็นไปของโรคที่ถูกต้อง ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระทำ อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมโรคหรือยับยั้งความก้าวหน้าของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือ ภาวะทุพพลภาพที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ต้องเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือประสบกับอาการช่วงที่รุนแรงของโรค ตลอดจนการรักษาที่ยาวนานและยุ่งยาก สถานะเช่นนี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต เกิดความไม่แน่ใจในความรุนแรงของโรคและกลัวความตาย ซึ่งความไม่รู้หรือ ความสงสัยไม่แน่ใจของผู้ป่วยนี้อาจนำมาซึ่งความหมดหวัง ท้อแท้หรือสิ้นหวังในชีวิตได้ ดังนั้นจึง ควรช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พยาธิสภาพ สาเหตุ ของการเกิดโรค แนวทางการรักษาและการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา เพื่อให้ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษา เกิดแนวทางพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมหรือยับยั้งความ ก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความเป็นอยู่ที่ดี และประสบผลสำเร็จในการฟื้นฟู สภาพร่างกาย และสามารถรักษาสถานะทางสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

5. การเยี่ยมบ้าน

ความหมายของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน คือ การออกไปบริการช่วยเหลือประชาชนตามบ้านด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เยี่ยมเพื่อตรวจดูอาการของการเจ็บป่วย ช่วยเหลือให้การพยาบาล การติดตามโรค หรือไปเยี่ยมเพื่อตรวจดูสภาพท้องถิ่นและความเป็นอยู่ต่างๆ ตลอดจนวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี และสังคม การเยี่ยมบ้านเป็นงานแขนงหนึ่งที่สำคัญที่จะเข้าไปดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนที่บ้านในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในบ้าน การแก้ไขและป้องกันความพิการต่างๆ ตลอดจนช่วยครอบครัว ในการจัดระเบียบ ความเป็นอยู่ให้เหมาะสม เพื่อการมีสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตที่ดี (ปราณี เทียมใจ, 2534, หน้า 275 อ้างใน จารุพันธ์ สมณะ, 2541, หน้า 27)

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน (จารุพันธ์ สมณะ, 2541, หน้า 27)

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและความต้องการให้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม
2. เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ต้องให้อย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย รวมทั้งสอนญาติและแนะนำให้สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกของครอบครัวได้
3. เพื่อให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมทัศนคติที่ดี และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
4. เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันโรค สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและป้องกันอุบัติเหตุ
5. เพื่อติดตามการรักษาพยาบาล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ
6. เพื่อช่วยแนะนำการจัดระเบียบความเป็นอยู่ภายในครอบครัวให้เหมาะสม

ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน (จารุพันธ์ สมณะ, 2541, หน้า 33)

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมสำคัญที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และครอบครัว ต่อประชาชนทั่วไป และต่อการพยาบาลอนามัยชุมชนเอง ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว
 - 1.1 ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
 - 1.2 ได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคล รายครอบครัว ตามสภาพของปัญหาต่างๆ ที่แตกต่างกันตามความเหมาะสม

1.3 ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกสะดวกและเป็นกันเอง ในการปรึกษาปัญหาต่างๆ

1.4 ญาติจะได้รับ การฝึกหัด ให้ดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในบางกรณีที่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะ การสอนให้ญาติดูแลผู้ป่วยจะ ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างคนไข้ ญาติ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ จึงมีผลทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความพยายาม ในการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การสนับสนุน

1.5 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดภายในบ้าน ทำให้เกิดความอบอุ่น เป็นการส่งเสริมทางด้านจิตใจ

2. ประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไป

2.1 ทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2.2 ทราบถึงวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรค

2.3 เข้าใจและมองเห็น ความสำคัญในความรับผิดชอบของตนที่ต้องพยายามช่วยตนเองและชุมชนในเรื่องสุขภาพ

