

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้นำมาใช้เป็นข้อมูลและเป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังและสามารถดำเนินโรคไปสู่ภาวะวิกฤตได้ โดยปกติภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (พิกุล บุญช่วง, 2539) โดยที่ค่า systolic blood pressure หมายถึงความสามารถในการยืดขยาย (distensibility) ของผนังหลอดเลือดแดง ขณะรับเลือดจากหัวใจในช่วงหัวใจบีบตัว และค่า diastolic บอกระดับที่มี load ต่อผนังหลอดเลือดแดงขณะที่หัวใจพักและบ่งชี้ถึงค่าแรงต้านต่อการบีบตัวของหัวใจในการส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกาย ค่า diastolic blood pressure มีความหมายและความสำคัญมาก เพราะหากมีค่าสูงแสดงถึงภาวะที่หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อเอาชนะความต้านทานปลายทางที่เพิ่มขึ้นในการปรับให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจมีค่าคงเดิม เพื่อให้ร่างกายสามารถทำงานได้อย่างปกติ (พิกุล บุญช่วง, 2539)

จะพบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง ในบุคคลที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคเบาหวาน โรคอ้วน ชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด ชอบดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่จัด มีความเครียดสูง และผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นต้น (Feury & nash, 1990 อ้างใน กรรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535)

โรคความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 ; Lewis & Collier, 1992)

1. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ essential hypertension) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 90 จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ ถึงแม้ว่าไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าเกิดจากสาเหตุหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านพันธุกรรม อิทธิพลของ สิ่งแวดล้อมภายนอกในร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ปริมาณเกลือที่ร่างกายได้รับเข้าไป ความอ้วน เป็นต้น สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ถึงแม้ว่าเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป แต่กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงยังอธิบายได้ไม่ชัดเจน (พิภูล บุญช่วง, 2539)

2. ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด โดยมีสาเหตุมาจากโรคของเนื้อไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ จากยาและปฏิกิริยาของยา ความผิดปกติทางระบบประสาท ภาวะตั้งครรภ์ การเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง เป็นต้น เมื่อทราบสาเหตุและได้รับการรักษาที่ถูกต้องความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติหรือหายขาดได้ (กรรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535)

อาการและอาการแสดง

โรคความดันโลหิตสูงถูกเรียกว่าเป็น "เพชรฆาตเงียบ" (silent killer) เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มีอาการของโรคเลยหรือมีเพียงเล็กน้อย (Lewis & Collier, 1992) คาดว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบเลยว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนมีการทำลายอวัยวะต่างๆ ของร่างกายแล้ว จึงจะปรากฏสัญญาณที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งจะเรียกได้ว่าเป็น "silent killer" ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกรู้ว่าเมื่อไรผิดปกติ แต่ผู้ป่วยบางคนก็มีอาการดังต่อไปนี้ ถึงแม้ว่าจะมีอาการเพียงเล็กน้อยเราก็ต้องใส่ใจ ในบางรายความดันโลหิตยังเพิ่มหรือลดเองได้ ขึ้นอยู่กับความเครียดหรืออาหารที่กินเข้าไป แต่ส่วนใหญ่แล้วหากความดันโลหิตเพิ่มก็มักจะเพิ่มขึ้นไปไม่หยุด

อาการของความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยมีดังนี้

- รู้สึกปวดศีรษะ เวียนศีรษะ
- เลือดกำเดาไหลบ่อยบางครั้ง
- หูอื้อ มีเสียงดังในหู

ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางคนอาจจะไม่พบอาการเหล่านี้เลยแม้แต่ประการเดียว

ผลของความดันโลหิตสูงต่อร่างกาย

ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ, สมอ, ไตและเส้นเลือดในร่างกายซึ่งจัดเป็นอวัยวะเป้าหมายของโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ถือว่ามีความเสียหายต่ออวัยวะเป้าหมาย (target organ damage) เกิดขึ้นแล้ว (พึงใจ งามอุโฆษ, 2539) ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. ผลของความดันโลหิตสูงต่อหัวใจ

ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายโต หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนักเนื่องจากแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้น โดยการขยายตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังเกิดขึ้นต่อไป เส้นใยของกล้ามเนื้อจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิมเกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก ในปัจจุบันถือว่าภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโตเป็นภาวะที่อันตรายสูง เพราะจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) และก่อให้เกิดอุบัติการณ์การเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน (sudden death) ได้มากกว่าปกติ (จริยวัตร คมพักษณ์, 2532 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541 อ้างใน ปราณี ทองพิลา, 2542)

2. ผลของความดันโลหิตสูงต่อสมอง

ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า จะมีโอกาสเกิดหลอดเลือดสมอง (stroke) มากกว่าคนที่ความดันปกติ อาการทางสมองที่เกิดขึ้นเป็นผลจากหลอดเลือดของสมองแตก (hemorrhage) ตีบหรืออุดตัน (thrombosis) เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมอง หรือในรายที่หลอดเลือดแข็งตัวก็จะเกิดการอุดตันได้ และเมื่อความดันโลหิตสูงมากจะทำให้กลไก

การควบคุมเสียหลอดเลือดสมองขยายตัว (brain edema) เกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง (hypertensive encephalopathy) ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติ อาจชัก เป็นอัมพาต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่อาจเสียชีวิตได้ (ปราณี ทองพิลา, 2542 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

3. ผลของความดันโลหิตสูงต่อไต

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื้อรัง หรือมีความดันโลหิตสูงมากจะมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่างๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่สำคัญคือการคั่งของของเสีย เช่น ครีเอตินิน (creatinine) และสารยูเรีย (urea) ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย ถ้ามีการคั่งของของเสียในระดับสูงเลือดไปไตได้น้อยลง ทำให้ความดันโลหิตที่สูงอยู่แล้วกลับสูงมากขึ้นกว่าเดิมจนอาจเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541)

4. ผลของความดันโลหิตสูงต่อเส้นเลือดในร่างกาย

ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ได้ง่าย เพราะความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก เกิดการอุดตัน เกิดลิ่มเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ ได้ การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่พบได้ คือ

4.1 hypertensive retinopathy หมายถึง การที่หลอดเลือดไปเลี้ยงตาหนาและแข็งตัว ในกรณีที่มีความดันสูงรุนแรง อาจทำให้หลอดเลือดแตกและอุดตัน มีเลือดซึมออก เป็นผลให้มีการทำลายประสาทตาให้เสื่อมสภาพ เกิดตามัว เลือดออกในลูกตาและจอประสาทตาทำให้ตาบอดได้

4.2 dissecting aortic aneurysm คือ ภาวะการแตกของผนังหลอดเลือดใหญ่ที่มีสาเหตุมาจากการอุดตันผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดของหัวใจ (coronary heart disease) คือ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial ischemia) รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

4.3 ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพ และมีการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำอย่างถูกต้องเพื่อลดอันตรายที่รุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ระดับความดันโลหิต มักจะสูงขึ้นเรื่อยๆ และอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดตามมาทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้นลงประมาณ 10-20 ปี ฉะนั้นเป้าหมายที่สำคัญคือ การลดความดันโลหิตและควบคุมให้อยู่ในระดับที่คงที่ร่วมไปกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนอวัยวะเป้าหมายอื่นๆ มิให้เสียหายอย่างกลับคืนไม่ได้ โดยผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รู้จักดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและแบบแผนการดำเนินชีวิตให้มากขึ้น เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเป็นเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมชีวิตความเป็นอยู่ ฉะนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลดอาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมัน ลดความอ้วน งดการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา มีการออกกำลังกาย การลดน้ำหนักตัว เป็นต้น ทั้งนี้ควรให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจด้วยว่า เขาสามารถจะมีชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีกิจกรรมได้พอสมควร แต่ต้องมีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เพื่อการดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ตามแบบแผนการรักษาและการปฏิบัติตัว ดังนี้

1. การควบคุมอาหาร

1.1 พลังงาน

หลักสำคัญในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ควบคุมจำนวนพลังงานจากอาหาร อาหารที่มีพลังงานสูง ได้แก่ อาหารประเภทไขมัน โดยไขมัน 1 กรัม จะให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรี ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรบริโภคอาหารประเภทไขมันให้น้อยลง หากจำเป็นต้องรับประทานไขมัน ควรรับประทานไขมันจากพืช ซึ่งเป็นไขมันไม่อิ่มตัว จะไม่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น (กรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535) โดยเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ แต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม เพราะเป็นน้ำมันที่ให้พลังงานสูงและเป็นไขมันอิ่มตัวที่มีสารโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งทำให้หลอดเลือดแดงอุดตัน ควรเลือกใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนลิคมาก เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากความดันโลหิตสูง คือ อาการที่เกิดจากไขมันที่สะสมอยู่ตามหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องบีบตัวอย่างแรง เพื่อให้โลหิตไหลเวียนไปหล่อเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ ทำให้ความดันโลหิตสูง ในขณะเดียวกัน ญ.รศ. ดร. วันดี กุญชรพันธ์ (2542) ภาควิชาเภสัชวินิจฉัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า โคเลสเตอรอลพบได้มากในไขมันสัตว์หากมีมากเกินไป โคเลสเตอรอลเหล่านี้จะเกาะ

ตัวอยู่ตามผนังหลอดเลือดของร่างกายเมื่อสะสมมากขึ้นเลือดจะไหลเวียนไม่สะดวก และก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง ไขมันอุดตันในเส้นเลือดตามมา หากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอจะทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยพบว่าผู้ที่มีโคเลสเตอรอลสูงมักนิยมกินเนื้อสัตว์ติดมัน เนยหรือไขมันสัตว์ในปริมาณมาก เพราะอาหารเหล่านี้มีโคเลสเตอรอลสูง วิธีลดโคเลสเตอรอลที่ได้ผลคือเปลี่ยนสุขนิสัยในการบริโภค ลดรับประทานไขมัน รับประทานผักผลไม้ให้มากขึ้น และหมั่นออกกำลังกายให้สม่ำเสมอเพื่อช่วยเผาผลาญไขมัน นอกจากนี้ควรควบคุมอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น แอ่งกะทิต่างๆ ขนมที่ใส่กะทิ ขนมหวาน ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ที่มีมันมาก หนั๋งไก่ หนั๋งเป็ด หนั๋งหมู มันสมองหมู ไข่แดง หอยนางรม มันกุ้ง มันปู เป็นต้น