3. ประโยชน์ต่อการพยาบาลอนามัยชุมชน

3.1 ทราบถึงภูมิหลังของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมอนามัย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อของครอบครัวและชุมชน

3.2 เห็นสภาพที่แท้จริงของครอบครัว ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่พบซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

3.3 ทราบปัญหาที่แท้จริงทั้งปัญหาโดยตรงและปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

3.4 เป็นปัจจัยที่มีผลต่อศรัทธาในตัวเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ (2533, หน้า 433-434 อ้างใน ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538, หน้า 30) ศึกษาผู้สูงอายุไทย โดยการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย จำนวน 1,574 คน พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ พบร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ ปัญหา

การเงิน ปัญหาอนามัยไม่หลับ ปัญหาครอบครัว ญาติพี่น้อง และปัญหาความวิตกกังวล พบร้อยละ 44.5 36.9 20.5 และ 20.0 ตามลำดับ

วงเดือน ศิริรักษ์ และคนอื่นๆ (2533, หน้า 48 อ้างใน ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538, หน้า 30) ได้สำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 87 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ และโรคที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตามลำดับ

อำไพ ชนะกอก และคนอื่นๆ (2535, หน้า 67 อ้างใน ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538, หน้า 30) ศึกษาถึงแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.19 และโรคที่พบคือ โรคปวดข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร ตามลำดับ

ราตรี โอภาส และคนอื่นๆ (2535, หน้า 50 อ้างใน ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538, หน้า 30) ศึกษาถึงแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ในเขตหมู่ 2 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 34.2 เจ็บป่วยเป็นโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจ ร้อยละ 26.3 และเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.1

2. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

สุนันทา ภูเกลียะ (2524 อ้างใน ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538, หน้า 27) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 ราย พบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีการศึกษา และฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 อ้างใน ปราณี ทองพิลา, 2542, หน้า 78) ได้ทำการศึกษาทัศนคติ การวัดความเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย พบว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ทัศนคติและค่านิยม สำหรับโรคความดันโลหิตสูงฯ นั้นเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง นอกจากนี้แล้วยังมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลทำให้เสียชีวิตได้ มาร์ซินเน็กซ์ (Marcinex 1980, 928) ได้ทำการวิจัยพบว่า จำนวนหนึ่งในสามของผู้ชายและครึ่งหนึ่งของผู้หญิงที่เสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองแตก มีระดับความดันโลหิตสูง

มากกว่า 160/ 95 มิลลิเมตรปรอท เข้าด้วยกันแต่หากรวมกันสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นผู้ชาย สูงถึงร้อยละ 75 และผู้หญิงร้อยละ 81 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคนี้ได้พบมากในประชาชนทุกระดับ การศึกษา ทุกระดับของฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย

รัตนา ทองสวัสดิ์ และคนอื่นๆ (2531) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลมหाराชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหाराชนครเชียงใหม่ ที่รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 200 ราย เป็นชาย 100 ราย เป็นหญิง 100 ราย เก็บรวบรวม โดยการสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ด้านความรู้ ทักษะ และการยอมรับการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โดยทั่วไปการประเมินการดูแลตนเองใน ด้านความรู้ ทักษะ และการยอมรับการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ ปานกลาง คือมีจำนวน ร้อยละ 47.5 57.0 และ 49.0 ตามลำดับ ความรู้ และทักษะ ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคนอื่นๆ (2535) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงว่า ผู้สูงอายุบางคนยังมีความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในบางเรื่อง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การดื่มชา กาแฟ การจัดการกับความวิตกกังวล ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ ฉะนั้นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรที่จะทำการศึกษา เพื่อปรับปรุงรูปแบบ วิธีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงได้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และสภาพปัญหา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาว

ธีระ พิทักษ์ประเวช และคนอื่นๆ (2536) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโรคที่เป็นอยู่มีสาเหตุมาจากอะไร ผู้ป่วยจะทราบอาการของโรคเฉพาะอาการที่เกิดกับตนเอง การรักษาให้ได้ผลตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ ถ้าทราบว่าโรคมีสาเหตุมาจากอะไรก็จะรักษาตามสาเหตุ และมารับยาอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มบุคคลอ้างอิงในระยะแรกคือ บุตร แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรับการรักษา กลุ่มบุคคลอ้างอิงคือ ผู้ป่วยด้วยกันเอง ซึ่งมีการไต่ถามอาการของโรค และชี้แนะแหล่งและยาที่รักษาให้หายแก่กัน และกัน จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดการเรียนการสอนเสริมความรู้ที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย

ดรัมมอน (Drummond 2530, หน้า 605 อ้างใน ชูจิตต์ ญาณทัชชะ, 2535, หน้า 20) การควบคุมโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ได้รับความสนใจนานจนกระทั่งปัจจุบัน เฮาสตัน (Houston, 1986, หน้า 17-18) เสนอแนะว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อนควรใช้วิธีการนี้ก่อนที่จะใช้วิธีการควบคุมด้วยยาและได้สรุปผลการศึกษาของ เรซินและคนอื่นๆ แมคเวลล์และคนอื่นๆ และไฮเดนและคนอื่นๆ ว่าในการควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันตนเอง คือ ต้องมีการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน ควบคุมน้ำหนักตัว ปรับพฤติกรรมการบริโภค และจำกัดความวิตกกังวลหรือความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา เป็นต้น

ไรซิน (Reisin & Frohlich, 2528, 887; Hyden, et al. 1985, 281; Rendy 1985 443 Machmahon, et al. 1986:334 อ้างใน ชูจิตต์ ญาณทัชชะ, 2535, หน้า 21) น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความดันโลหิต จากการศึกษาในระยะยาว พบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของบุคคลมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าวัดน้ำหนักตัวลง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงก็จะลดลงเช่นกัน

แลงฟอร์ด (Langford, 1981, หน้า 269 อ้างใน ชูจิตต์ ญาณทัชชะ, 2535, หน้า 21) การจำกัดอาหารเค็ม (รับประทานอาหารที่มีโซเดียมน้อย) เป็นการควบคุมความดันโลหิตที่ดี แต่ถ้าจะให้ได้ผลแน่นอนยิ่งขึ้น แมคเกรเกอร์และคนอื่นๆ (Macgregor, et al. 1982 903) แนะนำให้จำกัดอาหารเค็มควบคู่กันน้ำหนัก คือ จำกัดจำกัดอาหารไขมันและอาหารที่ให้พลังงานสูงอย่างอื่นด้วย ดอดสัน (Dodson, et al. 1984, 522) อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิตสูง ดอดสันและคนอื่นๆ มีความเห็นว่าการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้นควรจะเริ่มต้นที่อาหารบำบัดก่อนการให้ยา อาหารดังกล่าวคือมีปริมาณของกากใยสูง แต่มีไขมันและโซเดียมต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไรท์และคนอื่นๆ (Wright, et al. 1979 1541) ที่พบว่า การบริโภคอาหารกากใยรวมกับการบริโภคอาหารไขมันชนิดไม่อิ่มตัว สามารถลดความดันโลหิตลงได้

องค์การอนามัยโลก (WHO 1983: 26-27 อ้างใน เรื่องศักดิ์ ศิริผล, 2542, หน้า 12) ศึกษางานวิจัยในอดีต พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย หรือไม่มีเลยกับความดันโลหิต และพบว่า ไม่สามารถลดจำนวนไขมันในร่างกายได้ แต่โอไบรอัน และโอมัลลี (O'Brien & Malley 1983 หน้า 66-67) พบว่า การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีดีขึ้น และพบสารคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับ การเผาผลาญพลังงาน บรูแรค และคนอื่นๆ (Brurack et al., 1985, หน้า 868-872