1.2 โซเดียม

นอกจากจะลดอาหารประเภทที่ให้พลังงานสูงแล้ว ควรลดอาหารที่มีโซเดียมด้วย ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) พบว่ามีการบริโภคโซเดียม (Davis & Sherer, 1994) เนื่องจากโซเดียมจะทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้น ปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้นทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Bryne, 1989; Kochar & Daniel, 1978 อ้างใน กรรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535) และยังทำให้ความตึงตัวของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันเลือด Diastolic สูงขึ้น ฉะนั้นการลดหรือจำกัดโซเดียมจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณเลือดลดลงซึ่งจะลดการทำงานของหัวใจ (Lewis & Collier, 1992) ในทางปฏิบัติควรแนะนำไม่ให้เพิ่มรสเค็ม หรือไม่ให้เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือป่น ซอสรสเค็ม เต้าเจี้ยว กะปิ ในอาหารที่ได้รับการปรุงแต่งแล้ว หลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง (เพราะส่วนใหญ่มีส่วนผสมของสารโซเดียม) หลีกเลี่ยงอาหารหมักดองและอาหารที่มีรสเค็มอื่นๆ อาทิเช่น อาหารทะเลควรแช่น้ำให้นานพอควรเพื่อคลายเกลือ หลีกเลี่ยงเครื่องปรุงของบะหมี่สำเร็จรูปและอาหารประเภทขนมขบเคี้ยวที่มีเกลือโซเดียมสูง รวมทั้งระมัดระวังการใช้สารอาหาร และยาที่มีปริมาณโซเดียมสูง ได้แก่ ผงชูรส (monosodium glutamate) ยาโซดาบวม ผงฟูทำเค้ก (sodium bicarbonate) สารใส่ผลไม้กระป๋องให้มีสีธรรมชาติ (sodium sulfite) เป็นต้น อาหารที่รับประทานประจำวันโดยทั่วไปมีปริมาณเกลือ 10-20 กรัม (เกลือ 1 กรัม มีโซเดียม 17.1 มิลลิอิกวิวาเลนซ์ และเกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2.3 กรัม หรือ 100 มิลลิอิกวิวาเลนซ์) จากปริมาณนี้ประมาณสองในสาม พบเกลือในอาหารตามธรรมชาติ และหนึ่งในสาม เป็นเกลือที่เพิ่มขึ้นในขณะปรุงอาหาร ฮุสตัน (Houston, 1986 อ้างใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) ได้กล่าวว่าการจำกัดโซเดียมเป็นการรักษาขั้นแรกที่ต้องเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ปกติปริมาณเกลือโซเดียมที่ร่างกายต้องการต่อวันคือ 500 มิลลิกรัม ซึ่งเกลือ

1 ซ่อนชา จะให้ปริมาณโซเดียมถึง 2,300 มิลลิกรัม และในอาหารตามธรรมชาติหลายประเภท ก็มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้วแต่ไม่มีรสเค็มจัด เช่น นม เนื้อสัตว์ มีโซเดียมมาก ข้าว ผัก ผลไม้ มีโซเดียมเล็กน้อย ดังนั้นแม้ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาในอาหารเลย ร่างกายก็ได้รับโซเดียมเพียงพอแล้ว จากการศึกษาพบว่า ถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัมต่อวันจะสามารถลดความดันโลหิตได้ถึง 10 มิลลิเมตรปรอท (ปราณี ทุ่งไพเราะ, 2541) ดังนั้นควรจำกัดโซเดียม 2-5 กรัมต่อวัน (Lewis & Collier, 1992)

1.3 โปแตสเซียม

การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมในปริมาณที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับการลดระดับความดันโลหิตและต่อต้านการเกิดความดันโลหิตสูง (Mahan, 1996) โปแตสเซียมช่วยขับปัสสาวะที่มีโซเดียมมากผิดปกติ ยับยั้งการหลั่งเรนินจากไตและยังช่วยลดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งจะเป็นการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Davis & Sherer, 1996) อาหารที่มีโปแตสเซียมสูง จะพบมากใน ส้ม กล้วย องุ่น ลูกเกด เป็นต้น

1.4 แคลเซียม

การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่เดียวกันถ้าบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมต่ำจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Mahan, 1996)

1.5 แมกนีเซียม

แมกนีเซียมเป็นตัวยับยั้งการหดตัวของหลอดเลือดของกล้ามเนื้อเรียบ และมีบทบาทในการขยายตัวของหลอดเลือดซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิต (National High Blood Pressure Education Program, 1993 cited in Mahan, 1996)

1.6 วิตามิน

ในปัจจุบันวิตามินเข้ามามีบทบาทในการรักษาโรค ซึ่งได้ผลดีในหลายๆ โรค วิตามินบางชนิดมีความสัมพันธ์กับการลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ วิตามิน ซี และวิตามิน อี

วิตามิน ซี ช่วยให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง เนื่องจากจะช่วยให้เกิดการสร้างกรดน้ำดีที่ตับจากโคเลสเตอรอลมากขึ้น และถูกนำไปเก็บไว้ในถุงน้ำดีก่อนจะถูกขับออกไปเพื่อช่วยย่อยไขมันในลำไส้เล็กตอนต้น