อ้างใน เรื่องศักดิ์ ศิริผล, 2542, หน้า 13) กล่าวว่า ภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นระบบซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะการเปลี่ยนแปลงพลังงานไม่เป็นระบบซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะการเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อกระบวนการทางจิตใจ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตโดยเฉพาะ “ภาวะเครียด” นับได้ว่าเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และการเจ็บป่วยในภาวะเครียด ร่างกายจะหลั่งสารอะดรีลีนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและแรงตึงของกล้ามเนื้อ ดังนั้นการขจัดและผ่อนคลายความเครียดสามารถป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้

ปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต โรเบิร์ตสัน และคนอื่นๆ (Robertson et al, 1984, อ้างใน จริยาวัตร คมพัยค์, 2534, หน้า 54-60) พบว่า คาเฟอีนในกาแฟ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต พุดเดย์ และคนอื่นๆ (Pudday, et al, 1985, อ้างใน จริยาวัตร คมพัยค์, 2534, หน้า 40) ศึกษาผลการวิจัยต่างๆ สรุปให้เห็นว่า สารนิโคตินในบุหรี่กระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของความดันโลหิตสูง นอกจากนี้คัทสกีและคนอื่นๆ (Klasky, et al, 1977 อ้างใน จริยาวัตร คมพัยค์, 2534, หน้า 45) พบว่า ความดันโลหิตจะสูงกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถ้าหากดื่มสุราวันละ 3 เวลา หรือมากกว่าเป็นเวลานาน ซอเดอร์ และคนอื่นๆ (Sauder, et al 1981 p.653-656) พบว่า ภายหลังจากดื่มสุราความดันโลหิตอาจสูงกว่าปกติเป็นเวลาหลายวัน และ Strokes (1982 p.759-762 อ้างใน จริยาวัตร คมพัยค์, 2534, หน้า 81) ศึกษาพบว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงอย่างหนึ่ง

3. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

มณฑนา เจริญกุล (2534) ได้ศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ที่ระดับ .001

วรรณวิมล เบญจกุล (2535) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่แขวงศรีวิชัย เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 120 คน พบว่า ปัจจัยในการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ได้ศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการทางสังคมผู้สูงอายุ ดินแดง กรุงเทพมหานคร จำนวน 149 คน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

4. งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

มินตรา สารรักษ์ (2538) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคขอนแก่น โดยมีกลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่จำนวน 40 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่แต่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากจัดโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง หลังจัดโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย 9.98%

มาลี สุดสงวนสี (2539) ได้วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่ม โดยใช้แผ่นพับในผู้สูงอายุที่พบว่ามีความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตำบลสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ตรวจพบเป็นครั้งแรกว่ามีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป
3. สามารถอ่านหนังสือได้
4. เต็มใจเข้าร่วมการศึกษา

จากการสำรวจโดยผู้ศึกษา ได้จำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนสอนสุขศึกษา หลังจากนั้นสอนสุขศึกษารายกลุ่มโดยใช้แผ่นพับและมอบแผ่นพับให้กลุ่มประชากรกลับไป 2 สัปดาห์ต่อมาสัมภาษณ์กลุ่มประชากรอีกครั้งโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม ผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านความรู้ของกลุ่มประชากรเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนสอนสุขศึกษากลุ่มประชากรมีระดับความรู้ร้อยละ 28.9 มีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 26.7 และมีความรู้มากร้อยละ 44.4 หลังจากการสอนสุขศึกษากลุ่มประชากรมีระดับความรู้ร้อยละ 17.8 มีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 24.4 และมีระดับความรู้มากร้อยละ 57.8

2. ด้านการปฏิบัติตัวของกลุ่มประชากรเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 10.4 คิดเป็นร้อยละ 65 ของคะแนนเต็ม และหลังสอนสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 11.2 คิดเป็นร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติ ก่อนและหลังสอนสุขศึกษา ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการสอนสุขศึกษาเท่ากับ 20.4 และ 21.7 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนและหลังการสอนสุขศึกษาเท่ากับ 10.4 และ 11.2 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติหลังการสอนสุขศึกษาสูงกว่าก่อนการสอนสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับ .01 ตามลำดับ