วิตามิน อี ช่วยลดปริมาณโคเลสเตอรอลที่เกาะอยู่ที่หลอดเลือดในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ป้องกันหลอดเลือดตีตัน โดยทำหน้าที่ร่วมกับวิตามิน ซีและวิตามิน บีหก ช่วยให้ HDL ทำหน้าที่ได้ดีและทำให้พาโคเลสเตอรอลจากหลอดเลือดกลับไปยังตับเพื่อใช้เป็นสารตั้งต้นในการผลิตกรดน้ำดี

1.7 โยอาหาร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานผักและผลไม้ เพราะในผักและผลไม้มีใยอาหาร (fiber) ซึ่งจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในการย่อยและการดูดซึมไขมันทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่ที่ตับเป็นการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง (นิริยา รัตนาปนนท์, 2537) จากกลไกนี้จึงสามารถเห็นได้ว่าการรับประทานผักและผลไม้ที่มีใยอาหารจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลงได้ด้วย ส่งผลดีในเรื่องการลดความดันโลหิตและลดอุบัติการณ์เรื่องเส้นเลือดหัวใจอุดตันได้ (บุญชัย อิศราพิสิษฐ์, 2542)

2. ลดหรืองดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

การดื่มกาแฟตามปกติทั่วไปไม่แน่ชัดว่าจะมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงเพียงใด แต่การดื่มกาแฟอย่างมาก (มากกว่า 10 ถ้วยต่อวัน) อาจจะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดการดื่มชา กาแฟ ดื่มได้ไม่เกิน 2 หรือ 3 ถ้วยต่อวัน แต่จากการศึกษานิสัยบริโภคของสถาบันสุขภาพแห่งหนึ่งในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ระบุว่า การดื่มกาแฟเพียงวันละถ้วยมีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลในหลอดเลือด ซึ่งระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะมีผลต่อเนื่องกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีตัน เป็นเหตุให้ไขมันไปเกาะตามเส้นเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแคบลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าเกิดกับหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้เสียชีวิตเพราะหัวใจวายอย่างเฉียบพลันได้

3. ลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตสูงมีการศึกษาเพิ่มเติมยืนยันว่า การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักจะเพิ่มความดันโลหิตสูงได้จริง โดยบุคคลที่ดื่ม ethanol alcohol ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) นอกจากนี้ William Cuskman (2000) สนับสนุนว่าการดื่มสุรามากกว่า 2 แก้วต่อวัน มีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งถ้าลดการดื่มสุราลงเหลือ 1 แก้วต่อวัน ความดันโลหิตจะลดลง 1 มิลลิเมตรปรอท

4. การควบคุมน้ำหนักตัว

สำหรับในเรื่องของน้ำหนักตัวนั้น พบว่า โรคความดันโลหิตสูงพบมากในคนอ้วนมากกว่าคนผอม โดยที่คนอ้วนจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงกว่าคนปกติถึง 4.5 เท่า และพบว่าเมื่อคนอ้วนเหล่านั้นประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย การลดน้ำหนักได้ 1 กิโลกรัมในคนอ้วน ความดันโลหิตจะลดลง 1.3 - 1.6 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวที่มากเกินไป และอยู่ในภาวะอ้วนควรมีการควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณพลังงานให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และควรทราบถึงน้ำหนักตัวที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยคำนวณจากค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (body mass index) โดยดัชนีน้ำหนักของร่างกายคนปกติมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชายและ 19-24 ในเพศหญิง การลดน้ำหนักนอกจากจำกัดแคลอรีแล้วยังต้องลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและกรดไขมันอิ่มตัวด้วย เพราะการที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป จะมีผลต่อแรงดึงตัวของหัวใจทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น

5. การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นควรมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตบางอย่าง เช่น การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงวันบวหรี เนื่องจากวันบวหรีมีอันตรายเพราะนิโคตินในบวหรีจะทำให้หลอดเลือดหดตัว มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้ (ปราณี ฐิไพเราะ, 2541 : 13) โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย และเส้นโลหิตในสมองแตกมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรมีการฝึกควบคุมอารมณ์ของตนเอง ลดความตึงเครียดเนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกเพราะถ้าความเครียดลดลง จะช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ดังนั้นการขจัดและผ่อนคลายความเครียดจึงสามารถป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมักจะพบได้จากวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่ต้อง มีการดิ้นรน ต่อสู้ วิตกกังวล ความขัดแย้ง ความกลัว ควรมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทำจิตใจให้แจ่มใส ดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของแพทย์และควรมาตรวจร่างกายตามแพทย์นัดทุกครั้ง

ถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ รู้จักดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแบบแผนการรักษาและแบบ

แผนการดำเนินชีวิต ก็จะสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและควบคุมให้อยู่ในระดับที่คงที่ ลดอันตรายที่รุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่ สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 อ้างใน สมทรง รัชนีเผ่า, สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540)

ผู้เริ่มคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อสุขภาพ ได้แก่ ฮอคบวม (Hochbaum) เคกิลล์ (Kegeles) ลีเวนทอล (Levental) และโรเซนสต็อก (Rosenstock) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสังคม เป็นบุคคลกลุ่มแรก ที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถานามของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในปฏิบัตินั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ (Rosenstock, 1974 อ้างใน เกศินี ไชนิล, 2537)

โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผล

กระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา ซึ่งเป็นตัวให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะ
 คุณภาพทางสุขภาพและการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วย
 ลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความ
 สะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผลประโยชน์ที่จะ
 ได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นถ้าบุคคลรับรู้ในผลประโยชน์มากกว่าอุปสรรค บุคคลจะต้องตัด
 สิ้นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

ต่อมา เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1975) ได้ทำการปรับปรุงและเพิ่มองค์
 ประกอบอื่นอีกในรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเดิมเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการ
 ป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล
 ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ช่วยกระตุ้นการกระทำหรือสิ่งชักนำให้มีการ
 ปฏิบัติ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน (perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเชื่อของ
 บุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละ
 บุคคลซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยง
 การเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่
 เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดการณ์
 ถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้
 การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม
 การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย สอดคล้อง
 กับการศึกษาของ นิตยา เย็นน้ำ (2535) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อลด
 สูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการ
 ปฏิบัติตนเพื่อลดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะเดียวกัน บัญชา
 มณีคำ (2540) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์
 ของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่
 มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับ
 สูง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงสูงจะพยายามปฏิบัติตนให้มี
 สุขภาพดี เพื่อลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้อง คือ การศึกษา

ของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ สำหรับผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนลสัน และคณะ (Nelson, et al. 1978, อ้างใน กรรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องของการป้องกันและรักษาโรค

(perceived benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องของการป้องกันและรักษาโรค หมายถึง การที่บุคคลและแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารารัตน์ ดวงแข (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดต่อของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน (perceived barrier)

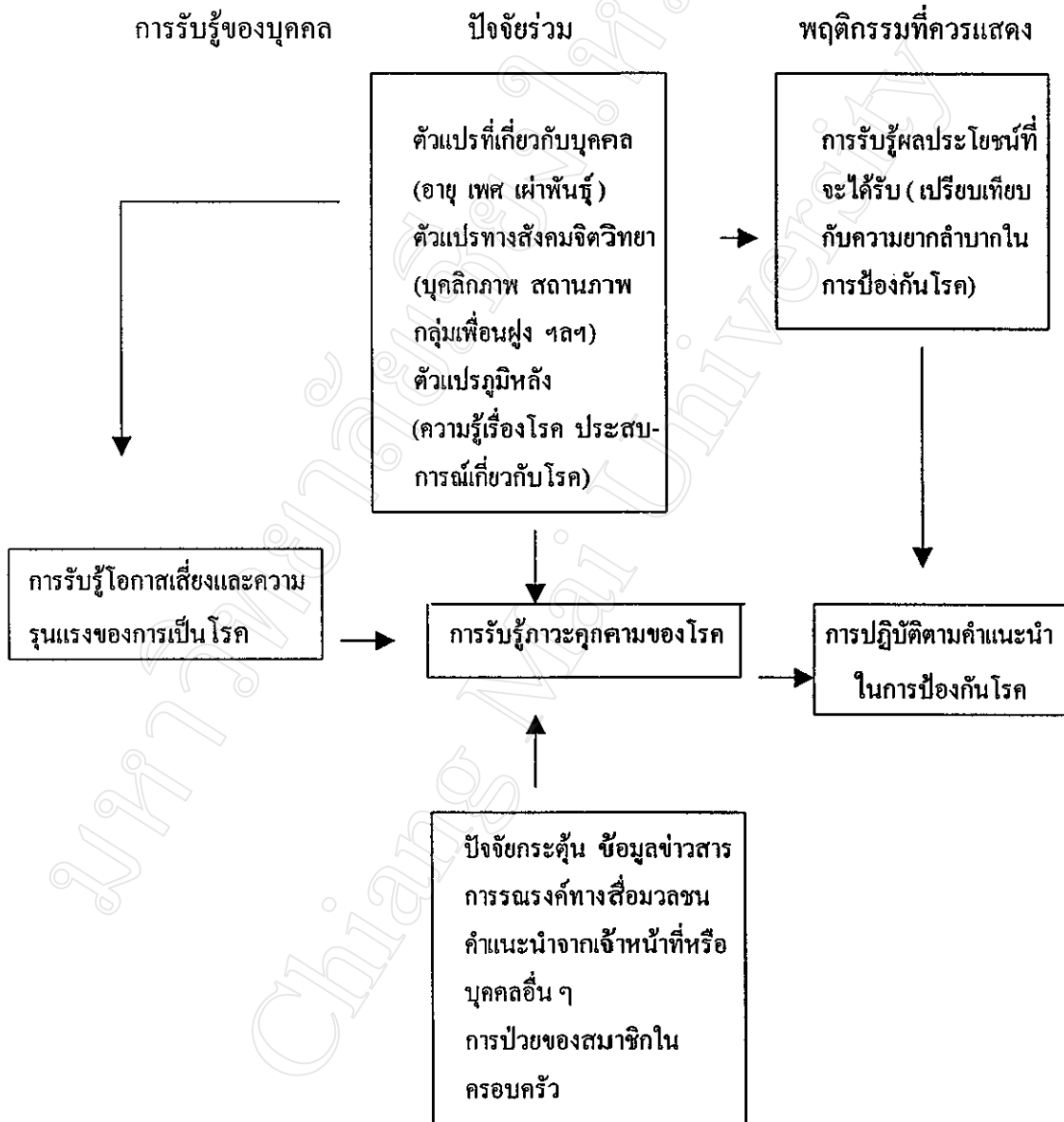
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสุขสบาย หรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงความเคยชินในการบริโภคอาหาร ซึ่งกระทำมาเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมให้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและรักษาได้ บัญชา มณีคำ (2538) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์ของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ในเชียงใหม่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ขับขีรถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน

5. ปัจจัยร่วมต่างๆ (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าปัจจัยร่วมต่างๆ ได้แก่ ความเชื่อถือในแพทย์ผู้รักษาและแผนการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความเอาใจใส่ช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งการได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์คนเดิมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่ทำ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องของ

การป้องกันและรักษาโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่างๆ สามารถที่จะใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา : Becker, marshall H. and Maiman, Lois A. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation." อ้างอิงใน สมทรง รัชนีเผ่า และสรงกฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540).

พฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมในการดำเนินวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลจะมีส่วนผลักดันให้บุคคลมีสุขภาพแตกต่างกัน พฤติกรรมต่างๆ ของแต่ละบุคคลที่ได้ฝังรากจนเป็นวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นแล้ว นับเป็นสิ่งที่ยากต่อการควบคุมและปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีสาเหตุ ฉะนั้นจะต้องวิเคราะห์ให้ได้ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมีสาเหตุมาจากอะไร

พฤติกรรม (behavior) ชูดา จิตพิทักษ์ (2525 อ้างใน เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) ได้ให้นิยามไว้ว่า หมายถึงการกระทำของคนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม โดยต้องสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุกำหนดให้บุคคลเลือกตัวอย่างตัดสินใจการกระทำดังที่ปรากฏออกมา เช่น การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย การงดบริโภคเนื้อสัตว์เมื่อตั้งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจของบุคคล ซึ่งคนอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น เจตคติ (attitude) ความรู้ (knowledge) ความเชื่อ (belief) เป็นต้น

พฤติกรรมของบุคคลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้โดยอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ นั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายในหมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบบุหรี่ โลกทัศน์ของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ และความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม พฤติกรรมภายในนี้บุคคลอื่นไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้ นอกจากใช้เครื่องมือบางอย่างในการวัดหรือสัมผัส ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การเดิน การนั่ง การยืน การเขียนหนังสือ เป็นต้น (ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541)

สุขภาพ (health) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก นิยามว่า เป็นภาวะของความสมบูรณ์ทางกาย จิตใจ ความสุขสบายทางสังคมและความปราศจากโรค (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) ในขณะเดียวกัน ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ได้ให้ความหมายว่า เป็นภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี มีพฤติกรรมในแบบที่ส่งเสริมให้ตนอยู่รอดปลอดภัย มีความสุข ต่อมาได้มีการยอมรับแนวคิดจำกัดความของคำว่า สุขภาพ ว่าเป็นภาวะสมดุลระหว่างบุคคลกับกายภาพ ชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมในสังคมที่ผสมผสานเข้าด้วยกันกับกิจกรรมในการดำเนินชีวิต อีกทั้งเชื่อว่าการที่จะส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้รับความชื้นป้องกันโรคและมีพฤติกรรมที่ไม่ทำให้

สุขภาพตลอด เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอและได้รับอาหารถูกต้องครบถ้วน การทำให้เด็กแรกเกิดมีสุขภาพดีและเป็นที่ยิ่งปรารถนารวมถึงสุขภาพที่ดีของมารดา (วสันต์ ศิลปสุวรรณ, พิมพ์พรรณ ศิลปวรรณ, 2542) จะเห็นว่า สุขภาพนั้นไม่ได้มีความหมายเฉพาะการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บหรือทุพพลภาพและไม่ใช้ผลลัพธ์จากการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เท่านั้น แต่เป็นผลรวมมาจากส่วนประกอบหลายๆ ประการ อาทิ วิธีการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อม รวมทั้งบริการสุขภาพด้วย

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถแบ่งประเภทพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท ด้วยกันดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค เช่น การสวมหมวกนิรภัยเมื่อขี่รถมอเตอร์ไซด์ การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ การพานบุตรไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย เช่นการนอนพักอยู่บ้านแทนที่จะไปทำงาน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การเลิกดื่มสุรา เป็นต้น

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้/พุทธิปัญญา (cognitive domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้รู้ว่าบุคคลนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคต่างๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ การจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (affective domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความรู้สึก ท่าที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาชูกำลัง ความรู้สึกไม่ชอบบริโภคผัก เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ใน