ศรีเกษ ธัญญาวิมลกุล (2539) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอสันกำแพง และอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยการค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงต่อโรคที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน 4 ตำบล 2 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 1,321 คน ดำเนินการวิจัยโดยการค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยวิธีตรวจวัดระดับน้ำตาลในปัสสาวะ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยวิธีวัดความดันโลหิต ได้ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 37 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 73 คน นอนนั้นจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Intervention Program) ให้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทดสอบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จงภักดี พร้อมเพียงบุญ (2541) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการมีกิจกรรมที่เหมาะสม การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ กลุ่มประชากรเป็น ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำพูน เลือกรูปแบบเจาะจง จำนวน 20 คน พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการมีกิจกรรมที่เหมาะสม การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ภายหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ภายหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม

ศักดิ์ดา ธาณินทร์ (2542) ศึกษาโปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านแม่สรวย จังหวัดเชียงราย กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งมีอายุระหว่าง 40-65 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่บ้านแม่สรวย หมู่ที่ 5 ตำบลจอมสวรรค์ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ช่วงเดือน ตุลาคม 2541 ถึง มกราคม 2542 จำนวน 20 คน พบว่า

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางในการควบคุมโรค พบว่า มีความรู้ร้อยละ 86.83 85.91 ตามลำดับ และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่นำเอาความรู้ที่ได้รับไปพูดคุยแนะนำให้กับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งมีการประชุมพบกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงเดือนละ 1 ครั้ง

1.2 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติ ร้อยละ 86.88 และ 86.25 ตามลำดับ และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ดื่มสุราและกาแฟ ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมากและมารับประทานผัก ผลไม้ ปลามากขึ้น

1.3 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติ ร้อยละ 86.87 และ 93.75 ตามลำดับ และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพ ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยการเดินเร็วและปั่นจักรยาน

1.4 พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงมีความรู้และการปฏิบัติร้อยละ 88 และ 100 ตามลำดับ และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม แทรกแซงทางสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เมื่อมีความเครียดได้ใช้วิธีการทำสมาธิและฝึกการหายใจใน การผ่อนคลายความเครียด

2. ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการเข้าร่วมโปรแกรมแทรกแซงทางสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการเรียนเป็นกลุ่มเล็กๆ สามารถพูดคุย ชักถามปัญหากัน มีความง่ายต่อการเข้าใจต่อโรค และกิจกรรมที่ฝึกอบรมก็ง่ายต่อการปฏิบัติ มีความสนุก ทำให้กล้าซักถาม มีความตั้งใจที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ยังสนใจที่จะพูดแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพกับผู้อื่น ตลอดจนนำความรู้ไปแนะนำผู้อื่น และอยากให้ผู้อื่นได้รับความรู้ด้วย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยทราบได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ต้องรับสภาพความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ประกอบด้วยอยู่ในช่วง ของวัยสูงอายุ ที่ทำให้ความรุนแรงของโรค และมีความเสี่ยงสูง สามารถคุกคามถึงแก่ชีวิตได้ตลอดเวลา การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ให้มีความรู้ความสามารถในการควบคุม และป้องกันโรคแทรกซ้อน จึงมีความสำคัญมาก ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมี การส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแรก คือ ตัวผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่ตนเจ็บป่วยก่อน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล นอกจากนี้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกิดการปฏิบัติ ก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากจะเป็นการกระตุ้น และสร้างแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมใหม่ และพยายามลดปัจจัยเสี่ยงหรือควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วยตนเองได้ เพื่อการดำเนินชีวิตในบั้นปลายได้อย่างปกติสุข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเหล่านั้น โดยการจัดทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงขึ้น และได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