สถานการณ์หนึ่งๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์หรือ บุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือ พฤติกรรมเชิงบวก (positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควร ส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ (negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว จะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรม ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง ไขมันมาก เกินความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคต่างๆ และทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น พฤติกรรมการ บริโภคอาหารถือเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพในส่วนของพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ การที่จะเกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัตินั้นจะต้องเกิดพฤติกรรมทางด้านความรู้ว่าบุคคลนั้นมี ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่างๆ อย่างไร และมีพฤติกรรมทางด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติในส่วนของบริโภคตามมา พฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพ หนึ่งที่จะเป็นดัชนีบ่งบอกถึงการมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี พฤติกรรมการบริโภค อาหาร หรือพฤติกรรมการกินอาหาร หรือบริโภคนิสัยนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายคล้ายๆ กันว่า หมายถึง ลักษณะความชอบ ความเคยชินในการบริโภคอาหาร แบบอย่างที่ยกิน โดยสังเกตได้จาก การเลือกปรุง เก็บรักษา และรับประทานที่ปฏิบัติเสมอๆ จนเคยชิน หรือพฤติกรรมของ บุคคลที่กระทำด้วยความชอบ ความเคยชิน และความเต็มใจในการกินอาหาร เพื่อสนองความ ต้องการของตนเองโดยพฤติกรรมนี้ได้กระทำมาเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง (สุเนตรา นิมานันท์, 2537) ในทำนองเดียวกัน กัลยา ศรีมหันต์ (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร หมายถึงการปฏิบัติหรือการแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่บุคคล กระทำเป็นประจำ ซึ่งการแสดงออกนั้นอาจเป็นการแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ เช่น การ เลือกชนิดของอาหาร การเตรียม การปรุง การบริโภค สุชนิสัยในการบริโภค และทางด้านความ คิดความรู้สึกต่างๆ ต่อการบริโภคอาหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าบุคคลได้ปฏิบัติถูกต้องตามหลัก

โภชนาการแล้วก็จะส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะบางชนิดที่รับประทานและอาหารที่ชอบนั้นเป็นอาหารที่ไม่มีประโยชน์ หรือมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาโภชนาการเกินมาตรฐาน ปัญหาโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน หรือปัญหาการขาดสารอาหารบางประเภทได้ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดีนั้นจึงควรจะต้องเริ่มที่การส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีก่อน นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกสรรหาอาหารมาบริโภคและนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายซึ่งจะรวมถึงการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม การปรุง ตลอดจนการบริโภคอาหาร (Krause, 1969 ; Suitor & Crowley, 1984 ; Valdecanas, 1978, อ้างใน สิริวัฒน์ อาวุธวัฒน์, 2539) จากที่กล่าวมาแล้วพอจะสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งแสดงออกทางด้านการเลือก การเตรียม การบริโภค การรับประทานอาหารหรือการไม่รับประทานอาหาร ความชอบ ความเคยชิน เพื่อสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นได้ปฏิบัติให้เหมาะสมกับความต้องการของสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี และในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติตัวในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพและโรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา จากผลการศึกษาของพัชรี ยุติธรรม (2539) เรื่องพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของชาวชนบททางภาคเหนือ ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดในการเลือกอาหาร การประกอบอาหารและการบริโภคอาหารคือ สมาชิกในครอบครัว แหล่งที่ได้มาของอาหารในปัจจุบันได้ตามร้านขายของชำ แผงลอย รถเข็น มินิมาร์ทและห้างสรรพสินค้า ยังคงมีบางครอบครัวที่ชอบบริโภคอาหารแสดงของกลุ่มหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูกอยู่บ้าง แต่มีส่วนน้อยที่กลุ่มดังกล่าวจะถือปฏิบัติ ผู้อาวุโสส่วนมากจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าไปให้บริการ

ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีจึงควรที่จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีก่อนโดยเน้นถึงการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ หลีกเลี่ยงหรือจำกัดอาหารที่มีผลต่อโรคที่เป็นอยู่ ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ และอาหารแปรรูปอื่นๆ มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่อาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เกลือโซเดียม แอลกอฮอล์ และอาหารที่ให้พลังงานสูง จะส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Nissimen, et al., 1987

อ้างใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องจำกัด หรือควบคุมอาหารดังกล่าวเพื่อไม่ให้โรคดำเนินไปสู่ภาวะวิกฤตได้ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดตามมาทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพหนึ่งที่จะเป็นดัชนีบ่งบอกถึงการมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพประกอบไปด้วยพฤติกรรมด้านความรู้ พฤติกรรมด้านเจตคติ และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ ทั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารถือเป็นพฤติกรรมด้านการปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมทางด้านความรู้และเจตคติ ถ้ามีความรู้และเจตคติที่ดีก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ แต่ถ้ามีความรู้และเจตคติที่ไม่ดีก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะกับสุขภาพได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่จะใช้ทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยจะดำเนินถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคและปัจจัยร่วม (Janz & Becker, 1984)

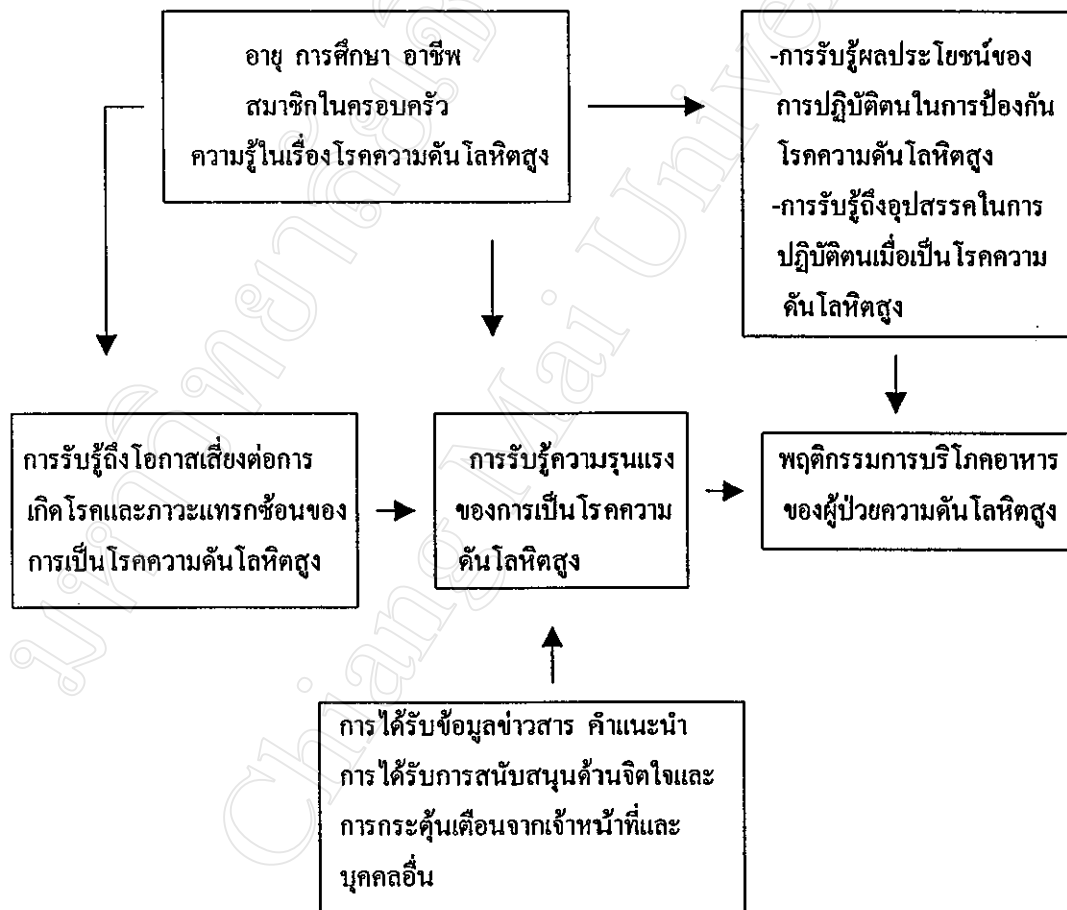
จากการศึกษารายงานวิจัยพบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังนี้ สมใจ ยัมวิไล (2531) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ส่วนผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ถูกต้องน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี นอกจากนี้ เกตสินี ไช้เนิล (2537) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีและ จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองถูกต้องมาก

กล่าวคือปฏิบัติตนถูกต้องเป็นประจำสม่ำเสมอ คือ การไม่รับประทานขนมหวาน การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ถึงแม้บางรายจะเคยดื่มเบียร์หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่นๆ ก่อนตั้งครรภ์ก็หลีกเลี่ยงได้ในขณะตั้งครรภ์ เพราะคิดว่าเป็นผลเสียต่อทารก โดยต้องรับประทานผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น เพราะอาหารประเภทนี้มีผลต่อการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือดค่อนข้างน้อย ซึ่งอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นอาหารที่มีกากใย ช่วยทำให้กระตุนการทำงานของลำไส้ได้ดีขึ้น หญิงตั้งครรภ์เบาหวานจึงสามารถถ่ายอุจจาระได้สะดวกเป็นประจำทุกวัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของภาวินี โภคตินจํารูญ (2538) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแล ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้อง จะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองถูกต้องและเหมาะสมด้วย จะเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตนดีขึ้นโดยมีการรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะความดันโลหิตสูงและถ้าหากภาวะความดันโลหิตสูงมีอาการรุนแรงขึ้นจะทำให้เป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ได้ ถ้าหากคนได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น มีการนอนพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รวมทั้งมาตรวจครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถูกต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมเช่นกัน ในขณะที่เดียวกัน สุภาพ ไบแก้ว (2528) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า การรักษาโรคความดันโลหิตสูงแผนปัจจุบันนี้มีประสิทธิภาพสามารถลดระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เหตุที่ทำให้การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะความเคยชินแต่เดิมซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารรสไม่เค็ม เป็นต้น เยาวดี สุวรรณนาคะ (2532) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่ว่าจะถูกหรือผิดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

สุขภาพอนามัย อาจเนื่องมาจากระยะของโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะเรื้อรัง อาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ฉะนั้นถึงแม้ว่าจะทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แต่ถ้าเหตุการณ์นั้นยังไม่เกิดขึ้น ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ นอกจากนี้การรักษาโรคนี้เป็นการบำบัดอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาให้หายขาดต้องใช้เวลาและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นความเคยชิน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยใช้ช้อนกลาง งดการใช้ของมีคมร่วมกัน การระมัดระวังในเรื่องสุขภาพของร่างกายและป้องกันการแพร่เชื้อโรคเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1975) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย